

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Isabelle de Souza Januaria

**História da profissionalização das enfermeiras neonatologistas  
em Belo Horizonte (1981 – 2001)**

2025

Belo Horizonte

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Isabelle de Souza Januaria

**História da profissionalização das enfermeiras neonatologistas  
em Belo Horizonte (1981 – 2001)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem.

**Área de concentração:** Saúde e Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fernanda Batista Oliveira Santos.

J35h      Januaria, Isabelle de Souza.  
            História da profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte (1981 – 2001) [recurso eletrônico]. / Isabelle de Souza Januaria. - Belo Horizonte: 2025.  
            148f.: il.  
            Formato: PDF.  
            Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

            Orientador (a): Fernanda Batista Oliveira Santos.  
            Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
            Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

            1. Enfermagem. 2. História da Enfermagem. 3. Enfermeiros Neonatologistas. 4. Educação de Pós-Graduação em Enfermagem. 5. Dissertação Acadêmica. I. Santos, Fernanda Batista Oliveira. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 157.3

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ENFERMAGEM - COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - SECRETARIA

## ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO/TESE

### ATA DE NÚMERO 775 (SETECENTOS E SETENTA E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ISABELLE DE SOUZA JANUÁRIA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 4 (quatro) dias do mês de dezembro de dois mil vinte e cinco, às 13:00 horas, realizou-se no formato híbrido (Sala 432 e Webconferência) na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*HISTÓRIA DA PROFISSIONALIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NEONATOLOGISTAS EM BELO HORIZONTE (1981-2001)*", da aluna **Isabelle de Souza Januária**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Fernanda Batista Oliveira Santos (orientadora), Maria Itayra Coelho de Souza Padilha e Sérgio Joaquim Deodato Fernandes, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Tássia Pires Pena, Assistente administrativa do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 04 de dezembro de 2025.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Batista Oliveira Santos

Orientadora (EE/UFMG)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

(UFSC)

Prof. Dr. Sérgio Joaquim Deodato Fernandes

(Universidade Católica de Portugal)

Tássia Pires Pena  
Assist Adm. do Colegiado de Pós-Graduação

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Batista Oliveira Santos, Professora do Magistério Superior**, em 07/12/2025, às 16:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sérgio Joaquim Deodato Fernandes, Usuário Externo**, em 15/12/2025, às 07:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Usuária Externa**, em 16/12/2025, às 15:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tássia Pires Pena, Assistente em Administração**, em 19/12/2025, às 11:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4801100** e o código CRC **8D6EFCC5**.

*Dedico às enfermeiras que me antecederam e abriram os caminhos. Mulheres que, antes de terem um título, já sustentavam a vida com saber, sensibilidade e resistência.*

*Este texto é por elas e para elas, as que ousaram permanecer quando quase tudo as empurrava para fora do campo.*

*A cada profissional que fez da UTIN um lugar de luta e de ternura, meu mais profundo reconhecimento.*

*Que este trabalho seja um testemunho da força coletiva que constrói a enfermagem: entre o aprender e o resistir, entre o cuidar e o transformar.*

## **Agradeço,**

A **Deus**, por me permitir chegar até aqui. Houve dias em que o trabalho, o cansaço e a dúvida me atravessaram, e foi n'Ele que encontrei força, esperança e propósito para continuar.

Aos meus pais, **Cleber e Rosângela**, por serem o alicerce de tudo e me ensinarem, com gestos simples, que o amor também se constrói no silêncio.

Aos meus irmãos, **Hítallo, Maria Luiza e João Cleber**, por me lembrarem, cada um à sua maneira, que existem muitas formas de amor: algumas feitas de riso, outras, de presença e irritação, e outras, apenas de saber que o outro está ali. À minha sobrinha, **Maria Alice**, que chegou há poucos meses e me mostrou que o amor também pode nascer de novo, pequeno e luminoso, como quem inaugura o mundo outra vez.

Ao **Marcus**, pelo amor paciente e constante, por compreender as ausências e confiar no processo, respeitando, com ternura, quem eu sou e o caminho que escolhi seguir. Obrigada por caminhar comigo em todas as fases da vida e por acolher, com coragem e esperança, os novos começos que surgiram enquanto esta dissertação também nascia. O amor multiplica.

Aos amigos que me acompanharam com palavras de incentivo, cafés, risadas e silêncios respeitosos. Obrigada por me ajudarem a sustentar o caminho com leveza e esperança.

À **Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**, espaço de saber e compromisso social, e à **educação pública brasileira**, pelo investimento depositado em minha formação integral e pela crença de que o conhecimento transforma vidas e realidades.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais** e a todos os professores e colegas que, com suas contribuições, fortaleceram este caminho de pesquisa, reflexão e descoberta.

À minha orientadora, **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Batista Oliveira Santos**, pela confiança, sensibilidade e parceria, que ultrapassaram o campo acadêmico. Obrigada por me ensinar que o rigor e o afeto podem coexistir, e que pesquisar é, também, uma forma de cuidar. Agradeço pelo aprendizado, pela escuta generosa e pelo respeito com que sempre acolheu, não apenas a mim, mas também à minha família. Sua presença transformou o caminho acadêmico em um verdadeiro espaço de cuidado e amizade.

Ao **Centro de Memória da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**, ao **Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Cuidado e Desenvolvimento Humano**, aos professores, e aos alunos de graduação e de extensão que colaboraram com este projeto, pela escuta atenta, pela troca de experiências e pelo compromisso com a preservação da história da enfermagem. Aos **bolsistas de iniciação científica** que, em diferentes momentos, contribuíram com o desenvolvimento das atividades de pesquisa, catalogação e análise documental, deixando suas marcas neste trabalho.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais**, pelo financiamento desta pesquisa, sem o qual eu não seria capaz de desenvolvê-la.

Aos acervos e instituições de memória que preservam os vestígios da história da enfermagem e possibilitam novas leituras sobre o passado. Em especial, ao **Acervo Manoel Hygino da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte**, pela generosidade em compartilhar documentos, memórias e histórias que deram vida a esta pesquisa. Que cada hospital possa, um dia, ter um espaço de preservação tão inspirador quanto o de vocês.

Ao **Prof. Dr. Sérgio Deodato Joaquim Fernandes**, que me acompanha desde o Trabalho de Conclusão da Residência em Enfermagem Neonatológica no Hospital Sofia Feldman, pela presença inspiradora e pelas valiosas contribuições ao longo do meu percurso formativo. Agradeço pela acolhida generosa em Lisboa, na Universidade Católica Portuguesa, e pela integração ao grupo de investigação *Ethics4Care*. A vivência internacional ao seu lado ampliou meus horizontes teóricos, éticos e deontológicos sobre o cuidado humano.

À **Irmã Lurdes** e a todos do **Centro Social do Menino Deus**, em Lisboa, pelo carinho, pela partilha e pela forma acolhedora com que me receberam durante minha vivência em Portugal. A presença de vocês deu sentido humano a um tempo de intenso aprendizado e afeto. Estendo minha gratidão às **demais irmãs da Congregação de São José de Cluny**, cuja generosidade, espiritualidade e exemplo de dedicação deixaram marcas profundas neste percurso.

Ao **Hospital Sofia Feldman**, por abrir suas portas e sua história, e às **enfermeiras neonatologistas**, que compartilharam suas memórias e trajetórias, permitindo que este trabalho se tornasse também um ato de reconhecimento coletivo.

Às **colegas de plantão**, especialmente do plantão **Emanuel**, *Deus é conosco*, pela parceria nas madrugadas, pelas ajudas silenciosas e pela amizade que acolhe nos momentos de exaustão.

À **Profª. Drª. Maria Sagrario Gómez Cantarino**, à **Profª. Drª. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha**, ao **Prof. Dr. Sérgio Joaquim Deodato Fernandes** e à **Profª. Drª. Pacita Geovana Gama de Sousa Aperibense**, integrantes da banca de qualificação e defesa, por aceitarem partilhar deste percurso com tanto respeito e generosidade. Suas leituras sensíveis e contribuições rigorosas ampliaram a profundidade desta pesquisa, fortalecendo minha formação como pesquisadora.

Agradeço ao **Prof. Dr. Bráulio Silva Chaves** e à **Profª. Drª. Monik Ravik**, pela colaboração na organização, sistematização e tratamento dos dados, cuja dedicação e rigor foram essenciais para a qualidade dos resultados apresentados. A ambos, expresso meu reconhecimento e admiração pelo compromisso ético, pela disponibilidade e por fortalecerem esta pesquisa como um esforço coletivo.

Por fim, agradeço a todas as enfermeiras que me antecederam, especialmente às **pioneiras do campo da neonatologia**, que transformaram o cotidiano em espaço de formação e o cuidado

em campo de saber. Este trabalho é, antes de tudo, um gesto de gratidão à coragem dessas mulheres, que transformaram o cotidiano em espaço de formação e o cuidado em campo de saber. Este trabalho é, antes de tudo, um gesto de gratidão à coragem dessas mulheres, que forjaram o devir histórico da enfermagem. **Sou, também, história viva e produto sócio-histórico da coragem de vocês.**

*“O rio sabe que o seu destino é o mar, mas ele vive o percurso antes de chegar”.*  
(Joao de Barros)

## RESUMO

JANUARIA, Isabelle de Souza. **História da profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte (1981 – 2001)** 138 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – MG, 2025.

**INTRODUÇÃO:** a profissionalização da enfermeira neonatologista no Brasil foi atravessada por lacunas históricas no cuidado ao recém-nascido, pela ausência de políticas públicas específicas e pela desvalorização do trabalho feminino. Em Belo Horizonte, entre 1981 e 2001, o fenômeno ocorreu em um cenário de transformações sanitárias e institucionais impulsionadas pela elevada mortalidade neonatal e pela expansão do Sistema Único de Saúde. **OBJETO DE ESTUDO:** a profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte (1981 – 2001). **OBJETIVOS:** historicizar o contexto sociossanitário de atenção ao recém-nascido de alto risco em Belo Horizonte entre os anos 1981 e 2001; caracterizar a implantação da primeira Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de Belo Horizonte; identificar as enfermeiras pioneiras da enfermagem neonatológica em Belo Horizonte; descrever os avanços e desafios vivenciados pelas primeiras enfermeiras tituladas neonatologistas pelo curso de especialização em enfermagem hospitalar no campo da saúde belorizontina; e analisar os elementos de configuração de um campo profissional na neonatologia para atuação das enfermeiras na cidade de Belo Horizonte. **PRESSUPOSTO:** as exigências da área da neonatologia trouxeram para a enfermeira o desafio de construir um conhecimento próprio e específico, formando-se um movimento vanguardista importante para conformação da neonatologia no estado e no país, contribuindo com os primeiros passos para a profissionalização de enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte, alinhados às necessidades do mercado e da regulação do Estado. **JUSTIFICATIVA:** primeiro investimento do estado de Minas Gerais voltado à produção de conhecimento sobre a profissionalização das enfermeiras neonatologistas. Ao reconstruir uma trajetória ainda não registrada na historiografia da enfermagem mineira, o estudo contribui para preencher uma lacuna científica e fortalecer a identidade profissional das enfermeiras que atuam no cuidado ao recém-nascido de alto risco. Seus resultados podem subsidiar a formação acadêmica, orientar políticas públicas, e estimular novos estudos sobre inovação e desenvolvimento científico na enfermagem. **MÉTODO:** histórico-social, inserida no domínio da história da enfermagem, com abordagem qualitativa. Foram utilizadas a história oral e a história textual, a partir de entrevistas com 13 participantes e análise de documentos institucionais. Os achados foram analisados à luz da Sociologia das Profissões de Eliot Freidson, compondo a narrativa histórica. **RESULTADOS:** a criação do primeiro Centro de Terapia Intensiva Infantil de Belo Horizonte abriu espaço para atuação de enfermeiras em um contexto de alta complexidade, onde práticas empíricas foram transformadas em conhecimento. As enfermeiras pioneiras atuaram como protagonistas silenciosas da mudança, convertendo a ausência de políticas e a precariedade dos serviços em campo de formação e inovação. A criação do curso de especialização em enfermagem hospitalar institucionalizou esse saber e inaugurou o credenciamento formal da neonatologia como área de atuação, configurando autonomia e autoridade profissional. **CONCLUSÃO:** a profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte resultou de um processo de construção de *expertise*, credencialismo e autonomia. A trajetória reconstruída revela que a neonatologia antecipou objetivos hoje expressos nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, ao promover cuidado especializado, formação qualificada, liderança feminina e parcerias interinstitucionais. Conhecer essa história é um ato político, pois devolve às enfermeiras o lugar de autoria sobre suas práticas, saberes e sua própria história.

**Palavras-chave:** Enfermagem; História da Enfermagem; Enfermeiras Neonatologistas; Educação de Pós-Graduação em Enfermagem.

## ABSTRACT

JANUARIA, Isabelle de Souza. **History of neonatal nurses' professionalization in Belo Horizonte (1981–2001)** 138 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – School of Nursing, *Universidade Federal de Minas Gerais* – MG, 2025.

**INTRODUCTION:** The professionalization of neonatal nurses in Brazil was shaped by historical gaps in newborn care, the absence of specific public policies, and the undervaluation of women's work. In Belo Horizonte, between 1981 and 2001, this phenomenon unfolded amid significant sanitary and institutional transformations driven by high neonatal mortality rates and the expansion of the Unified Health System (SUS). **OBJECT OF STUDY:** the professionalization of neonatal nurses in Belo Horizonte (1981–2001). **OBJECTIVES:** to historicize the social and sanitary context of care for high-risk newborns in Belo Horizonte between 1981 and 2001; to characterize the establishment of the first Neonatal Intensive Care Unit in Belo Horizonte; to identify the pioneering neonatal nurses in the city; to describe the advances and challenges experienced by the first neonatal nurses certified through the specialization course in hospital nursing during this period; and to analyze the elements that configured a professional field in neonatology for the practice of nurses in Belo Horizonte. **ASSUMPTION:** the demands of neonatology presented nurses with the challenge of constructing their own specific body of knowledge, giving rise to an important vanguard movement in the development of neonatology in the state and in Brazil. This process contributed to the early steps in the professionalization of neonatal nurses in Belo Horizonte, aligned with the needs of the labor market and State regulation. **JUSTIFICATION:** this is the first investment by the state of Minas Gerais dedicated to producing knowledge on the professionalization of neonatal nurses. By reconstructing a trajectory not yet recorded in the historiography of nursing in Minas Gerais, the study helps to fill a scientific gap and strengthens the professional identity of nurses working with high-risk newborns. Its results may support academic training, inform public policies, and encourage further studies on innovation and scientific development in nursing. **METHOD:** historical-social, situated within the domain of the history of nursing, with a qualitative approach. Oral and textual history methodologies were used, based on interviews with 13 participants and analysis of institutional documents. The findings were interpreted through Eliot Freidson's Sociology of Professions, shaping the historical narrative. **RESULTS:** the creation of the first Pediatric Intensive Care Center in Belo Horizonte provided space for nurses to operate in a highly complex context, where empirical practices were transformed into knowledge. The pioneering nurses acted as silent protagonists of change, converting the absence of policies and the precariousness of services into a field of training and innovation. The establishment of the specialization course in hospital nursing institutionalized this knowledge and marked the formal credentialing of neonatology as a field of practice, shaping professional autonomy and authority. **CONCLUSION:** the professionalization of neonatal nurses in Belo Horizonte resulted from a process of constructing expertise, credentialism, and autonomy. The reconstructed trajectory reveals that neonatology anticipated goals now expressed in the Sustainable Development Goals by promoting specialized care, qualified training, female leadership, and interinstitutional partnerships. Recovering this history is a political act, as it restores to nurses authorship over their practices, knowledge, and their own history.

**Keywords:** Nursing; History of Nursing; Neonatal Nurses; Graduate Education in Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES (GRÁFICOS, FIGURAS, QUADROS, TABELAS, ETC)

**Figura 1** - Vivência acadêmica na Universidade Católica Portuguesa (Lisboa, 2025).

**Quadro 1** - Fontes textuais organizados por ano de origem, título e acervo.

**Quadro 2** - Entrevistas produzidas por identificação e posição do ator(a) social no campo profissional, 2025.

**Quadro 3** - Estimativas da mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos no Brasil, segundo grandes regiões e regiões metropolitanas (1979–1989).

**Figura 2** - “48% das mortes acontecem até o 28º dia”.

**Figura 3** - “UTIs do ES não têm vaga”.

**Figura 4** - “Ceará promete duplicar leitos de UTI para bebês em 24 horas”.

**Figura 5** - “Superlotação já matou 31 bebês no Rio”.

**Figura 6** - Planta geral da cidade de Belo Horizonte, mostrando a divisão entre zona urbana (dentro da Avenida do Contorno), zona suburbana e zona rural (sítios).

**Figura 7** - Relatório do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EEUFMG destacando a participação em projetos de integração docente-assistencial e atuação em regiões periurbanas e rurais de Belo Horizonte.

**Figura 8** - Relatório do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EEUFMG destacando a participação em projetos de integração docente-assistencial e atuação em regiões periurbanas e rurais de Belo Horizonte (1981–1982).

**Figura 9** - Projeto “Assistência sistematizada a adolescente e seu filho no Centro de Saúde São Paulo”, desenvolvido pela EEUFMG, com foco no acompanhamento de mães adolescentes e crianças de 0 a 2 anos, incluindo visitas domiciliares e educação participativa (1997–1998).

**Figura 10** - Triângulo da tensão: Pressão social × Resposta Institucional”.

**Figura 11** - Irmã Benegarde com pacientes da pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, década de 1970.

**Figura 12** - Inauguração CTI Infantil Santa Casa de Belo Horizonte em 19 de março de 1991.

**Figura 13** - Modelos visuais da posição paraprofissional da Enfermagem segundo Freidson (1996): pirâmide hierárquica, círculos de dependência e escada de profissionalização.

**Quadro 4** - Aspectos do processo histórico da atuação do enfermeiro no CTI Infantil: falas das entrevistadas

**Figura 14** - “2 bebês morrem em fila de espera em BH” – Folha de S. Paulo, 1990s.

**Figura 15** - “Morre uma das gêmeas que aguardavam internação em BH”

**Figura 16** - “Bebê morre em BH por falta de vaga”.

**Figura 17:** “Vigilância reprova 14 hospitais em MG”.

**Figura 18:** Ciclo da profissionalização do enfermeiro no campo da neonatologia em Belo Horizonte.

**Quadro 5:** Fases do ciclo de profissionalização do enfermeiro no campo da neonatologia em Belo Horizonte e os objetivos de desenvolvimento sustentável correspondentes. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2025.

**Figura 19:** Ofício do HSF à EEUFMG solicitando a implantação da Residência em Enfermagem nas áreas da mulher e da criança

**Figura 20:** Localização do hospital Sofia Feldman na região Nordeste de Belo Horizonte.

**Figura 21:** Resolução COFEN nº 260/2001, que fixa as especialidades de Enfermagem no Brasil

**Figura 22:** Caneta comemorativa da turma de especialização em Enfermagem Neonatal

**Figura 23:** Resolução COFEN nº 260/2001, que fixa as especialidades de Enfermagem no Brasil

**Figura 24:** Roda de conversa do evento “Raízes e Asas” com pioneiras da neonatologia e estudantes da UFMG

## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEEH – Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar

CEMEMOR – Centro de Memória da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

CEMENF – Centro de Memória da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREQ – *C*onsolidated criteria for *R*eporting *Q*ualitative research

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EEUFMG – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

HE – História da Enfermagem

HSF – Hospital Sofia Feldman

HO – História Oral

HOT – História Oral Temática

HT – História Textual

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICN – *I*nternational *C*ouncil of *N*urses

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

MS – Ministério da Saúde

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TTDA – Termo de Transferência de Direitos Autorais

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>Vivência internacional e ampliação de horizontes teóricos – Lisboa/Portugal .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....</b>  | <b>22</b> |
| <b>3.1 O campo da história da enfermagem como caminho para o desenvolvimento da enfermagem neonatal .....</b>                   | <b>23</b> |
| 3.1.1 <i>ODS 3 – Saúde e Bem-Estar .....</i>  | 23        |
| 3.1.2 <i>ODS 4 – Educação de Qualidade .....</i>  | 24        |
| 3.1.3 <i>ODS 5 – Igualdade de Gênero.....</i>   | 24        |
| 3.1.4 <i>ODS 8 – Trabalho Decente e Crescimento Econômico .....</i>   | 24        |
| 3.1.5 <i>ODS 10 – Redução das Desigualdades.....</i>  | 25        |
| 3.1.6 <i>ODS 17 – Parcerias e Meios de Implementação .....</i>  | 25        |
| 3.1.7 Relevância nacional e científica.....   | 25        |
| <b>4 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>4.1 Scoping Review: Marcos globais na consolidação da enfermagem neonatal como campo profissional para enfermeiros .....</b> | <b>29</b> |
| <b>5 REFERENCIAL TEÓRICO – SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES DE ELIOT FREIDSON.....</b>   | <b>30</b> |
| <b>5.1 Profissão e Profissionalismo .....</b>   | <b>32</b> |
| <b>5.2 Autonomia Profissional .....</b>   | <b>34</b> |
| <b>5.3 Autorregulação.....</b>  | <b>35</b> |
| <b>5.4 Expertise e Credencialismo .....</b>   | <b>36</b> |
| <b>6 O PERCURSO METODOLÓGICO NA CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA HISTÓRICA.....</b>  | <b>39</b> |
| <b>6.1 Referencial metodológico – José D’Assunção Barros .....</b>  | <b>39</b> |
| <b>6.2 Entre vestígios e vozes: o campo, as dimensões, os domínios e as abordagens deste estudo .....</b>                       | <b>40</b> |
| <b>6.3 O caminho das fontes: rastros, encontros e memórias .....</b>  | <b>41</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>6.4 Fontes textuais e acervos: histórias guardadas em papel</b> .....   | <b>41</b>  |
| <b>6.5 Fontes orais: quando a memória fala</b> .....   | <b>48</b>  |
| <b>6.6 Análise e organização dos dados: o confronto documental produzindo tramas, sentidos e interpretações</b> .....  | <b>55</b>  |
| <b>6.7 Aspectos éticos e legais: cuidar também é narrar com responsabilidade</b> .....   | <b>55</b>  |
| <b>6.8 Benefícios: preservar, reconhecer, inspirar</b> .....   | <b>57</b>  |
| <b>6.9 Riscos: entre a exposição e o silêncio</b> .....  | <b>57</b>  |
| <b>6.19 Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD): o direito à voz e à imagem na era digital</b> .....  | <b>57</b>  |
| <b>7 CAPÍTULO I - O CONTEXTO SÓCIO SANITÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO NO BRASIL E EM BELO HORIZONTE ENTRE 1981 E 2001</b> .....           | <b>58</b>  |
| <b>7.1 Entre a invisibilidade e o reconhecimento: a incorporação do recém-nascido de alto risco nas políticas de saúde no Brasil (1981–2001)</b> .....             | <b>59</b>  |
| <b>7.2 Os desafios de nascer menor e mais frágil que o habitual em Belo Horizonte (1981–2001)</b> .....  | <b>69</b>  |
| <b>7.3 A inauguração do primeiro CTI infantil em belo horizonte e as tensões do cuidado intensivo</b> .....  | <b>78</b>  |
| <b>7.4 A expansão das UTIs neonatais como resposta a pressão social na capital mineira e o reconhecimento do recém-nascido como sujeito digno de cuidado</b> ..... | <b>89</b>  |
| <b>8 CAPÍTULO II - A LEGITIMAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DA ENFERMEIRA NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO EM BELO HORIZONTE</b> .....                             | <b>97</b>  |
| <b>8.1 Da necessidade social ao compromisso global: o papel estratégico do enfermeiro nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável</b> .....                       | <b>100</b> |
| <b>8.2 Da prática à formação: a emergência da especialização em enfermagem neonatal na cidade de Belo Horizonte (2001)</b> .....                                   | <b>103</b> |
| <b>8.3 O Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar: quando as ideias ganham corpo e a formação responde à sociedade</b> .....                               | <b>104</b> |
| <b>8.4 A escolha do campo de prática e a materialização do ensino – o hospital Sofia Feldman</b> .....   | <b>108</b> |
| <b>8.5 Tornar-se enfermeira neonatologista: os desafios de afirmar e sustentar um novo campo profissional</b> .....  | <b>114</b> |
| <b>8.6 Regulamentação e formação de um campo em construção</b> .....   | <b>117</b> |
| <b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>120</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>10 RAÍZES E ASAS: A HISTÓRIA VIVA DA NEONATOLOGIA EM BELO HORIZONTE E CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO .....</b>                          | <b>123</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>126</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>   | <b>133</b> |
| <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>   | <b>133</b> |
| <b>CARTA DE VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DAS FONTES ORAIS E ANUÊNCIA PARA A PESQUISA.....</b>   | <b>137</b> |
| <b>TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS.....</b>  | <b>138</b> |
| <b>ROTEIRO SEMIESTRUTURADO - PRIMEIRAS ENFERMEIRAS TITULADAS NEONATOLOGISTAS PELO CEEEH.....</b>                                     | <b>139</b> |
| <b>ROTEIRO SEMIESTRUTURADO - PRIMEIRAS ENFERMEIRAS TITULADAS NEONATOLOGISTAS PELO CEEEH.....</b>                                     | <b>140</b> |
| <b>ROTEIRO SEMIESTRUTURADO - PROFISSIONAIS QUE VIVENCIARAM O PROCESSO DE INSERÇÃO E FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA NA ÁREA NEONATAL.....</b> | <b>141</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>142</b> |

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A presente pesquisa é fruto de um percurso em que formação acadêmica, prática profissional e vivências pessoais se entrecruzam em um campo: a enfermagem. Minha trajetória educacional foi construída integralmente em escolas públicas, e, ao ingressar na graduação por meio de uma bolsa integral do Programa Universidade para Todos, encontrei oportunidades que antes sequer imaginava e que transformaram a minha vida. Ainda que minha carreira esteja, e sempre estará, em construção, reconheço que, desde então, acessei pessoas, e alcancei espaços, experiências e aprendizados que antes estavam fora da minha visão, não por falta de desejo, mas porque eu simplesmente não sabia que existiam.

Iniciei minha graduação em 2017, na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, instituição particular e tradicional da cidade de Belo Horizonte. Desde os primeiros períodos, busquei uma inserção ativa no campo profissional, atuando como estagiária em hospitais a partir do segundo período, inicialmente no setor de educação permanente e, posteriormente, em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Durante toda a graduação, realizei estágios extracurriculares, participei de ligas acadêmicas, representação estudantil, eventos científicos, projetos de extensão, entre outras iniciativas, que ampliaram minha compreensão sobre a profissão e fortaleceram meu vínculo com a área. Ocupar e buscar esses espaços transformou meu acesso em oportunidades, abriu caminhos, e tem me permitido novos aprendizados, experiências e conquistas.

Ao longo desse percurso, vivi experiências que ultrapassaram os limites da sala de aula e moldaram minha visão de mundo: em, 2018, viajei de avião pela primeira vez para participar de um Congresso Brasileiro de Enfermagem. Conheci pessoas, ocupei espaços científicos e institucionais, e realizei, durante este mestrado, uma vivência internacional que me levou a conhecer quatro países. Compreendi, de forma nítida, que minha trajetória é fruto tanto de oportunidades coletivamente construídas quanto do meu empenho pessoal em aproveitá-las intensamente.

À medida que minha atuação e minhas experiências se ampliaram, aumentou o desejo de compreender as raízes históricas e sociais que sustentaram a profissão que escolhi e à qual me sinto cada vez mais pertencente. Foi nesse movimento de entrega e identificação que meu interesse pela História da Enfermagem (HE) se consolidou, especialmente no período de transição entre a conclusão da graduação e o início da minha residência multiprofissional em

neonatologia<sup>1</sup> no Hospital Sofia Feldman<sup>2</sup> (HSF), momento que aconteceu após a formatura. Esse interim se assemelhou, para mim, ao clampeamento do cordão umbilical: um marco de passagem que requer tempo, atenção e cuidado. Como uma recém-nascida que começou a respirar por conta própria, encontrei-me nutrida pelo que havia de melhor ao meu redor e amparada por uma rede de apoio formada pelo Centro de Memória da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMENF) e pelo HSF. Esses dois ambientes me acolheram, aqueceram-me e me deram liberdade para ser quem sou, favorecendo um desenvolvimento seguro e a construção de uma identidade profissional que considero cada dia mais sólida. Foi com esse sentimento de pertença (tão raro, mas deliciosamente caro e valioso) que ingressei como pesquisadora voluntária no CEMENF, em janeiro de 2022, e iniciei, simultaneamente, a minha residência profissional no “Sofia”, como carinhosamente chamamos a instituição. Neste lócus, o pensamento crítico e reflexivo é continuamente estimulado, e eu sou defensora de que este valor não fique perdido na história.

Durante a minha residência multiprofissional, mergulhei na investigação sobre o primeiro curso de especialização em enfermagem hospitalar (CEEH) com ênfase em neonatologia de Minas Gerais, realizado em 2001<sup>3</sup>, e responsável pela formação das primeiras enfermeiras neonatologistas do estado. Desvelar essa história foi, ao mesmo tempo, descobrir parte da minha própria trajetória, pois aquele curso inaugural se desdobrou, ao longo dos anos, na residência multiprofissional em neonatologia que acabou por me formar também. Quantas continuidades há na vida de um recém-nascido? Quantas gerações permitiram que ele pudesse enfim respirar seguro?

Esse percurso me colocou diante de fontes históricas e de profissionais pioneiras cujas vivências se entrelaçam com a construção e o fortalecimento da neonatologia como campo da enfermagem. Mais do que uma pesquisa, essa experiência ampliou meu olhar para além da técnica, permitindo-me compreender a dimensão epistemológica e profundamente humana da

---

<sup>1</sup>A neonatologia se ocupa da saúde e do desenvolvimento dos recém-nascidos de alto risco (suas doenças, seus diagnósticos, cuidados e seus tratamentos), prestando cuidados preventivos por equipes de saúde desde o nascimento até o 28º dia de vida do recém-nascido (período neonatal). Na década de 1960, foi introduzida como uma subespecialidade da pediatria, tornando-se, nas décadas de 1970 e 1980, uma especialidade no campo da saúde (Rey, 2003).

<sup>2</sup>O terreno para construção do Hospital foi doado pelo doado pelo pediatra Marx Golgher, que pediu que a instituição recebesse o nome de sua avó Sofia Feldman. Ela era palestina e veio para o Brasil com 13 anos. Aqui, tornou-se uma benemérita, recolhendo doativos para os hospitais de tuberculosos. Manteve no centro da cidade uma hospedaria.

<sup>3</sup>Januária IS, Walty CMRF, Madeira LM, Fernandes SJD, Padilha MI, Santos FBO. Sociological analysis of the training of neonatal nurses in Minas Gerais (2000-2001). *Rev Bras Enferm.* 2025;78(4):e20240508. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0508pt>

profissão que escolhi. Nesse momento, descobri que estudar a HE é, também, uma forma de cuidar de mim, de reconhecer minhas raízes, compreender o caminho que me trouxe até aqui e valorizar a coletividade que me constitui como enfermeira. Reconheço-me, assim, como parte de uma geração de profissionais cujas oportunidades e práticas são herdeiras desse processo, o que me constitui como produto sócio-histórico da profissionalização das enfermeiras neonatologistas.

Essa trajetória acadêmica e profissional também se entrelaça com minha constituição enquanto sujeito histórico vivo e inserido em uma sociedade. A história que investigo não é apenas a de uma categoria profissional, mas também a história de mulheres que, assim como eu, precisaram ocupar espaços e criar/cocriar/afirmar saberes especializados, reivindicando jurisdição e autonomia técnica em um campo de atuação marcado por disputas simbólicas, institucionais e pelo processo de legitimação social da profissão.

Essa imersão, somada à minha vivência cotidiana em uma UTIN e no CEMENF, levou-me a refletir sobre questões que ultrapassam minha experiência individual. Em muitos momentos, eu me vi questionando: “De que maneira as enfermeiras transformaram o cuidado ao recém-nascido de alto risco<sup>4</sup> em um espaço próprio de atuação profissional? Como começaram a cuidar “desses meninos” com menos de 600 gramas? Eles sobreviviam? Se hoje, com tantos recursos tecnológicos e amplo acesso ao conhecimento, enfrento desafios diários, o que viviam as minhas antecessoras? Como se formaram, especializaram-se e conquistaram espaço em um campo que sequer existia? Quais processos históricos, políticos e sociais possibilitaram essa inserção e sustentaram sua consolidação como campo profissional?”.

Vale ressaltar, ainda, que a realização deste trabalho está integrada ao projeto estruturante “História do conhecimento especializado em enfermagem em Minas Gerais”, fomentado pelo Edital Universal da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais– APQ- 00696-22. A pesquisa vincula-se integralmente ao CEMENF e ao Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Cuidado e Desenvolvimento Humano, grupo de pesquisa certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

O estudo também se insere em um contexto de cooperação internacional, consolidado a partir da vivência acadêmica na Universidade Católica Portuguesa (UCP), sob a tutoria do Prof.

---

<sup>4</sup> Refere-se ao recém-nascido exposto a condições com maior probabilidade de evolução desfavorável, incluindo morbimortalidade elevada e risco de déficits neurodesenvolvimentais. Isso envolve prematuridade (<37 semanas), baixo peso (<2.500 g), asfixia perinatal e complicações congênitas (Brasil, 2014).

Dr. Sérgio Joaquim Deodato Fernandes, e da integração ao grupo de investigação *Ethics4Care*. Essa experiência ampliou os horizontes teóricos, éticos e deontológicos da pesquisa, fortalecendo o diálogo entre a HE brasileira e as abordagens portuguesas sobre a HE, a profissionalização e o cuidado. Esses espaços de produção científica e preservação histórica congregam docentes, discentes e profissionais comprometidos com a valorização da enfermagem enquanto campo de conhecimento e prática social.

### **Vivência internacional e ampliação de horizontes teóricos – Lisboa/Portugal**

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, realizei uma vivência acadêmica de 30 dias em Lisboa, Portugal, com apoio institucional do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). A experiência ocorreu na UCP, sob a tutoria do Prof. Dr. Sérgio Deodato Joaquim Fernandes, e representou um marco decisivo na ampliação das dimensões teóricas, éticas e humanas que atravessam esta dissertação.

Nesse período, participei de atividades de ensino na graduação e na pós-graduação em enfermagem. Além disso, apresentei trabalhos acadêmicos e visitei espaços institucionais e museus dedicados à HE, o que possibilitou um olhar comparativo entre a formação e a prática profissional em diferentes contextos socioculturais. A integração ao grupo de investigação *Ethics4Care* permitiu o diálogo com pesquisadoras e pesquisadores de distintas nacionalidades sobre temas relacionados à ética, deontologia e responsabilidade moral no cuidado, discussões que ressoam diretamente nas reflexões teóricas desta pesquisa.

A orientação e o acompanhamento do Prof. Dr. Sérgio Deodato Joaquim Fernandes foram essenciais para este processo. Sua participação na *scoping review*, realizada como etapa preliminar da dissertação, contribuiu para consolidação do olhar comparativo, ampliando o rigor metodológico do estudo. As interlocuções estabelecidas a partir dessa vivência fomentaram discussões sobre a profissionalização da enfermagem em perspectiva global, fortalecendo os vínculos acadêmicos entre Brasil e Portugal, e reafirmando o compromisso comum com a valorização do cuidado como prática ética, científica e social.

Embora essa experiência não componha o campo empírico da pesquisa, sua influência se manifesta de forma transversal ao longo de toda a dissertação: nas escolhas conceituais, na abordagem ética e na compreensão ampliada da enfermagem como um campo de saber e de prática que ultrapassa fronteiras geográficas e culturais.

Em Portugal, fui acolhida com generosidade e afeto. Vivi dias de profunda aprendizagem, nos quais conheci pessoas, instituições e espaços que reafirmaram minha crença na potência transformadora do cuidado e da profissão. Senti-me feliz, pertencente e fortalecida, com a nítida sensação de que eu posso, e posso mais do que um dia sonhei. Essa vivência despertou em mim a esperança de continuar acreditando naquilo que me move: o compromisso com o humano, com a história e com a possibilidade de fazer da enfermagem um lugar de encontro e de sentido.

**Figura 1:** Vivência acadêmica na Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal, 2025



**Fonte:** acervo pessoal da autora Isabelle de Souza Januaria.

Dessa forma, eu os convido a viver este processo de dedicação contínua, com a certeza de que, daqui em diante, tudo o que foi escrito e construído nasceu do desejo sincero de contribuir para o melhor da enfermagem e para o desenvolvimento deste campo profissional, que é também uma forma de sonhar com um futuro mais justo, sensível e humano para quem cuida e para quem é cuidado.

## 1 INTRODUÇÃO

Para compreender a trajetória trilhada pelas enfermeiras no campo da neonatologia em Belo Horizonte, tornou-se necessário revisitar o percurso social do recém-nascido, cuja posição na sociedade passou por inúmeras transformações ao longo do tempo (Figueredo A. *et al.*, 2022). Essas mudanças o levaram a enfrentar distintas condições de vida e de saúde até, finalmente, ser reconhecido como sujeito dotado de características e necessidades próprias (Brasil, 2000). O recém-nascido de alto risco, entretanto, demorou mais tempo para ser incorporado ao foco das políticas públicas, permanecendo invisível nas ações de saúde por décadas. Apenas a partir do período que constitui o delineamento temporal desta pesquisa é que passou a ser reconhecido como alvo específico de intervenções, ainda que de forma gradual, heterogênea e tardia (Brasil, 2000; Araújo JP *et al.*, 2014).

Entre 1981 e 2001, o Brasil vivenciou um período de intensas transformações políticas, sociais e institucionais. A redemocratização, a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceram novos marcos para organização das políticas públicas baseadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. No entanto, a consolidação dessas diretrizes ocorreu de forma desigual, e o cuidado ao recém-nascido de alto risco, especialmente os prematuros, permaneceu por muito tempo invisibilizado nas prioridades estatais (Leal & Szwarcwald, 1996; Victora *et al.*, 2011).

Durante grande parte desse período, a atenção neonatal esteve diluída nas ações de saúde materno-infantil, sem programas estruturados ou diretrizes voltadas às particularidades dessa população. As limitações de acesso a serviços especializados e a escassez de unidades com capacidade técnico-assistencial adequada refletiam uma seletividade nas respostas governamentais, o que impactou diretamente os indicadores de mortalidade neonatal, sobretudo nas regiões mais vulnerabilizadas (Lansky, França & Leal, 2002; Duarte, 2007).

Até o início da década de 1980, as ações voltadas à infância estavam concentradas em programas de combate a doenças e mortalidade infantil, fortemente vinculados à lógica biomédica e hospitalocêntrica. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (1975) e o Programa de Saúde Materno-Infantil (1977) ainda priorizavam a mulher gestante e a criança maior de 1 ano, relegando o recém-nascido a uma condição de dependência secundária, sobretudo nos contextos hospitalares e de alta complexidade (Brasil, 1975; 1977).

Somente com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984, é que se esboçou uma tentativa mais estruturada de acompanhar o ciclo vital infantil de forma

contínua, ainda que o cuidado neonatal permanecesse subsumido às ações de puericultura e vacinação. A Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS (1990) consolidaram princípios que transformariam progressivamente a atenção à infância, abrindo caminho para novas políticas de redução da mortalidade neonatal e ampliação do acesso aos serviços especializados (Brasil, 1988; 1990).

Nos anos 1990, surgiram iniciativas mais específicas voltadas ao recém-nascido, como o Manual de Atenção ao Recém-Nascido (1998) e a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (1999), que introduziram diretrizes técnicas e humanizadoras para o cuidado neonatal (Brasil, 1998; 1999). Ainda assim, a implementação dessas políticas era marcada por desigualdades regionais, limitações de recursos, e carência de profissionais capacitados para lidar com a complexidade clínica e emocional dos recém-nascidos de risco.

Nesse cenário, as enfermeiras que atuavam em berçários e unidades pediátricas passaram a incorporar gradualmente novas competências, acompanhando a expansão das UTINs e a crescente complexidade tecnológica dos serviços. Foi a partir desse movimento que a enfermeira tomou o seu espaço no campo da neonatologia, tornando-se uma profissional que transformou diretrizes em práticas e que assumiu, de forma técnica e ética, o lugar de quem cuida quando o Estado começa a reconhecer que há um sujeito que precisa ser cuidado.

A partir disso, o objeto de pesquisa deste projeto de mestrado é a profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte, e o delineamento temporal adotado foi de 1981 a 2001. O ano de 1981 refere-se ao primeiro Centro de Tratamento Intensivo (CTI) Infantil criado em Belo Horizonte. O ano de 2001 contou com dois acontecimentos importantes para a enfermagem neonatológica brasileira e mineira: o reconhecimento da área da neonatologia para enfermeiras por meio da incorporação ao rol de especialidades pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); e a oferta do primeiro curso para formação de enfermeiras neonatologistas na capital mineira. Este último foi produto de uma parceria de um hospital público, o HSF, com a EEUFMG (Januaria IS *et al.*, 2024).

Diante desse panorama, o presente estudo se orientou pela seguinte pergunta de pesquisa: como se deu a profissionalização das enfermeiras neonatologistas na cidade de Belo Horizonte (1981–2001)?

Assim sendo, pressupôs-se que as exigências da área da neonatologia trouxeram para a enfermeira o desafio de construir um conhecimento próprio e específico, formando-se um

movimento vanguardista importante para conformação da neonatologia no estado e no país, contribuindo com os primeiros passos para profissionalização de enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte, alinhados às necessidades do mercado e da regulação do Estado.

## **2 OBJETIVOS**

- Historicizar o contexto socio-sanitário de atenção ao recém-nascido de alto risco em Belo Horizonte entre os anos 1981 e 2001;
- Caracterizar a implantação da primeira UTIN de Belo Horizonte;
- Identificar as enfermeiras pioneiras da enfermagem neonatológica em Belo Horizonte;
- Descrever os avanços e os desafios vivenciados pelas primeiras enfermeiras tituladas neonatologistas pelo CEEH no campo da saúde belorizontina;
- Analisar os elementos de configuração de um campo profissional na neonatologia para atuação das enfermeiras na cidade de Belo Horizonte.

## **3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO**

A relevância desta pesquisa está alinhada ao debate global sobre o fortalecimento da enfermagem como força de trabalho essencial à sustentabilidade dos sistemas de saúde. De acordo com o relatório “*State of the World’s Nursing 2020*”, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o *International Council of Nurses (ICN)*, existem aproximadamente 28 milhões de profissionais de enfermagem no mundo, dos quais mais de dois milhões atuam no Brasil, presentes em todos os municípios e níveis de atenção à saúde (Silva & Machado, 2020; WHO, 2020). Esses dados evidenciam que nenhuma agenda de desenvolvimento sustentável pode ser concretizada sem esforços articulados e contínuos para maximizar a contribuição da enfermagem e de seu papel nas equipes multiprofissionais.

A presente pesquisa se insere nesse contexto, ao valorizar a trajetória histórica da profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte, campo em que o cuidado especializado se constituiu como resposta a desafios sanitários, sociais e políticos. O estudo reafirma os princípios defendidos pelo ICN (2025), ao contribuir para a promoção da qualidade do cuidado de enfermagem, a valorização da prática profissional e o avanço do conhecimento científico, em consonância com políticas públicas que visam à formação de profissionais qualificados e comprometidos com a equidade em saúde.

### **3.1 O campo da história da enfermagem como caminho para o desenvolvimento da enfermagem neonatal**

O campo da história, ao investigar processos sociais em suas múltiplas temporalidades, permite compreender a gênese dos desafios que atravessam a sociedade contemporânea. Mais do que registrar o passado, a análise histórica revela as condições que originaram práticas, saberes e desigualdades, contribuindo para interpretar criticamente os caminhos que conduziram às realidades atuais. Nesse sentido, o estudo histórico se torna instrumento de transformação, ao oferecer bases para formulação de políticas e ações socialmente enraizadas e historicamente conscientes.

Sob essa perspectiva, a história constitui um caminho legítimo para o desenvolvimento sustentável, pois possibilita repensar modelos de cuidado, formação e trabalho que ainda hoje produzem exclusões e assimetrias. Ao iluminar as origens dessas estruturas, o conhecimento histórico amplia a capacidade de propor soluções justas, éticas e duradouras, em consonância com os princípios da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, lançada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015.

Essa agenda estabelece 17 objetivos e 169 metas voltadas à dignidade humana, à redução das desigualdades e ao fortalecimento das instituições sociais (Nações Unidas Brasil, 2015). No campo da saúde, reconhece-se que a redução da mortalidade infantil e neonatal, o fortalecimento dos sistemas de atenção perinatal e o desenvolvimento da força de trabalho em enfermagem são metas interdependentes, nas quais o presente estudo se insere diretamente (OMS, 2020; ICN, 2025).

O estudo se articula, especialmente, aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 (Saúde e Bem-Estar), 4 (Educação de Qualidade), 5 (Igualdade de Gênero), 8 (Trabalho Decente e Crescimento Econômico), 10 (Redução das Desigualdades) e 17 (Parcerias e Meios de Implementação). Esses eixos expressam a interdependência entre as dimensões histórica, social e institucional que moldaram a profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte, particularmente a partir da parceria entre a EEUFMG e o HSF.

### **3.1.1 Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e Bem-Estar:**

A pesquisa contribui para este objetivo, ao reconstruir, sob uma perspectiva histórica, o processo de ampliação do acesso e da qualidade do cuidado neonatal, evidenciando como a consolidação da enfermagem neonatológica esteve associada à redução da mortalidade neonatal e à melhoria da assistência perinatal (Browne *et al.*, 1999; WHO, 2020). O fortalecimento da *expertise* técnica e científica da enfermeira foi determinante para sustentabilidade das políticas públicas e promoção da vida desde seus estágios mais vulneráveis.

### **3.1.2 Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4 – Educação de Qualidade:**

A investigação se vincula a este objetivo, ao historicizar a criação e o impacto do CEEH com ênfase em neonatologia, ofertado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com o HSF. Essa experiência pioneira se consolidou como marco de inovação educacional, ao integrar ensino, serviço e pesquisa, instituindo um espaço formativo que promoveu a qualificação do cuidado e legitimação acadêmica da enfermagem como campo científico (Januaria *et al.*, 2024; Freidson, 1998; 2001).

### **3.1.3 Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5 – Igualdade de Gênero:**

A HE neonatológica é, antes de tudo, a história de mulheres que desafiaram fronteiras institucionais e culturais para transformar o cuidado em campo de saber e reconhecimento social. Ao valorizar o protagonismo dessas enfermeiras na criação das UTINs e na estruturação da formação especializada, a pesquisa reforça o ODS 5, promovendo a visibilidade e valorização do trabalho feminino, e o reconhecimento da liderança das mulheres na transformação das práticas de saúde (Beagan *et al.*, 2024; ICN, 2025).

### **3.1.4 Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 8 – Trabalho Decente e Crescimento Econômico:**

A consolidação da enfermagem neonatológica, sobretudo a partir dos anos 1990, representou um avanço na valorização do trabalho especializado e nas condições laborais da enfermagem. Esse campo se tornou um espaço de inserção qualificada e socialmente reconhecida, promovendo equidade, estabilidade e crescimento profissional (Silva & Machado, 2020). A pesquisa reafirma, portanto, a importância da formação continuada, da equidade

salarial e do reconhecimento social, conforme preconiza a meta 8.5 da Agenda 2030 (Nações Unidas Brasil, 2015).

### **3.1.5 Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 10 – Redução das Desigualdades:**

A ampliação da presença das enfermeiras especializadas nos serviços hospitalares contribuiu para reduzir desigualdades sociais e regionais no acesso ao cuidado neonatal, garantindo sobrevivência e qualidade de vida a recém-nascidos vulneráveis, especialmente nas áreas periféricas de Belo Horizonte. Ao mesmo tempo, a profissionalização ampliou oportunidades de ascensão social e reconhecimento para mulheres, fortalecendo a equidade de gênero no campo da saúde (Walters, 2024; WHO, 2020).

### **3.1.6 Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 17 – Parcerias e Meios de Implementação:**

A consolidação da enfermagem neonatológica foi viabilizada por parcerias institucionais estratégicas, notadamente entre a UFMG e o HSF, configurando um modelo de cooperação entre a universidade e o serviço. Essa articulação reforça a capacidade reguladora da UFMG no campo da enfermagem, atuando historicamente como agente de regulação de mercado e de legitimidade profissional em Minas Gerais (Freidson, 1998; 2001; Trotter, 2020). Ao formar especialistas, certificar competências e estabelecer padrões de qualidade, a universidade delimitou fronteiras de autoridade técnica e social, consolidando seu papel como mediadora entre o conhecimento e a prática.

## **3.2 Relevância nacional e científica**

Em âmbito nacional, o Plano Nacional de Saúde 2024–2027 reconhece que, embora os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) tenham contribuído para melhoria de diversos indicadores, a mortalidade neonatal permanece como desafio prioritário (Brasil, 2024). Em 2023, cerca de 12% dos nascimentos no país ocorreram antes das 37 semanas, o que equivale a aproximadamente 300 mil bebês prematuros, colocando o Brasil entre os dez países com maiores taxas de prematuridade (Brasil, 2023). Minas Gerais figura como o segundo estado da região Sudeste, com 583 UTINs habilitadas, revelando a magnitude do desafio e a relevância das políticas de cuidado ao recém-nascido de alto risco.

A temática também se insere na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Brasil, 2018), especialmente nas subagendas 21.1.2 (“Lógicas e processos da formação de

profissionais”) e 22.1.1 (“Memória e história da saúde”), o que reforça o caráter estratégico deste estudo.

Conhecer o percurso histórico da enfermagem brasileira na construção do cuidado neonatal permite compreender conflitos, avanços e permanências que ainda influenciam a qualidade da assistência e a consolidação de campos especializados. Tais reflexões subsidiam novas políticas e pesquisas orientadas ao aprimoramento da formação, à valorização da enfermeira e à qualificação do cuidado à população (Padilha, 2024; Carvalho *et al.*, 2024; McGrath *et al.*, 2024).

A profissionalização da enfermeira neonatologista é, portanto, expressão de projeto histórico de sustentabilidade social, no qual o conhecimento, o trabalho e o cuidado se articulam como dimensões indissociáveis do desenvolvimento humano. Ao destacar a UFMG como instituição de regulação e legitimação profissional, esta pesquisa demonstra que a universidade é também agente ativo da Agenda 2030, pois transforma a produção de conhecimento em instrumento de equidade, autonomia e justiça social. Assim, compreender o passado da enfermagem é também projetar o futuro da saúde, reafirmando que a valorização da profissão é condição para continuidade da vida e fortalecimento de uma sociedade mais justa e solidária.

#### **4 REVISÃO DE LITERATURA**

Historicamente, o campo da neonatologia tem sua gênese no Movimento de Saúde Infantil, desenvolvido, entre as décadas de 1870 e 1920, nos Estados Unidos e na Europa (Oliveira *et al.*, 2004; 2005). De forma paralela e interdependente, acontecia a ampliação do conceito de “hospital”, que se tornava, no mundo, um campo de treinamento privilegiado, inicialmente para médicos e, progressivamente, para outros profissionais de saúde, como enfermeiros (Neufeld, 2013).

Esse movimento surgiu como resposta às altas taxas de mortalidade infantil em um contexto em que recém-nascidos e crianças eram amplamente negligenciados pela classe médica. A queda nas taxas de natalidade observada nesse período gerou preocupação entre autoridades sanitárias e governamentais, que passaram a investir em políticas voltadas à proteção da infância, consolidando o início de práticas que mais tarde dariam origem à neonatologia (Oliveira *et al.*, 2004; 2005).

Nesse momento da história do cuidado ao recém-nascido, houve importantes avanços: incubadoras passaram a ser fabricadas; maternidades foram ampliadas para atender recém-

nascidos com diferentes enfermidades; cuidados preventivos foram implementados; e o acompanhamento pré-natal começou a ser desenvolvido (Martínez *et al.*, 2018). Dessa forma, o campo da neonatologia começou a se consolidar como uma área específica da assistência à saúde, ao institucionalizar o cuidado voltado aos recém-nascidos de alto risco.

Esse processo teve início nos Estados Unidos, em 1922, com a criação da primeira unidade dedicada ao cuidado de recém-nascidos prematuros em Chicago (Guimarães *et al.*, 2021). Durante esse período, iniciou-se uma disputa entre obstetras e pediatras sobre a responsabilidade e os cuidados com os recém-nascidos (Carmo *et al.*, 2010). Mais tarde, na década de 1960, a neonatologia se emancipa como subespecialidade dentro da pediatria, ainda nos Estados Unidos, a partir da criação do primeiro curso voltado à especialização médica na área.

Médicos de diferentes países passaram a buscar formação especializada em neonatologia nos Estados Unidos, e após se qualificarem, retornaram aos seus países de origem, nomeadamente Reino Unido, Portugal, Canadá, Austrália, Japão, Coreia, Índia, Escócia, Colômbia, Cuba e Brasil, sendo responsáveis pela criação e estruturação das primeiras UTINs (Lewis, 2000; Oliveira *et al.*, 2004; 2005; Costa *et al.*, 2009; 2010; 2012; Wright, 2011; Choi, 2013; Martínez Sariol *et al.*, 2018).

Por influência direta da prática norte-americana, o Brasil implantou suas primeiras UTINs nas décadas de 1970 e 1990. Essas unidades foram inicialmente estruturadas em grandes centros urbanos e vinculadas principalmente a hospitais universitários (Oliveira, 2004). No estado de Minas Gerais, estudo publicado por Edward *et al.* (2017) evidenciou que, em 1981, a cidade de Belo Horizonte teve o primeiro Centro de Tratamento Intensivo (CTI) Infantil do estado (Tonelli & Lages, 2017).

Posteriormente, com as demandas de saúde da população belorizontina, novos CTIs infantis foram inaugurados como: o Grupo *Neocenter* e a UTIN Octaviano Neves (1992); a UTIN Santa Fé (1995); a UTIN do Hospital Vila da Serra (1999); a UTIN do Hospital das Clínicas da UFMG (1999); a UTIN do Hospital Odilon Behrens (1999); e a UTIN do HSF (2001).

Em outros estados, o processo ocorreu de modo semelhante. Camargo *et al.* (2005) discutem que, na Bahia, as primeiras UTINs surgiram em hospitais privados durante a década de 1990, sendo inaugurada, em março de 2000, a primeira unidade pública no Hospital Geral Roberto Santos, em Salvador. Em Santa Catarina, Roberta, Costa *et al.* (2012) mostraram que,

na capital Florianópolis, a primeira UTIN foi criada em 1979 no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Inicialmente, o objetivo das unidades neonatais era manter e restaurar a vitalidade, prevenindo infecções e reduzindo a morbimortalidade neonatal (Choi, 2013). Naquele contexto histórico, recém-nascidos que antes não sobreviveriam passaram a ter maiores chances de vida. Entretanto, mesmo com a criação das UTINs e a especialização médica, as taxas de mortalidade neonatal permaneceram elevadas, em grande parte devido à prematuridade e às infecções hospitalares (Lewis, 2000).

Com os avanços tecnológicos e as novas práticas de suporte neonatal, a demanda por profissionais capacitados para atendimento a recém-nascidos de alto risco se tornou uma necessidade emergente para a enfermagem (Camargo *et al.*, 2005). Durante o processo de implantação das UTINs, cresceu o impulso pela especialização em enfermagem neonatal, e surgiram os primeiros investimentos em formação. No Centro de Parto Prematuro de Chicago (1960), foi criado um fundo de investimento para treinar enfermeiras em neonatologia (Choi, 2013).

Reese *et al.* (2017) descrevem que, nas décadas de 1950 e 1960, o uso de tecnologias como ventilação por pressão positiva em recém-nascidos exigiu novas formas de organização hospitalar, ressaltando a necessidade de enfermeiras capacitadas para atuar nesses contextos. O monitoramento contínuo dos sinais vitais, do estado fisiopatológico e dos parâmetros ambientais do bebê durante a ventilação mecânica demandou “*uma maneira inteiramente nova de cuidar do bebê gravemente doente, designada Terapia Intensiva Neonatal*” (Swyer, 2004, p. 4).

Estudos como os de Oliveira *et al.* (2004; 2005) mostram que a inserção da enfermeira no campo da neonatologia ocorreu de forma gradual e articulada às necessidades clínicas e institucionais. O cuidado de enfermagem era prestado de acordo com as deficiências e vulnerabilidades do recém-nascido prematuro, com ênfase na manutenção da temperatura e da respiração, na prevenção de infecções, na alimentação e na vigilância permanente.

As perspectivas de vida do neonato prematuro ou doente, favorecidas pelas novas tecnologias, passaram a exigir também a incorporação de profissionais mais qualificados técnica e eticamente (Scochi, 2000). Assim, a inserção da enfermeira no cuidado ao recém-nascido de alto risco foi um processo gradual e relacional, motivado pela ampliação das taxas de sobrevivência e pela crescente complexidade dos cuidados demandados.

Em seus primeiros anos, a assistência de enfermagem nas UTINs era predominantemente empírica e construída no cotidiano. Estudos de Camargo *et al.* (2005) e Costa *et al.* (2012) mostram que o aprendizado das enfermeiras ocorria essencialmente pela observação e pela prática direta, sob a tutela de colegas mais experientes. Uma profissional entrevistada relatou: “*Aprendíamos a cuidar de recém-nascidos cuidando deles*”.

Edward *et al.* (2017), ao analisarem a especialidade médica da neonatologia em Belo Horizonte, descreveram as condições precárias dos primeiros serviços e a ausência de um olhar sistemático para o papel das enfermeiras. Apesar de sua presença constante nas UTINs, a atuação dessas profissionais foi, por muito tempo, pouco visibilizada nas narrativas oficiais da saúde e da história da neonatologia. Sob a ótica historiográfica proposta por Barros (2011), essa ausência configura uma lacuna na HE mineira, especialmente no que se refere à profissionalização das enfermeiras neonatologistas e à consolidação de sua identidade técnica e social.

#### **4.1 Scoping review: marcos globais na consolidação da enfermagem neonatal como campo profissional para enfermeiros**

A revisão de literatura apresentada até aqui evidencia que o processo de constituição da neonatologia como um campo de saber e prática especializada resultou de múltiplos movimentos históricos, sociais e científicos. Entretanto, observa-se a ausência de estudos que sistematizem e comparem, em escala global, as trajetórias de formação e consolidação da enfermagem neonatal como campo profissional.

Grande parte da produção nacional e internacional se concentra em análises institucionais, abordagens técnicas ou relatos de experiência, sem articular os marcos históricos e políticos que sustentaram a profissionalização do enfermeiro na neonatologia. Diante dessa lacuna, tornou-se necessário ampliar o olhar para além do contexto local e nacional, investigando como diferentes países estruturaram seus serviços neonatais, formaram seus profissionais e consolidaram esse campo de atuação especializado.

Com esse propósito, foi desenvolvida revisão de escopo (*scoping review*), conduzida segundo as recomendações metodológicas do JBI e reportada conforme o *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (Tricco *et al.*, 2018). O protocolo do estudo se encontra registrado na plataforma *Open Science Framework*, sob o identificador digital DOI: 10.17605/OSF.IO/867NJ (De Souza *et al.*, 2025).

O desenvolvimento da enfermagem neonatal como campo especializado está intrinsecamente alinhado às prioridades globais de saúde, particularmente à redução da mortalidade neonatal e à promoção de sistemas de cuidado equitativos e baseados em evidências (OMS, 2025; Kaur *et al.*, 2023). No entanto, a ausência de uma síntese crítica sobre seus marcos globais resultou em um conhecimento fragmentado, limitando o avanço de estratégias internacionais voltadas ao fortalecimento dessa especialidade (OMS, 2023).

A sistematização das evidências sobre sua formação e consolidação pode contribuir para responder às demandas contemporâneas da saúde global, ampliar o reconhecimento social da categoria e afirmar o papel essencial do enfermeiro no cuidado neonatal (Sundquist Beauman *et al.*, 2023). Identificar eventos, políticas e iniciativas que, em diferentes países e períodos, impulsionaram a constituição da enfermagem neonatal é fundamental para compreender seu percurso histórico e promover seu reconhecimento como campo profissional regulamentado e socialmente legitimado.

Dessa forma, o objetivo desta revisão de escopo foi identificar e compreender os marcos globais que contribuíram para consolidação da enfermagem neonatal como campo profissional para enfermeiros. O manuscrito está em fase de revisão para submissão no manuscrito *Nurse Education Today Journal*.

## **5 REFERENCIAL TEÓRICO – Sociologia das Profissões de Eliot Freidson**

O uso de um referencial teórico permite ao pesquisador a construção de uma base sólida conceitual que possibilita compreender e dar sentido à prática profissional, fundamentada na experiência pessoal e nos pressupostos científicos de cada teórico (Rosa *et al.*, 2018).

Com o propósito de guiar o processo de contextualização e a interpretação dos dados da presente pesquisa, adotou-se, como referencial teórico, o pensamento do sociólogo norte-americano Eliot Lazarus Freidson (1923-2005), denominado “Sociologia das Profissões”. Este referencial teórico se mostra assertivo na análise dos processos de profissionalização e construção de saberes especializados em saúde, na medida em que oferece um arcabouço conceitual que pode contribuir para uma compreensão mais ampla da enfermagem enquanto campo profissional inserido em um espaço social. De acordo com Bellaguarda (2020), este sociólogo conduziu conhecimentos transformadores a respeito do trabalho, na perspectiva das profissões e do profissionalismo, que se tornaram objetos de estudo da história e da sociologia.

Eliot Freidson foi professor emérito de sociologia da Universidade de Nova Iorque, onde trabalhou, desde 1961, durante 30 anos. Foi docente adjunto do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento na Universidade da Califórnia, em São Francisco, e professor visitante no Departamento de Sociologia da Universidade da Califórnia, em Berkeley (Freidson, 1996; 1998).

Adicionalmente, foi autor de obras consagradas, com destaque para “*Profissão médica: um estudo da sociologia do conhecimento aplicado*”, que recebeu uma premiação da Associação de Sociologia Americana, e foi traduzido para o espanhol, francês, alemão e holandês. Outra obra importante escrita por Freidson foi a intitulada “*Renascimento do Profissionalismo*”, publicada em 1994, que reúne artigos do autor divulgados entre 1973 e 1993 (Freidson, 1998). Essa obra oferece diferentes perspectivas das suas atividades desenvolvidas na área da sociologia das profissões, e sua relevância e atualidade das questões pertinentes à temática profissional, que podem ser aplicáveis ao campo da saúde e, sobretudo, da enfermagem (Freidson, 1998).

É importante destacar que as análises de Freidson sobre a organização das profissões, sua capacidade de controlar o conteúdo do próprio trabalho e suas fontes de legitimidade sociais, com destaque para o papel do conhecimento e reconhecimento em nossa sociedade, tornam a abordagem sociológica uma fonte apropriada para análise do grupo ocupacional de enfermagem (Pimenta, 2014). Ao mesmo tempo, tornam estimulante para o surgimento de novos objetos de estudo que venham se inspirar nas ideias freidsonianas.

Ainda que os escritos de Freidson, à época (1996), fundamentassem a compreensão da enfermagem como uma paraprofissão, ou seja, uma ocupação cuja prática dependia das determinações de outro profissional, é imprescindível reconhecer que essa condição pode ter refletido um momento específico da trajetória histórica da profissão. No entanto, tal modelo já não se aplica à enfermagem contemporânea, que vem consolidando sua autonomia teórica, técnica e ética.

Em estudo desenvolvido por Bellaguarda (2020), cujo objetivo era analisar as concepções teóricas da Sociologia das Profissões de Eliot Freidson no âmbito das profissões da saúde e da enfermagem, identificaram-se elementos de profissão descritos por Freidson no campo da enfermagem.

Acredita-se que o contexto histórico vivenciado por Freidson, no qual ele desenvolveu a maior parte de seus estudos sobre a profissão médica, não tenha favorecido uma análise crítica das transformações paradigmáticas e aceleradas pelas quais a enfermagem já passava. Por essa razão, é possível que ele a tenha caracterizado como uma paraprofissão. Apesar dessa limitação, o modelo de análise proposto por Freidson tem se mostrado assertivo para refletir sobre a evolução da ciência e os processos de profissionalização na área da saúde, sobretudo na enfermagem, conforme apontado por Bellaguarda (2020–2024).

Dessa forma, torna-se relevante dialogar, de maneira crítica, com as ideias freidsonianas, uma vez que elas constituíram o alicerce para construção desta pesquisa. Esse diálogo permitirá, além de uma reflexão aprofundada, defender a enfermagem como profissão autônoma, detentora de saberes próprios que fundamentam a prática de cuidar das pessoas em suas diversas realidades de vida, e capaz de autorregular seu *ethos* científico.

No decorrer da sua carreira intelectual, as contribuições de Freidson aos estudos profissionais consolidaram iniciativas teóricas em defesa das profissões. Os aspectos mais relevantes dessas contribuições foram: 1) a conceituação das profissões; 2) a análise dos poderes e privilégios profissionais e de suas esferas de controle, que resultaram no monopólio do conhecimento e das atividades de proteção às profissões; e 3) a defesa das profissões, argumentando contra as visões que as consideravam negativas ou desnecessárias (Freidson, 1998).

Pode-se afirmar que a profissão é um conceito popular; portanto, a estratégia de pesquisa apropriada a ela é de caráter fenomenológico. Não é a partir de um sentido completo que se tenta determinar o que é profissão, mas sim por meio de como as pessoas de uma sociedade determinam quem é e quem não é profissional, como eles “fazem” ou “constroem” profissões por meio de suas atividades, e quais são as consequências da maneira como eles se veem e realizam seu trabalho (Freidson, 1998).

Nas próximas seções deste projeto, serão apresentados os conceitos centrais da Sociologia das Profissões, formulada por Eliot Freidson, que fundamentaram a elaboração deste estudo e que, simultaneamente, aplicam-se à enfermagem como campo profissional reconhecido, especialmente no contexto da neonatologia.

## 5.1 Profissão e profissionalismo

De acordo com Freidson (2009), uma profissão pode ser compreendida como uma ocupação que alcançou uma posição dominante dentro da divisão do trabalho e, com isso, conseguiu obter sucesso ao controlar e definir a essência do próprio trabalho. Ao diferenciar da maioria das ocupações, esse sociólogo afirma que uma profissão é autônoma e autorregulada, e que esse *status* especial é garantido pela sua capacidade de convencer a sociedade que seus membros são especialmente confiáveis pelo profissionalismo que possuem, ou seja, pelo conjunto de atributos tidos como característicos dos profissionais, como uma coleção de atitudes ou valores pessoais (Freidson, 2009).

Dessa forma, vale-se que o profissionalismo se manifeste por meio de dois modos: 1) o compromisso com determinado trabalho como sendo uma ocupação, de maneira que seja integrado a uma identidade determinada; e 2) a ênfase colocada sobre a profissão voltada, sobretudo, ao público, e não em proveito próprio (Freidson, 2009).

Ao fazer valer o profissionalismo, Bellaguarda *et al.* (2016) afirmam que o *status* é uma condição que será decisória para o profissionalismo, com o avanço e empoderamento de uma ocupação a partir do momento em que a sociedade é convencida sobre o caráter indispensável do seu fazer profissional para o bem-estar das pessoas. Nessa perspectiva, Freidson (2009) define o *status* como sendo a posição de autoridade técnica e legal que uma profissão ocupa na divisão do trabalho, refletida através da crença da sociedade na habilidade distinta e especialmente superior de uma profissão.

No entanto, se uma profissão tiver pouco reconhecimento dos seus valores pela sociedade, sua manutenção será árdua. Ademais, a posição privilegiada de uma profissão, que é conferida por essa sociedade, pode ser reconhecida e abolida por ela (Freidson, 2009). Desta forma, o autor descreve:

A confiança que eles professam naturalmente inclui a dimensão ética, além de determinadas habilidades. Na verdade, a profissão reivindica ser a autoridade mais segura em relação à natureza da realidade com que lida. Quando seu trabalho característico lida com os problemas que as pessoas lhe trazem, a profissão desenvolve uma concepção própria e independente sobre esses problemas e tenta conviver com ambos, clientes e problemas, de maneira própria (Freidson, 2009, p. 15).

Contudo, distingue dois tipos de profissões estruturalmente diferentes: 1) as “profissões” acadêmicas e científicas; 2) e as “profissões” práticas e de consulta. As diferenças

são maiores que as semelhanças na maneira com que cada uma se estabelece e se mantém, e nos problemas que seus membros enfrentam no trabalho cotidiano. Cientistas e médicos são denominados comumente de “profissão”, sendo-lhes atribuída uma bagagem de conhecimentos comum, mas essas semelhanças têm poucas consequências importantes (Freidson, 2009).

Nessa perspectiva, é estabelecida uma especificação entre uma relação profissional “dependente de clientes” e outra “dependente de colegas”. No primeiro caso, os pacientes utilizam a avaliação leiga de outros pacientes para escolher e avaliar a *performance* de um profissional. Já no segundo, enfatiza-se a rede de relações interprofissionais que avaliam e definem se encaminham ou não um cliente de um profissional para outro (Freidson, 2009).

Em vista disso, Freidson (2009) similarmente distinguiu as profissões das ocupações paraprofissionais (denominadas paramédicas) com base no lugar que cada uma ocupa na organização da divisão do trabalho: a profissão não é subordinada a nenhuma outra ocupação, e a paraprofissão é tecnicamente subordinada a uma profissão. Conforme o autor, apesar de as paraprofissões sempre buscarem alcançar o *status* profissional e procurarem apoio para credenciamento de seu trabalho na sociedade, essas ocupações não conseguem obter a autonomia plena no exercício concreto de seu trabalho, pelo fato desta ser limitada por uma profissão dominante. Ao fazer referência à enfermagem no modelo norte-americano, Freidson (2009, p. 89) descreve:

Uma ocupação combativa como a Enfermagem pode ter as próprias escolas de formação, pode exercer o controle sobre numerosas instâncias de credenciamento e pode ter os próprios “serviços” no hospital, dando assim aparência de uma autonomia específica, oficial, apoiada pelo Estado. Mas o trabalho que seus integrantes desenvolvem permanece subjugado à ordem de outra ocupação. De fato e de direito, o médico detém a competência reconhecida para diagnosticar, prescrever e operar. A autoridade e a responsabilidade médicas estão no centro de uma constelação em torno da qual o trabalho de muitas outras ocupações se movimenta.

Ainda assim, Freidson (2009) evidencia que é por meio do profissionalismo que as ocupações submissas afirmam para a sociedade e para si mesmas que suas atividades são dignas e seus membros possuem qualidades profissionais. Da mesma maneira, o autor justifica que, a despeito do *status* profissional, o profissionalismo parece ser capaz de existir para melhor organizar o desempenho no trabalho.

No arcabouço de Freidson (2009), o maior desafio para as profissões paramédicas, sendo a enfermagem talvez o exemplo mais explícito, reside em seu *status* de paramédico, que exige que trabalhem sob o comando do médico. Todavia, Bellaguarda (2020) afirma que

considerar a enfermagem uma paraprofissão é negar a filosofia do seu cuidado profissional. Para essa autora, a enfermagem também é considerada uma disciplina do campo da saúde, já que o enfermeiro assume o cuidado como seu objeto epistemológico, conquistando reconhecimento com a construção das teorias de enfermagem, com a sistematização das técnicas de enfermagem e dos princípios científicos que as fundamentam.

## 5.2 Autonomia profissional

Na concepção de Freidson (2009), a característica mais estratégica e preciosa da profissão, sua autonomia, é, portanto, decorrente de sua relação com o Estado soberano, sem o qual ela não é, enfim, autônoma.

No contexto da liberdade de ação garantida pela autonomia profissional, Freidson (1998, p. 19) afirma que “*é desse tipo de autonomia que se extrai o poder profissional*” e que uma ocupação alcança o seu *status* quando desempenha o seu fazer resguardado pela sociedade e pelo controle estatal. Contudo, a autonomia profissional não deve ser tão abrangente a ponto de permitir que sejam colocados sob o controle da profissão domínios sobre os quais ela não tem competência para realizar (Freidson, 2009).

De acordo com Freidson (2009), a partir do momento em que a profissão adquire a proteção do Estado, ela tem poder suficiente para sozinha assumir o controle sobre seu trabalho sem que haja interferências externas, incluindo a autonomia em determinar as condições econômicas do trabalho, a localização e a organização social, e o conteúdo técnico do trabalho.

Nesse sentido, a autonomia é representada pela liberdade que uma ocupação tem em relação a outros grupos para executar o trabalho da forma que acharem conveniente, sem que haja interferência externa. Essa autonomia é legitimada, organizada e reconhecida à medida que exista o prestígio de uma profissão, ao adquirir o direito de controlar o próprio trabalho, o que inclui determinar quem pode, legalmente, executá-lo e de que maneira ele deve ser feito (Freidson, 2009).

Em síntese, a autonomia se manifesta de forma sutil, e é construída e definida no cotidiano, na realização diária da atividade. Ela se caracteriza quando há independência na execução da atividade, ou seja, quando há possibilidade de arbítrio na escolha das ações, independentemente da instituição em que essa atividade se realiza e das intenções leigas dos clientes (Verenguer, 2004).

### 5.3 Autorregulação

Em seus estudos, Freidson (2009) diz que os membros de uma profissão dispõem de uma prerrogativa singular: não são controlados por ninguém que esteja fora da profissão. Este privilégio se sustenta em três argumentos: primeiro, a reivindicação é de que existe um nível de perícia e conhecimento tão excepcional envolvido no trabalho profissional que os leigos não são capazes de avaliá-lo e regulá-lo; segundo, a reivindicação é de que os profissionais são responsáveis, e seu trabalho deve merecer confiança sem que haja supervisão; e terceiro, a reivindicação é de que a própria profissão deve implementar suas ações de regulação nas raras ocasiões em que um profissional for incompetente ou antiético no exercício de sua atividade.

O sociólogo prega que *“se a profissão pretende ter autonomia, ela deve ter condições de exercer, ela mesma, suas regras ou seu controle sobre o desempenho de seus membros, sem interferência externa. Da mesma forma que a autonomia é o teste para a condição profissional, a autorregulação é o teste da autonomia profissional”* (Freidson, 2009, p. 106).

Ao descortinar a ideia de Freidson e aplicá-la na enfermagem, é evidente a autorregulação ao analisar a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, parteiras). Desta forma, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem atende às necessidades elementares da institucionalização da profissão, delimita seu campo de trabalho e permite a definição jurídica de sua identidade profissional. Essas ações legitimam a autorregulação por meio do exercício da autonomia profissional (Bellaguarda *et al.*, 2015).

Esse conhecimento complexo e a prática fundamentada na Sistematização da Assistência de Enfermagem, anteriormente regulamentada pela Resolução COFEN nº 358/2009 e atualizada pela Resolução COFEN nº 736/2024, permitem que enfermeiras e enfermeiros utilizem o Processo de Enfermagem como instrumento estruturante do trabalho profissional (Bellaguarda; Padilha; Nelson, 2020). A literatura contemporânea reforça que processos sistematizados de tomada de decisão clínica constituem elemento central da autonomia e da *expertise* profissional, atributos essenciais à profissionalização segundo a Sociologia das Profissões (Beagan, Sibbald & Rondeau, 2024; ICN, 2025).

Além de estimular o raciocínio clínico e investigativo, o Processo de Enfermagem revigora o pensamento crítico de enfermeiras e enfermeiros em sua prática cotidiana, uma vez que favorece a busca contínua da aquisição de um corpo de conhecimentos específicos e o

desenvolvimento de novas habilidades que proporcionem uma melhor qualidade da assistência prestada, refletindo o compromisso desses profissionais para com o paciente que está sob seus cuidados (Benedet *et al.*, 2018).

#### 5.4 *Expertise* e credencialismo

Para o sociólogo, a *expertise* é determinada como um corpo complexo de conhecimentos que confere ao profissional autonomia, tanto no domínio da identificação dos problemas quanto na forma em executar o seu trabalho, tornando-o especialista em determinada função (Freidson, 2009). O autor afirma, em todos os seus escritos, que, para ser considerada uma profissão, é preciso dispor de formação específica, treinamentos e construção de conhecimentos próprios (Bellaguarda *et al.*, 2020).

Dessa forma, a *expertise* é caracterizada pela realização de tarefas a partir dos conhecimentos e das habilidades de pessoas que são especialistas e que se contrapõem ao leigo, ou seja, ganham a vida realizando esse trabalho. Se é verdade que existem tarefas que quase todas as pessoas possam realizar com ou sem treinamento, existem outras que “[...] *exigem ou um extenso treinamento, ou experiência ou ambos e, neste caso, os trabalhadores são verdadeiros especialistas com competência e conhecimento - isto é, com expertise - que é distintamente deles e não faz parte da competência normal dos adultos em geral*” (Freidson, 1998, p. 200).

Além disso, a *expertise* dispõe de um caráter de exclusividade/privilégio, determinado pela aquisição e detenção de conhecimento e habilidades, que exclui a maioria da sociedade. Ademais, para o autor, é praticamente inviável pensar a vida contemporânea e sua complexidade sem especialistas para proteger e viabilizar a sociedade.

À vista disso, o autor (1998) advoga que, em uma sociedade moderna, a *expertise* é inseparável do credencialismo.

O credencialismo cria, assim, as condições protetoras pelas quais é possível conceber a manutenção de uma relação de compromisso com o trabalho. Por meio de suas instituições de pesquisa e de treinamento, a profissão cria e transmite seu conhecimento e competência; escolhe aqueles a quem vai treinar e suas credenciais são garantidas por leis de licenciamento que mediante pressão a profissão logrou obter do Estado. Somente seus membros têm o direito legítimo de avaliar o trabalho uns dos outros e de estabelecer padrões para seu desempenho [...] (Freidson, 1998, p. 204-205).

Dessa forma, o credencialismo age como uma proteção à exclusividade concedida pela *expertise*. Institucionalizando a *expertise*, por meio do credencialismo, legitima-se a escolha de

um especialista pela sociedade, auxiliando as pessoas a identificar um especialista sem depender de testemunhos verbais, experiência pessoal anterior ou emprego de teste (Freidson, 1998).

Além disso, é preciso reconhecer que o credencialismo é excludente, criando uma “reserva de mercado” (Freidson, 1998). No entanto, principalmente aos incluídos, ou seja, aos especialistas detentores da *expertise*, proporciona proteção visando à dedicação à carreira e uma relação de compromisso com a atividade.

A abordagem freidsoniana revela a enfermagem como uma ocupação paramédica e questiona a existência de um objeto específico de conhecimento dessa área, ressaltando que, apesar de apresentar atitudes de profissionalismo, estas não seriam suficientes para reconhecer a sua autoridade. Neste momento, é preciso legitimar a enfermagem como a ciência do cuidado humano. Embora a autonomia técnica da enfermagem não esteja centrada no diagnóstico e na prescrição em relação à cura de doenças, competências específicas dos médicos, sua *expertise* se destina a oferecer cuidados que se sucedem por meio da sistematização, diagnóstico, prescrição de enfermagem e ações relacionadas ao processo de cuidar (Pimenta, 2014).

Dessa forma, a enfermagem, especialmente as enfermeiras, tem buscado se consolidar, por meio da busca por autonomia, *expertise* e capacidade de autorregulação, um corpo próprio de saberes sustentado por metodologias e referenciais científicos. Essa consolidação visa não apenas fundamentar uma prática clínica segura, mas também reforçar o reconhecimento social da relevância e especificidade do ofício de cuidar.

## **6 O PERCURSO METODOLÓGICO NA CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA HISTÓRICA**

### **6.1 Referencial metodológico – José D’Assunção Barros**

Para alcance da rigorosidade científica e da confiabilidade em pesquisas do campo da história, torna-se fundamental o emprego de um percurso metodológico que possibilite explorar e desvelar o objeto em estudo no contexto em que ele se manifesta. Nesta pesquisa, adota-se a concepção de “Campo da História”, proposta por José D’Assunção Barros (2011), que compreende a história não como um domínio homogêneo, mas como um campo plural, partilhado e em constante reconfiguração, no qual se inserem distintas especialidades e objetos.

Segundo Barros (2011), uma característica crescente da historiografia<sup>5</sup> contemporânea é o reconhecimento de sua fragmentação produtiva, isto é, o entendimento de que o conhecimento histórico se constitui a partir de múltiplas vertentes e de um movimento contínuo de partilha entre diferentes campos do saber. Nessa perspectiva, o campo da história da enfermagem, mais especificamente, a história da profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte, inscreve-se como uma dessas subáreas que, ao revisitar experiências e práticas específicas, amplia a compreensão do devir histórico.

Para o autor, o método histórico se constitui como instrumento crítico e emancipador, uma vez que busca reconstruir os processos de transformação social a partir das experiências concretas dos sujeitos históricos (Barros, 2011). Assim, ao adotar esse método, esta dissertação se orienta pela intenção de analisar a constituição de um campo profissional - o da enfermeira neonatologista - no entrecruzamento entre práticas, saberes e contextos institucionais, evidenciando os movimentos de consolidação e reconhecimento da enfermeira como agente fundamental no cuidado intensivo ao recém-nascido de alto risco.

Em meio a esse cenário que prefigura “Clio despedaçada”, expressão que remete à multiplicidade e à fragmentação das narrativas históricas contemporâneas, José D’Assunção Barros (2011) propõe uma sistematização capaz de esclarecer as várias divisões e interfaces que a história pode assumir enquanto campo do saber. O autor defende que, para garantir a consistência epistemológica das pesquisas históricas, é necessário distinguir critérios que orientem a constituição dos diversos campos da história, definindo conceitos que caracterizam o método histórico, como as dimensões, as abordagens e os domínios da história, categorias que, embora interdependentes, articulam-se de forma particular conforme o objeto de estudo.

Segundo Barros (2011), as três ordens de critérios correspondem, respectivamente, a enfoques, métodos e temas. A dimensão se refere ao tipo de enfoque historiográfico, isto é, a um “modo de ver” ou a um aspecto que se pretende destacar na observação de uma sociedade historicamente localizada. Cada dimensão expressa uma forma de se aproximar do objeto, um olhar que enfatiza certos elementos em detrimento de outros, podendo estabelecer interfaces com outras dimensões conforme o problema investigado.

---

<sup>5</sup> Entende-se aqui por historiografia o modo de produzir o conhecimento histórico, compreendendo tanto o exame crítico das fontes quanto a elaboração de narrativas que buscam dar sentido ao passado. Trata-se, portanto, da prática reflexiva do historiador. Um olhar situado, mediado por teorias, escolhas e interpretações (Barros, 2011).

O domínio, por sua vez, corresponde à temática e à problemática escolhidas pelo pesquisador, à área de estudo na qual o objeto de investigação se insere. Trata-se do recorte substantivo da pesquisa que pode se orientar por agentes históricos, instituições, práticas sociais, espaços ou períodos, compondo o vasto caleidoscópio histórico ao qual Barros se refere.

Já a abordagem diz respeito ao modo de fazer a historiografia, isto é, ao conjunto de procedimentos empregados na análise das fontes e na construção da narrativa histórica. A abordagem envolve o tratamento conferido às fontes e aos vestígios do passado, bem como as escolhas teóricas e metodológicas que orientam o olhar do pesquisador, delimitando o seu campo de observação.

## **6.2 Entre vestígios e vozes: o campo, as dimensões, os domínios e as abordagens deste estudo**

Trata-se de pesquisa do campo da história. A dimensão adotada neste estudo é a história social, escolhida por se tratar de uma vertente historiográfica que examina a sociedade ou um de seus subconjuntos específicos, como uma classe social, uma minoria ou um grupo profissional. Essa dimensão se propõe a compreender não apenas os grupos em si, mas também os elementos que os atravessam, seus mecanismos de organização social, os sistemas que os estruturam, as repercussões de fatores políticos e econômicos, e os processos vividos por determinada coletividade (Barros, 2011).

Entre os interesses da história social, destacam-se, neste estudo, os círculos de sociabilidade, compreendidos por Barros (2011) como espaços de interação nos quais se formam identidades, valores e práticas compartilhadas. Esses círculos podem ser observados em circuitos profissionais e meios educacionais, que constituem lugares privilegiados para análise das dinâmicas de formação e consolidação de grupos sociais e ocupacionais.

Tais aspectos se mostram centrais para esta pesquisa, cujo objeto deflagrador é a criação do primeiro CTI Infantil na cidade de Belo Horizonte, em 1981, e o círculo de sociabilidade que se configura em torno dos atores sociais e instituições formadoras, especialmente a EEUFMG e o HSF. Essas instituições, ao se articular na criação do primeiro curso de especialização em enfermagem neonatológica no início dos anos 2001, consolidaram um espaço de interação e produção de saberes, contribuindo para afirmar as enfermeiras como profissionais detentoras de um conhecimento específico e reconhecido no campo do cuidado neonatal.

Neste trabalho, o domínio adotado foi o da HE. Logo, é a partir da disseminação de estudos nesse campo que ocorrem a construção disciplinar da profissão, a consolidação de sua *expertise* e a formação de um profissionalismo autônomo e regulado. Desse modo, a produção do conhecimento em HE permite oportunidades de produção de conhecimento e ampliação do escopo intelectual (Bellaguarda; Queirós, 2023).

Em relação à abordagem, trata-se de pesquisa qualitativa, guiada pelos critérios estabelecidos na lista *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ), versão em português falado no Brasil, em seus três domínios: equipe de pesquisa e reflexividade; conceito do estudo; e análise e resultados (Tong A *et al.*, 2007; Souza VR *et al.*, 2021).

Para execução desta pesquisa, foram adotadas, como abordagens metodológicas, a história textual (HT), também denominada história do discurso, por Barros (2011), e a história oral (HO). Dessa forma, o estudo se apoiou em registros produzidos voluntária ou involuntariamente, sob a forma de textos escritos, fotografias, vídeos, lembranças e demais expressões da memória dos atores sociais. Essas fontes foram compreendidas como elementos legítimos para desvelar o problema histórico desta pesquisa.

### **6.3 O caminho das fontes: rastros, encontros e memórias**

As fontes são a matéria-prima da pesquisa histórica. Segundo Barros (2020), a fonte histórica é tudo aquilo que, por ter sido produzido pelos seres humanos ou por trazer vestígios de suas ações e interferências, pode nos proporcionar um acesso significativo à compreensão do passado humano e de seus desdobramentos no presente. O autor defende ainda que a fonte histórica coloca o pesquisador diretamente em contato com possíveis respostas ao seu problema de pesquisa (Barros, 2011). É necessário analisar os vestígios do passado para compreendê-lo e interpretar adequadamente as relações humanas e sociais (Barros, 2020).

Para isso, a fonte pode assumir duas funções para o pesquisador: o meio de acesso aos fatos históricos, que serão interpretados pelo pesquisador; ou o próprio fato histórico em si. Não há limitações quanto às fontes para a história social, podendo ser encontradas em documentações públicas ou privadas, sendo a escolha definida pelo pesquisador e orientada pelo problema histórico (Barros, 2011).

Em conformidade com os critérios propostos na lista COREQ (Tong A *et al.*, 2007; Souza VR *et al.*, 2021), no primeiro domínio, “Equipe de pesquisa e reflexividade”, a presente

pesquisa se alinha à descrição dos itens quanto à tipologia das fontes. Em concordância com as abordagens da HT e HO, optou-se pelas fontes textuais e orais (Barros, 2020).

#### **6.4 Fontes textuais e acervos: histórias guardadas em papel**

As fontes textuais são aquelas cujo conteúdo ou mensagem está registrado em formato escrito. Essa classificação engloba diferentes gêneros do discurso, como literatura de ficção, tratados técnicos, textos legislativos, processos judiciais, notícias, entre outros, encontrados em suportes manuscritos, documentos de arquivo, livros, revistas, jornais e impressos diversos (Barros, 2011; Barros, 2020).

À vista disso, e com o intuito de alcançar os objetivos propostos por esta pesquisa, a coleta de fontes textuais foi realizada nas seguintes instituições: CEMENF; Centro de Memória da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMEMOR); Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte; e HSF.

A escolha dessas instituições se justifica por sua relevância histórica, acadêmica e assistencial no contexto da saúde e da enfermagem em Belo Horizonte. Nesse sentido, destacam-se as coleções documentais presentes em dois acervos da Rede de Museus e Espaços de Ciência e Cultura da UFMG<sup>6</sup>, a saber: CEMENF e CEMEMOR. O primeiro espaço foi inaugurado em 2006, e abriga patrimônio instrumental, fotográfico e documental de grande relevância para a enfermagem mineira, compondo acervo público aberto à visitação e pesquisas (Santos, 2018). O segundo, criado em 1977, conta com livros, documentos, quadros, esculturas e outras peças fundamentais para preservação da história da medicina e da saúde (Duarte MF *et al.*, 2021).

Outro local destinado à coleta de fontes textuais foi o Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, espaço dedicado à preservação de documentos, fotografias e objetos históricos da instituição. Esse local foi selecionado por ter sediado, em 1981, a criação do primeiro CTI Infantil do estado de Minas Gerais (Tonelli & Lages, 2017).

Também foi realizada coleta documental no HSF, gerenciada pela Fundação Integral de Saúde, referência no atendimento ao recém-nascido de alto risco em Minas Gerais. Em 2001, o

---

<sup>6</sup> A Rede de Museus e Espaços de Ciências e Cultura da UFMG é constituída por 25 espaços, que somam esforços e otimizam a aplicação de recursos no planejamento e execução de projetos. Juntos intercedem pelo patrimônio histórico desta universidade (UFMG, 2024).

hospital estabeleceu uma parceria com a EEUFMG, protagonizando a formação das primeiras enfermeiras neonatologistas do estado (Januaria *et al.*, 2024).

Para complementar as fontes provenientes de acervos locais e institucionais, considerou-se relevante recorrer também à imprensa escrita como registro discursivo das transformações sociais e sanitárias do período. Além dos documentos institucionais, Barros (2021) apresenta os jornais como um tipo específico de fonte histórica, capaz de oferecer informações, discursos e indícios para análise das sociedades. Para tanto, nesta pesquisa, foram utilizadas fontes oriundas do jornal *Folha de São Paulo*, cujo acervo digital possibilitou o acesso remoto e sistemático às edições publicadas entre 1981 e 2001. As matérias jornalísticas selecionadas contribuíram para composição do contexto socio-sanitário nacional em torno da atenção ao recém-nascido de alto risco, permitindo observar como os debates sobre mortalidade infantil, políticas públicas e expansão das UTINs foram representados nesse período.

Além das fontes localizadas em acervos institucionais e no repertório jornalístico, esta pesquisa incorporou também documentos pessoais e profissionais cedidos voluntariamente pelas participantes das entrevistas, tais como certificados, anotações de campo, materiais de formação, fotografias e registros produzidos à época de sua atuação nas UTINs. Esses documentos, compartilhados de forma ética e autorizada, constituíram um conjunto valioso de evidências, contribuindo para fortalecer a análise histórica, ampliar a compreensão do contexto de trabalho das enfermeiras neonatologistas e aprofundar a articulação entre memória individual, trajetória profissional e processos coletivos de profissionalização. Tais materiais foram tratados como fontes históricas em sentido pleno, pois, conforme a perspectiva da História Oral e dos Estudos da Memória, permitem acessar dimensões subjetivas, institucionais e sociopolíticas que não emergem exclusivamente dos acervos formais.

Ressalta-se que, embora a análise iconográfica não tenha constituído o foco desta pesquisa, imagens relacionadas ao tema, localizadas nos acervos ou fornecidas espontaneamente pelas participantes durante as entrevistas, foram utilizadas como elementos ilustrativos e de apoio à reconstituição do contexto histórico.

Com o intuito de organizar e sistematizar as informações, foi elaborado, para cada fonte textual coletada, o preenchimento de uma ficha de registro, contendo as principais informações sobre o conteúdo, a origem e a natureza da fonte. Esse procedimento se destacou como uma etapa essencial do processo de pesquisa, pois possibilitou o confronto e a comparação entre os documentos, favorecendo a identificação de convergências, lacunas e recorrências. Tal

sistematização contribuiu, de forma decisiva, para construção da narrativa histórica, que constitui o principal resultado desta dissertação.

A ficha serviu, portanto, como instrumento de organização e de análise preliminar, garantindo coerência entre a coleta documental e a interpretação histórica das fontes, e assegurando o rigor e a transparência do percurso metodológico adotado.

Desta forma, foi possível localizar 64 documentos nos acervos citados anteriormente, incluindo relatórios institucionais, boletins informativos, atas e correspondências, além de matérias jornalísticas do acervo digital da *Folha de São Paulo*, consultadas para compor o contexto socio-sanitário do período estudado.

É válido ressaltar que parte das coleções documentais referentes a esse período histórico não se encontra disponível em formato digital, motivo pelo qual a busca e a coleta foram realizadas de forma manual e presencial, com o devido registro e catalogação de cada fonte.

As imagens que integram esta dissertação, especialmente aquelas provenientes dos acervos institucionais e de periódicos, foram tratadas digitalmente com o apoio de ferramentas baseadas em inteligência artificial, como o *Google Gemini*<sup>7</sup>. O recurso foi utilizado exclusivamente para aprimorar a nitidez, o contraste e a legibilidade de documentos históricos digitalizados em baixa resolução, sem qualquer modificação no conteúdo, contexto ou autenticidade das fontes originais.

O uso da ferramenta teve caráter técnico e preservacionista, voltado à valorização e visibilidade do patrimônio documental analisado. Todas as imagens mantêm referência direta aos acervos de origem, e o tratamento realizado foi devidamente registrado nos metadados do banco de dados documental, em conformidade com os princípios éticos e científicos que orientam esta pesquisa.

A pesquisadora assume integral responsabilidade pelo uso das ferramentas de apoio e pelos resultados obtidos a partir das fontes tratadas, reafirmando o compromisso com a autenticidade histórica, a transparência metodológica e o rigor acadêmico na produção deste trabalho.

---

<sup>7</sup> O *Google Gemini* é uma ferramenta desenvolvida pela empresa Google baseada em modelos de linguagem e aprendizado de máquina, utilizada para processamento e aprimoramento de textos e imagens digitais. Nesta pesquisa, foi empregada apenas para o tratamento visual de imagens históricas, com fins de preservação e legibilidade (GOOGLE, 2025).

No Quadro 1, apresentam-se os documentos provenientes dos acervos CEMENF, CEMEMOR, HSF e Manoel Hygino dos Santos, e do acervo digital da *Folha de São Paulo*, que compuseram o banco de dados desta dissertação.

**Quadro 1:** Documentos textuais organizados por ano de origem, título e acervo

| Ano de origem | Título/identificação  | Acervo/instituição       |
|---------------|---|--------------------------|
| 1973          | Proposta criação – Departamento de enfermagem Materno-Infantil (DEMI)   | CEMENF/UFMG              |
| 1981          | Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – Relatório de atividades (1980)  | CEMENF/UFMG              |
| 1981          | Livro: 1956 – 1981: Associação de Hospitais de Minas Gerais – Síntese Histórica   | CEMEMOR                  |
| 1982          | Departamento de enfermagem materno-infantil e saúde pública – Relatório de atividades de (1981)   | CEMENF/UFMG              |
| 1985          | Projeto de prestação de serviço do hospital Sofia Feldman   | CEMENF/UFMG              |
| 1985          | Notícia: Geral – 2º Caderno – 19 Mortalidade infantil diminui pouco no país   | <i>Folha de S. Paulo</i> |
| 1987          | Análise e proposta do plano de trabalho da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais                                   | CEMENF/UFMG              |
| 1987          | Livro do evento: “Primeira jornada mineira de enfermagem pediátricas”   | CEMENF/UFMG              |
| 1989          | Projeto de desenvolvimento de enfermagem em assistência materno-infantil  | CEMENF/UFMG              |
| 1989          | Projeto de pesquisa: “Assistência Sistematizada à Criança de risco no hospital Sofia Feldman”   | CEMENF/UFMG              |
| 1990          | Projeto de Pesquisa: “Estudo da força de trabalho docente das escolas de enfermagem de Minas Gerais”                                      | CEMENF/UFMG              |
| 1991          | Projeto de extensão: “Prestação de Serviço no hospital Sofia Feldman, tendo como estratégia a integração ensino/serviço”                  | CEMENF/UFMG              |
| 1991          | Projeto de extensão: "Atividades Docente-Assistenciais na Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman" (FAIS/H.S.F.). | CEMENF/UFMG              |
| 1991          | Projeto de extensão: “Atividade Docente - Assistenciais no Centro Infantil Professor Estevão Pinto (CIPEP)”                               | CEMENF/UFMG              |
| 1992          | Projeto de extensão: “Prestação de serviço no posto comunitário do bairro Monte Azul”   | CEMENF/UFMG              |
| 1992          | Livro: A saúde em Estado de Choque 3ª edição.   | CEMEMOR                  |
| 1994          | Livro: UFMG e sistema único de saúde (SUS): A formação de recursos humanos - Subsídios para um seminário nacional                         | CEMENF/UFMG              |
| 1994          | Notícia: Nº 23.661 - Ano 74 – Especialista acha mortalidade muito alta  | <i>Folha de S. Paulo</i> |
| 1994          | Notícia: Nº 23.661 - Ano 74 – Vi 1 enfermeira para 8 bebês  | <i>Folha de S. Paulo</i> |
| 1995          | Plano de Capacitação Docente para o EMI no período de 1996 a 2000   | CEMENF/UFMG              |
| 1995          | Relatório anual de atividades docentes – Departamento de enfermagem Materno infantil e saúde pública                                      | CEMENF/UFMG              |
| 1995          | Notícia: Nº 24.316 - Ano 75 – ENFERMAGEM – Residência não é obrigatória para formados   | <i>Folha de S. Paulo</i> |
| 1996          | História da Fundação Assistencial Integral em Saúde – Hospital Sofia Feldman  | Hospital Sofia Feldman   |
| 1996          | Primeiro Planejamento Estratégico do hospital Sofia Feldman   | Hospital Sofia Feldman   |
| 1996          | III Curso Descentralizado de Especialização em Gestão Hospitalar  | Hospital Sofia Feldman   |
| 1996          | Notícia: Nº 23.661 - Ano 74 – Prefeitura admite falha em hospital   | <i>Folha de S. Paulo</i> |

|      |   |   |
|------|---|---|
| 1996 | Notícia: N° 24.706 - Ano 76 – 48% das mortes acontecem até o 28º dia  | <i>Folha de S. Paulo</i>                    |
| 1996 | Notícia: N° 24.706 - Ano 76 – Ceara promete duplicar leitos de UTI para bebês em 24 horas                           | <i>Folha de S. Paulo</i>                    |
| 1996 | Notícia: N° 24.706 - Ano 76 – OMS aceita até 20 mortes por 1.000  | <i>Folha de São Paulo</i>                   |
| 1996 | Notícia: N° 24.706 - Ano 76 – Roraima da nova versão sobre mortes   | <i>Folha de S. Paulo</i>                    |
| 1996 | Notícia: N° 24.706 - Ano 76 – UTIs do ES não tem vaga   | <i>Folha de S. Paulo</i>                    |
| 1997 | Ofício N° 118/97/EMI - 15 de julho de 1997.   | CEMENF/UFMG                                 |
| 1997 | Ofício do HSF à EEUFMG solicitando a implantação da Residência em Enfermagem nas áreas da mulher e da criança       | CEMENF/UFMG                                 |
| 1997 | Planejamento Estratégico do Hospital Sofia Feldman  | Hospital Sofia Feldman                      |
| 1998 | Relatório anual de atividades docentes – Departamento de enfermagem Materno infantil e saúde publica                | CEMENF/UFMG                                 |
| 1998 | Revista Crescer   | CEMENF/UFMG                                 |
| 1998 | Planejamento Estratégico do Hospital Sofia Feldman  | Hospital Sofia Feldman                      |
| 1998 | N° 25.139 - Ano 78 – Superlotação já matou 31 bebês no Rio  | <i>Folha de S. Paulo</i>                    |
| 1999 | Relatório técnico – Atividades da Escola de Enfermagem da UFMG  | CEMENF/UFMG                                 |
| 1999 | Ofício da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais   | CEMENF/UFMG                                 |
| 1999 | Notícia: N° 25.683 - Ano 79 – Morre uma das gêmeas que aguardavam internação em Belo Horizonte                      | <i>Folha de S. Paulo</i>                    |
| 1999 | Notícia: N° 25.507 - Ano 79 – 2 bebês morrem em fila de espera em Belo Horizonte                                    | <i>Folha de S. Paulo</i>                    |
| 1999 | Notícia: N° 25.696 - Ano 79 – Bebê morre em BH por falta de vaga  | <i>Folha de S. Paulo</i>                    |
| 1999 | Notícia: N° 25.696 - Ano 79 – Bebê morre por falta de vaga em CTI   | <i>Folha de S. Paulo</i>                    |
| 1999 | Notícia: N° 25.741 - Ano 79 – Vigilância reprova 14 hospitais em Minas Gerais                                       | <i>Folha de S. Paulo</i>                    |
| 2000 | Planejamento Estratégico do hospital Sofia Feldman  | Hospital Sofia Feldman                      |
| 2000 | Placa prefeitura de Belo Horizonte – 1ª UTI do hospital Sofia Feldman   | Hospital Sofia Feldman                      |
| 2001 | Regulamento do Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar   | CEMENF/UFMG                                 |
| 2001 | Edital: Curso de Especialização de Enfermagem Hospitalar  | CEMENF/UFMG                                 |
| 2001 | Planejamento Estratégico do hospital Sofia Feldman  | Hospital Sofia Feldman                      |
| 2001 | Resolução COFEN nº 260/2001 – Fixa as especialidades de enfermagem  | <a href="#">Disponível no site do COFEN</a> |
| 2002 | Presente de Formatura do Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar – Ênfase em Neonatologia                  | Acervo pessoal de Iara Perpétuo de Souza    |
| 2002 | Certificado do Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar – Ênfase em Neonatologia                            | Acervo pessoal de Iara Perpétuo de Souza    |
| 2002 | Train the Trainer: Extended Dwell Peripheral Catheters - BD Medical – Infusion Therapy Systems, Inc.                | Acervo pessoal de Iara Perpétuo de Souza    |
| 2008 | Livro: Reverencia pela Vida: A pediatria em Minas   | Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos  |
| 2009 | Livro: Tempo de Nascer: A obstetrícia em Minas Gerais   | Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos  |
| 2009 | Livro: Gestão participativa e cogestão  | Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos  |
| 2010 | Livro: Trabalhos em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas                                 | Hospital Sofia Feldman                      |
| 2010 | Livro: Ensino-Trabalho-Cidadania: Novas marcas ao ensinar integralidade no SUS                                      | Hospital Sofia Feldman                      |
| 2014 | Livro: Experiencia(ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional | Hospital Sofia Feldman                      |

|      |  |  |
|------|--|--|
| 2016 | Livro: Tempo de Nascer - Centenário da maternidade Hilda Brandão | Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos |
| 2017 | Livro: A história da pediatria em Minas Gerais                   | Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos |
| 2019 | Livro: Santa Casa 120 anos – Uma história de amor a vida         | Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos |
| 2023 | História da neonatologia no Brasil (1960-1990)                   | Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos |

**Fonte:** elaborada pela autora (2025).

Esse levantamento sistemático permitiu consolidar um *corpus documental* representativo da história da enfermagem neonatal, articulando fontes institucionais e midiáticas que expressam as transformações da atenção ao recém-nascido de alto risco entre 1981 e 2001, período definido como recorte central deste estudo. Foram igualmente consideradas fontes anteriores e posteriores a esse intervalo temporal, utilizadas de forma complementar para contextualizar antecedentes estruturantes e descrever desdobramentos que permitiram compreender com maior precisão a dinâmica de configuração desse campo profissional.

A incorporação dessas fontes ampliadas não altera o recorte analítico, mas sustenta a consistência histórica da narrativa, permitindo identificar processos que se iniciam antes de 1981, como movimentos institucionais, mudanças sanitárias e normativas que criaram as condições para a implantação da UTIN, e repercussões posteriores a 2001, quando a neonatologia se consolida como especialidade e campo de formação. Foram também consideradas obras institucionais e publicações comemorativas produzidas após 2001, nas quais diferentes serviços hospitalares narram suas próprias trajetórias. Esses materiais, embora posteriores ao recorte, constituem importantes fontes de memória, pois registram retrospectivamente eventos, práticas e atores relevantes para compreender o desenvolvimento da neonatologia e da enfermagem neonatal em Belo Horizonte. Assim, essas fontes funcionam como marco de contextualização, fortalecendo a interpretação histórica do período investigado.

### **6.5 Fontes orais: quando a memória fala**

Neste estudo, adotou-se a definição de fonte oral proposta por Meihy e Holanda (2015), que a conceituam como uma forma de documentação produzida por meio de gravações eletrônicas realizadas com a finalidade de registro. Entre essas formas, a entrevista configura-se como a expressão mais conhecida das fontes orais.

A HO, conforme delineada pelos autores, demanda o planejamento de condições específicas para realização das entrevistas como: seleção do grupo de participantes; definição dos locais, tempo de duração e demais aspectos ambientais; transcrição e organização dos relatos; validação do conteúdo junto aos(às) entrevistados(as); autorização formal para uso do material; e, por fim, arquivamento e divulgação dos resultados (Meihy & Holanda, 2015).

A partir desse entendimento, optou-se pelo uso da história oral temática (HOT), vertente metodológica da HO, que se concentra na discussão de um tema específico, com base nas narrativas de sujeitos que vivenciaram diretamente os acontecimentos em questão. A HOT assume um caráter social ao reconhecer a existência de múltiplas versões da história, compreendidas como legítimas e complementares. Dessa forma, embora as entrevistas constituam o núcleo do método, elas não se sustentam isoladamente como relatos únicos, mas como interpretações subjetivas da memória, articuladas a outros registros documentais (Meihy & Holanda, 2015).

Para orientar a seleção dos participantes e a condução das entrevistas, o método propõe a definição prévia de três conceitos hierarquizados (comunidade de destino, colônia e rede), que ajudam a delimitar o universo da pesquisa (Meihy & Holanda, 2015).

Nesse sentido, o conceito de comunidade de destino surge como o primeiro critério de delimitação. Trata-se de agrupamento social definido com base em dois tipos de vínculos: os materiais, relacionados a elementos físicos que conectam um grupo de pessoas; e os simbólicos, como aspectos psicológicos, de gênero ou orientações comuns. Assim, compreende-se a comunidade de destino como um grupo de indivíduos unidos por laços concretos ou experiências compartilhadas, que estruturam o pertencimento e fornecem o pano de fundo para a coleta das memórias individuais e coletivas (Meihy & Holanda, 2015).

A partir dessa delimitação mais ampla, chega-se ao conceito de colônia, entendido como um recorte dentro da comunidade de destino. A colônia representa um agrupamento mais específico, formado por indivíduos que compartilham determinadas características em comum. Sua definição pode se basear em critérios como gênero, faixa etária, experiências profissionais ou fenômenos vividos coletivamente. Embora constitua uma parcela da totalidade, a colônia deve ser numericamente representativa e manter uma conexão substantiva com o universo de origem (Meihy & Holanda, 2015).


Por fim, o conceito de rede representa o nível mais específico da hierarquia conceitual proposta pela HOT. A rede corresponde a uma amostra intencional da colônia, composta por sujeitos escolhidos estrategicamente para garantir a pluralidade de perspectivas. Ainda que numericamente reduzido, esse grupo deve possibilitar o confronto entre diferentes olhares e interpretações sobre o fenômeno estudado. A formação da rede se dá de modo dinâmico, a partir do princípio da indicação sucessiva: cada entrevistado sugere novos participantes, estabelecendo uma cadeia que parte do ponto zero da pesquisa (Meihy & Holanda, 2015).

As entrevistas constituíram o principal instrumento de coleta dos relatos orais. A delimitação da comunidade investigada seguiu a hierarquia conceitual proposta por Meihy e Holanda (2015), composta por comunidade de destino, colônia e rede.

Para seleção dos participantes, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: ter vivenciado o processo de criação do primeiro CTI Infantil da cidade de Belo Horizonte; e ter sido mencionado em fontes documentais ou indicado por outros participantes. Como critérios de exclusão, consideraram-se a ausência de condições físicas ou psicológicas para realização da entrevista, bem como a indisponibilidade de acesso à internet ou telefone para participação nas entrevistas realizadas de forma remota.

Dessa forma, a pesquisa compreendeu a participação de 13 pessoas entrevistadas, conforme apresentado no Quadro 2.



**Quadro 2** - Entrevistas produzidas por identificação e posição do ator social no campo profissional, 2025

| Identificação  | Posição do ator social no campo profissional   |
|--|--|
| <p><b>Raquel Helena da Silva</b></p> <p>“No CTI Infantil, a gente era enfermeira de verdade.” (p. 3)</p>  <p>Imagem: cedida pela participante.</p> | <p>Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/1979.</p> <p>Participou ativamente da construção e inauguração do CTI Infantil na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Tornou-se coordenadora do serviço e atuou até o ano de 2017.</p> |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  <p>Imagem: Lattes.</p>   | <p style="text-align: center;"><b>Miguir Terezinha Viecelli Donoso</b></p> <p><i>“Eu sentia profundo apreço por esse trabalho. Quando um recém-nascido chegava, eu fazia questão de realizar a admissão: removia o vérnix, realizava a lavagem gástrica, aplicava vitamina K e, nesse momento, costumava cantar baixinho canções infantis, um gesto de acolhimento e afeto que tornava o cuidado mais humano.” (p. 5)</i></p>   | <p>Enfermeira pela Universidade Federal de Santa Catarina/1985.</p> <p>Atuou entre 1987 e 1991 no Hospital Infantil Joana de Gusmão em Santa Catarina, onde vivenciou o cuidado pediátrico e neonatal. Em 1992, mudou-se para Belo Horizonte, integrando o CTI Infantil da Santa Casa de Misericórdia e, posteriormente, dedicando-se à docência na EEUFMG.</p> |
| <p><b>Maria José Cabral Grillo</b></p> <p><i>“Nós não tínhamos dentro do CTI nesse momento ninguém que tivesse essa capacitação específica. Mas eram pessoas que tinham domínio, e nós tínhamos como utilizar estratégias com o pessoal da Escola de Enfermagem da UFMG.” (p. 3)</i></p> |  <p>Imagem: Lattes.</p>   | <p>Enfermeira pela UFMG/1977 e coordenadora do CEEH. Estava presente na EEUFMG e no Hospital das Clínicas.</p>  |
|  <p>Imagem: Lattes.</p>   | <p style="text-align: center;"><b>Lélia Maria Madeira</b></p> <p><i>“Nós fomos observando que a cidade precisava de mais gente [...] foram surgindo as demandas das maternidades, então a própria Escola de Enfermagem da UFMG tinha interesse que nós formássemos mais profissionais para a neonatologia. E aí começou a ter o boom das especializações porque começou a ter muito enfermeiro generalista, e o próprio Conselho de Enfermagem começou também a ficar de olho nessas especializações. Começou o investimento na enfermagem.” (p. 5)</i></p> | <p>Enfermeira pela UFMG/1977 e coordenadora de disciplinas do CEEH. Estava presente no HSF e na EEUFMG.</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Ivo de Oliveira Lopes</b></p> <p><i>“Eu fazia medicina. Tinha um colega que atuava aqui (no Hospital Sofia Feldman?) e eu no Bairro das Indústrias, no mesmo sentido, trabalhando para as comunidades. Como ele iria deixar o Sofia, me apresentou ao Sr. José de Souza Sobrinho”, lembrou o diretor.</i></p> <p>Logo depois, conheceu o médico pediatra Dr. Marx, que, em nome da família, doou o terreno.</p> <p><i>“Sua única exigência a mim foi a de que mesmo o hospital chegando a crescer atendêssemos sempre, em especial, as crianças.”</i></p> <p>Com o Sr. José, Dr. Ivo fez um acordo ético e político: <i>“Eu, Ivo, nunca tiraria a comunidade de dentro do Sofia, não usaria o Sofia como arma política e nem me candidataria a nenhum cargo político”.</i></p> <p>Acordo cumprido.</p> |  <p>Médico pela UFMG. Obstetra e diretor administrativo do HSF na época de análise deste estudo.</p>   |
|  <p><b>José Carlos da Silveira</b></p> <p><i>“Nós chegamos a ter aqui no hospital Sofia Feldman 22 leitos pediátricos e a neonatologia foi crescendo e o número de internações na pediatria começaram a diminuir. Eu acho que o programa de vacinação, o saneamento básico e o incentivo ao aleitamento materno diminuíram muito o número de internações na pediatria.” (p. 3)</i></p> <p>Imagem: cedida pelo</p>  | <p>Médico pela UFMG. Pediatra e diretor assistencial do HSF na época de análise deste estudo.</p>  |
| <p><b>Elysângela Dittz Duarte</b></p> <p><i>“A minha questão com o cuidado ao recém-nascido é, na verdade, um desvio de rota e diz muito da minha personalidade.” (p. 1)</i></p>   |  <p>Enfermeira pela UFMG/1998 e coordenadora de enfermagem da unidade neonatal (terapia intensiva, cuidados intermediários e cuidado canguru) à época deste estudo.</p> <p>Imagem: Lattes.</p> |

|   |  |   |
|---|--|---|
|  <p>Imagem: Lattes.</p>  | <p><b>Julia Cristina Amaral Horta</b></p> <p><i>“Tinha um pouco o trabalho da psicologia no hospital. Então, as questões emocionais sempre foram muito trabalhadas e consideradas pelos enfermeiros. Esse lugar não era do médico.”</i></p> <p>(p. 6)</p>  | <p>Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/1984. À época do estudo, atuava como psicóloga do HSF e coordenava as atividades das doulas comunitárias.</p>  |
| <p><b>Gislene de Oliveira Nogueira</b></p> <p><i>“O Sofia tinha alguma coisa diferente. Tinha a alma. A gente falava que o Sofia sofria com a alma. E o Sofia não pode perder essa alma, é a essência.”</i> (p. 3)</p>                            |  <p>Imagem: cedida pela participante.</p>  | <p>Assistente social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/1984. Durante o período de análise deste estudo, atuava como assistente social do HSF.</p>   |
|  <p>Imagem: cedida pela participante.</p>   | <p><b>Aguida Almeida Carvalho</b></p> <p><i>“A gente trabalhava muito com as famosas gambiarras. E eu acho que a enfermeira é a dona da gambiarra mesmo! Eu fico muito feliz quando eu vejo que surgiu uma tecnologia nova, porque tudo isso nasceu das nossas tentativas de fazer o melhor com o que tínhamos.”</i> (p.8)</p> | <p>Enfermeira pela UFMG/2000 e especialista em neonatologia pelo CEEH (2001), ofertado pela EEUFMG/HSF. Participou ativamente da criação da UTIN do HSF, sendo referência na implementação de rotinas assistenciais e na formação de colegas.</p> |
| <p><b>Iara Perpetuo de Souza</b></p> <p><i>“Eu sempre falava para os alunos: não esquece que tem uma família ali fora. Um bebê nunca vem sozinho. A gente cuida do bebê, mas também cuida da mãe, do pai, do irmão, de todo mundo.”</i> (p.4)</p> |  <p>Imagem: cedida pela participante.</p>  | <p>Enfermeira pela UFMG/1991 e especialista em neonatologia pelo CEEH (2001), ofertado pela EEUFMG/HSF. Atuou em outras UTINs antes de realizar a especialização.</p>   |
|  <p>Imagem: cedida pela participante.</p>  | <p><b>Caroliny Alves Pessoa</b></p> <p><i>“Eu sempre fiz o melhor. Hoje em dia está até no caderno do Ministério da Saúde, a sucção não nutritiva. Fazíamos por instinto, para aliviar a dor, para acalmar o bebê. Contribuímos muito. Ajudamos a diminuir comorbidades e os bebês a viverem melhor.”</i> (p.6)</p>            | <p>Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/2001 e especialista em neonatologia pelo CEEH (2001), ofertado pela EEUFMG/HSF. Saiu da graduação e foi para o curso de especialização.</p>                                   |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>Juliana de Oliveira Marcatto</b></p> <p><i>“Eu sempre fui uma enfermeira à beira-leito. Eu sempre fui uma enfermeira que examinei todos os meninos, que fiz todos os procedimentos, que amava trocar fralda, dar banho, cuidado básico. Isso sempre foi a minha cara.” (p.9)</i></p> |  <p>Imagem: Lattes.</p>   | <p>Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/1999. Atuou e protagonizou a abertura de outras UTINs antes de realizar a especialização.</p> |
|  <p>Imagem: cedida pela participante.</p>   | <p><b>Glauciane Fonseca Procópio</b></p> <p><i>“O cuidado canguru, o aleitamento materno e o uso do PICC ajudaram muito na evolução dos meninos, diminuindo as taxas de infecção e a mortalidade neonatal e nós orientávamos as famílias.” (p.12)</i></p> | <p>Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/2000. Atuou em outras UTINs antes de realizar o curso.</p>                                    |

**Fonte:** elaborada pela autora (2025).

A seleção dos participantes seguiu a lógica de rede, conforme proposta por Meihy e Holanda (2015), iniciando-se pela identificação das primeiras atrizes sociais vinculadas ao CTI Infantil da Santa Casa de Belo Horizonte, criado em 1981. A partir desse ponto zero, outros profissionais mencionados em documentos históricos ou indicados pelas entrevistadas foram convidados a participar, configurando um processo dinâmico de ampliação da rede. Essa estratégia possibilitou não apenas alcançar sujeitos diretamente envolvidos na gênese da neonatologia em Belo Horizonte, mas também incorporar olhares complementares sobre as transformações ocorridas entre 1981 e 2001, período delimitado para esta investigação.

Além das enfermeiras pioneiras, participaram também informantes-chave, como gestores hospitalares, médicos, professoras da EEUFMG e outros profissionais de apoio, incluindo uma psicóloga e uma assistente social. Esses participantes foram incluídos na amostra porque constavam em registros institucionais, foram mencionados em diferentes fontes documentais ou foram indicados pelos próprios entrevistados, o que conferiu robustez e legitimidade ao processo de amostragem em rede.

A presença de múltiplos atores permitiu reconstituir o campo da neonatologia a partir de diferentes posições sociais e institucionais, evidenciando as interdependências entre as dimensões assistencial, formativa e gerencial do cuidado neonatal. Essa diversidade de vozes ampliou a densidade da narrativa histórica, favorecendo o confronto, a sobreposição e a

complementaridade de perspectivas sobre a profissionalização das enfermeiras neonatologistas, além da consolidação do campo da enfermagem neonatal em Belo Horizonte.

As entrevistas constituíram o principal instrumento de coleta dos relatos orais. Foram realizadas predominantemente de forma presencial, em ambientes escolhidos pelos próprios participantes, buscando-se assegurar privacidade, conforto e autenticidade na reconstrução das memórias. Do total de treze entrevistas, 12 ocorreram presencialmente e uma em formato virtual, via plataforma *Google Meet*<sup>®</sup>, de acordo com a disponibilidade e preferência dos participantes.

Em todos os casos, foram garantidos o direito de escolha do local e a orientação sobre a importância de que o encontro ocorresse em espaço reservado, minimizando ruídos, interferências externas, e assegurando a confidencialidade das informações. Para evitar imprevistos, a pesquisadora manteve contato prévio com os participantes por e-mail ou telefone, confirmando as entrevistas e ajustando datas, quando necessário.

A entrevista remota foi conduzida com os mesmos cuidados éticos e metodológicos das presenciais. O participante recebeu instruções detalhadas sobre o uso da plataforma, e teve suas dúvidas esclarecidas antes do início da gravação, garantindo um ambiente seguro e acolhedor para escuta.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, mediante autorização prévia e expressa, sem tempo predeterminado de duração. O tempo de fala foi orientado pelo ritmo e pelo conforto emocional de cada participante, reconhecendo-se que a evocação de memórias pode demandar pausas, silêncios e retomadas.

Durante o processo de transcrição, os arquivos foram armazenados em pasta confidencial, protegida por senha, com acesso restrito à pesquisadora principal, à orientadora e ao bolsista de iniciação científica vinculado ao projeto. As entrevistas foram realizadas entre julho de 2025 e setembro de 2025, conduzidas integralmente pela pesquisadora principal. Para otimizar o processo, utilizou-se o software Atrain, responsável pela conversão inicial do áudio em texto. Todas as transcrições foram posteriormente revisadas integralmente pela pesquisadora, garantindo a fidedignidade do conteúdo e a preservação do sentido original das falas (Haberl et al., 2024). Ao todo, as entrevistas totalizaram 12 horas e 08 minutos de gravação.

Concluídas as transcrições, cada participante recebeu sua entrevista para leitura e validação, em consonância com os princípios da HOT. Essa etapa, denominada devolutiva, constitui um momento de escuta reversa e coautoria, no qual o narrador reconhece e autoriza a forma como sua história foi registrada. Somente após o retorno e assinatura da Carta de Validação do Conteúdo das Fontes Orais e Anuência para a Pesquisa as entrevistas foram liberadas para uso.

Ao término da pesquisa, os depoimentos cujos participantes consentiram formalmente com a cessão dos direitos autorais foram encaminhados, mediante assinatura do Termo de Transferência de Direitos Autorais (TTDA), ao CEMENF, onde passaram a integrar o acervo institucional, contribuindo para preservação e difusão da memória da enfermagem.

Por se tratar de pesquisa histórica, compreendeu-se que a preservação da identidade dos entrevistados constitui parte fundamental da integridade da narrativa. Solicitou-se, portanto, o consentimento formal para identificação nominal nas transcrições e na dissertação. O anonimato foi mantido como opção, respeitando a decisão individual de cada colaborador sobre ser ou não identificado publicamente.

As autoras deste estudo reconhecem que a confidencialidade na HO não se aplica da mesma forma que em outros campos científicos, uma vez que o reconhecimento público dos sujeitos históricos é parte integrante do compromisso ético e científico com a memória e com a construção coletiva da história.

O roteiro de entrevista funcionou como um fio condutor flexível, sem caráter diretivo. Reconheceu-se que, em pesquisas com fontes orais, o controle total do discurso é impossível, pois as entrevistas são atravessadas por afetos, silêncios e lembranças imprevistas. O roteiro, portanto, orientou o diálogo, mas o conteúdo efetivo emergiu no encontro intersubjetivo entre entrevistadora e entrevistados, revelando-se nas pausas, nas emoções e nas reconstruções simbólicas, que dão forma à experiência vivida.

A etapa de coleta das fontes orais, portanto, não se limitou à reunião de depoimentos, mas constituiu um processo interpretativo em si marcado pela escuta atenta, pela construção de vínculos e pela circulação de sentidos entre pesquisadora e participantes. Cada entrevista representou um ato de rememoração e ressignificação, no qual a história profissional das enfermeiras e de seus interlocutores foi revisitada à luz das transformações da neonatologia e do próprio fazer em enfermagem.

Na fase posterior, os relatos validados foram organizados e analisados em articulação com as fontes documentais, permitindo a identificação de convergências, tensões e silêncios. Essa leitura cruzada entre memória e documento orientou a construção da narrativa histórica interpretada, que não busca linearidade, mas reconhece a pluralidade de experiências e interpretações que compõem o processo de profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte.

### **6.6 Análise e organização dos dados: o confronto documental produzindo tramas, sentidos e interpretações**

Para organização do material coletado, foi construído um banco de dados em ambiente virtual. Na primeira etapa, os documentos textuais foram digitalizados, e as fontes orais, produzidas, transcritas e textualizadas. Em seguida, na segunda etapa, foram criadas pastas no *Google Drive*<sup>®</sup> pela pesquisadora principal, organizadas conforme o local de coleta/acervo, nome e ano. Essa sistematização permitiu uma visualização estrutural do conjunto de fontes, e facilitou o início da análise documental.

No que se refere à análise de dados, a historiografia admite diferentes abordagens: qualitativa, quantitativa ou serial (Barros, 2011). Nesta pesquisa, adotou-se a perspectiva qualitativa, em conformidade com os critérios consolidados para descrição de estudos qualitativos, conforme o terceiro domínio do protocolo COREQ – Análise e Resultados (Tong *et al.*, 2007; Souza *et al.*, 2021).

Dessa forma, para analisar as fontes enquanto objetos de significação, foi realizada a crítica interna estrutural, e enquanto objetos de comunicação, aplicou-se a crítica externa (Barros, 2011). A análise contemplou a tríplice abordagem: intratexto, intertexto e contexto. O intratexto se referiu aos aspectos internos do texto; o intertexto se referiu à relação do documento com outras fontes coletadas; e o contexto se referiu à realidade histórica, social e cultural que originou o texto e com a qual ele se articulou (Barros, 2011).

### **6.7 Aspectos éticos e legais: cuidar também é narrar com responsabilidade**

A observância dos princípios bioéticos da não maleficência, beneficência, justiça e equidade foi garantida em todas as etapas desta pesquisa, desde a concepção do objeto de estudo até a formulação dos objetivos e da questão norteadora. Dessa maneira, a condução do estudo e a abordagem junto aos participantes seguiram rigorosamente as diretrizes estabelecidas pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Com o intuito de garantir o compromisso ético e científico da pesquisa, o projeto foi inicialmente submetido à apreciação da Câmara do Departamento de Enfermagem Básica da EEUFMG. Após aprovação departamental, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 86318025.1.0000.5149), instituição proponente, por meio da Plataforma Brasil, e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HSF (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 86318025.1.3001.5132), instituição coparticipante, para apreciação e emissão dos pareceres de aprovação ética.

Todos os sujeitos que aceitaram colaborar voluntariamente com o estudo receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do TTDA.

O TCLE assegurou que os participantes estivessem cientes das implicações, riscos e benefícios da pesquisa, garantindo a preservação do anonimato, a confidencialidade das informações e a liberdade para participarem de forma voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que isso implicasse qualquer prejuízo, sanção ou desconforto. Paralelamente, o TTDA formalizou a cessão dos direitos autorais sobre os relatos, autorizando que as transcrições das entrevistas integrem o acervo público do CEMENF com o objetivo de democratizar o acesso a informações de interesse público e subsidiar novas pesquisas no campo da enfermagem. Caso o participante optasse por não assinar o TTDA, a entrevista foi utilizada exclusivamente para esta pesquisa, sendo arquivada e, posteriormente, excluída após a conclusão das publicações científicas derivadas do projeto.

No que se refere aos documentos pertencentes aos acervos do CEMENF, CEMEMOR e do Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos – Santa Casa de Belo Horizonte, por se tratar de dados de domínio público, a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde dispensa a necessidade de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa para seu uso. No entanto, por se tratar de acervos institucionais, foi formalmente solicitada a anuência das respectivas instituições para realização da coleta, conforme documento apresentado no Anexo A. Embora os documentos sejam públicos, seu manuseio exigiu responsabilidade ética por parte da pesquisadora, sobretudo quanto à preservação, fidelidade e respeito à integridade histórica das fontes.

Pode-se afirmar que esta pesquisa esteve alinhada aos princípios da ciência aberta, entendida como um movimento que concebe a ciência como um bem comum, acessível, transparente e colaborativo (Silva & Silveira, 2019). A produção de dados por meio das

entrevistas possibilitou a constituição de uma coleção documental, permitindo novas análises por outros pesquisadores, articulando-se aos princípios da ciência aberta (Albagli, Maciel & Abdo, 2015).

### **6.8 Benefícios: preservar, reconhecer, inspirar**

Entre os benefícios da participação, destacou-se a possibilidade de compreender a trajetória de profissionalização da enfermeira na área neonatal, evidenciando o protagonismo da EEUFMG no contexto da profissionalização da enfermagem mineira. Além disso, a pesquisa contribuiu para o fortalecimento do sentimento de pertencimento entre enfermeiros e enfermarias, e estudantes, bem como para consolidação da identidade profissional coletiva da categoria. A realização deste estudo também colaborou com a luta pela apropriação e defesa do espaço da enfermeira neonatologista na cidade de Belo Horizonte.

### **6.9 Riscos: entre a exposição e o silêncio**

A respeito dos riscos, o participante poderia se sentir constrangido com alguma pergunta, inseguro ao prestar informações particulares e/ou experienciar sentimentos de angústia ao rememorar algum momento difícil. Para minimizar esses danos, a entrevista foi conduzida em ambiente reservado e seguro pela própria pesquisadora. A qualquer sinal de constrangimento ou insegurança, a entrevista seria interrompida e o participante receberia assistência imediata, caso necessitasse. Quanto à assistência integral, em caso de eventual dano ou prejuízo comprovadamente causado pela pesquisa, ele seria ressarcido e receberia assistência, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Garantiu-se que danos previsíveis fossem evitados por meio da capacitação da pesquisadora responsável pela condução das entrevistas, bem como pela preparação para uma comunicação respeitosa e pela escuta ativa durante todo o processo.

Ressaltou-se que a pesquisa não previu qualquer tipo de remuneração ou despesa ao participante. No entanto, em caso de eventual despesa comprovadamente relacionada à participação na pesquisa, como custos com transporte ou alimentação, assegurou-se o devido ressarcimento, conforme estabelece a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Registra-se que não houve nenhuma ocorrência durante a fase de produção de fontes orais.

### **6.10 Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais: o direito à voz e à imagem na era digital**

Diante da natureza da presente investigação, que envolveu a coleta, o tratamento e o arquivamento de dados pessoais, inclusive dados sensíveis, este projeto se comprometeu com o cumprimento dos princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei nº 13.709/2018, conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). A referida legislação estabelece normas específicas para tratamento de dados no contexto acadêmico e científico, com vistas à proteção da privacidade, da liberdade e da autodeterminação informativa dos sujeitos da pesquisa (Penteado *et al.*, 2023).

Em consonância com o artigo 7º, inciso IV, da LGPD, que autoriza o tratamento de dados pessoais para fins de pesquisa científica, e com o artigo 11, inciso II, alínea “c”, que permite o tratamento de dados sensíveis quando indispensáveis para tais fins, a coleta de dados neste estudo foi pautada por finalidades legítimas, explícitas e específicas, sendo garantida total transparência junto aos participantes quanto ao uso das informações. Foram adotadas medidas técnicas e administrativas apropriadas para assegurar a segurança e integridade dos dados, restringindo o acesso exclusivamente à equipe responsável pela pesquisa.

Os dados obtidos por meio de entrevistas e documentos, quando identificáveis, foram utilizados mediante consentimento formal dos participantes, conforme os termos expressos no TCLE e no TTDA. Além disso, garantiu-se aos participantes o direito de, a qualquer momento, solicitar a revisão, exclusão ou anonimização de seus dados, em conformidade com a LGPD.

A destinação final dos dados orais foi orientada pela finalidade de compor o acervo público do CEMENF, contribuindo para preservação da memória institucional e fomento a novas pesquisas no campo da HE. Ainda assim, respeitaram-se integralmente as decisões individuais quanto à identificação e ao uso público das informações prestadas.

## **7 CAPÍTULO I - O CONTEXTO SOCIOSSANITÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO NO BRASIL E EM BELO HORIZONTE ENTRE 1981 E 2001**

Este capítulo tem como objetivo historicizar o contexto socio-sanitário de atenção à saúde dessa população no Brasil, com ênfase no recorte temporal de 1981 a 2001, delineando as condições históricas, políticas e institucionais que, ao mesmo tempo em que expunham fragilidades estruturais, criaram demandas específicas por novos arranjos assistenciais e perfis profissionais.

Para compreender esse cenário, recorre-se à noção de contexto socio-sanitário, entendida como o entrelaçamento das condições sociais, políticas, econômicas e institucionais,

que configuram tanto a organização dos serviços de saúde quanto as práticas profissionais e necessidades da população (Lourenço, Silva & Ferreira, 2012; Seppilli, 1998). Essa perspectiva permite evidenciar como a desarticulação entre os níveis de atenção e a ausência de prioridade ao cuidado neonatal comprometeram os avanços esperados na redução da mortalidade infantil, especialmente no que se refere ao recém-nascido de alto risco.

É nessa conjuntura que se inscrevem a inserção e a progressiva especialização das enfermeiras no campo da neonatologia em Belo Horizonte, Minas Gerais. Esse fenômeno foi analisado a partir de sua imbricação com as transformações sociais e sanitárias do período.

### **7.1 Entre a invisibilidade e o reconhecimento: a incorporação do recém-nascido de alto risco nas políticas de saúde no Brasil (1981–2001)**

*“Morreu na contramão atrapalhando o tráfego.”*

*(Construção, Chico Buarque, 1971).*

Entre os anos de 1981 e 2001, o Brasil passou por transformações estruturantes na atenção à saúde da criança, em especial do recém-nascido de alto risco e do prematuro, impulsionadas por um contexto socio-sanitário de transformação das bases institucionais da saúde pública, mobilização social e reconhecimento dessa população como sujeitos de direito (Brasil, 1990). Ao longo desse período, marcos legais, programáticos e normativos consolidaram o cuidado neonatal como campo estratégico das políticas públicas, ao mesmo tempo em que impulsionaram a emergência de práticas profissionais cada vez mais específicas e especializadas para suprir a necessidade de saúde dos recém-nascidos, em especial os de alto risco.

Esse processo de consolidação do cuidado neonatal como campo estratégico das políticas públicas representou uma ruptura significativa em relação ao modelo assistencial hegemônico no início dos anos 1980, ainda centrado em ações fragmentadas, previdenciárias e excludentes (Bravo *et al.*, 2009; Paim *et al.*, 2011). Tal ruptura foi favorecida, mas também tensionada, por um contexto macroeconômico adverso. Naquele período, o Brasil enfrentava uma profunda recessão econômica, com taxas negativas de variação do Produto Interno Bruto *per capita*, após duas décadas de crescimento contínuo. Embora tenha ocorrido uma recuperação parcial a partir de 1985, o ritmo de crescimento econômico caiu drasticamente: de uma média de 9% ao ano, entre 1965 e 1980, para apenas 3%, na década seguinte (Banco Mundial, 1991).

Esse cenário de estagnação e crise fiscal levou ao aumento do desemprego e à contenção severa dos investimentos públicos em áreas sociais, o que repercutiu diretamente nos padrões de saúde da população, sobretudo entre os segmentos mais vulnerabilizados, como gestantes, recém-nascidos e crianças pequenas (Barata RB, 2009). Embora o conceito de Determinantes Sociais da Saúde tenha sido consolidado no cenário internacional apenas na década de 2000, a partir da criação da Comissão da OMS e da publicação do relatório “*Closing the Gap in a Generation*” (OMS, 2008), suas premissas já estavam presentes nas análises críticas produzidas no campo da saúde coletiva latino-americana desde os anos 1970 (Laurell AC, 1982).

No Brasil, especialmente durante o processo de redemocratização e no bojo da Reforma Sanitária, consolidou-se a compreensão de que as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais influenciam, de forma decisiva, os padrões de saúde e doença, revelando que o processo de saúde-doença é historicamente determinado (Donnangelo, 1976). Assim, ao abordar a atenção neonatal no período de 1981 a 2001, é possível mobilizar retrospectivamente a perspectiva dos DSS para evidenciar como a pobreza, a exclusão social, a desigualdade racial, a precariedade habitacional, o acesso desigual aos serviços, a baixa escolaridade materna e a precariedade das condições de vida figuravam como barreiras concretas ao direito de nascer e viver. A emergência de políticas públicas voltadas à redução da mortalidade, nesse período, respondeu não apenas a imperativos clínicos ou demográficos, mas à pressão de movimentos sociais e à lenta incorporação da noção de equidade como princípio estruturante do sistema de saúde (Laurell, 1982; Paim *et al.*, 2011).

À época (1980), a política de atenção à infância era orientada pelo Código de Menores (Lei nº 6.697/1979), elaborado durante o regime militar (Brasil, 1979). Fundamentado na doutrina da situação irregular, esse código tratava a criança e ao adolescente como objetos de tutela do Estado, com foco repressivo e assistencialista. A proteção era acionada apenas diante de casos considerados problemáticos, tais como miséria extrema, negligência familiar e orfandade (Rizzini, 2009).

Esse marco normativo, longe de representar uma política universal de atenção à infância, estava plenamente alinhado ao modelo de saúde vigente no Brasil até o final da década de 1980: um sistema fragmentado, excludente e orientado por uma lógica médico-assistencial. À época, o acesso aos serviços de saúde era condicionado à filiação previdenciária, o que restringia o cuidado à população formalmente inserida no mercado de trabalho, deixando amplos contingentes, sobretudo os mais pobres, à margem da assistência à saúde (Paim *et al.*, 2011).

A ausência de um marco normativo comprometido com a universalização dos direitos sociais, somada à inexistência de políticas públicas estruturadas voltadas à infância, contribuiu para manutenção de indicadores alarmantes de mortalidade infantil em todo o país nas décadas de 1980 e 1990 (Araújo JP *et al.*, 2014). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como demonstrado na Figura 1, revelam que, no início dos anos 1980, a mortalidade infantil nacional ultrapassava 85 óbitos por mil nascidos vivos, atingindo patamares ainda mais críticos em regiões historicamente vulnerabilizadas, como o Nordeste (124% em 1980) e o Norte (99%) (IBGE, 1991).

Nas Regiões Metropolitanas do Brasil, a desigualdade também era alarmante: enquanto Porto Alegre apresentava 41% em 1980, Salvador e Fortaleza registravam taxas acima de 110% no mesmo período. Esses dados evidenciam que a sobrevivência infantil estava diretamente relacionada às condições de vida e à ausência de políticas públicas universais, em um modelo de saúde excludente e seletivo, que só começaria a ser reformulado com o processo de redemocratização e a consolidação do SUS no fim da década de 1980 (IBGE, 1991).

**Quadro 3:** Estimativas da mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos no Brasil segundo grandes regiões e Regiões Metropolitanas (1979–1989)

Estimativas da mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos pelo MPPI segundo as grandes regiões. Brasil, 1979 - 1989

| Região       | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Norte        | 104  | 99   | 93   | 84   | 89   | 95   | 82   | 88   | 82   | 81   | 73   |
| Nordeste     | 129  | 124  | 115  | 108  | 108  | 113  | 101  | 103  | 100  | 97   | 89   |
| Sudeste      | 62   | 58   | 51   | 53   | 48   | 50   | 43   | 42   | 38   | 39   | 37   |
| Sul          | 65   | 60   | 52   | 48   | 49   | 50   | 44   | 44   | 41   | 40   | 40   |
| Centro-Oeste | 74   | 68   | 57   | 61   | 60   | 53   | 48   | 50   | 49   | 44   | 43   |
| Brasil       | 90   | 85   | 77   | 75   | 73   | 76   | 67   | 68   | 65   | 64   | 60   |

Legenda: MPPI - modelo a partir de mortalidade proporcional por idade.

Fonte: (1) - FIBGE (1981; 1983; 1984; 1986; 1988 -1991); (2) - Ministério da Saúde (1982 - 1984).

Estimativas da mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos pelo MPPI segundo as grandes regiões. Brasil, 1979 - 1989

| Região Metropolitana | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Belém                | 90   | 73   | 71   | 50   | 54   | 66   | 59   | 65   | 55   | 53   | 53   |
| Fortaleza            | 134  | 118  | 119  | 117  | 121  | 124  | 104  | 104  | 98   | 85   | 80   |
| Recife               | 99   | 90   | 78   | 79   | 67   | 76   | 65   | 65   | 60   | 68   | 57   |
| Salvador             | 120  | 113  | 108  | 99   | 105  | 98   | 99   | 99   | 92   | 87   | 83   |
| Belo Horizonte       | 77   | 70   | 61   | 61   | 53   | 47   | 50   | 50   | 42   | 46   | 40   |
| Rio de Janeiro       | 59   | 50   | 46   | 49   | 45   | 48   | 39   | 39   | 37   | 39   | 37   |

|              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| São Paulo    | 55 | 51 | 49 | 49 | 39 | 53 | 37 | 37 | 31 | 34 | 34 |
| Curitiba     | 68 | 68 | 57 | 53 | 51 | 63 | 55 | 51 | 46 | 43 | 42 |
| Porto Alegre | 44 | 41 | 34 | 35 | 38 | 45 | 35 | 35 | 38 | 36 | 31 |

Legenda: MPPI - modelo a partir de mortalidade proporcional por idade.

Fonte: IBGE (1991). Tabela reproduzida pela autora para melhor legibilidade.

Diante dos índices alarmantes de mortalidade infantil observados na década de 1980, o Estado brasileiro, impulsionado pelas mobilizações do movimento sanitário e das conferências nacionais de saúde, implementou uma série de ações programáticas que antecederam e prepararam a criação do SUS (Paim *et al.*, 2011; Teixeira, 1989). Entre elas, destacam-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, desenvolvido com apoio da comunidade científica e de movimentos feministas. O PAISM propôs uma ruptura com o modelo biomédico centrado exclusivamente na maternidade, ampliando o conceito de saúde reprodutiva, incluindo o acesso ao pré-natal, ao parto seguro e à prevenção de doenças ginecológicas (Osis *et al.*, 2006). Ao introduzir o princípio da atenção integral à mulher, o PAISM também contribuiu para qualificação da assistência pré-natal e, indiretamente, para redução dos riscos neonatais, ainda que o cuidado ao recém-nascido em si permanecesse incipiente nas diretrizes do programa (Costa, 2009).

Em 1986, dois eventos foram fundamentais para o avanço das políticas públicas voltadas à infância. O primeiro foi a criação do PAISC, que organizou um conjunto de ações voltadas à primeira infância, como vigilância nutricional, imunização, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e combate às principais causas de mortalidade pós-neonatal, como infecções respiratórias e diarreia (Brasil, 1986; Araújo JP *et al.*, 2014). O segundo foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que consolidou o ideário do movimento da Reforma Sanitária, e definiu a saúde como direito universal e dever do Estado (Bravo & Mattos, 2004; Paim *et al.*, 2011).

Nesse contexto, o recém-nascido, especialmente o prematuro e de baixo peso, sequer era reconhecido como sujeito prioritário de cuidado nas políticas públicas de saúde. A atenção neonatal especializada era quase inexistente, restrita a instituições privadas ou filantrópicas, e o Estado não dispunha de programas estruturados para garantir a sobrevivência dessa população. Ainda que, a partir da década de 1980, tenham sido implementados programas de combate às causas evitáveis de mortalidade infantil, como diarreias e infecções respiratórias agudas, essas ações estavam majoritariamente voltadas ao componente pós-neonatal e à primeira infância (Victora *et al.*, 2011).

Como consequência, permaneceu praticamente intocada uma parcela significativa e alarmante de óbitos concentrados nas primeiras 24 a 72 horas de vida, além de mortes relacionadas a complicações do parto, prematuridade e ausência de cuidado intensivo imediato, que mantiveram o Brasil em níveis elevados de mortalidade neonatal durante todo o período. A invisibilidade do recém-nascido de alto risco como sujeito de direito à vida e ao cuidado especializado revelava a seletividade das respostas estatais e a fragilidade de uma abordagem integral à saúde infantil nas décadas que antecederam o SUS (Victora *et al.*, 2011; Araújo JP *et al.*, 2014).

Essas ações, ainda que fragmentadas, foram precursoras das mudanças estruturantes que culminariam na Constituição Federal de 1988, marco jurídico e político que incorporou a saúde como um direito de todos e dever do Estado (artigo 196º), além de estabelecer a criança como prioridade absoluta da sociedade e das políticas públicas (artigo 227º). A Carta de 1988 não apenas garantiu o direito ao acesso universal e integral aos serviços de saúde, mas também reconheceu o dever estatal de assegurar condições dignas de nascimento, sobrevivência e desenvolvimento infantil (Brasil, 1988).

Esses princípios foram regulamentados pela Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), que instituiu formalmente o SUS. A década de 1990 foi decisiva para consolidação de uma estrutura normativa e programática que possibilitou a inserção progressiva da atenção neonatal como componente estratégico da política pública de saúde no Brasil (Brasil, 1990).

No mesmo ano, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, representou uma inflexão paradigmática na forma como o Estado brasileiro se relacionava com sua população infantojuvenil. O ECA rompeu com a lógica tutelar do Código de Menores, e passou a tratar a criança como sujeito de direitos, reconhecendo seu direito prioritário à vida, à saúde e à proteção integral. Em seu artigo 7º, o ECA estabelece a obrigação do Estado de assegurar à criança e ao adolescente o acesso universal e igualitário às ações, e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990a).

Apesar do novo marco jurídico estabelecido pelo ECA, a invisibilidade do recém-nascido de alto risco como sujeito prioritário de políticas públicas persistia em meados da década de 1990. Como enfrentamento, a imprensa nacional passou a denunciar a dimensão do

problema, como evidenciado em uma reportagem da *Folha de São Paulo*<sup>8</sup>, de 23 de novembro de 1996, que destacava dados alarmantes de mortes infantis no Brasil.

Figura 2 - “48% das mortes acontecem até o 28º dia”



Fonte: *Folha de São Paulo*, 23 nov. 1996, Caderno Cotidiano, p. 3, grifos nossos.

O texto noticiado atribuiu os óbitos ao pré-natal deficiente, ao despreparo para partos de risco e à insuficiência de leitos em UTINs, indicando que os avanços obtidos na redução da mortalidade infantil não alcançavam a mortalidade neonatal. Embora houvesse queda expressiva das mortes pós-neonatais e por diarreias, permaneciam praticamente intocados os óbitos nas primeiras horas e dias de vida, reforçando a seletividade das respostas estatais e a fragilidade de uma abordagem integral à saúde da criança naquele período (*Folha de S. Paulo*, 23 nov. 1996).

<sup>8</sup>A *Folha de São Paulo*, fundada em 1921, consolidou-se ao longo da segunda metade do século XX como um dos principais jornais de circulação nacional no Brasil, exercendo forte influência sobre a opinião pública e sobre a agenda política. Durante as décadas de 1980 e 1990, destacou-se pela cobertura de temas sociais e de saúde. Com a maior tiragem do país à época, tinha alcance nacional e desempenhava papel relevante na formação de opinião e na circulação de informações em um contexto de redemocratização e de consolidação das políticas sociais (Ribeiro, 2000; Melo, 2006).

A invisibilidade pode ser compreendida como expressão da ausência de um campo profissional estruturado: sem *expertise* legitimada, credenciais formais ou autonomia relativa. A enfermagem neonatal não dispunha de meios para tensionar o sistema de saúde e induzir mudanças específicas no cuidado ao recém-nascido de risco. Assim, a falta de reconhecimento social e político dessa população se refletia na dificuldade de institucionalização de práticas especializadas. Dialeticamente, a falta de institucionalização corroborava a não ocupação e profissionalização dos atores sociais responsáveis por este cuidado.

A década de 1990 foi marcada por ações ministeriais que passaram a fomentar a expansão das UTINs por meio de incentivos financeiros atrelados à tabela de procedimentos do SUS. A oferta de leitos neonatal intensivos foi reconhecida como uma das estratégias centrais para redução da mortalidade infantil, sobretudo nos casos de prematuridade, asfixia perinatal e outras condições que exigem cuidado especializado nas primeiras horas de vida (Carvalho M, *et al.*, 2005). Apesar dos avanços, a distribuição das UTINs permaneceu desigual entre as regiões do país, o que expôs a necessidade de políticas regulatórias que garantissem maior equidade no acesso ao cuidado neonatal intensivo (SBP, 2012).

A despeito dos incentivos ministeriais, a imprensa nacional registrava com frequência situações de crise relacionadas à insuficiência de leitos neonatais, à superlotação das unidades existentes e aos óbitos decorrentes da impossibilidade de acesso oportuno ao cuidado intensivo neonatal. Mais do que ausência absoluta de leitos, tratava-se de um descompasso estrutural entre a limitada capacidade instalada e a crescente demanda por atenção neonatal especializada, sobretudo em grandes centros urbanos. Essa assimetria se traduzia em maternidades superlotadas, transferências constantes e mortes evitáveis de recém-nascidos, evidenciando a fragilidade da rede assistencial e a desigualdade no acesso ao direito à vida em diversas capitais do Brasil.

Nesse sentido, reportagens da *Folha de São Paulo*, ao longo da década de 1990, registraram episódios emblemáticos da crise, evidenciando que a insuficiência de leitos não se restringia a um estado ou região, mas compunha um quadro recorrente em diferentes capitais brasileiras. No Espírito Santo, denunciava-se a inexistência de vagas em UTINs; no Ceará, a resposta emergencial do governo de anunciar a duplicação de leitos após a morte de dezenas de recém-nascidos revelava como o poder público só se mobilizava diante da repercussão midiática das tragédias; e no Rio de Janeiro, a superlotação crônica das maternidades municipais resultava na morte de 31 bebês em um único mês, convertendo a desigualdade de acesso em perdas irreparáveis.

Esses episódios, amplamente divulgados pela imprensa, não apenas sensibilizaram a opinião pública, mas também expuseram as fragilidades estruturais da rede neonatal, em um período em que o direito à saúde, recém-inscrito na Constituição de 1988, ainda não se traduzia em garantias concretas para sobrevivência do recém-nascido de alto risco. As reportagens a seguir ilustram, de forma emblemática, esse quadro dramático, revelando como a insuficiência de leitos neonatais se tornou pauta recorrente da imprensa brasileira na década de 1990.

Figura 3 – “UTIs do ES não têm vaga”

**UTIs do ES não têm vaga**

da Agência Folha

Os dois hospitais públicos do Espírito Santo em funcionamento que têm UTI neonatal estão lotados e não aceitam novos casos de recém-nascidos de alto risco.

A situação se agravou desde terça, quando a maternidade de Hospital Universitário, em Vitória, a principal do Estado, foi fechada após a morte de cinco recém-nascidos três por micção hospitalar.

O hospital tem seis leitos para bebês de alto risco. Mesmo fechado há quatro dias, continua com sua capacidade esgotada.

O fechamento da maternidade foi necessário para controlar a alta mortalidade de bebês. Segundo a diretor-superintendente do hospital, Paulo Peçanha, “se as infecções forem contidas, a maternidade pode ser reaberta semana que vem”.

O hospital Dr. Dorio Silva, em Serra, na Grande Vitória, possui sete leitos na UTI neonatal, todos ocupados.

De acordo com a direção, não foram registrados casos de infecção em recém-nascidos. Para evitar que isso aconteça, o hospital não está recebendo mais paciente de alto risco.

O hospital Antônio Bezerra, na Grande Vitória, tem cerca de 10 leitos na UTI neonatal e será substituído por um de Fean, na direção do hospital. Il'cofina ines esta com ingusto de dafro battoala. ceritin a t'ambio. casis ce recüne nascidos de alto risco. As parturientes estão sendo encaminhadas para hospitais privados, com os quais o governo estadual está tentando estabelecer convênios.

De acordo com o diretor do Hospital Universitário, Paulo Peçanha, a superlotação das UTIs neonatais ocorre por falta de vagas na rede pública. “Uma diária numa UTI de hospitais privados custa R\$ 1.000.”

O Hospital Universitário gasta por dia, com cada bebê de alto risco, R\$ 350. O SUS repassa ao hospital R\$ 100 nos primeiros três dias de internação e, a partir do quarto dia, R\$ 50.

“Existe um projeto do governo federal chamado ReforSUS. O Banco Mundial emprestou cerca de R\$ 300 milhões ao Brasil, que deveriam ser repassados aos hospitais com problemas”, afirmou Peçanha.

“Se recebêssemos parte dessa verba, teríamos condições de dobrar nossa capacidade atual da UTI neonatal.”

O assessor do governo estadual, Wilson Carneiro Jr., 36, disse que todas as mortes na UTI neonatal do Hospital Universitário “estão ligadas a questões profundas, como a municipalização da saúde”.

Carneiro disse que o governo do Espírito Santo já requisitou parte da verba do ReforSUS em 95, mas que a verba já vem com destino certo. Dos R\$ 300 milhões emprestados ao governo federal pelo Banco Mundial, o Estado receberá R\$ 25,3 milhões. “Os beneficiários serão hospitais municipais da Caricica, Laranja da Terra, Linha (ADRIANA BRUNO)

Fonte: *Folha de São Paulo*, 23 nov. 1996, p. 3, grifos nossos.

Figura 3 – Superlotação já matou 31 bebês no Rio

FOLHA DE S.PAULO sexta-feira, 30 de janeiro de 1998 são paulo 3 ■ 9

SAÚDE Secretário municipal da Saúde pede que governos abram mais leitos de UTI neonatal; 2 crianças morreram ontem

**Superlotação já matou 31 bebês no Rio**

Agência O Dia

da Sucursal do Rio

O secretário municipal da Saúde do Rio, Ronaldo Gazolla, disse que as maternidades da prefeitura continuam superlotadas, o que poderá agravar o problema da morte de bebês, se os governos estadual e federal não finarem sua parte, abrindo leitos de UTI neonatal.

Com a superlotação dos leitos municipais, de 19 de janeiro até ontem já morreram 31 bebês prematuros nas maternidades Fernando Magalhães e Alexander Fleming.

Só na Fleming, seis bebês morreram desde terça-feira passada, dois ontem e cinco antontem.

“Eu não sou o vilão dessa história”, disse Gazolla. Para ele, é preciso “uma ação profunda”, principalmente do governo estadual, para que sejam abertos 162 leitos de UTI neonatal na Baisada Fluminense. A região só conta com dez leitos.

Segundo Gazolla, os 62 leitos de UTI neonatal das maternidades municipais estão superlotados por causa da grande demanda de pacientes que vêm de regiões carentes, que não têm um atendimento adequado.

Pequisas da prefeitura indicou que, em duas maternidades do Rio, 53% dos bebês internados em janeiro a outubro de 97, eram de fora do município. Com a superlotação, em maternidades como a Alexander Fleming, em Marechal Hermes (zona oeste), leitos da UTI estão tendo que atender dois bebês de uma vez só.

**Contratação**

Para tentar minorar o risco de ocorrerem novas mortes de bebês prematuros por causa desse atendimento precário, Gazolla disse que estão sendo contratados pela prefeitura 194 novos auxiliares de enfermagem.

O superintendente de Saúde Coletiva da Secretaria de Estado de Saúde do Rio, Durval Souza Motta, disse que a responsabilidade é de todos e “isto só vai ser resolvido com a compreensão e parceria das três esferas governamentais.”

De imediato, Motta anunciou que, em der os distos leitos da UTI neonatal do Hospital Geral de Bouncesso (coma nuste) deverão passar de 5 para 12. Esss hospital é federal e sua administração está sendo repassada para o Estado.

Para a secretaria estadual, medidas emilo seodnal turmdas, como a abertura, há se este mese, de 15 leitos de UTI neonatal d'ho hospital Rocha Faria, em Campo Grande.

A secretaria estimou existir no Estado um déficit de 75 leitos neonatais. O Crenatex (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio) poderá ao Ministério Público federal uma investigação sobre os eventuais responsáveis a pela situação de carência do serviço de atendimento neonatal.

Enfermeira cuida de bebê na Maternidade Alexander Fleming, no Rio

Fonte: *Folha de São Paulo*, 23 nov. 1996, p. 3, grifos nossos.

Figura 4 – “Ceará promete duplicar leitos de UTI para bebês em 24 horas”

## Ceará promete duplicar leitos de UTI para bebês em 24 horas

PAULO MOTA da Agência Folha, em Fortaleza

O governador interino do Ceará, Moroni Torgan (PSDB), anunciou ontem que vai criar, em 24 horas, 31 novos leitos de UTI neonatal na rede de hospitais públicos de Fortaleza (CE) para atendimento de partos de alto risco. Hoje existem 34 leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) na cidade.

Segundo Torgan, a medida foi tomada como forma de “resolver emergencialmente” o problema de superlotação na UTI neonatal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, na qual morreram 31 bebês desde o início de novembro.

Torgan afirmou ainda que não sabe quanto vão custar os novos leitos em UTI, mas criou uma comissão com “autonomia financeira” para viabilizá-los “a qualquer custo”. Ele declarou que a verba sairá de um fundo de emergência do governo cearense.

Adaptações

A subsecretária da Saúde do Ceará, Francisca Tati Andrade, declarou que as novas UTIs serão criadas a partir de adaptações realizadas nas UTIs de médio risco e baixo risco já existentes.

Ela disse ainda que o governo cearense resolveu criar 31 leitos em UTIs neonatais a partir de um estudo que revelou que a demanda de Fortaleza é de 65 leitos em UTI, em vez dos 34 atuais.

Torgan declarou que a comissão terá também o papel de discutir uma estratégia para resolver o problema a médio prazo e deverá envolver também a Prefeitura de Fortaleza e o Ministério da Saúde.

Ação civil

O procurador da República no Ceará, Francisco Macedo, disse ontem que vai entrar na próxima segunda-feira com uma ação civil pública obrigando todos os hospitais de Fortaleza a atender os casos de partos, mesmo os de alto risco.

Macedo afirmou que a ação se

baseia no Estatuto da Criança e do Adolescente, que prevê a obrigatoriedade do atendimento médico a bebês. Ele disse que não sabe qual a pena prevista para os infratores.

O procurador disse que vai incentivar a população a denunciar os hospitais que estão se recusando a atender pacientes, o que contribui para a superlotação na Maternidade Assis Chateaubriand.

O presidente do Sindicato dos Hospitais do Ceará, Sebastião Fernandes, declarou que cumprirá a determinação de Macedo, desde que fique claro quem vai pagar as despesas dos hospitais.

Segundo Fernandes, os hospitais particulares cobram de R\$ 150 a R\$ 250 pela diária de um paciente internado numa UTI neonatal, mas a tabela do SUS (Sistema Único de Saúde) prevê um pagamento de apenas R\$ 30 pela mesma diária.

“A tabela paga tão pouco que todos os hospitais de Fortaleza que tinham convênio com o SUS resolveram fechar suas UTIs. O prejuízo era enorme”, disse Fernandes.

Desse modo, a imprensa desempenhou, nesse período, um espaço de exposição de ocorrências, funcionando como mediadora entre a sociedade civil, os gestores públicos e os profissionais de saúde. Ao denunciar mortes evitáveis e expor a superlotação das maternidades, os jornais não apenas informavam, mas produziam visibilidade social para o recém-nascido de alto risco, transformando sua sobrevivência em questão pública.

Como destaca Teixeira (2000), a imprensa, ao conferir notoriedade a determinados eventos sanitários, contribui para sua transformação em problemas públicos que exigem resposta institucional.

Cabe perguntar, contudo, se a mídia se limitava a noticiar tragédias ou se também mobilizava soluções. O caso do Ceará, em que a divulgação jornalística da morte de dezenas de bebês foi seguida do anúncio governamental de duplicação emergencial dos leitos, evidenciou que, em alguns contextos, a imprensa atuou como catalisadora de respostas institucionais. Essa visibilidade, ainda que marcada pelo sensacionalismo em certas ocasiões (Bourdieu, 1997), contribuiu para consolidar o recém-nascido como sujeito social digno de direitos, inserindo-o no debate público sobre desigualdade em saúde e pressionando gestores a reconhecer a urgência da expansão da atenção neonatal (Qvortrup, 1993; James & Prout, 1997).

Em resposta às crises reiteradamente noticiadas pela imprensa e à pressão crescente pela redução da mortalidade infantil, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 3.432/1997, considerada um marco regulatório da atenção intensiva no país. Essa normativa definiu critérios técnicos e administrativos para habilitação de UTIs, incluindo as neonatais, estabelecendo parâmetros de financiamento, dimensionamento de equipes e equipamentos mínimos. Mais do que simplesmente padronizar a rede existente, a portaria representou um passo decisivo na transformação do cuidado neonatal, de uma prática hospitalar fragmentada para uma política pública estruturada e vinculada ao direito universal à saúde (Brasil, 1997).

As denúncias midiáticas sobre a insuficiência de leitos, somadas à constatação ministerial de que a fragmentação do cuidado constituía um dos principais obstáculos à sobrevivência dos recém-nascidos de alto risco, impulsionaram medidas voltadas à articulação entre a atenção básica, as unidades intermediárias e as UTINs. O objetivo era garantir linhas contínuas de cuidado perinatal, ampliando a integralidade da assistência (Brasil, 1997).

Se a portaria buscava responder às demandas estruturais da rede neonatal, a institucionalização do Método Canguru, em 1999, representou uma mudança de enfoque. Pela primeira vez, uma política normativa se voltou exclusivamente ao recém-nascido de alto risco, deslocando a atenção à humanização do cuidado, ao protagonismo familiar e à reorganização do processo de trabalho em UTINs (Brasil, 2000). Ao propor diretrizes clínicas, afetivas e organizacionais centradas na humanização do cuidado, essa política consolidou a neonatologia como campo estratégico e singular no âmbito do SUS. Mais do que uma tecnologia assistencial, o Método Canguru operou como dispositivo institucional de reorganização das práticas profissionais, com forte ênfase na atuação da enfermagem e na integralidade do cuidado. Trata-se, portanto, da primeira política pública brasileira com escopo técnico, ético e operativo voltado exclusivamente ao recém-nascido em situação de vulnerabilidade clínica, afirmando sua centralidade na agenda da saúde pública e dos direitos da infância (Brasil, 2000; Almeida *et al.*, 2018; Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016).

Complementarmente, em 2000, foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de articular de forma contínua e integral o cuidado prestado ao longo do ciclo gravídico-puerperal. O PHPN integrou ações do pré-natal, parto, nascimento e puerpério, incluindo também atenção ao recém-nascido, especialmente àqueles em situação de risco, ancorado na ampliação do acesso, na qualificação da assistência, na promoção de práticas baseadas em evidências, e nos direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2000).

Dessa forma, entre a crise da mortalidade infantil nos anos 1980 e a institucionalização de políticas estruturantes no final dos anos 1990, o Brasil passou de um cenário de invisibilidade para o reconhecimento do recém-nascido de alto risco como sujeito prioritário de cuidado. O conjunto de normativas e programas, que vai do PAISM e do PAISC à Portaria nº 3.432/1997, passando pelo Método Canguru e pelo PHPN, configurou um marco de transformação da agenda sanitária brasileira ao articular a universalização do direito à saúde com a emergência de tecnologias clínicas e humanizadoras de cuidado. Esse percurso não apenas consolidou a neonatologia como campo estratégico no âmbito do SUS, mas também evidenciou a necessidade crescente de *expertise* especializada, abrindo espaço para inserção e profissionalização das enfermeiras na atenção ao recém-nascido de alto risco.

Ainda assim, podemos nos perguntar: bastaria criar políticas nacionais para resolver o problema da mortalidade neonatal? Resolveriam, por si só, a escassez de leitos, a superlotação

das maternidades, a desigualdade entre regiões e a ausência de profissionais especializados? A realidade brasileira mostrava que não. O direito à saúde estava inscrito em lei, mas continuava a tropeçar nas condições concretas do cotidiano hospitalar. E é justamente nesse ponto que a reflexão se torna mais próxima de nós: como essas tensões se materializaram em Belo Horizonte? Como a cidade lidou com os avanços normativos e as fragilidades persistentes? E, sobretudo, como as enfermeiras começaram a ocupar esse espaço, dando forma a um novo campo profissional?

## 7.2 Os desafios de nascer menor e mais frágil que o habitual em Belo Horizonte (1981–2001)

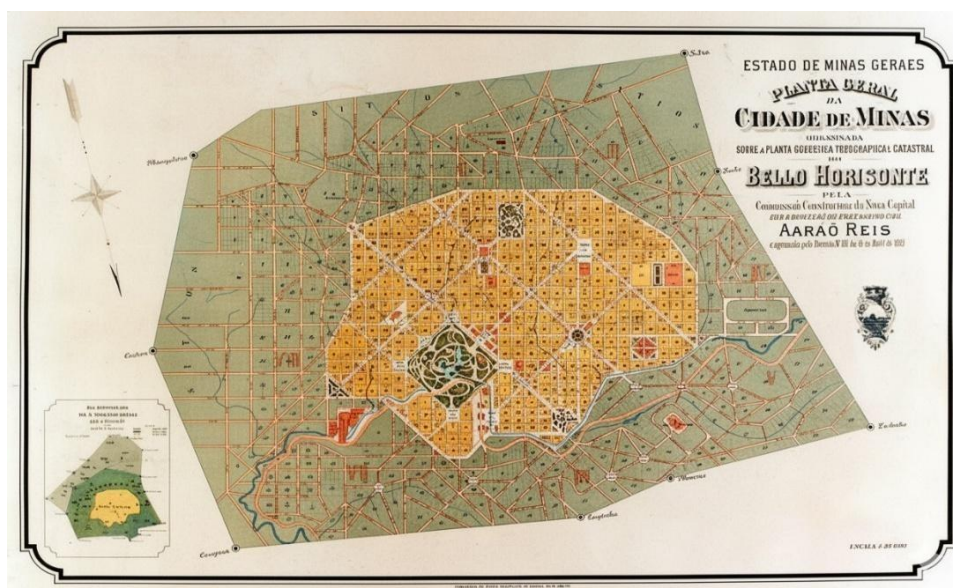
*“Um corpo que acaba de nascer é também um corpo que já resiste.”*

(Conceição Evaristo)

As políticas nacionais apontaram caminhos, mas não foram suficientes para transformar imediatamente a realidade concreta. O que acontecia, então, com aqueles bebês que nasciam menores e mais frágeis que o habitual? Em Belo Horizonte, suas histórias revelam como a vulnerabilidade se traduzia em desafios cotidianos para famílias, hospitais e profissionais, ao mesmo tempo em que abria espaço para novas práticas e arranjos assistenciais.

Planejada, a cidade de Belo Horizonte, atual capital do estado de Minas Gerais, foi a primeira cidade brasileira construída com base em um projeto urbanístico moderno, inspirado nos ideais republicanos que valorizavam o progresso, a racionalidade e a ordem social

**Figura 6:** Planta geral da cidade de Belo Horizonte mostrando a divisão entre zona urbana (dentro da Avenida do Contorno), zona suburbana e zona rural (sítios), 1920



Fonte: Arquivo Público Mineiro (APM).

(Fernandes PCA, 2021). Esses ideais estavam intimamente associados ao movimento higienista, que atribuía à organização do espaço urbano, à ventilação, ao saneamento e ao controle das habitações um papel central na prevenção de doenças e na moralização dos costumes (Veiga CG, 2002).

A decisão de transferir a capital de Ouro Preto ocorreu em 1891, com início das obras em 1894 e inauguração oficial da nova cidade em 1897. Esse movimento simbolizou não apenas a superação de um passado colonial, considerado insalubre e limitado, mas também a afirmação do poder das elites mineiras na recém-instalada República, marcada por projetos de modernização e centralização administrativa (Moreno A *et al.*, 2011)

Inspirado em modelos internacionais, o engenheiro Aarão Reis concebeu uma capital marcada por ruas largas, arborizadas, traçadas em ângulos retos e organizadas em uma malha regular, segundo os princípios do urbanismo higienista e da racionalidade técnica que orientavam as reformas urbanas no final do século XIX. Como demonstrado na Figura 6, a cidade seria delimitada pela Avenida do Contorno, que separaria a zona urbana das áreas suburbanas e rurais, expressando uma lógica de ordenamento territorial que buscava controlar a ocupação do espaço e facilitar a implementação de serviços públicos (Faria MA, 1985).

Apesar da promessa de progresso e igualdade, o projeto urbanístico incorporava, desde a sua formulação, elementos de segregação socioespacial que se concretizaram ao longo do tempo. A separação entre a área central planejada e as zonas periféricas não era apenas geográfica, mas social e política. Elites políticas e econômicas foram instaladas no interior da Avenida do Contorno, onde se concentravam as melhores condições de urbanização, saneamento e acesso a serviços públicos. Já as populações pobres, majoritariamente negras, migrantes e trabalhadoras, foram empurradas para as áreas suburbanas e rurais, desprovidas de infraestrutura básica, com moradias precárias e alta exposição a doenças transmissíveis (Souza & Silva, 2007).

Esse arranjo urbano, ao definir quem teria acesso prioritário à infraestrutura sanitária e quem permaneceria à margem, ainda que sem essa intenção explícita, produziu efeitos concretos sobre os padrões de saúde e doença na capital mineira. A mortalidade infantil era mais elevada nas áreas suburbanas e rurais, onde faltavam água encanada, saneamento e atendimento hospitalar, ao mesmo tempo em que se multiplicavam casos de diarreias, infecções respiratórias e doenças parasitárias (Malta DC *et al.*, 2010).

Essas desigualdades expressam o que a literatura da saúde coletiva latino-americana passou a definir como DSS: condições sociais, econômicas e ambientais que moldam os padrões

de adoecimento e morte (Laurell, 1982; Paim *et al.*, 2011). Nesse sentido, a mortalidade infantil mais elevada nas periferias de Belo Horizonte não era apenas resultado de fatores biológicos, mas reflexo direto da exclusão social produzida pelo ordenamento urbano e pela distribuição desigual dos serviços públicos. Ao recuperar esse cenário histórico, torna-se evidente como as desigualdades estruturais de Belo Horizonte, no final do século XX, permanecem ressoando nos compromissos globais assumidos atualmente, especialmente nos ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e ODS 10 (Redução das Desigualdades). A permanência desses dilemas, mesmo após sucessivas políticas públicas, ajuda a compreender por que tais questões se consolidaram como eixos centrais da Agenda 2030.

Ao longo do século XX, a cidade passou por um intenso processo de industrialização, urbanização acelerada e crescimento populacional, consolidando-se como centro político, econômico e educacional do país, mas enfrentando, simultaneamente, os desafios decorrentes dessa rápida expansão, como o aumento da desigualdade social e a formação de aglomerados (Barreto, 1996). Nessas áreas periféricas da cidade, marcadas pela ausência de políticas públicas eficazes e pela precariedade das condições de vida, emergiu uma demanda urgente por cuidados básicos de saúde. Foi nesse vácuo de ausência de ação estatal que a enfermagem começou a se afirmar como uma prática social indispensável, passando de um papel paraprofissional para assumir uma posição central no cuidado diário. Isso porque ela respondia às lacunas deixadas pelo Estado, atendia às demandas concretas de saúde no cotidiano de populações marginalizadas e, devido à indispensabilidade de seu trabalho, conquistou legitimidade social, deixando de ser vista meramente como uma função auxiliar e se tornando um campo profissional em ascensão. Como argumenta Freidson (1998), é justamente pela resposta às necessidades sociais concretas que um campo profissional se legitima e conquista reconhecimento.

A consolidação desse protagonismo se deve ao fato de que a cidade de Belo Horizonte já contava, desde a década de 1930, com uma escola de enfermagem pioneira em Minas Gerais: a EEUFMG. Desde sua criação, a instituição não apenas formava enfermeiras segundo o modelo norte-americano, em sintonia com o ideário higienista e sanitarista, mas também assumia uma função estratégica de inserção social, especialmente junto a populações marginalizadas e desassistidas. Essa identidade, marcada pela articulação entre técnica, ciência e compromisso social, contribuiu para que a enfermagem se projetasse como agente fundamental na mediação entre o discurso do progresso urbano e a realidade da exclusão social (Santos, 2015; Fernandes, 2000).

Foi nesse contexto que coube às enfermeiras, forjadas na tradição da EEUFMG, a atuar como mediadoras entre as promessas higienistas da cidade planejada e a realidade concreta de exclusão social. Por meio de campanhas de vacinação, atividades de puericultura, visitas domiciliares e acompanhamento de gestantes e recém-nascidos, além de cuidados diretos em instituições filantrópicas e hospitalares, a enfermagem se fazia presente sobretudo onde o Estado ainda não se mostrava tão presente.

Essa inserção, impulsionada pela mediação institucional da EEUFMG, não apenas respondia a demandas imediatas de saúde, mas também evidenciava as contradições de uma capital concebida para o progresso, cuja organização urbana perpetuava desigualdades sociais e raciais (Malta DC *et al.*, 2010; Santos, 2014).

Documentos institucionais da EEUFMG reforçam essa inserção histórica nos territórios periféricos. Já em 1984, o projeto “Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de 0–2 anos” (Figura 7) evidenciava a centralidade da puericultura como estratégia de cuidado e ensino em enfermagem pediátrica. Na década de 1980, relatórios do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (Figura 8) destacavam a participação da escola em convênios e projetos de extensão voltados a regiões periurbanas e rurais. Nos anos 1990, o projeto “Assistência sistematizada a adolescente e seu filho” (Figura 9) reforçava a atuação em populações vulnerabilizadas.

**Figura 7:** Relatório do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais destacando a participação em projetos de integração docente-assistencial e atuação em regiões periurbanas e rurais de Belo Horizonte

```

001  Codigo: EMI120

  Descricao: ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANCA DE 0-2
            ANOS DE IDADE ATRAVES DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Tipo Ativid: PREST.SERVICO/ASSISTENCIA
Caracteriza: SAUDE HUMANA/ATIVIDADE EM EDUCACAO
Situacao: EM ANDAMENTO
Abrangencia: INTERINSTITUCIONAL

Descricao Projeto/Resumo das Atividades do Ano:
PRESTAR ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM A COMUNIDADE INFANTIL DO C.S.S.P
ATRAVES DA CONSULTA DE ENF. A CRIANCA DE 0-2 ANOS; PROMOVER INTE-
GRACAO:DESENVOLVER O ENSINO CLINICO DA DISCIPLINA ENF. PEDIATRICA;
PRESTAR ASSESSORIA A EQUIPE DE ENFERMAGEM DO C.S.S.P.

Data Inicio: 01/03/84      Termino: 31/12/98      Proced. Realizados: 10
Rel Ensino: CURRICULAR - IDA      No.Indiv.Atendidos: 700
Local(is): CENTRO DE SAUDE SAO PAULO - BELO HORIZONTE - MG
Observacao:
Promocao: UFMG
Dep Respons: ENFERMAGEM MATERNO INF.SAUDE PUBLIC
Dep Parceir:

```

**Fonte:** arquivo histórico da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Projeto EMI120 – Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, 1984–1998. Grifos nossos.

**Figura 8:** Relatório do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais destacando a participação em projetos de integração docente-assistencial e atuação em regiões periurbanas e rurais de Belo Horizonte (1981–1982)

```

001 Codigo: EMI155

Descricao: ASSISTENCIA SISTEMATIZADA A ADOLESCENTE E SEU FILHO NO CENTRO DE SAUDE SAO PAULO

Tipo Ativid: PREST.SERVICO/ASSISTENCIA
Caracteriza: SAUDE HUMANA/CONSULTA
Situacao: EM ANDAMENTO
Abrangencia: INTRADEPARTAMENTAL

Descricao Projeto/Resumo das Atividades do Ano:
ASSISTIR DE FORMA SISTEMATIZADA A ADOLESCENTE E SEU FILHO, IDENTIFICAR FILHOS DE MAES ADOLESCENTES ATENDIDOS NO C.S.S.P., ESTIMULAR O ALEITAMENTO MATERNO, ACOMPANHAR O CD DA CRIANCA, NA IDADE DE 0 A 2 ANOS, FAZER VISITA DOMICILIAR, REUNIOES MENSAIS ATRAVES DA EDUCACAO PARTICIPATIVA.

Data Inicio: 01/08/97      Termino: 31/07/98      Proced. Realizados: 3
Rel Ensino: CURRICULAR - IDA      No. Indiv. Atendidos: 100
Local(is): CENTRO DE SAUDE SAO PAULO - BELO HORIZONTE - MG
Observacao:
Promocao: UFMG
Dep Respons: ENFERMAGEM MATERNO INF.SAUDE PUBLIC
Dep Parceir:

```

**Fonte:** arquivo histórico da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Relatório do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, 1981–1982. Página. 21. Grifos nossos.

**Figura 9:** Projeto “Assistência sistematizada a adolescente e seu filho no Centro de Saúde São Paulo”, desenvolvido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com foco no acompanhamento de mães adolescentes e crianças de 0 a 2 anos, incluindo visitas domiciliares e educação participativa (1997–1998)

Quanto a Integração docente-assistencial com outras instituições o Departamento tem despendido enorme esforço, procurando aproximar cada dia mais seu trabalho com a comunidade.

No ano de 1981, foi muito importante a participação da Escola através do Departamento no Projeto Metropolitano. O departamento expandiu seu trabalho na região periurbana através de convênio com PLAMBEL e Prefeitura Municipal de Sabará, Neves para participação e Ravena e Neves respectivamente. Estes trabalhos culminaram com a realização do 1º seminário dos trabalhos da Escola na Periferia.

O Departamento vem se preocupando em atuar na região rural, oferecendo aos alunos do Curso de Habilitação em Saúde Pública a oportunidade de vivenciar a realidade das populações rurais principalmente daquelas desprovidas de recursos. Com o objetivo de concretizar a atuação do aluno na área rural. O Departamento participará do Projeto Experimental de Supervisão em Módulos Básicos, através do convênio Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e Universidade Federal de Minas Gerais. Este projeto tem-se de fundamental importância para o Departamento, pois coloca o Enfermeiro participando a nível de atenção primária.

Por último o Departamento está participando com os demais departamentos do Projeto de Integração docente-assistencial Interdisciplinar com medicina/odontologia/Educação/Agronomia para financiamento junto a Kellogg. Este projeto elabora um programa interdisciplinar para atuação a nível da região metropolitana e rural com início previsto para 2º semestre/82. Atuação do departamento deverá se dar com alunos do Curso de Habilitação em Saúde Pública e posteriormente enfermagem Obstétrica.

**Fonte:** arquivo histórico da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Projeto EMI155 – Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, 1997–1998. Grifos nossos.

Em conjunto, essas iniciativas revelam que a chegada da enfermagem à periferia de Belo Horizonte ocorreu de forma estruturada e planejada, pela mediação institucional da escola, que formava profissionais enquanto supria lacunas assistenciais deixadas pelo sistema de saúde.

A dinâmica urbana e social proposta pelo modelo moldou não apenas o espaço físico da cidade, mas também os padrões de acesso e exclusão aos serviços de saúde (Caiaffa *et al.*, 2005). As áreas mais vulnerabilizadas, distantes dos equipamentos públicos e com menor infraestrutura, apresentavam pior situação de saúde e maiores dificuldades de acesso aos serviços, o que se refletia em índices elevados de mortalidade, sobretudo a infantil. Nesse contexto, gestantes e recém-nascidos, especialmente aqueles em condições de risco, estavam mais expostos a situações adversas da gestação, parto e cuidado pós-natal, o que reforçava a fragilidade dessa população diante das poucas políticas públicas de saúde vigentes até o início da década de 1980 (Malta DC, 2001).

Essas barreiras de acesso, combinadas a uma rede de serviços insuficiente e desigual, contribuíram para manutenção de condições sanitárias precárias e agravamento de problemas de saúde evitáveis, sobretudo entre gestantes e recém-nascidos. No início da década de 1980, Belo Horizonte contava com 1.822.221 habitantes, número que passou para 2.017.127 em 1991 (IBGE, 1983;1993). Esse crescimento populacional, somado à expansão urbana desordenada, pressionou ainda mais a infraestrutura e a capacidade instalada dos serviços de saúde do município.

Esse cenário, ao mesmo tempo em que evidenciava a precariedade das respostas estatais, criava uma demanda crescente por práticas de cuidado mais qualificadas e contínuas. Essa conjuntura revela o que Freidson (1996) define como a tensão entre necessidade social e delimitação profissional: diante das evidências de determinantes sociais marcantes, expressos em altas taxas de mortalidade infantil, condições sanitárias precárias e acesso desigual aos serviços de saúde, houve uma crescente demanda por práticas de atendimento mais qualificadas, à qual o Estado respondeu de forma insuficiente.

Nesse vácuo, a enfermagem passou a desempenhar um papel central, especialmente em Belo Horizonte, onde a EEUFMG direcionava estudantes e docentes para áreas periféricas e periurbanas em convênios com prefeituras e órgãos estaduais. A prática cotidiana nessas regiões, marcada pela atenção às gestantes e recém-nascidos em condições adversas,

consolidou-se como uma experiência que, embora não reconhecida à época como especialidade, contribuiu para construção da legitimidade social da enfermagem no cuidado neonatal.

A enfermagem, presente nos serviços de saúde e nas periferias por meio de campanhas, puericultura e acompanhamento materno-infantil, assumiu papel fundamental no enfrentamento dessas lacunas. Essa atuação, construída no cotidiano das necessidades mais urgentes, acabou se transformando em uma base de legitimidade para expansão posterior de saberes especializados, que dariam forma ao campo da neonatologia como área própria de intervenção da profissão.

É importante destacar que, nesse período, o modelo assistencial brasileiro ainda estava fortemente marcado pela lógica previdenciária, herdada do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o que limitava o acesso, principalmente aos trabalhadores formais, e mantinha grande parte da população dependente de serviços filantrópicos e programas fragmentados do MS. A partir de meados da década de 80, a implantação das Ações Integradas de Saúde e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde iniciou um processo de integração e descentralização dos serviços, culminando, nos anos 1990, na consolidação do SUS, fundamentado na universalidade, integralidade e descentralização da atenção, mas ainda marcado por desigualdades na oferta e no acesso, especialmente nas áreas periféricas (Paim *et al.*, 2011; Escorel *et al.*, 2012).

No campo da saúde infantil, os desafios se refletiam nos elevados coeficientes de mortalidade infantil e neonatal. Em 1985, a taxa de mortalidade infantil foi de 42,5 óbitos por mil nascidos vivos, valor que variava consideravelmente entre as diferentes regiões da cidade, refletindo as desigualdades socioespaciais (Malta *et al.*, 2001). A mortalidade neonatal, componente mais resistente à redução, concentrava a maior parte desses óbitos, revelando deficiências na assistência ao parto, ao recém-nascido e no acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal.

Esse cenário, ao mesmo tempo em que evidenciava a precariedade das respostas institucionais, destacava a necessidade de constituir práticas específicas e saberes especializados voltados ao cuidado neonatal. Nesse sentido, a persistência da mortalidade infantil funcionou como solo fértil para clamar por novos arranjos profissionais, abrindo espaço para inserção da enfermagem em um campo que, progressivamente, seria afirmado como área própria de atuação.

Esse cenário de elevada carga de doenças infecciosas, desnutrição e precariedade na infraestrutura dos serviços pediátricos, somado ao crescimento populacional e à expansão da Região Metropolitana de Belo Horizonte, gerou um aumento significativo na demanda por leitos infantis. Nas áreas centrais, os hospitais pediátricos existentes operavam no limite de sua capacidade, enquanto, nas periferias, o acesso era dificultado pela distância e pela ausência de unidades especializadas. Além de expressar apenas uma insuficiência estrutural, essa conjuntura pode ser compreendida como um momento em que a pressão social expõe as fragilidades institucionais e, ao mesmo tempo, abre espaço para disputas profissionais em torno de quem detém a legitimidade para responder às necessidades emergentes. Assim, a ausência de respostas estatais efetivas configurava um terreno fértil para que novos saberes especializados reivindicassem autoridade sobre esse campo.

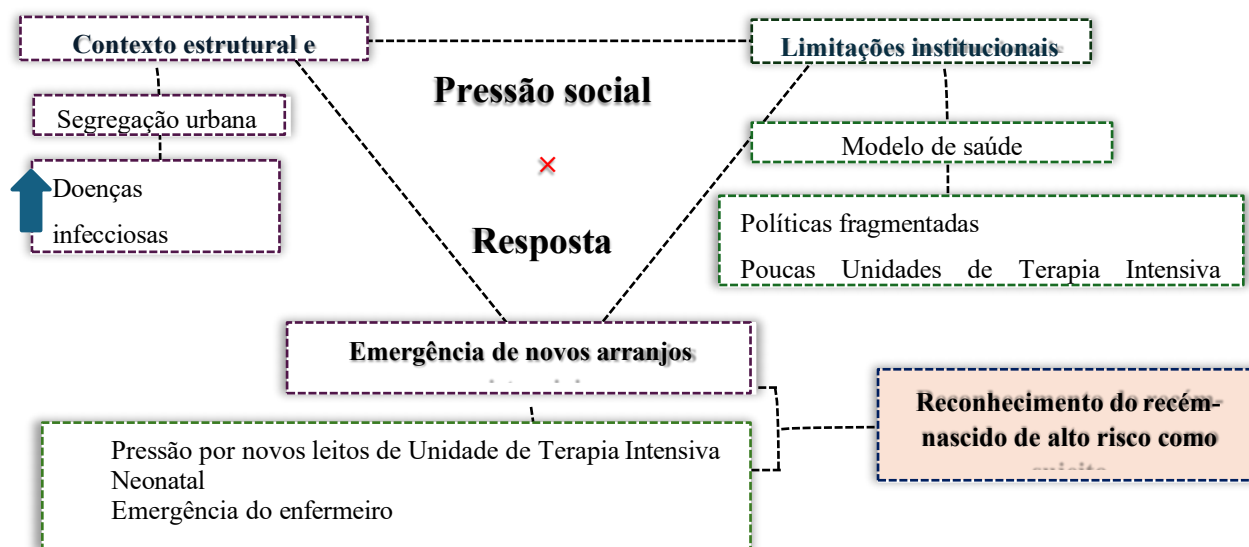
Mas como responder a uma pressão tão intensa? Bastaria ampliar leitos gerais ou seria necessário criar algo capaz de reconhecer as particularidades do recém-nascido de alto risco?

O triângulo da tensão “pressão social × resposta institucional”, expresso na Figura 10, ilustra a complexa dinâmica que marcou o processo de estruturação do cuidado neonatal em Belo Horizonte. O diagrama articula três dimensões centrais:

- 1) Contexto estrutural e social: caracterizado pela desigualdade urbana, pela segregação territorial e pela alta incidência de doenças infecciosas que, se somadas à rápida expansão populacional, ampliavam a vulnerabilidade das crianças e a demanda por cuidados especializados.
- 2) Limitações institucionais: expressas pela escassez de leitos pediátricos e neonatais, pela ausência de políticas públicas voltadas ao recém-nascido de risco e pelo esgotamento do modelo de saúde previdenciário, incapaz de responder às novas exigências sanitárias.
- 3) Consequências e arranjos emergentes: evidenciados pela persistência das taxas de mortalidade infantil e neonatal, e pela emergência de novas práticas assistenciais e campos de saber, como a consolidação da enfermeira neonatal enquanto área de atuação e conhecimento especializado.

No centro do diagrama, a síntese “pressão social × resposta institucional” traduz o dilema histórico enfrentado: a crise não poderia ser resolvida apenas pela expansão do número de leitos gerais, mas exigiria a criação de espaços assistenciais especializados e a formação de um corpo profissional capaz de responder às especificidades do cuidado ao recém-nascido de alto risco, reconhecendo-o, finalmente, como sujeito de cuidado e de direitos.

**Figura 10:** Triângulo da tensão “pressão social × resposta institucional”



**Fonte:** elaborada pela autora (2025).

### 7.3 A inauguração do primeiro centro de tratamento intensivo infantil em Belo Horizonte e as tensões do cuidado intensivo

*“Debaixo d’água tudo era mais bonito Mais azul, mais colorido”*  
(*Debaixo d’Água*, Maria Bethânia, 2003)

A inauguração do CTI Infantil em Belo Horizonte constituiu um marco de modernização da assistência pediátrica no estado de Minas Gerais (Santos, 2008, p. 11). O novo serviço representava uma resposta institucional às elevadas taxas de mortalidade infantil e à crescente complexidade dos casos atendidos. Pela primeira vez, havia um espaço destinado exclusivamente ao cuidado de crianças em estado grave, o que produzia a sensação coletiva de que os principais desafios da infância estavam, enfim, prestes a ser superados.

Instalado no complexo da Santa Casa de Misericórdia<sup>9</sup> de Belo Horizonte, mais especificamente na Maternidade Hilda Brandão, situada na Avenida Francisco Sales, no bairro Santa Efigênia, o CTI Infantil localizava-se no interior da Avenida do Contorno, em área privilegiada do traçado urbano planejado de Belo Horizonte (Moreno *et al.*, 2011). Essa localização central reforçava sua condição de polo de modernidade e inovação, mas também evidenciava as desigualdades de acesso, já que as famílias provenientes das periferias

<sup>9</sup>A Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, inaugurada em 1899, foi a primeira instituição hospitalar da capital mineira e desempenhou papel central na organização da assistência à saúde durante grande parte do século XX. Funcionava como hospital-escola para diferentes categorias profissionais e, até a criação de novas instituições hospitalares na década de 1940, era praticamente o único espaço de internação e de ensino clínico na cidade (Marques RC, 2002).

metropolitanas enfrentavam barreiras geográficas e sociais para alcançar esse novo cuidado (MAAS LWD *et al.*, 2010).

Tradicionalmente, a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte foi marcada pela presença das irmãs religiosas que, desde as primeiras décadas de funcionamento da instituição, sustentaram o cuidado aos enfermos sob os princípios da caridade cristã e da disciplina moral (Santos, 2009). A atuação das Servas do Espírito Santo, especialmente na Maternidade Hilda Brandão, consolidou uma cultura de cuidado voltada à compaixão, à obediência e ao zelo cotidiano em um período em que a assistência hospitalar ainda não se apoiava em bases técnico-científicas consolidadas. Antes mesmo da criação do CTI Infantil, essas religiosas desempenhavam funções essenciais no acompanhamento de gestantes, crianças e recém-nascidos, oferecendo suporte espiritual e emocional às famílias em momentos de vulnerabilidade.

Entre elas, destacou-se a Irmã Benegarde, cuja presença junto às crianças hospitalizadas sintetizava a fusão entre fé e cuidado. Registro fotográfico produzido nas dependências da Santa Casa em meados da década de 1970 evidencia essa dimensão relacional e devocional que moldava o cotidiano assistencial (Santos, 2008). Embora formalmente registrada como atendente de enfermagem, era amplamente reconhecida como “irmã”, legitimada por sua dedicação cotidiana, fé e proximidade com as famílias (Santos, 2009).

A imagem a seguir revela, por um lado, a tradição da caridade católica como fundamento do cuidado, materializada na postura atenta e no olhar protetor da irmã, mas, por outro, a vulnerabilidade social e epidemiológica, durante um período em que doenças infecciosas, desnutrição e condições precárias de saneamento compunham o cenário de morbimortalidade infantil da cidade (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018).

**Figura 11:** Irmã Benegarde com pacientes da pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, década de 1970



A presença constante da Irmã Benegarde, seu olhar atento às crianças e sua meticulosa organização dos materiais hospitalares não apenas garantiam o funcionamento cotidiano da maternidade, mas também criaram as bases práticas e simbólicas que possibilitaram a implantação do primeiro CTI Infantil do estado de Minas Gerais (Santos, 2009). A enfermeira Raquel e o médico Manoel Firmato recordam que vivenciaram o processo de implantação do CTI Infantil, como evidenciado abaixo:

Ela doou tudo que tinha para o CTI. [...] a sala de recuperação tinha tudo, material em perfeito estado porque era ela que cuidava. Ela que lavava, ela que fazia tudo. Então, esse material todo foi para o CTI [...] ela ia toda noite no CTI infantil, acompanhava as famílias e dava muita assistência. (Raquel, 2025, p 1.)

Era uma mãe. Exigente, queria tudo certo e de acordo com o planejado, na mais estrita ordem. Difícil sentir-nos bem sem aquela figura humana, tão cheia de graça, movida por fé inabalável, por uma consciência da sua missão nesta terra, neste país, nesta cidade, neste hospital e neste CTI infantil. (Manoel Firmato, 2008, p 11.)

Desse modo, a institucionalização do CTI Infantil da Santa Casa de Belo Horizonte aconteceu em 19 de março de 1981, representando um marco na história da assistência pediátrica no estado e capital de Minas Gerais. O serviço foi instituído por iniciativa conjunta da clínica cirúrgica pediátrica e da pediatria clínica (Santos, 2008, p. 11). A escolha da data de inauguração carrega, entretanto, um significado simbólico que ultrapassa o aspecto administrativo. Conforme recorda a enfermeira Raquel Silva, que vivenciou o processo de institucionalização da unidade, a abertura do novo serviço foi adiada em respeito à tradição religiosa que até então permeava a instituição:

A inauguração estava prevista para acontecer antes do dia 19 de março de 1981, mas foi adiada por uma razão religiosa. Ela (Irmã Benegarde) quis que fosse no dia 19 de março, dia de São José — Santo protetor das famílias e dos trabalhadores. Então, esperamos uns quinze dias para poder inaugurar. (Raquel, 2025, p. 2)

A fotografia, a seguir, registra a inauguração do CTI Infantil:

**Figura 12:** Inauguração do Centro de Tratamento Intensivo Infantil Santa Casa de Belo Horizonte em 19 de março de 1991



**Fonte:** Livro – Reverência pela vida: A Pediatria em Minas, 2008.

A imagem revela não apenas a presença central e à frente da Irmã Benegarde, mas também a composição social que circundava a inauguração do CTI Infantil na capital mineira. À direita, o médico Odilon Lobato, diretor clínico, aparece de jaleco branco, com postura ereta, braços cruzados e expressão séria, uma representação visual do poder técnico e científico que legitimava o novo espaço hospitalar e reafirmava a autoridade médica (Freidson, 1998; Santos, 2008).

Em segundo plano, destacam-se crianças visivelmente frágeis: algumas com feições que remetem ao perfil epidemiológico da infância belorizontina no final da década de 1970 e início dos anos 1980, um período marcado por altas taxas de desnutrição, doenças infecciosas e desigualdades sociais (Prefeitura de Belo Horizonte, 2018). Apesar de vestirem roupas limpas, coloridas e calçarem sapatos, sinalizando o cuidado institucional e o esforço de projetar uma imagem de esperança, seus rostos sérios e ausentes de sorriso possibilitam outra leitura: a da infância vulnerável, marcada pela gravidade do contexto sanitário e pela disciplina imposta aos corpos frágeis em espaços hospitalares e religiosos. O silêncio das expressões infantis, contrastando com o caráter festivo da inauguração, revela a distância entre o ideal de cuidado e a experiência concreta da doença e da sobrevivência, um contraste que sintetiza, de modo expressivo, as tensões sociais e morais que atravessavam a assistência à saúde infantil naquele período.

Mais ao fundo, um grupo de mulheres de branco, possivelmente atendentes de enfermagem, compõe o cenário. Embora fundamentais para o funcionamento cotidiano do serviço, sua presença é registrada em segundo plano, o que traduz, simbolicamente, a posição historicamente subalterna da enfermagem nos espaços hospitalares. A fotografia, assim, não é apenas um registro documental, mas uma expressão das hierarquias de saber, gênero e poder que estruturavam o trabalho em saúde naquele período.

A mulher posicionada à esquerda da imagem, trajando vestido estampado e segurando um papel, não pôde ser identificada a partir das fontes disponíveis. Apesar das tentativas de reconhecimento junto aos arquivos institucionais e aos participantes entrevistados, sua identidade permaneceu desconhecida, o que evidencia as lacunas naturais presentes em acervos fotográficos históricos. Tal ausência, contudo, não compromete a análise, mas revela como determinados sujeitos, especialmente mulheres em funções administrativas ou de apoio, frequentemente permanecem invisibilizados nos registros da memória institucional, reforçando uma dinâmica de apagamentos seletivos típica da história da saúde e da enfermagem.

Essa disposição espacial não é casual: ela materializa uma ordem social do cuidado sustentada pela divisão técnica e moral do trabalho em saúde, na qual o saber médico ocupava o centro da autoridade, e o trabalho de enfermagem se vinculava ao domínio da execução e da obediência (Freidson, 1998; Santos, 2008). “[...] *a fotografia, portanto, é mais do que um registro: é um espelho das hierarquias de gênero, de autoridade e de conhecimento que estruturavam o campo hospitalar*” (Freidson, 1994, 2001; Almeida, 1986).

Essas hierarquias também se expressavam na composição da força de trabalho da enfermagem. A presença das profissionais em ambientes hospitalares, ainda que essencial, estava profundamente marcada por desigualdades formativas e de reconhecimento. Desde a década de 1980, os empregos de nível elementar vinham diminuindo, enquanto cresciam os postos de auxiliares e técnicos, movimento que revelava um processo de transição e qualificação da força de trabalho em saúde, sobretudo no setor público (IBGE, 1988). A enfermeira Maria José Grillo, ao lembrar esse período, traduz de forma sensível o que os números expressam de modo abstrato:

Naquele momento, um levantamento realizado pela ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem) e pelo COFEN indicava que aproximadamente 53% da força de trabalho era composta por atendentes de enfermagem. Isso revela que havia uma grande parcela da categoria sem formação específica. Não se trata de desqualificação absoluta, mas do reconhecimento de que, à época, muitos profissionais tinham baixa escolaridade, em alguns casos, eram pessoas não alfabetizadas atuando como auxiliares de enfermagem. Nessas

condições, alterações aparentemente simples, como a mudança da cor de um medicamento, poderiam gerar dificuldade na administração. (Maria José, 2025, pág. 1)

Temos clareza, hoje, do que é aprendido nos processos formais de formação; ainda assim, o aprendizado também podia ocorrer na prática. Havia atendentes com grande competência na assistência, mas, de modo geral, o quadro era desafiador. Basta considerar que, quando se iniciou o processo de qualificação desses trabalhadores, havia cerca de 400 mil atendentes, ou seja, mais da metade da força de trabalho em enfermagem. (Maria José, 2025, pág. 2)

A narrativa da enfermeira Maria José Grillo desvela a materialidade de um sistema de trabalho atravessado pela heterogeneidade formativa, no qual o saber empírico coexistia com a ausência de instrução formal. Nesse contexto, as enfermeiras graduadas, ainda minoria, atuavam em um território de indefinição institucional, respondendo a demandas que emergiam do cotidiano hospitalar, sem que houvesse, à época, a noção de um campo próprio de atuação.

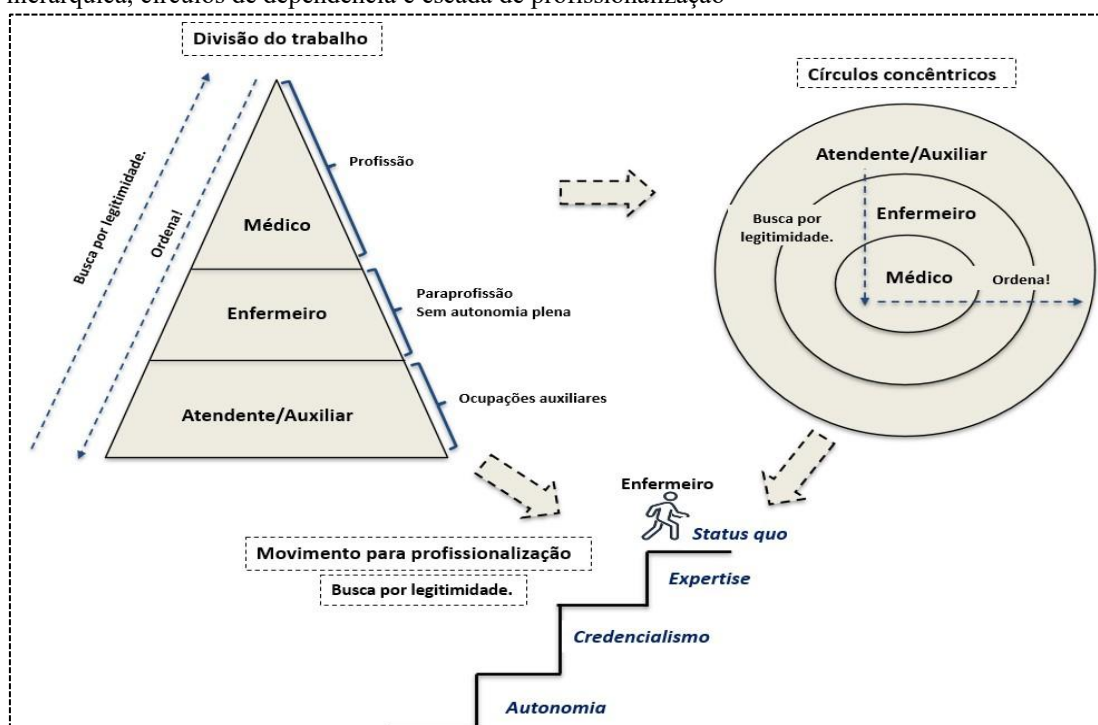
Suas ações de supervisionar, ensinar, organizar rotinas e garantir a segurança do cuidado não resultavam de um projeto profissional deliberado, mas de uma necessidade prática de fazer o serviço funcionar em meio à precariedade. As enfermeiras atuavam em um território ainda indefinido, sem que houvesse consciência de estarem inaugurando um novo espaço de saber e de prática.

A enfermeira Raquel Helena Silva recorda que, naquele período, “*não havia exigência legal para a presença de enfermeira nas unidades*” (Raquel, 2025, p. 6), e que a decisão de incluir o enfermeiro em todos os turnos partiu da própria equipe médica: “*Em determinado momento, os médicos afirmaram: ‘Aqui deverá haver uma enfermeira no turno da manhã, uma à tarde e uma à noite’*” (Raquel, 2025, p. 5). Esse reconhecimento, nascido da experiência e da convivência cotidiana, traduz uma virada simbólica: o trabalho da enfermeira passa de uma colaboração eventual a uma função percebida como indispensável.

Essa presença, inicialmente funcional, começava a produzir efeitos estruturantes, pois tornava visível a importância do olhar técnico e contínuo da enfermeira no cuidado aos recém-nascidos graves. Ainda que não houvesse consciência de uma jurisdição ou identidade específica, as condições desse trabalho improvisado criavam o terreno social e simbólico a partir do qual, anos depois, o campo da enfermagem neonatal se configuraria (Freidson, 1994, 2001). Ao exigir a presença da enfermeira em todos os turnos, os médicos reconheciam que determinados aspectos do cuidado intensivo não poderiam ser delegados a outros trabalhadores, atribuindo à enfermeira a centralidade no funcionamento do primeiro CTI Infantil da capital do estado.

No arcabouço freisoniano, esse reconhecimento adquire um significado adicional: ser legitimada pelo profissional de saúde que historicamente detém maior prestígio perante a clientela leiga, prestígio construído pela posição dominante da medicina na divisão do trabalho em saúde, reforça o “*status*” do enfermeiro e contribui para forjar a necessidade desse profissional nos ambientes institucionais de terapia intensiva neonatal. Esse processo é ilustrado na Figura 13.

**Figura 13:** Modelos visuais da posição paraprofissional da enfermagem segundo Freidson (1996): pirâmide hierárquica, círculos de dependência e escada de profissionalização



**Fonte:** elaborada pela autora (2025).

A Figura 13 apresenta, de forma esquemática, os principais elementos do processo de profissionalização do enfermeiro identificados neste estudo no contexto do primeiro CTI Infantil de Belo Horizonte. O esquema sintetiza dimensões como formação, padronização, credenciamento, reconhecimento pela profissão dominante e *ethos* do cuidado

Na sequência, esses elementos são ilustrados pelas falas das entrevistadas, evidenciando como se manifestaram no cotidiano das práticas assistenciais e gerenciais da equipe de enfermagem naquele período. O Quadro 4 reúne essas falas e sua análise à luz do referencial de Eliot Freidson.

**Quadro 4:** Aspectos do processo histórico da atuação do enfermeiro no Centro de Tratamento Intensivo Infantil: falas das entrevistadas.

| ASPECTO DO PROCESSO HISTÓRICO                     | FALA DAS ATRIZES SOCIAIS   |
|---|--|
| <b>Reconhecimento/status</b>                      | <i>“Passei por um período na enfermagem em que não havia valorização. Com a implantação do CTI, passamos a ser extremamente valorizadas. Tudo girava em torno da enfermeira.”</i> (Raquel Helena Silva, 2025)  |
| <b>Reconhecimento social e indispensabilidade</b> | <i>“Era o reconhecimento: saber que o trabalho era importante e que precisavam da enfermeira ali. Sem sua presença, as atividades não se realizariam da forma adequada.”</i> (Raquel Helena Silva, 2025)   |
| <b>Organização do trabalho (padronização)</b>     | <i>“Conseguia manter a organização do setor, que era inicialmente muito desorganizado. A partir do momento em que se começou a compreender e observar as demandas, tornou-se possível organizar o espaço. Essa é uma função da enfermeira que os demais não realizavam.”</i> (Raquel Helena Silva, 2025) |
| <b>Ethos do cuidado</b>                           | <i>“Mesmo sem formação específica, havia atendentes com alta qualidade no atendimento.”</i> (Raquel Helena Silva, 2025)<br><br><i>“Durante admissões, cantava canções infantis e orientava as mães sobre amamentação.”</i> (Miguir Terezinha, 2025)  |
| <b>Aprendizado/experiência</b>                    | <i>“Coordenava bem procedimentos críticos, como o acesso venoso e o atendimento à parada cardiorrespiratória, além de organizar estoques de materiais dentro da unidade.”</i> (Raquel Helena Silva, 2025)  |
| <b>Estabilidade da equipe (socialização)</b>      | <i>“Trabalhei durante muitos anos com uma equipe fixa.”</i> (Raquel Helena Silva, 2025)  |
| <b>Formação e trajetória inicial</b>              | <i>“Formei na Universidade Federal de Santa Catarina (1981–1985). Inicialmente voltada para a atenção primária, enfrentei um mercado restrito de trabalho e atuei em hospitais pequenos, com equipe composta apenas por atendentes.”</i> (Miguir Terezinha, 2025)  |
| <b>Participação em decisões clínicas</b>          | <i>“Na unidade cirúrgica pediátrica, fui convidada a participar das reuniões clínicas. Em um caso, identifiquei que uma sonda estava na posição errada, contribuindo para o diagnóstico.”</i> (Miguir Terezinha, 2025)   |
| <b>Aprendizados</b>                               | <i>“Na UTI Neonatal, pedi ajuda à enfermeira Rosane para aprender a montar respirador e manipular incubadoras, me apaixonando pela área.”</i> (Miguir Terezinha, 2025)   |

**Fonte:** elaborada pela autora (2025).

No primeiro CTI Infantil de Belo Horizonte, a atuação do enfermeiro foi se legitimando por meio de processos históricos e sociais, articulando saber técnico, *ethos* do cuidado e

reconhecimento pela profissão dominante. Esse movimento consolidou as bases da profissionalização, criando um padrão de referência para as práticas intensivas neonatais e preparando o terreno para a expansão do modelo.

Estudo realizado em Santa Catarina corrobora esse cenário: os primeiros espaços voltados ao cuidado de recém-nascidos de alto risco eram majoritariamente compostos por atendentes e auxiliares, cabendo ao pequeno contingente de enfermeiros graduados organizar rotinas, supervisionar procedimentos e garantir a segurança do cuidado (Costa & Padilha, 2010). Essa evidência ajuda a compreender o contexto belorizontino, em que a enfermeira graduada, ainda minoria, tornava-se elemento estruturante para transformar salas improvisadas e CTIs Infantis em verdadeiros espaços de cuidado.

Essa constatação contrapõe-se à leitura de uma transição linear e homogênea do trabalho em enfermagem. Apesar dos esforços de qualificação, que marcaram a década de 1980, persistia um cenário de precariedade e heterogeneidade formativa que tornava o cotidiano laboral particularmente desafiador. É nesse contexto que se pode compreender o protagonismo das enfermeiras graduadas no CTI Infantil da Santa Casa de Belo Horizonte, cuja atuação assumiu funções indispensáveis para organizar rotinas, supervisionar equipes e garantir a segurança do cuidado, antecipando atributos de autonomia, *expertise* e credencialismo característicos das profissões plenas (Freidson, 1998).

[...] a presença de um enfermeiro responsável pela equipe seria, em princípio, um fator positivo, mas essa não era exatamente a realidade. Embora graduado, esse profissional muitas vezes não possuía formação específica, e acabava sendo avaliado pelos trabalhadores que já estavam na prática e detinham experiência acumulada. Sempre que um novo enfermeiro assumia a supervisão, passava por um processo de avaliação informal por parte da equipe. Esse contexto tornava o processo de trabalho bastante desafiador e, certamente, com repercussões na qualidade da assistência prestada. (Maria José, 2025, p 5).

Eu era a enfermeira ‘alto padrão’ do hospital; o restante da equipe era só atendente. Sentia rejeição por tentar modificar práticas inseguras. (Miguir, 2025, p 2)

Fui contratada como supervisora do berçário e maternidade. Atendentes me testavam e, apesar do cargo, realizava procedimentos e ensinava técnicas. (Miguir, 2025, p 3)

Além disso, antes da promulgação da Lei nº 7.498/1986, que regulamentou o exercício profissional da enfermagem no Brasil, não existia exigência legal da presença do enfermeiro em unidades críticas ou de alta complexidade (BRASIL, 1986).

[...] naquele período, não havia exigência normativa para a presença de enfermeiras nas unidades; a atuação não era obrigatória. (Raquel, 2025, p 12)

Na época, não havia formação específica em neonatologia nas graduações de enfermagem, e, nas unidades, o número de enfermeiros era reduzido, predominando atendentes e auxiliares, o que ampliava o desafio de organizar e qualificar o cuidado.

[...] na minha formação, na graduação, eu fiz estágio supervisionado em vários lugares, mas eu nunca fiz nenhuma atividade específica na neonatologia. (Maria José, 2025, pág. 2)

[...] os médicos nos davam aulas. Então, fomos aprendendo com eles. **Na escola, não tínhamos formação em CTI. Então, não sabíamos nada. Fomos aprender com eles** [...] recordo-me que utilizávamos com frequência o livro *Técnicas Básicas de Enfermagem*, que orientava muitas de nossas práticas. Contávamos também com uma irmã de caridade que ministrava treinamentos, pois ainda havia atendentes de enfermagem em atividade. Organizávamos capacitações voltadas ao CTI, o que contribuiu para a evolução e a organização progressiva do serviço. A partir de 1981, no início do processo, e especialmente em 1982, já conseguíamos estruturar melhor as práticas assistenciais. (Raquel, 2025, pág. 2, grifo nosso)

À luz de Freidson (1996), não se trata ainda de profissão em sentido estrito, pois a legitimação não vinha da *expertise*, das credenciais ou da autonomia desenvolvida, mas de atributos externos à prática profissional. Esse cenário, contudo, começa a se transformar à medida que a presença de enfermeiras se torna necessária no CTI Infantil.

É nesse ponto que a assistência deixa de estar sustentada apenas na devoção, tornando-se, em vez disso, um campo fértil de conhecimento e prática, no qual a enfermeira emerge como figura indispensável. Esse processo expressa também um movimento de laicização desse campo de atuação, em que, inicialmente, imperam as religiosas seguidas da coexistência (harmônica ou conflituosa? – pena não ser nosso objeto de estudo nesta dissertação) entre religiosas (diplomadas em enfermagem ou não) e enfermeiras laicas para, enfim, termos a configuração atualmente assumida de apenas enfermeiras laicas na Santa Casa de Belo Horizonte.

Nesse contexto de institucionalização do cuidado, a criação do CTI Infantil, em 1981, não representou apenas uma resposta às elevadas taxas de mortalidade infantil, mas também a necessidade de instituir um espaço capaz de sustentar o exercício do saber médico especializado (Santos, 2008).

Entretanto, o relato de Raquel Silva, enfermeira que vivenciou o cotidiano do novo serviço, revela que o avanço técnico, embora tenha ampliado as fronteiras da medicina intensiva, trouxe também novas tensões ao cuidado. O CTI Infantil, concebido para viabilizar procedimentos cirúrgicos complexos e garantir a sobrevivência de crianças em estado crítico,

passou a representar também a própria possibilidade de nascer e sobreviver para os recém-nascidos de alto risco, especialmente os prematuros que, antes, sequer alcançavam o espaço hospitalar (Lansky et a, 2002).

Esse novo cenário expôs uma tensão fundamental entre o ideal de modernização hospitalar e as condições reais de cuidado: o modelo centrado na técnica cirúrgica não conseguia responder à imprevisibilidade e à dependência contínua do recém-nascido de alto risco. Segundo Raquel Silva:

**O serviço foi se expandindo progressivamente, sobretudo após o início das cirurgias cardíacas**, cuja demanda era elevada, já que poucos hospitais realizavam esse tipo de procedimento pelo SUS. Com o aumento dos casos e dos leitos, surgiram também os primeiros impasses: as vagas destinadas às cirurgias **eram frequentemente ocupadas por bebês prematuros que permaneciam internados por longos períodos; às vezes, até dois meses.** Foi nesse contexto que se evidenciou a necessidade de criar espaços para o cuidado neonatal, **uma vez que o recém-nascido prematuro extremo demandava um tempo prolongado de internação, ocupando leitos que poderiam ser utilizados para procedimentos de curta duração**, como as cirurgias cardíacas. (Raquel, 2025, p. 1. Grifos nossos)

O depoimento da enfermeira Raquel Silva evidencia que o CTI Infantil não havia sido concebido para o cuidado ao recém-nascido de alto risco, mas para responder às demandas cirúrgicas e clínicas de crianças maiores. O recém-nascido prematuro, nesse contexto, surgia como uma presença imprevista, um corpo frágil que desestabilizava as lógicas médicas e administrativas do serviço. Ainda que não fosse reconhecido como sujeito de cuidado específico, o bebê se tornava progressivamente objeto de atenção constante, exigindo vigilância contínua e intervenções imediatas.

Não tinha rotina. **Ficávamos o tempo todo no leito, observando cada movimento, cada respiração.** Aprendíamos no fazer, muitas vezes sem ter equipamento adequado. O importante era o bebê não parar de respirar. (Lélia Maria Madeira, 2025, p. 3. Grifos nossos)

Essa necessidade de cuidado permanente, marcada pela imprevisibilidade e pela fragilidade da vida neonatal, abriu brechas para ampliação da presença das enfermeiras no interior do serviço. Diante da ausência de protocolos consolidados e da alta demanda de observação, cabia a elas organizar rotinas, improvisar materiais, antecipar necessidades e garantir a continuidade do cuidado, traduzindo em prática aquilo que Freidson (2001) define como autonomia fundada na *expertise*.

Nesse cenário, a ação cotidiana das enfermeiras ultrapassava a execução de tarefas prescritas: elas se tornavam o elo que mantinha a unidade funcionando, integrando técnica,

vigilância e sensibilidade. O CTI infantil, ainda que pensado como espaço da medicina, transformou-se também em laboratório de profissionalização (Freidson, 1996) da enfermeira, onde se forjavam modos próprios de agir e pensar o cuidado intensivo.

Mesmo antes de o recém-nascido de alto risco ser reconhecido institucionalmente como sujeito de cuidado específico, as enfermeiras já o reconheciam como sujeito de atenção e de vínculo. Na ausência de protocolos e especializações formais, eram a observação sensível, o toque e a vigilância constante que delimitavam as fronteiras do cuidado possível (Watson, 2008).

Nesse exercício cotidiano de trabalhar os instrumentos fundamentais da enfermagem, como olhar, tocar, perceber o ritmo da respiração e reagir ao choro, a enfermeira inscrevia o bebê no campo da vida, legitimando sua existência como um sujeito social visível e que merecia ser cuidado.

Aprendíamos muito com o bebê. **Ele mostrava quando estava bem e quando estava mal. Tinha que olhar muito, ouvir o choro, ver se estava frio ou quente demais.** [...] era o olhar que dizia o que fazer. (Iara, 2025, p. 3. Grifos nossos)

Assim, desde o início, o espaço institucional e o trabalho das enfermeiras se mostraram indissociáveis (Santos, 2008). A permanência dos prematuros, a complexidade do cuidado e a demanda por atenção contínua redefiniram o sentido da presença da enfermeira, passando a ser indispensáveis à sustentação da vida (Watson, 2008).

Como a enfermeira Raquel Helena refletiu: “[...] *sem a enfermeira, não é que a coisa não ia andar, mas não ia andar da forma certa*” (Raquel Silva, 2025, p. 8). Ela complementa: “*Era o reconhecimento, era saber que você era reconhecido, que seu trabalho era importante, que precisavam de você*” (Raquel Silva, 2025, p. 8). Essa percepção retrospectiva ilumina o processo pelo qual a prática da enfermeira antes, invisível ou subordinada, começa a se tornar central à organização do cuidado intensivo.

Trata-se do momento em que a necessidade funcional começa a se converter em legitimidade técnica e moral, configurando a gênese de uma jurisdição profissional (Freidson, 1996, 1998). O reconhecimento, nesse contexto, não se restringe à gratidão individual, mas inaugura um movimento de reconfiguração simbólica do trabalho da enfermeira no interior do hospital, abrindo caminho, ainda que sem plena consciência disso, para a constituição futura do campo profissional.

*“Debaixo d’água o mundo é silêncio.”*  
(*Debaixo d’Água*, Maria Bethânia, 2003).

### **7.5 A expansão das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais como resposta à pressão social na capital mineira e o reconhecimento do recém-nascido como sujeito digno de cuidado**

A institucionalização do primeiro CTI Infantil na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, em 1981, produziu efeitos estruturantes sobre o campo da assistência hospitalar. Com intenção ou não, aquele gesto técnico e institucional inaugurou uma nova forma de organizar o cuidado (Santos, 2008). O serviço, inicialmente voltado à assistência pediátrica de alta complexidade, rapidamente se tornou um espaço de sobrevivência para aqueles que antes morriam, sobretudo para recém-nascidos prematuros e portadores de malformações graves.

O que se configurava em Belo Horizonte dialogava com um movimento nacional mais amplo de redefinição do cuidado à infância da compreensão da mortalidade infantil como problema de saúde pública. Desde meados da década de 1980, o MS já apontava que, embora houvesse ações voltadas à redução da mortalidade infantil, a mortalidade neonatal permanecia elevada e representava proporção crescente das mortes em menores de 1 ano (BRASIL, 1984).

Nos anos seguintes, Belo Horizonte acompanhou a tendência nacional de modernização da atenção materno-infantil, impulsionada por políticas públicas como o PAISC (1984), a criação do SUS (1988) e o ECA (1990). Esses dispositivos normativos afirmaram o direito à vida e à saúde, e reconheceram a mortalidade infantil como um dos principais indicadores de desenvolvimento e eficiência sanitária (BRASIL, 1984; BRASIL, 1990).

Essa tendência se tornou ainda mais evidente nos anos 1990, quando análises epidemiológicas nacionais confirmaram que o declínio da mortalidade infantil se devia principalmente à redução do componente pós-neonatal, enquanto as mortes nas primeiras semanas de vida persistiam (VICTORA; BARROS; VAUGHAN, 1989; LEAL; SZWARCOWALD, 1995). Contudo, apesar de estruturantes, essas políticas não contemplavam plenamente o recém-nascido de alto risco, que permaneceu à margem das agendas governamentais.

Fenômeno semelhante foi descrito na literatura internacional e nacional, em que os berçários hospitalares se transformaram gradualmente em Unidades de Terapia Intensiva (BROWNE, 1999; SANSÃO, 2006; COSTA; LAMY; LAMY, 2017). No contexto brasileiro,

a expansão desses serviços foi fortemente impulsionada pela pressão social e institucional por acesso à assistência intensiva (LANSKY *et al.*, 2014). Esses berçários intermediários, muitas vezes improvisados nos primeiros anos, constituíram núcleos embrionários das futuras UTINs, antecipando a estrutura física e a lógica de vigilância contínua que caracterizariam o cuidado intensivo. Nesse contexto, a expansão não se deu de maneira abrupta ou linear, mas como um processo histórico de adaptação e aprendizagem institucional, em que a prática precedeu à política e a técnica foi sendo construída no cotidiano das equipes.

A criação desses espaços ocorreu de forma distribuída entre instituições públicas, filantrópicas e privadas, o que demonstra o caráter heterogêneo da rede de atenção neonatal na capital. A montagem de ambientes adequados ao cuidado intensivo exigia investimentos significativos em infraestrutura, tecnologia e recursos humanos especializados, o que limitava a ampliação dos leitos, tornando o processo dependente da capacidade financeira e da prioridade política de cada hospital. Os custos de implantação e manutenção das UTINs eram elevados, envolvendo equipamentos de ventilação mecânica, monitores multiparamétricos, incubadoras e equipe de plantão permanente.

Os documentos analisados não permitem compreender com precisão o delineamento temporal nem os anos exatos de criação de cada serviço. Ainda assim, entre o final da década de 1980 e meados da década de 1990, Belo Horizonte assistiu à criação e consolidação de novos serviços voltados ao cuidado neonatal, que se estruturaram de formas distintas conforme a natureza e a capacidade institucional de cada hospital. Alguns serviços adaptaram suas próprias instalações, transformando berçários ou alas pediátricas em áreas de cuidado destinadas ao recém-nascido de alto risco, como a própria Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, o Hospital das Clínicas da UFMG, a Maternidade Odete Valadares e o Hospital Metropolitano Odilon Behrens.

O testemunho de Iara Perpetuo, enfermeira que atuou em diferentes unidades neonatais de Belo Horizonte, evidencia esse processo histórico de construção do campo a partir da prática e que as maternidades se adaptaram ao cuidado ao recém-nascido. Iara Perpetuo relatou que iniciou suas atividades na Maternidade Odete Valadares em 1993. Ao chegar à instituição, foi contratada temporariamente e direcionada ao setor de neonatologia, uma vez que não havia vagas disponíveis na maternidade. Assim, a Maternidade Odete Valadares representou seu primeiro contato com a neonatologia (Iara, 2025).

Ela descreve que não possuía formação prévia na área e que o aprendizado ocorreu de forma prática, por meio de treinamento com as técnicas de enfermagem e com a enfermeira

responsável pela assistência. Após esse período, passou a exercer funções de supervisão. Segundo ela, o CTI Neonatal da instituição já era uma unidade de grande porte, e contava também com uma Unidade de Cuidados Intermediários destinada aos recém-nascidos clinicamente estáveis. O antigo berçário funcionava como espaço de transição para alta hospitalar.

Iniciei minhas atividades na Maternidade Odete Valadares em 1993, depois de ter trabalhado em Belo Vale entre abril de 1992 e julho de 1993. Quando cheguei ao Odete, fui contratada temporariamente, e não havia vaga disponível na maternidade. Havia, porém, oportunidade na neonatologia, foi ali que tive meu primeiro contato com a área. **Eu não tinha nenhuma experiência anterior em neonatologia, e o aprendizado se deu na prática: primeiro treinando com as técnicas de enfermagem e com a enfermeira responsável pela assistência, e depois, já atuando na supervisão.** Aos poucos, fui me identificando com o trabalho, especialmente por sempre ter sonhado em cuidar de crianças. (Iara, 2025, p. 2. Grifos nossos.)

Iara destaca que o Odete Valadares era um hospital de longa tradição, com profissionais experientes e comprometidos, o que proporcionava segurança às novas enfermeiras. Durante o período de treinamento, contou com o acompanhamento direto de uma enfermeira responsável, o que facilitou sua adaptação às rotinas do serviço.

O Hospital Odete Valadares era uma instituição antiga e reconhecida, e a maioria dos funcionários eram contratados há muitos anos. Isso conferia muita experiência à equipe e passava segurança às novas profissionais, como eu. Durante o período de treinamento, fui acompanhada por uma enfermeira que se dedicava exclusivamente à supervisão das recém-chegadas, o que me deu confiança para aprender e atuar. **Naquele momento, o foco do cuidado era principalmente voltado aos prematuros, já que ainda havia poucas cirurgias neonatais na instituição.** (Iara, 2025, p. 3. Grifos nossos.)

Nesse cenário, a enfermeira se sustentava como figura central, articulando saber técnico-científico e sensibilidade ética. Ela passou a representar o elo entre as novas tecnologias da terapia intensiva e a humanização do cuidado preconizada pelas políticas do período. Como relata Iara Perpetuo, a escassez de recursos e a precariedade tecnológica não diminuam o compromisso das equipes com a vida, mas ampliavam a necessidade de criatividade, atenção e presença constante:

Mesmo com poucos equipamentos, nós fazíamos o possível para garantir o suporte aos recém-nascidos. À noite, não havia fisioterapeuta, e éramos nós, enfermeiras, que montávamos o CPAP de selo d'água, ajustávamos os respiradores e acompanhávamos os sinais clínicos durante todo o plantão. Muitas vezes era preciso improvisar, mas o importante era não deixar o bebê desassistido. Cada decisão exigia responsabilidade e cuidado. Aprendíamos observando, errando menos a cada dia, e transformando o medo em atenção. Era um trabalho técnico, mas também profundamente humano. (Iara Perpetuo, 2025, p. 6)

No mesmo período, hospitais particulares também se adaptaram para atender à crescente demanda da população, como o Hospital Santa Rita<sup>10</sup> e o Hospital *Life Center*<sup>11</sup>, que ampliaram seus serviços para incluir o atendimento ao recém-nascido de risco. Por outro lado, surgiram empreendimentos privados concebidos desde a origem com foco exclusivo na atenção intensiva neonatal, como o Grupo *Neocenter*<sup>12</sup>, configurando um modelo assistencial orientado pela especialização tecnológica e pela centralidade do recém-nascido de alto risco (ALVES FILHO; ALVES, 2023).

Esse movimento, concentrado principalmente em meados da década de 1990, revela um processo de expansão heterogênea da atenção neonatal na capital mineira, no qual os setores público, filantrópico e privado contribuíram de maneira desigual, mas convergente, para consolidação de um campo de prática e saber voltado à sobrevivência e especialização do cuidado ao recém-nascido.

Mesmo após a criação das UTINs, a insuficiência de leitos neonatais permaneceu como um problema crônico. As taxas de mortalidade neonatal, fortemente associadas à prematuridade e às doenças respiratórias, continuavam elevadas e revelavam a incapacidade do sistema de saúde em responder à demanda crescente da capital e de sua Região Metropolitana. A persistência desse déficit impulsionou uma série de tensões entre os setores público e privado, reacendendo o debate sobre o financiamento da rede neonatal e a contratualização de leitos conveniados. No centro dessas disputas, o recém-nascido se tornou símbolo de um sistema que, ao mesmo tempo em que se modernizava, mantinha-se desigual e insuficiente.

A imprensa desempenhou papel central na publicização desse quadro. Matérias jornalísticas publicadas pela *Folha de S. Paulo* e por veículos locais entre o fim da década de 1990 e 2000 denunciaram a precariedade da rede hospitalar belorizontina.

---

<sup>10</sup>O Hospital Santa Rita, instituição privada localizada em Belo Horizonte (MG), fundada em 1967 e ainda em atividade, teria mantido uma UTIN na década de 1990, atendendo recém-nascidos de alto risco. Entretanto, a unidade não existe mais atualmente. Não foram encontrados registros documentais oficiais que comprovem a existência ou o período de funcionamento da UTIN nos acervos consultados. As informações sobre a existência da UTIN são provenientes de relatos orais das enfermeiras entrevistadas nesta pesquisa e da consulta ao site institucional do hospital.

<sup>11</sup> O Hospital *Life Center*, instituição hospitalar privada localizada em Belo Horizonte (MG) e, atualmente, em atividade, teria mantido uma UTIN na década de 2000. De acordo com relatos de enfermeiras entrevistadas nesta pesquisa, o hospital recebia recém-nascidos de alto risco naquele período; contudo, a unidade não existe mais. Não foram identificados registros documentais oficiais que comprovem a existência ou o período de funcionamento da UTIN nos acervos consultados, sendo a informação fundamentada exclusivamente em fonte oral e na consulta ao site institucional.

<sup>12</sup>O Grupo *Neocenter*, criado em 1991, é referência em medicina intensiva neonatal e pediátrica em Minas Gerais. Com mais de três décadas de atuação, o grupo implantou modalidades terapêuticas pioneiras e atendeu mais de 32 mil pacientes, consolidando-se como importante rede privada de cuidado intensivo infantil na capital mineira. Dados retirados da página “História – Grupo *Neocenter*”, disponível em *Neocenter* (empresa).

Como se vê a seguir, a crise na atenção neonatal da capital mineira já havia sido noticiada em fevereiro de 1999, quando a *Folha de S. Paulo* divulgou a morte de dois recém-nascidos prematuros que aguardavam vaga em Unidade de Terapia Intensiva. A reportagem destacava que todos os 14 leitos neonatais conveniados ao SUS estavam ocupados e que mais de 30 bebês esperavam transferência, alguns deles em hospitais sem condições adequadas de assistência. O texto revelava a dependência crescente do município em relação à rede privada e a ausência de uma política pública capaz de garantir a ampliação do número de leitos e a qualificação da assistência neonatal.

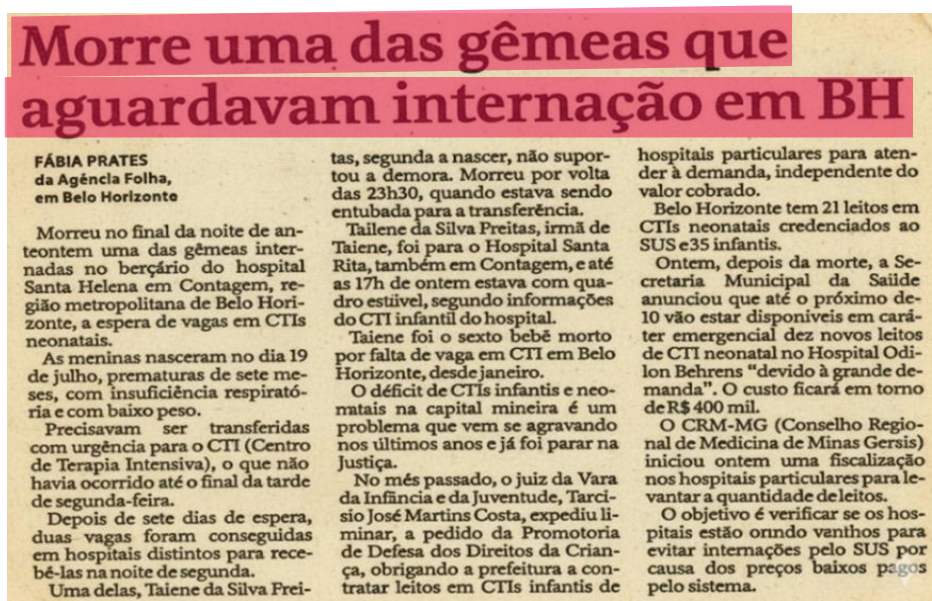
**Figura 15:** “2 bebês morrem em fila de espera em BH” – Folha de S. Paulo,



**Fonte:** Folha de São Paulo 02/02/1999 N° 25.507 - Ano 79 - página 3. Grifos

Poucos meses depois, em julho do mesmo ano, uma nova reportagem da *Folha de S. Paulo* trouxe à tona o falecimento de uma das gêmeas que aguardava transferência para um CTI Neonatal, novamente por ausência de vagas. O caso evidenciou a continuidade do problema e o agravamento das desigualdades entre os serviços públicos e privados da capital. O texto ressaltava que Belo Horizonte dispunha de apenas 21 leitos neonatais credenciados ao SUS, número insuficiente para atender à demanda crescente.

Figura 14: “Morre uma das gêmeas que aguardavam internação em BH”



Fonte: Folha de São Paulo 28/07/1999 N° 25.683 - Ano 79 PÁGINA 4. Grifos nossos.

A sucessão de mortes evitáveis continuou sendo noticiada ao longo do mesmo ano, revelando a persistência do problema e a incapacidade de resposta das instituições públicas. Como se vê a seguir, em agosto de 1999, uma nova reportagem da *Folha de S. Paulo* noticiou o falecimento de um recém-nascido por falta de vaga em CTI neonatal, após mais de 22 horas de espera por atendimento. O texto destacava que o caso não era isolado, mas tratava-se do segundo óbito em menos de 15 dias decorrente da ausência de leitos disponíveis na capital mineira.

Figura 16: “Bebê morre em BH por falta de vaga”



Fonte: Folha de São Paulo 10/08/1999 N° 25.696 - Ano 79 PÁGINA 6. Grifos nossos.

A sucessão de denúncias e mortes mobilizou, ainda em 1999, uma série de ações de fiscalização e controle por parte das autoridades sanitárias. Como se vê a seguir, em setembro daquele ano, a *Folha de S. Paulo* noticiou que 14 hospitais e clínicas de Belo Horizonte tiveram o alvará sanitário negado pela Vigilância Sanitária Municipal, em razão de irregularidades estruturais e assistenciais. Entre os estabelecimentos reprovados, havia unidades gerais, psiquiátricas, maternidades e clínicas de geriatria, revelando a amplitude do problema, a fragilidade dos mecanismos de regulação e a qualidade dos serviços hospitalares.

Essas matérias, lidas em sequência, não apenas documentam a precariedade da rede, mas expõem a dimensão ética e política do problema: a morte do recém-nascido pobre e prematuro como expressão extrema da desigualdade urbana e hospitalar. Esse cenário reforça a compreensão de que, na virada dos anos 2000, a expansão das UTINs e a consolidação da neonatologia em Belo Horizonte não surgiram por planejamento técnico, mas como resposta social à escassez e indignação coletiva.

**Figura 17:** “Vigilância reprovou 14 hospitais em MG”

## Vigilância reprovou 14 hospitais em MG

**RÂNIER BRAGON**  
free-lance para a Agência Folha,  
em Belo Horizonte

Quatorze hospitais e clínicas de Belo Horizonte tiveram o alvará de autorização sanitária negado pela Vigilância Sanitária Municipal por possuírem setores sem condições mínimas de funcionamento. O dado representa quase um terço dos 44 hospitais, clínicas e laboratórios vistoriados.

Os dados foram divulgados ontem pelo órgão municipal. Das 44 entidades que passaram pelo exame da Vigilância Sanitária, apenas dois receberam o alvará permanente. Vinte e oito receberam alvará provisório, pois ainda têm melhorias a fazer, mesmo não

tendo nenhum setor reprovado.

Entre os hospitais e clínicas reprovados — 11 particulares e 3 da rede pública estadual — há quatro hospitais psiquiátricos, dois hospitais gerais, duas maternidades, dois hospitais de geriatria, duas clínicas de cirurgia plástica e uma clínica de oftalmologia.

O hospital ou clínica que não possuir alvará permanente ou provisório da vigilância não pode renovar convênio com o SUS (Sistema Único de Saúde) e com os convênios médicos particulares. Além disso, não pode comprar medicamentos das distribuidoras e nem participar de licitação pública.

Todos os hospitais, clínicas e laboratórios que tiveram negado o

alvará ou que receberam alvará provisório terão um prazo de 30 dias (a contar de ontem) para regularizar sua situação. Se isso não ocorrer, a instinção correrá risco de interdição.

O principal problema encontrado pelos fiscais nos 14 hospitais e clínicas reprovados foi a infidélidade das comissões de controle de infecções hospitalares. Nove entidades foram reprovadas nesse item.

Outro problema detectado pela vigilância foi a falta de condição de funcionamento dos centros de obstetrícia (parto) de três maternidades. A pior situação foi encontrada no hospital e maternidade AMH (Assistência Médica Hospitalar). Cinco setores do

hospital foram reprovados.

A Agência Folha entrou em contato com o hospital no final da tarde de ontem, mas foi informada que toda a direção ia havia ido embora.

O superintendente da Vigilância Sanitária Municipal, João Batista de Souza, informou que evitou interditar alguns hospitais pois essa foi a primeira vistoria desse tipo realizada pelo órgão. Até o ano passado, a função era da Vigilância Sanitária Estadual.

A assessoria de imprensa da Fhemig (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais) informou que a direção do órgão tinha conhecimento de alguns dos problemas e que já estava tomando providências para solucioná-los.

**Fonte:** Folha de São Paulo 24/09/1999 N° 25.741 - Ano 79 página 67. Grifos nossos.

Essa publicação marca o ápice da crise sanitária de 1999. O fato de hospitais de diferentes naturezas, públicos, privados e filantrópicos terem sido reprovados indica que a precariedade da rede não se restringia a um segmento, mas atravessava toda a estrutura assistencial da cidade. Ao mesmo tempo, evidencia o modo como a fiscalização assumiu um caráter corretivo e emergencial, mais voltado à contenção de danos do que à implementação de uma política permanente de expansão e qualificação dos serviços.

Em síntese, o ano de 1999 foi configurado como um marco de visibilidade pública para a crise neonatal em Belo Horizonte. As mortes por falta de leitos, a sobrecarga das maternidades e a insuficiência estrutural dos hospitais se tornaram símbolos de um sistema em colapso, em que a sobrevivência neonatal dependia mais da mobilização social e profissional do que das respostas institucionais do Estado.

Mesmo diante da crise estrutural que marcou o final da década de 1990, a enfermeira continuou sendo uma figura capaz de prestar cuidados com base nos recursos disponíveis, sustentando, com base em seu conhecimento e ética, o possível funcionamento das unidades neonatais. Sua prática, ancorada na observação contínua, na escuta sensível e no improviso técnico, transformava a precariedade em ação e a carência em criatividade.

Essa dimensão remete ao “*caring*” descrito por Jean Watson (2008), para quem a essência da enfermagem está no cuidado relacional e humanístico que sustenta as práticas técnico-científicas.

Quando chegava um menino, eu dizia: ‘deixe que eu faço a admissão’. Realizava a retirada do vérmix, a lavagem gástrica e a aplicação de vitamina K. Durante os procedimentos, eu cantava músicas infantis para os bebês. Era um momento muito especial. [...] ‘*O de casa quem vem aí? Sou eu, minha senhora. O pintor de Jundiá.*’ Eu cantava muito essa canção, que era uma música da minha infância. (Miguir, 2025, pág.4)

[...] quando falecia um paciente com quem havíamos estabelecido vínculo, comparecíamos ao velório e ao sepultamento. Havia todo esse envolvimento. De fato, éramos como uma família. Não existia a ideia rígida de cumprir apenas o horário estabelecido. Se havia necessidade de permanecer além do expediente, permanecíamos (Raquel 2025, pág. 8)

[...] quando iniciei, trabalhava das 7h às 13h. Passávamos o plantão, depois conversávamos e permanecíamos no serviço. Com o enfermeiro do turno noturno era a mesma situação. Não havia pressa em ir embora. (Raquel 2025, pág. 8)

Nesse contexto, a força do cuidado não se confundia com a ausência de recursos, mas se afirmava como competência social e moral diante do vazio institucional. À luz de Freidson (1996), é nesse espaço de crise que o trabalho revela sua legitimidade: quando o conhecimento prático se torna indispensável à sobrevivência. As enfermeiras, imersas nesse cenário de carência e sobrecarga, fizeram do cuidado o seu instrumento mais potente de ação e de conhecimento. Diante da ausência de recursos, sustentavam o funcionamento das unidades com base em uma rede de saberes incorporados, científicos, intuitivos, relacionais e éticos, que expressavam, no cotidiano, a complexidade epistemológica da profissão.

A partir dessas tensões e exposições públicas, a década de 1990 se consolidou como o tempo de maturação do campo neonatal. Entre a dor e o reconhecimento, entre a crise e a institucionalização, as enfermeiras transformaram o cotidiano do cuidado em fundamento de uma *expertise* que passaria, nos anos seguintes, a ser ensinada, regulamentada e reconhecida.

Talvez o leitor perceba aqui que nada nasceu de repente: foram 20 anos de presença, de respiração insistente, de saber acumulado no silêncio das UTIs (ou com choro de bebês que também resistiam em viver). Quando o campo finalmente ganhou nome, ele já existia, pulsando nas mãos, nas vigílias e nos gestos de quem sustentava a vida quando o ar faltava.

[...] *só faltava respirar*  
*Mas tinha que respirar* [...]  
 (Debaixo d'Água, Maria Bethânia, 2003).

## **8 CAPÍTULO II - A LEGITIMAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DA ENFERMEIRA NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO EM BELO HORIZONTE**

A criação do CTI Infantil na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, representou uma resposta institucional às demandas emergentes de redução da mortalidade infantil e à pressão social por melhores condições de assistência pediátrica e neonatal na capital mineira. Inserido no contexto de reestruturação hospitalar dos anos 1980, o CTI Infantil foi concebido, inicialmente, para atender crianças em estado grave e ser campo de atuação para médicos especializados fora do país em cirurgia pediátrica, mas logo se transformou em espaço de cuidado pioneiro ao recém-nascido de alto risco, diante da ausência de unidades específicas para essa faixa etária<sup>7</sup>.

Ao mesmo tempo, o novo serviço inaugurou um campo de práticas inovadoras, no qual as enfermeiras, impulsionadas pelas exigências da assistência intensiva e pela precariedade de recursos, começaram a forjar saberes e protocolos próprios. A rotina impunha respostas rápidas a situações críticas, exigindo da equipe de enfermagem decisões técnicas complexas, contínua vigilância e domínio de tecnologias emergentes, como o uso de ventilação mecânica, controle térmico e monitorização invasiva. Diante da escassez de referências formais e da inexistência de cursos voltados à neonatologia, essas profissionais aprenderam fazendo, combinando experiência empírica, observação e cooperação mútua (Freidson, 1996; 2009; Bellaguarda ML *et al.*, 2020; 2022).

O CTI Infantil, portanto, não foi apenas um marco institucional, mas também um campo epistemológico, onde se produziram novas formas de organizar o trabalho, redefinir papéis e afirmar a presença da enfermeira como sujeito de saber. A prática cotidiana se transformou em

um espaço de aprendizagem permanente e coletiva, no qual se consolidaram valores éticos, competências técnicas e uma identidade profissional em formação (Freidson, 1996; 2009; Bellaguarda ML *et al.*, 2020; 2022).

Ao ocupar esse lugar estratégico entre a técnica e o cuidado, a enfermeira se tornou protagonista nesse processo, construindo as bases de um campo especializado que, anos depois, institucionalizaria-se na forma do primeiro curso de especialização em enfermagem neonatológica de Minas Gerais, criado em 2001 pela EEUFMG em parceria com o HSF (Freidson, 1996; 2009; Bellaguarda ML *et al.*, 2020; 2022).

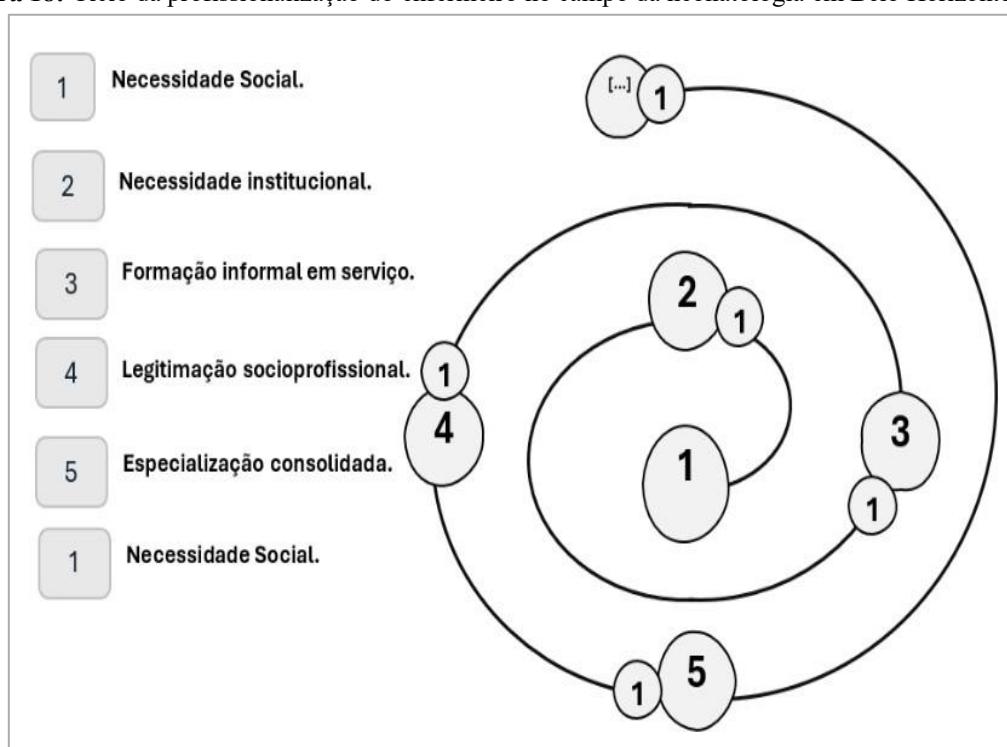
Essa iniciativa representou o amadurecimento de um movimento iniciado nas décadas anteriores, quando a experiência acumulada no cuidado ao recém-nascido de alto risco passou a demandar formação específica, reconhecimento institucional e legitimação socioprofissional. O curso, além de responder às exigências do sistema de saúde e à expansão das UTINs na capital, consolidou a enfermagem neonatal como campo de saber e prática especializada, contribuindo decisivamente para o reconhecimento da neonatologia como especialidade pelo COFEN no mesmo ano. Esse processo, de caráter vanguardista em Minas Gerais, pode ser entendido como o início de um ciclo de profissionalização do enfermeiro no campo da neonatologia. Ele se inicia com a institucionalização do cuidado e a criação do CTI Infantil, que inaugura um espaço que legitima novas práticas. Em seguida, há a formação informal no serviço, quando as enfermeiras aprendem no cotidiano, improvisam, desenvolvem protocolos e assumem responsabilidades técnicas (Freidson, 1996; 2009; Bellaguarda ML *et al.*, 2020; 2022).

Em seguida, tende a se completar com a conformação da especialidade, quando esse saber se organiza, adquire reconhecimento e se formaliza como campo de atuação, por meio de cursos de especialização, definindo normas, rotinas e identidades profissionais. Esse modelo do ciclo de profissionalização se aproxima do descrito por Carvalho ILM *et al.*, 2022 para a enfermagem de saúde pública em Minas Gerais, cujo “ciclo da profissionalização” enfatiza fases como institucionalização, formação, reconhecimento e especialização (Freidson, 1996; 2009; Bellaguarda ML *et al.*, 2020; 2022).

No caso da neonatologia, propomos que essas mesmas fases possam servir de estrutura analítica para compreender tanto a trajetória histórica quanto os desafios contemporâneos, conforme sistematizado na Figura 18.

Diferentemente de Carvalho ILM *et al.* (2024), que situam a profissionalização da enfermagem de saúde pública em um ciclo iniciado pela institucionalização e sustentado por políticas públicas, o modelo aqui proposto parte do princípio de que toda ação profissional é precedida por uma necessidade social. Essa perspectiva desloca o ponto de origem do processo, compreendendo a profissionalização não como consequência de uma política estruturada, mas como resposta socialmente situada a um problema coletivo; no caso, o desafio do cuidado ao recém-nascido de alto risco em um contexto de escassez e desigualdade.

**Figura 18:** Ciclo da profissionalização do enfermeiro no campo da neonatologia em Belo Horizonte



**Fonte:** elaborada pela autora a partir dos dados da pesquisa (2025) e adaptada de Carvalho ILM *et al.* (2024).

O enfermeiro se move, historicamente, a partir da necessidade social. Antes mesmo de existir o reconhecimento institucional, o olhar clínico e ético da enfermeira identifica o vazio de cuidado, transformando-o em espaço de ação. É nesse intervalo, entre o silêncio das políticas e a urgência da vida, que o trabalho da enfermagem inaugura caminhos. As práticas improvisadas, muitas vezes gestadas à margem da regulação, representam respostas éticas e técnicas que antecipam a formulação de políticas e modelos de formação. A instituição, ao contrário, demora a reconhecer essas demandas. Sua lógica de resposta é lenta, condicionada por fluxos burocráticos e prioridades políticas. A enfermeira, contudo, age no tempo do cuidado, em que a ausência de uma política não é justificativa para a inércia. É nessa ação

antecipatória que se funda o caráter socioprofissional da enfermeira, pois o saber não nasce de um decreto, mas da prática socialmente engajada.

Assim, o ciclo da profissionalização da enfermeira neonatologista (Figura 18) refuta a linearidade do modelo de Carvalho *et al.* (2024), afirmando a primazia da dimensão social como força motriz da ação profissional e institucional. O ciclo não parte da norma, mas do reconhecimento sensível da necessidade, movendo-se do improvisado à formalização, da prática empírica ao reconhecimento científico, e da urgência social à consolidação de um campo profissional.

### 8.1 Da necessidade social ao compromisso global: o papel estratégico do enfermeiro nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Esse ciclo evidencia que a profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte não foi apenas um processo técnico-científico, mas uma resposta a uma necessidade socio-sanitária urgente: reduzir a mortalidade infantil, ampliar o acesso e garantir cuidado integral aos recém-nascidos de alto risco (Freidson 1996; 2009; Bellaguarda ML *et al.*, 2020; 2023). Nessa perspectiva, cada fase do ciclo corresponde a dimensões centrais dos ODS (ONU 2015, Freidson 1996; 2009), conforme demonstrado no Quadro 5.

**Quadro 5:** Fases do ciclo de profissionalização do enfermeiro no campo da neonatologia em Belo Horizonte e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável correspondentes. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2025.

| FASE DO CICLO  | OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL RELACIONADOS  | JUSTIFICATIVA   |
|--|--|---|
| <p style="text-align: center;"><b>NECESSIDADE SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><i>(A persistência da mortalidade infantil e neonatal)</i></p>   | <p><b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3</b> – Saúde e Bem-Estar</p> <p><b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 10</b> – Redução das Desigualdades</p>   | <p style="text-align: center;">Aumento da mortalidade infantil e de doenças infecciosas.</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>NECESSIDADE INSTITUCIONAL</b></p> <p style="text-align: center;"><i>(Criação do Centro de Tratamento Intensivo Infantil e Unidades de Terapia Intensiva Neonatais)</i></p> | <p><b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3</b> – Saúde e Bem-Estar</p> <p><b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4</b> – Educação de Qualidade</p> <p><b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 10</b> – Redução das Desigualdades</p> <p><b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 17</b> – Parcerias e Meios de Implementação</p> | <p style="text-align: center;">Ampliação de leitos e serviços especializados para reduzir a mortalidade neonatal e garantir acesso, fortalecendo políticas e instituições públicas.</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>FORMAÇÃO<br/>INFORMAL EM<br/>SERVIÇO</b></p> <p style="text-align: center;"><i>(Aprendizado prático,<br/>protocolos criados pelas<br/>enfermeiras)</i></p>   | <p><b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4</b> – Educação de Qualidade<br/> <b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5</b> – Igualdade de Gênero<br/> <b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 8</b> – Trabalho Decente e Crescimento Econômico<br/> <b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 10</b> – Redução das Desigualdades</p>  | <p>Desenvolvimento de competências no trabalho, qualificação de um campo majoritariamente feminino e aprendizado contínuo em contexto de carência estrutural.</p>              |
| <p style="text-align: center;"><b>LEGITIMAÇÃO<br/>SOCIOPROFISSIONAL</b></p> <p style="text-align: center;"><i>(Reconhecimento, autonomia<br/>técnica, presença em instâncias<br/>decisórias e criação do<br/>primeiro curso de<br/>especialização do Estado)</i></p>   | <p><b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5</b> – Igualdade de Gênero<br/> <b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 8</b> – Trabalho Decente e Crescimento Econômico<br/> <b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 10</b> – Redução das Desigualdades<br/> <b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 17</b> – Parcerias e Meios de Implementação</p>  | <p>Reconhecimento social e institucional de um campo majoritariamente feminino, valorização e proteção do trabalho especializado, fortalecimento de normas e instituições.</p> |
| <p style="text-align: center;"><b>ESPECIALIZAÇÃO<br/>FORMALIZADA E<br/>RECONHECIDA</b></p> <p style="text-align: center;"><i>(Criação do primeiro curso de<br/>especialização em enfermagem<br/>neonatal no Estado e<br/>reconhecimento da<br/>especialidade pelo Conselho<br/>Federal de Enfermagem,<br/>assegurando identidade,<br/>credenciais e legitimidade<br/>profissional)</i></p> | <p><b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3</b> – Saúde e Bem-Estar<br/> <b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4</b> – Educação de Qualidade<br/> <b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5</b> – Igualdade de Gênero<br/> <b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 8</b> – Trabalho Decente e Crescimento Econômico<br/> <b>Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 17</b> – Parcerias e Meios de Implementação</p> | <p>Elevação da qualidade do cuidado neonatal, formação avançada e oportunidades de desenvolvimento profissional em um campo feminino, valorizando a força de trabalho.</p>     |

**Fonte:** elaborada pela autora a partir das entrevistas (2025) e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030 (ONU 2015).

Sob a lente do campo da HE, é possível compreender que as lacunas do passado, marcadas pela ausência de políticas para o recém-nascido, pela precariedade das estruturas de cuidado e pela invisibilidade da atuação das enfermeiras, são precisamente as raízes históricas das metas globais que hoje orientam os ODS. O estudo do campo da história, portanto, permite reconhecer as origens das desigualdades e das urgências sociais que os ODS procuram enfrentar no presente (Freidson, 1996; 2009; ONU 2015).

Ao iluminar os momentos em que o cuidado ao recém-nascido foi negligenciado, o olhar histórico evidencia por que foi necessário instituir compromissos internacionais voltados à: saúde e bem-estar (ODS 3); educação de qualidade (ODS 4); igualdade de gênero (ODS 5); trabalho decente e crescimento econômico (ODS 8); redução das desigualdades (ODS 10); instituições eficazes e justas (ODS 16); e cooperação entre atores e setores (ODS 17). Esses compromissos respondem às mesmas lacunas históricas da enfermagem neonatal, ausência de

políticas para o recém-nascido de alto risco, formação insuficiente, desvalorização do trabalho feminino e fragilidade institucional, reforçando que o avanço depende de parcerias interinstitucionais, acadêmico-assistenciais e redes profissionais que viabilizam formação, pesquisa, financiamento e governança compartilhada (Freidson, 1996; 2009; Bellaguarda ML *et al.*, 2020; 2022).

Desse modo, compreende-se que a consolidação da especialidade e a institucionalização de cursos de formação, como o da EEUFMG, expressam um processo de regulação do mercado profissional. A universidade, ao produzir e certificar conhecimento especializado, exerce papel central na definição de fronteiras de competência e autoridade, configurando-se como um agente histórico de legitimação do trabalho de enfermagem no estado de Minas Gerais. Essa função reguladora, sustentada em uma rede de cooperação entre ensino e serviço, traduz o ODS 17 em sua dimensão mais profunda: a parceria como tecnologia social, capaz de articular saberes, práticas e instituições em torno de um projeto coletivo de cuidado e justiça social (Freidson, 1996; Caiaffa WT *et al.*, 2005; Freidson 2009; Bellaguarda ML *et al.*, 2022).

Assim, o desenvolvimento da enfermagem neonatológica emerge não apenas como avanço técnico, mas como indicador de equidade e democratização do conhecimento, reafirmando o papel estratégico do enfermeiro na promoção do desenvolvimento sustentável, da justiça social e da consolidação de políticas baseadas na dignidade e na vida.

## **8.2 Da prática à formação: a emergência da especialização em enfermagem neonatal na cidade de Belo Horizonte (2001)**

*“Depois de tanto tempo cuidando, percebemos que também precisávamos aprender, e ensinar, o que já fazíamos.”*

(Reflexão inspirada nos depoimentos das enfermeiras entrevistadas)

À medida que o século XX terminava, o campo da neonatologia em Belo Horizonte já apresentava sinais de maturidade institucional e profissional. As duas décadas anteriores haviam sido marcadas por lutas cotidianas, improvisos e conquistas silenciosas, nas quais as enfermeiras sustentaram o cuidado intensivo ao recém-nascido e transformaram a escassez em competência. Esse percurso coletivo consolidou não apenas um modo de fazer, mas também um modo de pensar e ensinar, evocando a necessidade de formação formal e reconhecimento especializado.

No plano institucional, o início dos anos 2000 foi decisivo para o fortalecimento de políticas públicas voltadas ao recém-nascido de alto risco. O lançamento da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso — Método Canguru (BRASIL, 2000a) e a formulação das Políticas Nacionais de Humanização da Atenção Hospitalar e de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2000b) afirmaram o recém-nascido de alto risco como sujeito de cuidado integral, ampliando a compreensão de que sobreviver não bastava: era preciso garantir vínculo, acolhimento e desenvolvimento.

No plano profissional, as enfermeiras, após duas décadas atuando nas UTINs da capital, passaram a reivindicar um espaço próprio de produção de conhecimento. Aquilo que fora aprendido à beira do leito e transmitido empiricamente se transformava, então, em objeto de ensino e pesquisa.

As evidências reunidas pela imprensa, pelos gestores e pelos próprios profissionais mostravam uma cidade em colapso. No fim da década de 1990, Belo Horizonte enfrentava uma das mais graves crises assistenciais de sua história recente, pois faltavam leitos, equipamentos e profissionais capacitados para atender à crescente demanda de recém-nascidos de alto risco. As denúncias de mortes evitáveis e filas de espera ganharam as páginas dos jornais e provocaram forte comoção social, revelando que o cuidado neonatal havia ultrapassado os limites do hospital para se tornar um problema público.

Nesse contexto de crise estrutural, a necessidade de formação especializada se tornou inadiável. Formar enfermeiras preparadas para atuar em unidades de alta complexidade era, mais do que uma demanda profissional, uma questão de responsabilidade coletiva e de afirmação da vida. Como observa Freidson (1996), é nas situações em que o sistema entra em colapso que se declara a autoridade das profissões, pois é nelas que o saber especializado se torna indispensável e requer institucionalização.

Essa confluência de políticas, saberes e movimentos profissionais revela o amadurecimento de um campo que passou a se reconhecer e a ser reconhecido como área autônoma de conhecimento. A prática assistencial, antes predominantemente centrada na resposta imediata às condições críticas do recém-nascido, começou a se redefinir à luz das políticas de prevenção, promoção da saúde e integralidade do cuidado. Essa mudança de enfoque expressa a incorporação de novos valores técnicos e éticos, orientados não apenas para sobrevivência, mas também para sistematização das condutas e fundamentação científica das decisões de cuidado.

Ao mesmo tempo, o próprio enfermeiro amadureceu enquanto sujeito profissional. As experiências acumuladas no cotidiano das UTINs, aliadas ao acesso crescente à formação acadêmica e à reflexão crítica sobre a prática, favoreceram o desenvolvimento de uma identidade mais autônoma e reflexiva. A formação deixa de ser apenas requisito funcional, passando a ser entendida como instrumento de legitimação do saber e de consolidação do campo (FREIDSON, 1996).

Esse conhecimento, forjado entre o improviso e a técnica, já se configurava como uma forma de *expertise* profissional, mas carecia de respaldo institucional para se tornar formal. Como observa Freidson (1996), a profissionalização depende da capacidade de transformar o saber prático em conhecimento formal e legitimado. Assim, as enfermeiras que haviam sustentado o cuidado neonatal por duas décadas se tornaram protagonistas de um movimento que buscava inscrever, na esfera acadêmica, aquilo que já existia na prática.

Coube à EEUFMG ocupar esse lugar de regulação, assumindo a responsabilidade de converter a urgência social em política formativa. Ao responder à crise por meio da educação, a instituição transformou a carência assistencial em projeto científico e pedagógico, reafirmando o papel da universidade como mediadora entre as demandas da sociedade e a produção de conhecimento especializado (UFMG, 2001).

### **8.3 O curso de especialização em enfermagem hospitalar: quando as ideias ganham corpo e a formação responde à sociedade**

O CEEH, criado pela EEUFMG, representou um marco na história da formação profissional em enfermagem em Minas Gerais. Idealizado no início dos anos 2000, o curso surgiu como resposta institucional a um contexto de crise hospitalar e de reconfiguração do sistema público de saúde, em meio à consolidação do SUS e à crescente complexidade tecnológica dos serviços. Mais do que uma iniciativa formativa, o CEEH expressava um projeto político e social de reafirmação do papel da universidade pública, ao buscar qualificar o cuidado hospitalar e fortalecer a rede de serviços de saúde de Minas Gerais (UFMG, 2001).

Inserido em um cenário de reformas sanitárias e expansão das políticas públicas voltadas à integralidade do cuidado, o curso assumiu o duplo compromisso de responder às necessidades sociais emergentes e promover a valorização da força de trabalho de enfermagem. Em sintonia com o ideário da época, a EEUFMG assumia a mediação entre o Estado e a sociedade, transformando o ensino e a produção de conhecimento em estratégias de intervenção sobre a realidade. Assim, o CEEH não apenas formava especialistas, mas

materializava uma resposta política à crise hospitalar, que exigia profissionais capazes de atuar com competência técnica, sensibilidade ética e responsabilidade social (UFMG, 2001).

O CEEH foi concebido e coordenado pela professora Maria José Cabral Grillo, docente da EEUFMG e, à época, chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas. Sua experiência institucional e sua inserção nas discussões sobre a crise hospitalar em Belo Horizonte foram determinantes para estruturação do projeto e articulação entre universidade e serviços de saúde.

O curso se estruturou a partir de parcerias com instituições hospitalares de distintas naturezas, como o HSF, o Hospital Felício Rocho, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e o Hospital das Clínicas da UFMG. Essa rede ensino-serviço se consolidou como eixo central do projeto, permitindo o alinhamento entre as demandas dos serviços de saúde e a formação universitária. A interlocução entre a EEUFMG e os hospitais parceiros viabilizou o reconhecimento institucional de áreas de concentração estratégicas, entre as quais se destacaram neonatologia, terapia intensiva, nefrologia e transplantes (UFMG, 2001). Essas áreas refletiam não apenas a modernização tecnológica da assistência hospitalar, mas também a constituição de novos campos de saber e prática na enfermagem.

Maria José Grillo revela o processo interno de concepção do curso, quando ela e a professora Roseni Rosângela de Sena<sup>13</sup> idealizaram uma proposta formativa inovadora, estruturada em um tronco comum seguido por áreas de especialização, formato pensado para responder com agilidade às demandas dos serviços de saúde, como relatado a seguir:

Fizemos alguns trabalhos integrados no hospital... e aí conversamos sobre uma ideia de fazer um curso com tronco comum e especializações, porque o tronco comum racionalizava e podia oferecer várias possibilidades. E começamos a pensar o que motivou: ouvir as pessoas, as colegas de campo, o que era mais necessário. (Maria Jose Cabral Grillo, 2025, p. 6)

Assim, a proposta do curso emergiu da escuta qualificada dos serviços e da racionalização dos recursos formativos, materializando uma articulação efetiva entre ensino e prática assistencial. Essa concepção antecipava, inclusive, princípios que seriam formalizados posteriormente pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004).

---

<sup>13</sup> Roseni Rosângela de Sena (1957–2016) foi enfermeira e professora da EEUFMG. Para Roseni, “o mais importante era seguir em frente”, frase que sintetiza sua trajetória marcada por coragem, ética e militância. Seu acervo pessoal, composto por documentos, fotos, correspondências e produções acadêmicas, encontra-se disponível no Centro de Memória da Enfermagem da UFMG. Acesso ao acervo: [Centro de Memória da Enfermagem da UFMG - Coleção Roseni Rosângela de Sena: a Rosa](#).

Elysângela Dittz Duarte, enfermeira do HSF e, à época, mestranda da EEUFMG, recorda o contexto que impulsionou o projeto:

A ideia surgiu quando percebemos que as enfermeiras do Sofia Feldman já detinham um conhecimento empírico importante, mas que precisava ser sistematizado e reconhecido academicamente (Elysângela, 2025, p.6).

Do ponto de vista pedagógico, o CEEH foi orientado pelos pressupostos da pedagogia da problematização e pelo princípio do aprendizado em serviço, valorizando o saber experiencial e a reflexão crítica sobre a prática. O curso combinava momentos de concentração (presenciais) com momentos de dispersão (no campo de trabalho), articulando teoria e prática em um movimento contínuo de investigação e transformação. As estratégias de ensino, seminários, conferências, estudos dirigidos, grupos de discussão, e análise de casos clínicos e gerenciais visavam estimular a participação ativa e o protagonismo intelectual do aluno, reconhecendo o espaço de trabalho como território de aprendizagem e inovação (UFMG, 2001).

Com carga horária total de 420 horas, correspondentes a 28 créditos, o curso tinha duração máxima de 12 meses e era administrado pelo Colegiado de Pós-Graduação da EEUFMG. Seu corpo docente reunia professores dos três departamentos da escola, enfermagem básica, enfermagem aplicada e enfermagem materno-infantil e saúde pública, o que conferia ao projeto um caráter interdisciplinar e integrador. Essa composição expressava uma epistemologia própria da enfermagem: a recusa à fragmentação do saber e a busca pela totalidade do cuidado, em que o biológico, o social e o ético se entrelaçam como dimensões indissociáveis da prática profissional.

O CEEH também pode ser interpretado como um dispositivo de profissionalização (Freidson, 1996), ao institucionalizar um processo de certificação e reconhecimento formal do saber especializado da enfermeira. O curso reforçava o credencialismo como marcador de *expertise*, ao mesmo tempo em que ampliava o grau de autonomia técnica e o reconhecimento social da categoria. Assim, o CEEH contribuiu para consolidar o monopólio do saber especializado no campo hospitalar, projetando a enfermeira como agente central na gestão do cuidado e no enfrentamento dos desafios assistenciais.

Nesse sentido, a criação do curso evidencia o papel ativo da EEUFMG na produção de campos profissionais e na configuração da identidade coletiva da enfermagem mineira. A universidade não se limitou a formar especialistas, mas atuou como instituição mediadora e produtora de legitimidade, transformando experiências práticas em conhecimento científico e política de formação. Ao integrar ensino, pesquisa e serviço, o CEEH reafirmou a missão

pública da EEUFMG e sua contribuição decisiva para consolidação da enfermagem hospitalar como campo de saber e de poder.

Como recorda Maria Jose Cabral Grillo (2025, p. 9), “*formar era resistir*”, e, em 1999, resistir significava responder à crise que vitimava recém-nascidos em Belo Horizonte. A criação do CEEH, naquele contexto, representou “*a criação do curso foi como trocar o motor de um avião no ar*”, nas palavras da própria docente, que acompanhou a mobilização da UFMG e do Hospital das Clínicas para abrir leitos e qualificar enfermeiras diante da emergência pública.

Foi nesse contexto que a neonatologia se afirmou, dentro do CEEH, como território de convergência entre o ensino universitário e o trabalho hospitalar. A especialização em enfermagem neonatal, nascida dessa articulação, transformou o cotidiano assistencial em campo de produção de conhecimento e afirmação profissional. Esse movimento será aprofundado na seção seguinte, que aborda a escolha do campo.

A inclusão da neonatologia como área de concentração representou um marco simbólico e político. Ela traduziu, na estrutura universitária, o reconhecimento formal de um campo que havia emergido das práticas hospitalares desde os anos 1980, especialmente no HSF, onde o cuidado ao recém-nascido de alto risco mobilizava saberes e tecnologias próprias. Ao transpor essa experiência para o espaço acadêmico, a EEUFMG legitimava o conhecimento produzido no cotidiano assistencial, conferindo à enfermeira neonatologista um novo estatuto profissional: o de especialista reconhecida institucionalmente. Essa legitimação, como mostram as falas das enfermeiras pioneiras, foi vivida como conquista e resistência: uma resposta à necessidade de qualificação e ao desejo de reconhecimento dentro do campo hospitalar.

Sendo assim, a enfermeira que optasse pela área de concentração em neonatologia teria sua grade curricular organizada em dois momentos, sendo um tronco comum e um tronco específico. O tronco comum tinha uma carga horária teórica de 210 horas, e compreendia um conjunto de conteúdos necessários ao perfil do enfermeiro especialista no campo pedagógico, clínico e gerencial. Era composto por cinco módulos, sendo eles: capacitação pedagógica; avaliando a situação de saúde do cliente; metodologia da pesquisa; rompendo a cadeia de transmissão de doenças; e gerenciando o cuidado de enfermagem (UFMG, 2001).

Essas disciplinas, juntas, abarcavam um conjunto de conhecimentos capazes de promover o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem do curso, contribuindo para sistematização da aplicação do conhecimento na atividade profissional do enfermeiro e futuro especialista na área da neonatologia (UFMG, 2001; UFMG, 2001a).

O tronco específico era “enfermagem em neonatologia”, e tinha o HSF como cenário da prática assistencial. Compreendia um conjunto de conhecimentos teóricos em neonatologia com aprofundamento de metodologias de assistência que respaldavam o aluno na área de escolha. O tronco específico contava com uma carga horária total de 210 horas (UFMG, 2001; UFMG, 2001a).

Em sua ementa, o curso com ênfase em enfermagem em neonatologia buscou abordar as características e necessidades biopsicossociais do recém-nascido e de suas famílias, bem como as demandas para o cuidado integral de enfermagem (UFMG, 2001; UFMG, 2001a). Tinha como objetivo analisar os agravos mais frequentes que acometiam os recém-nascidos, destacando a fisiopatologia e as medidas de intervenção para aplicar os cuidados de enfermagem ao recém-nascido a termo, pré e pós-termo na sala de parto, no alojamento conjunto e na unidade de neonatologia, bem como o seu acompanhamento ambulatorial (UFMG, 2001; UFMG, 2001a).

Este investimento resultou na formação de dez enfermeiras especialistas em neonatologia e no pioneirismo da EEUFMG, oferecendo pós-graduação em enfermagem neonatal no estado mineiro.

#### **8.4 A escolha do campo de prática e a materialização do ensino – Hospital Sofia Feldman**

Na lógica da sociologia das profissões, Freidson (1996) demonstra que toda profissão busca controlar não apenas o trabalho que realiza, mas também as credenciais necessárias para exercê-lo. No caso da enfermagem em Minas Gerais, esse controle era exercido sobretudo pela Escola de Enfermagem da UFMG, detentora do monopólio acadêmico sobre a formação especializada (Santos, 2018).

A Escola atuava, portanto, como guardiã das competências e do saber legitimado, determinando quais conteúdos, métodos e instituições seriam reconhecidos como aptos a formar especialistas. Essa dinâmica configura o que Freidson denomina reserva de mercado formativa, um espaço protegido onde apenas entidades previamente legitimadas podem certificar profissionais e definir padrões de excelência.

É justamente essa posição institucional que explica por que o HSF precisou solicitar formalmente o apoio da EEUFMG para a criação do curso de especialização em enfermagem. A parceria não era opcional: tratava-se de uma condição necessária para que a formação tivesse validade acadêmica e reconhecimento profissional. A autoridade certificadora da Escola



Essa documentação reforça que a escolha do HSF como campo de práticas não foi apenas estratégica: foi fruto de uma articulação técnica, política e institucional, na qual a EEUFMG detinha o poder de certificação e o HSF apresentava-se como o espaço mais apto a traduzir a complexidade do cuidado neonatal em prática pedagógica. Assim, a parceria consolidou o hospital como ambiente legítimo de formação de especialistas, integrando ensino, serviço e compromisso social.

Para ensinar, era preciso também escolher onde aprender. A consolidação de uma formação especializada exigia não apenas a definição de conteúdo e metodologias, mas a existência de um campo real de prática capaz de traduzir a complexidade do cuidado neonatal. Na lógica de Freidson (1996), o saber profissional só adquire legitimidade quando se ancora na experiência e se submete à validação de um grupo que o domina e reproduz. Assim, a EEUFMG precisou identificar um espaço que não fosse apenas cenário assistencial, mas ambiente formador, onde a *expertise* das enfermeiras pudesse ser observada, sistematizada e transformada em objeto de ensino.

Nesse contexto, o HSF se destacou como a escolha natural. Diferentemente de outras instituições hospitalares da capital, o “Sofia”, assim chamado pelas pessoas que o conhecem, consolidou-se na história da saúde brasileira como uma instituição vanguardista, guiada por um forte idealismo e por uma prática comprometida com a equidade e o direito à saúde (Januaria *et al.*, 2025).

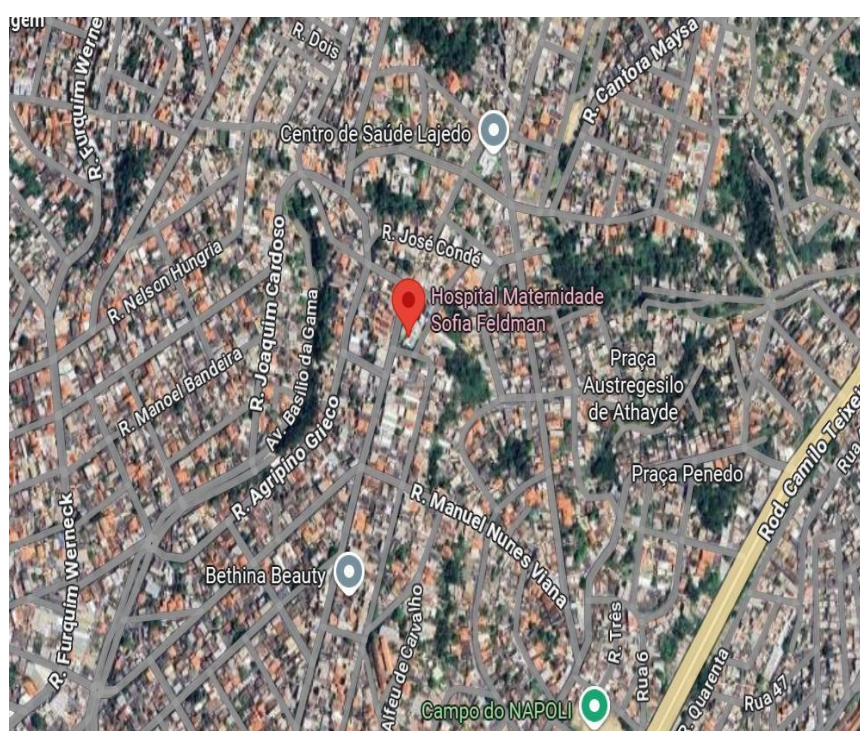
O cenário de segregação social foi o que motivou o seu surgimento. Nascido no seio da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Medicina da UFMG, o hospital teve como alicerce central o pacto ético de que a comunidade seria a força motriz da instituição, sem jamais se tornar instrumento de disputas políticas. Essa origem confere ao HSF uma natureza singular: ao mesmo tempo em que é um hospital comunitário, é também um espaço universitário, comprometido com a formação crítica e com a defesa do cuidado como valor social (Boletim Informativo, 1998).

Esse enfrentamento começa pela própria localização. Situado na região Nordeste de Belo Horizonte, em meio a bairros operários e de urbanização tardia, o hospital se ergueu fora do perímetro planejado da cidade, distante da Avenida do Contorno, que desde a fundação de Belo Horizonte delimitava o espaço da modernidade e da elite urbana (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018). Enquanto os principais hospitais públicos e privados se concentravam no eixo central e na zona Sul, o Sofia Feldman se instalou no território periférico

de Lajedo, área marcada por carências históricas de infraestrutura, transporte e saneamento (RESENDE, 2010; LACERDA, 2015).

A imagem evidencia a posição periférica do HSF, situado em meio a bairros populares e afastado do eixo central da cidade, delimitado pela Avenida do Contorno. Sua localização traduz, simbolicamente, a opção política da instituição por estar onde o estado historicamente se ausentou, um gesto territorial de resistência e compromisso social com a equidade em saúde.

**Figura 20:** Localização do Hospital Sofia Feldman na região Nordeste de Belo Horizonte, 2025



**Fonte:** Google Maps, imagem de satélite

Foi a própria comunidade local que impulsionou a criação do hospital em 1982. Como recorda o médico pediatra José Carlos da Silveira, pediatra e diretor assistencial do HSF na época de análise deste estudo: *Iniciamos com seis leitos na maternidade e seis na pediatria. Naquele tempo, o hospital funcionava com **doações** da própria comunidade e **trabalho voluntário**.* (José Carlos, 2025, p. 1. Grifos nossos.)

E complementa:

O hospital nasceu de **um movimento comunitário**. Eram quatorze associações de bairro mobilizadas. Mesmo com instalações precárias, fomos incluídos no projeto das AIS por insistência da população e dos profissionais. (José Carlos, 2025, p. 3. Grifos nossos.)

Esses relatos revelam o caráter ético e político da instituição: o hospital foi construído “*porque a comunidade acreditava que saúde era um direito, e não um favor*” (José Carlos, 2025, p. 2). Nascido do esforço coletivo de 14 bairros operários, o HSF consolidou-se como símbolo de resistência e de invenção da periferia, transformando a ausência de Estado em presença social.

Como enfatiza Ivo de Oliveira Lopes, médico obstetra idealizador do hospital:

O primeiro e grande ato da humanização na área da saúde foi a transformação do indivíduo brasileiro em cidadão, a partir da Constituição Federal de 1988, que preconiza a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Antes da promulgação da Constituição, havia uma distinção entre as classes de ‘indigente’ e ‘cidadão’ (Ivo Lopes, Documento Institucional, 1998, p. 3)

Nesse contexto, o modelo de atenção à saúde produzido nos espaços de cuidado do HSF, fundamentado na interdisciplinaridade, na autonomia da enfermeira e na humanização do nascimento, criou condições singulares para o ensino e a formação. A EEUFMG, que acompanhava o projeto desde sua fundação, manteve presença contínua tanto na consolidação dos serviços quanto na sustentação pedagógica das práticas, por meio de ações de extensão, estágios supervisionados e projetos de pesquisa (PINHEIRO *et al.*, 2010; PINHEIRO *et al.*, 2014).

Segundo registros institucionais do hospital:

Desde sua inauguração, o hospital Sofia Feldman buscou a parceria da EEUFMG, contando com o apoio e atuação efetiva de seus docentes. Em 1986 foi iniciado o estágio curricular dos alunos da EEUFMG na maternidade do hospital, o que propiciava a realização do cuidado integral e humanizado pelos discentes, com participação ativa de docente (PINHEIRO *et al.*, 2014. P. 96).

Essa cooperação consolidou o Sofia como o principal campo de prática da graduação em enfermagem da UFMG, além de representar, naquele momento, “*a única maternidade que permitia a atuação de alunos do sexo masculino em suas dependências.*” (PINHEIRO *et al.*, 2014 p.96).

A continuidade dessa parceria, que se estendeu às atividades de pós-graduação e pesquisa, transformou o hospital em laboratório vivo de ensino e inovação, onde o conhecimento científico era produzido a partir do cotidiano assistencial (PINHEIRO *et al.*, 2010; PINHEIRO *et al.*, 2014)

Essa parceria institucional amadureceu e, no fim da década de 1990, deu origem a um novo marco na formação em saúde materna em Minas Gerais: o primeiro curso de especialização em enfermagem obstétrica do estado, iniciado em 1999. O curso, oferecido pela

EEUFMG, teve todo o seu campo prático estruturado no HSF, que já se destacava pela autonomia técnica da enfermeira e pela adoção de práticas humanizadas de parto e nascimento (PINHEIRO *et al.*, 2010; PINHEIRO *et al.*, 2014; SCHRECK *et al.*, 2023).

As condições que fizeram do HSF o espaço privilegiado para formação de alunos de graduação em enfermagem e pós-graduação em enfermagem obstétrica foram as mesmas que, poucos anos depois, consolidaram-no como berço da formação em enfermagem neonatológica (PINHEIRO *et al.*, 2010; PINHEIRO *et al.*, 2014).

A conjugação entre projeto ético, autonomia profissional e integração ensino-serviço criou um ambiente singular de aprendizagem, no qual a enfermeira era reconhecida como sujeito de saber e agente de transformação do cuidado. Ao unir a complexidade técnica do cuidado ao recém-nascido de alto risco à centralidade do vínculo humano e da responsabilidade coletiva, o HSF tornou-se o cenário natural para consolidação de uma nova especialidade, a da enfermeira neonatologista, que emergia do próprio chão da prática e da história do hospital (JANUARIA IS *et al.*, 2025).

No HSF, a criação da unidade neonatal ocorreu no início dos anos 2000, em um contexto de carência estrutural e forte engajamento das equipes. A memória das enfermeiras que participaram dessa fase evidencia o esforço coletivo de construção de um serviço que, mesmo com recursos limitados, orientava-se pela ética do cuidado e pela defesa da vida.

Quando cheguei ao Sofia, em janeiro de 2001, o CTI neonatal ainda estava sendo estruturado. Havia poucos leitos e equipamentos, e as condições eram muito simples. Mesmo assim, a equipe estava totalmente empenhada em fazer dar certo. A gente se virava com o que tinha, improvisava, aprendia umas com as outras e cuidava como podia. O foco era o bebê, sempre. O serviço foi crescendo aos poucos, com muito trabalho e dedicação. (Iara, 2025, p. 9)

Foi nesse contexto que, em 2001, a parceria entre o HSF e a EEUFMG deu origem ao CEEH – ênfase em neonatologia, marco histórico que consolidou a presença da enfermeira como força motriz na construção de um campo de conhecimento próprio sobre o cuidado ao recém-nascido de alto risco (JANUARIA IS *et al.*, 2025).

### **8.5 Tornar-se enfermeira neonatologista: os desafios de afirmar e sustentar um novo campo profissional**

*“Nós trabalhávamos, estudávamos, e inventávamos junto. Não tinha quem dissesse como fazer, éramos nós quem fazíamos.”*  
(Elysângela Dittz Duarte, 2025)

O tornar-se enfermeira neonatologista não aconteceu em sala de aula nem por diretrizes previamente definidas. Ele nasceu no cotidiano, nos plantões longos, na falta de recursos, na urgência dos recém-nascidos e na necessidade de decidir. O reconhecimento que buscavam não se resumia ao diploma, mas à possibilidade de decidir, sustentar e permanecer em um território historicamente marcado pela fragilidade institucional e pela subvalorização do trabalho de enfermagem. Esse movimento dialoga com o que Billett, Harteis e Eteläpelto (2008) descrevem como aprendizagem situada no local de trabalho, um processo em que sujeitos constroem conhecimento e identidade profissional a partir das demandas reais, das contingências e das interações cotidianas.

Nesse cenário, o “aprender trabalhando” não é apenas consequência da escassez, mas uma forma potente de produzir agência profissional. Assim, a experiência dessas enfermeiras ecoa o que a literatura internacional identifica como “*professional agency under constraint*”, quando o fazer profissional emerge apesar, e muitas vezes por causa, das dificuldades estruturais que moldam o trabalho (Prescott & Hehman, 2017; Reese & Reese, 2018).

A trajetória das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte é marcada por precariedade material, sobrecargas cotidianas e pela busca contínua de legitimidade técnica e política. As narrativas de Águida Almeida, Iara Perpétuo de Souza, Juliana Marcatto, Caroliny Alves Pessoa e Glauciane Procópio dialogam com um cenário amplamente descrito pela literatura: a construção da neonatologia como campo profissional ocorreu, em vários países, em condições de escassez, imprevisto e inventividade (Browne et al., 1999; Lewis, 2000). Assim como nos EUA, Cuba e Uganda, a falta de tecnologias adequadas levou as enfermeiras a criarem soluções próprias, configurando uma tecnologia artesanal do cuidado.

Nós trabalhávamos muito com as famosas “gambiarras”. E eu acho que a enfermeira é a dona da “gambiarra”? Eu fico muito feliz quando eu vejo que surgiu uma tecnologia nova, porque tudo isso nasceu das nossas tentativas de fazer o melhor com o que tínhamos. (Águida, 2025, p. 4)

O que a enfermeira Águida Almeida nomeia como “gambiarra” se aproxima do que Browne et al. (1999) chamam de “*resourceful nursing practices*”, práticas inventivas que antecedem desenvolvimentos tecnológicos posteriores. Em diversos contextos do Sul Global, como relatam Sansão (2006) e Lewis (2000), foram essas soluções locais, muitas vezes invisibilizadas, que deram origem a protocolos e dispositivos posteriormente institucionalizados. Assim, o avanço da enfermagem neonatal não foi apenas técnico, mas também ético e empírico, constituindo um campo epistemológico situado que redefiniu o conceito de tecnologia no cuidado.

Nós trabalhávamos plantão e, ao mesmo tempo, montávamos os protocolos. A gente estudava muito porque não tinha opção. Foi uma formação em serviço. A gente foi aprendendo e construindo juntas o que hoje é a neonatologia do Sofia. (Águida Almeida, 2025, p. 4)

A formação “em serviço” representa um dos marcos da profissionalização. As enfermeiras foram fundadoras e aprendizes simultaneamente, construindo um conhecimento que emerge da prática e da cooperação. Esse processo configura o que Freidson (1996) denomina “profissionalização em movimento”: a constituição de um corpo de saber e autoridade a partir da experiência cotidiana, anterior à regulamentação formal.

Esse aprendizado em serviço ressoa com o que Freidson (1996) denomina profissionalização em movimento, e com análise de Trotter (2020) e Walters (2024), para quem o saber profissional surge da confluência entre prática, necessidade social e cooperação entre pares. A literatura sobre humanização neonatal também mostra que a formação situada, junto ao leito e em condições de alta complexidade, é constitutiva da expertise do enfermeiro (Reese & Reese, 2018).

A autonomia que a gente sempre teve aqui no hospital foi muito maior do que em qualquer outro lugar. [...] A gente decidia curativo, material, condutas, organizava os horários de medicação conforme o cuidado. Isso já conquista qualquer um. (Iara Perpétuo de Souza, 2025, p. 9)

O HSF aparece como locus de ruptura com a tradicional hierarquia médico-centrada. Estudos sobre enfermeiras intensivistas nos EUA e Canadá descrevem dinâmicas semelhantes: instituições inovadoras ampliam o escopo decisório da enfermeira, permitindo autonomia clínica, organizacional e educativa (Prescott & Hehman, 2017). No caso brasileiro, essa autonomia é também política, fruto de lutas institucionais e da construção coletiva de confiança.

A enfermeira era quem via tudo. Era quem acolhia a mãe, escutava, chamava o médico, resolvia o que precisava. A gente era o elo, sabe? O ponto de equilíbrio. (Iara Perpétuo de Souza, 2025, p. 9)

A fala da enfermeira Iara Perpetuo reforça a dimensão relacional e mediadora da enfermeira neonatologista, que articula técnica e sensibilidade, ciência e vínculo. A escuta, o acolhimento e a presença contínua junto às famílias configuram práticas de cuidado ampliado, nas quais a enfermeira transcende o lugar assistencial, ocupando o espaço de mediação entre o técnico e o humano. Esse aspecto foi, mais tarde, reconhecido como fundamento da humanização no cuidado neonatal.

Na Neonatologia eu sentia um cuidado mais centrado no médico do que na maternidade. [...] Eu via o Dr. Ivo e o Dr. João lutando mais pelas enfermeiras do que as próprias enfermeiras, e isso incomodava a gente. (Gislene de Oliveira Nogueira, 2025, p. 7)

As palavras da assistente social Gislene Nogueira expressam uma das tensões fundantes do campo: a luta simbólica por legitimidade. O reconhecimento da enfermeira ainda dependia de mediações externas, sobretudo médicas, revelando o desequilíbrio de poder institucional. A profissionalização, nesse contexto, não se deu apenas pela aquisição de saberes, mas pela lenta conquista de espaço político e discursivo, onde as enfermeiras puderam afirmar a centralidade de seu papel no cuidado e na gestão das UTIs.

A gente fazia o plantão, depois tinha a aula, depois a carga horária da especialização. A maioria tinha dois empregos. Era muito puxado, mas a gente achava que tinha que fazer, porque era importante para aprender. (Glauciane Fonseca, 2025, p. 2)

A sobrecarga das primeiras especializadas reflete padrões já observados em estudos internacionais: a dupla jornada, a conciliação entre trabalho extenuante e formação avançada, e a marca de gênero que atravessa o cuidado intensivo (Beagan et al., 2024).

Eu sempre fiz o melhor. Hoje em dia está até no caderno do Ministério da Saúde, a sucção não nutritiva. A gente fazia isso por instinto, para aliviar a dor, para acalmar o bebê. Eu acho que a gente contribuiu muito. (Caroliny Alves Pessoa, 2025, p. 3)

A fala da enfermeira Caroliny Alves revela o salto histórico da prática empírica para a prática científica. O que antes era um gesto intuitivo da enfermeira, como aliviar a dor do recém-nascido, tornou-se protocolo clínico institucionalizado. Esse reconhecimento é simbólico, pois o saber da enfermagem, antes invisibilizado, torna-se fonte de conhecimento validado e normativo, mostrando que o avanço técnico é também o reconhecimento histórico da *expertise* da enfermeira.

Eu sempre fui uma enfermeira à beira-leito. Eu examinei todos os meninos, fiz todos os procedimentos, amava trocar fralda, dar banho. Isso sempre foi a minha cara. (Juliana, 2025, p. 4)

Juliana Marcatto expressa o que chama de “orgulho de ser enfermeira”. Ao reivindicar a beira-leito como lugar de saber, ela subverte o imaginário hierárquico que desvaloriza o trabalho manual e afetivo. Para ela, o fazer técnico é indissociável do cuidado humano, e é dessa indissociabilidade que surge a legitimidade da profissão. Trata-se do reconhecimento de que a competência científica da enfermeira não está na distância da prática, mas na imersão nela.

Eu gostei muito de trabalhar na neonatologia, trabalhei muitos anos, mas chega um tempo que é pesado. Não é fácil estar todos os dias dentro de uma unidade de terapia intensiva neonatal. É um lugar que exige muito da gente. (Glauciane Fonseca Procópio, 2025, p. 6)

A gente tinha um orgulho enorme de estar na UTI. Era um sentimento de pertencimento muito forte. A gente falava: ‘aqui é a nossa casa’. (Iara Perpétuo de Souza, 2025, p. 9)

O desgaste físico e emocional surge como parte intrínseca do cuidado intensivo. A enfermeira Glauciane Procópio reconhece o peso do trabalho, enquanto a enfermeira Iara reafirma o sentimento de pertencimento e orgulho que o sustentava. Essa ambivalência, entre exaustão e amor, define o que pode ser compreendido como a ética do compromisso, um modo de estar no mundo em que o cuidado é, ao mesmo tempo, vocação, resistência e produção de sentido coletivo.

*Eu sempre digo que a enfermagem me escolheu, e a neonatologia também. [...] É muito melhor ser escolhida do que escolher (Águida Almeida, 2025, p. 11).* O “ser escolhida pela neonatologia”, como diz a enfermeira Águida, sintetiza a dimensão simbólica desse processo. Não se trata apenas de exercer uma função, mas de responder a um chamado histórico, o de fazer do cuidado ao recém-nascido um campo legítimo de saber, ciência e humanidade.

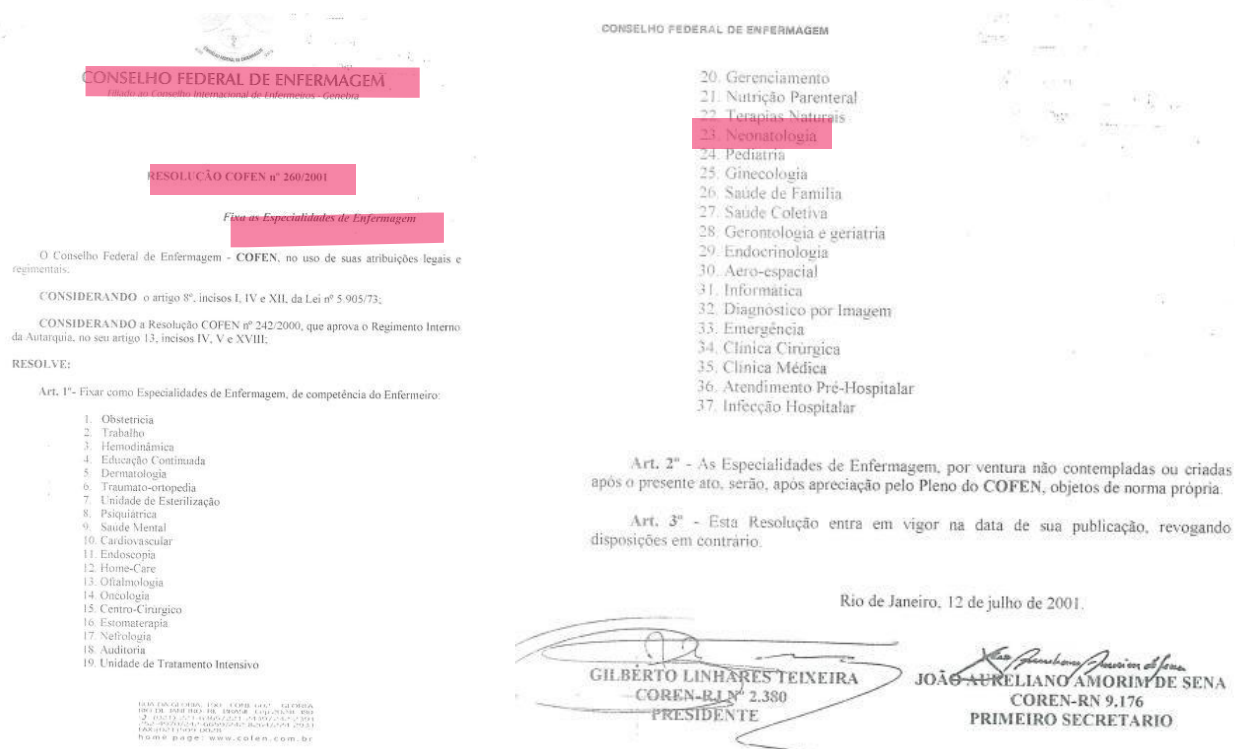
As vozes das enfermeiras revelam que os desafios da profissão (precariedade, sobrecarga, hierarquias e desgaste emocional) coexistem com avanços significativos (autonomia profissional, legitimação científica, reconhecimento social e expansão do cuidado humanizado).

A profissionalização da enfermeira neonatologista, portanto, é um processo de devir histórico, no qual o conhecimento técnico e o compromisso ético se fundem na prática cotidiana. Essas mulheres não apenas acompanharam a evolução da neonatologia, mas elas a construíram, transformando a carência em invenção, o cotidiano em campo de formação, e o cuidado em gesto político de afirmação da vida.

## **8.6 Regulamentação e formação de um campo em construção**

A virada dos anos 2000 marcou um momento decisivo para a consolidação do campo da enfermagem neonatológica no Brasil. Em 12 de julho de 2001, a Resolução COFEN nº 260/2001 estabeleceu oficialmente as especialidades de enfermagem, incluindo a neonatologia entre as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2001)

**Figura 21:** Resolução COFEN nº 260/2001, que fixa as especialidades de Enfermagem no Brasil



**Fonte:** COFEN (2001). [Resolução nº 260/2001](#). Grifos nossos.

Ao fixar parâmetros nacionais para as especialidades e indicar a necessidade de formação específica, essa resolução representou o primeiro reconhecimento formal de que o cuidado neonatal demandava competências próprias e um corpo profissional preparado para lidar com a complexidade crescente das UTINs. Ainda que posteriormente revogada pela Resolução COFEN nº 290/2004, o marco de 2001 foi fundamental para legitimar um campo que já vinha se formando na prática.

Esse processo regulatório dialoga diretamente com o contexto vivido pelas enfermeiras em Belo Horizonte. Enquanto a legislação começava a definir especialidades e credenciais, elas já estavam construindo, no cotidiano, um saber técnico e coletivo, como relatado nas narrativas de quem “trabalhava, estudava e inventava junto”. É nesse encontro entre formalização institucional e aprendizagens produzidas no serviço que emerge o processo de tornar-se enfermeira neonatologista, tal como analisado por Billett, Harteis e Eteläpelto (2008), quando argumentam que a aprendizagem no trabalho é simultaneamente moldada pelas estruturas e recriada pelos sujeitos.

Os documentos preservados pelas próprias enfermeiras ilustram de forma concreta esse momento histórico. O certificado de especialização emitido pela UFMG e o respectivo histórico escolar, que detalha as disciplinas e cargas horárias cursadas entre, registram a institucionalização da formação e o fortalecimento do vínculo entre a EEUFMG e o HSF.

**Figura 22:** Resolução COFEN nº 260/2001, que fixa as especialidades de Enfermagem no Brasil



**CERTIFICADO**

A Reitora da Universidade Federal de Minas Gerais certifica que  
**Iara Perpétuo de Souza**

concluiu o curso de Especialização em  
**Enfermagem Hospitalar,**

Área de concentração:  
**Neonatologia.**

Exercendo jus ao título de Especialista.


Belo Horizonte, 10 de fevereiro de 2004.

Iara Perpétuo de Souza  
Especialista

Ana Lucia Ribeiro Juniz  
Diretora do Departamento de Registro e Controle Acadêmico

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
REGISTRO EFETUADO POR DELEGAÇÃO DE  
COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
E CULTURA, NOS TERMOS DAS PORTARIAS  
DAU Nº 71 DE 2/6/77 E SRSU Nº 30 DE 23/5/79  
D.O.U. Nº 2.323 IV, R. ESE, D. FL. 113  
PROC. 2072 0.3444/03-44  
BELO HORIZONTE, 05 de fevereiro de 2004

**APOSTILA**  
Assina o presente diploma como  
Diretor da Divisão de Registro, o  
Servidor Paulo Roberto Furtado  
Gomes, Mat. 087498



**HISTÓRICO ESCOLAR**

Nome: Iara Perpétuo de Souza  
Filiação: Jansenio Marcelino de Souza e Maria Jansen Perpétuo de Souza  
Nacionalidade: Belo Horizonte (MG)  
Nº de Matrícula: 200121504  
Doc. Identidade: M-1.699.788  
Data nasc.: 12/03/1961  
Órgão emissor: SBAVAG

Curso: Especialização em Enfermagem Hospitalar  
Área de Concentração: Neonatologia  
Matrícula: 200121504  
Aprovação CEPE: 07051908  
Aprovação CPG: 05072000

| ANO  | PERÍODO | DISCIPLINA   | PROF. | NOTA | CON. | DOCENTE                          | TITULAÇÃO |
|--|---------|--|-------|------|------|----------------------------------|-----------|
| 2004   | 1º      | ENF013 - Capacitação Pedagógica                      | 36    | 1    | A    | Iara Perpétuo de Souza           | Docente   |
| 2004   | 2º      | ENF020 - História da Profissão I                     | 37    | 5    | A    | Renata Rodrigues de Souza        | Docente   |
| 2004   | 2º      | ENF019 - Fundamentos em Neonatologia I               | 72    | 5    | A    | Marlene Aparecida Ribeiro Barros | Docente   |
| 2004   | 2º      | ENF011 - Avaliação e atenção de saúde do cliente     | 68    | 4    | B    | Waldemar Silva Duarte            | Docente   |
| 2004   | 2º      | ENF014 - Promover o cuidado do neonato de alto risco | 45    | 3    | B    | Elaine Regina Gomes Lobo         | Docente   |
| 2004   | 2º      | ENF015 - Neonatologia de Terapia II                  | 15    | 1    | B    | Elaine Regina Gomes Lobo         | Docente   |
| 2004   | 2º      | ENF016 - Enfermagem em Neonatologia II               | 135   | 8    | A    | Elaine Regina Gomes Lobo         | Docente   |
| 2004   | 2º      | ENF012 - Licenciado o período de avaliação           | 15    | 1    | B    | Ivana dos Santos Galvão de Souza | Docente   |
| Mensagem finalista: "Tributo não se dá ao conhecimento obtido e nem às palavras que traduzem o saber e não se dá ao saber, ao conhecimento". |         |  |       |      |      |                                  |           |
| <b>TOTAL</b>   |         |  | 430   | 28   |      |                                  |           |

**TRADUÇÃO DOS CONCEITOS**  
CREDITOS OBTIDOS ATÉ 2003/1/04  
A - Excelente ..... (50 a 100 pontos)  
B - Bom ..... (70 a 89 pontos)  
C - Regular ..... (60 a 74 pontos)  
D - Insuficiente ..... (40 a 59 pontos)  
E - Insatisfatório ..... (0 a 39 pontos)

**TRADUÇÃO DOS CONCEITOS**  
CREDITOS OBTIDOS APÓS 2003/1/04  
A - Excelente ..... (80 a 100 pontos)  
B - Bom ..... (60 a 79 pontos)  
C - Regular ..... (40 a 59 pontos)  
D - Insuficiente ..... (20 a 39 pontos)  
E - Insatisfatório ..... (0 a 19 pontos)

Conceito final: **Bom**

**Fonte:** Acervo pessoal de Iara Perpétuo de Souza. *Certificado de Conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal*. Documento cedido à autora.

Na perspectiva da Sociologia das Profissões, Freidson (1996; 2001) argumenta que a identidade profissional se consolida não apenas pelo domínio técnico, mas também pelos rituais de credencialização e pelos símbolos que distinguem especialistas de não especialistas. Nesse sentido, documentos como o certificado e o histórico escolar, e até mesmo objetos pessoais produzidos no contexto da formação, como a caneta comemorativa gravada (figura 22) funcionam como marcas materiais do processo de profissionalização. Eles não apenas registram um percurso individual, mas materializam o ingresso em um corpo de especialistas, reforçando o reconhecimento entre pares e a construção coletiva de uma identidade profissional.

**Figura 23:** Caneta comemorativa da turma de especialização em Enfermagem Neonatal



**Fonte:** Acervo pessoal de Iara Perpétuo de Souza. Documento cedido à autora.

Esses registros, oficiais e pessoais, evidenciam que a profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte se deu em camadas: na prática cotidiana, pela criação de protocolos, improvisações e soluções técnicas locais; na formação acadêmica, pela estruturação de cursos com tronco comum e áreas específicas; na regulação nacional, pelo reconhecimento das especialidades pelo COFEN; na memória material, pelos objetos, certificados e documentos preservados.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória percorrida nesta dissertação permitiu compreender que a profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte, entre 1981 e 2001, foi marcada por um processo histórico denso, em que se entrecruzaram transformações sociais, institucionais e profissionais. Nesse período, o recém-nascido de alto risco passou gradualmente da invisibilidade à centralidade das políticas e práticas de saúde, e as enfermeiras, movidas por compromisso ético e técnico, converteram essa demanda social em um campo de saber e atuação especializada.

Ao historicizar o contexto socio-sanitário, foi possível evidenciar que a expansão das políticas públicas voltadas à infância e a consolidação do SUS configuraram um novo cenário para o cuidado neonatal. Contudo, a incorporação efetiva do recém-nascido como sujeito digno de atenção especializada ocorreu de modo tardio, impulsionada mais por pressões sociais e institucionais do que por diretrizes estatais. A alta mortalidade neonatal e a carência de serviços adequados mobilizaram a criação de espaços assistenciais inéditos, nos quais as enfermeiras emergiram como protagonistas silenciosas da transformação do cuidado.

A implantação do primeiro CTI Infantil de Belo Horizonte, em 1981, revelou-se um marco não apenas institucional, mas também simbólico. Nesse espaço, o cuidado ao recém-nascido grave deixou de ser um prolongamento do cuidado materno ou pediátrico, passando a demandar competências técnicas e científicas específicas. As enfermeiras que atuaram nesse contexto foram responsáveis por traduzir práticas empíricas em conhecimento estruturado, inaugurando uma nova forma de cuidar e de pensar o neonato como sujeito de direitos. Esse movimento, sustentado pela vivência cotidiana e pelo domínio prático, constituiu a base do que Freidson denomina *expertise*: o saber que confere autoridade e legitimidade a um grupo profissional.

Ao identificar as enfermeiras pioneiras da neonatologia belorizontina, este estudo reconhece um conjunto de mulheres que, mesmo sem títulos formais ou reconhecimento social, construíram as bases epistemológicas da especialidade. Suas trajetórias, recuperadas por meio da HO, revelam não apenas a dedicação técnica, mas também a capacidade política de sustentar e legitimar um campo emergente. São essas enfermeiras que, no entrelaçamento entre o saber prático e o saber científico, forjaram a neonatologia como espaço de autonomia, reciprocidade e cuidado ético. Suas vozes reconstroem o passado, reafirmando o caráter coletivo e feminino da profissionalização na enfermagem.

Ao descrever os avanços e desafios vivenciados pelas primeiras enfermeiras tituladas neonatologistas pelo CEEH, ofertado pela EEUFMG em 2001, foi possível compreender que a consolidação da formação especializada representou uma resposta concreta às demandas da sociedade e das instituições de saúde. O curso não apenas formalizou saberes já praticados, mas também institucionalizou o reconhecimento da enfermeira como especialista, dotada de credenciais e autonomia técnica para atuar em unidades de alta complexidade. Assim, o CEEH expressa o que Freidson define como credencialismo: a legitimação acadêmica e social da *expertise* construída na prática. A especialização transformou o cotidiano em currículo e a

experiência em conhecimento sistematizado, elevando a enfermagem neonatológica ao patamar de profissão reconhecida.

Nesse sentido, os achados desta pesquisa corroboram o referencial teórico que orientou o estudo, ao evidenciar que a construção de um conhecimento especializado, a formação de credenciais e a busca por autonomia configuraram a profissionalização da enfermeira neonatologista. As exigências da neonatologia, enquanto campo altamente complexo, tecnológico e regulado, impuseram às enfermeiras o desafio de produzir um saber próprio e específico. Esse movimento vanguardista possibilitou a conformação da neonatologia em Belo Horizonte como campo profissional especializado, alinhado às necessidades do mercado, às regulações do Estado e à lógica freudsoniana da profissionalização baseada em *expertise*, credencialismo e autonomia.

Além disso, o devir histórico reconstruído neste estudo evidencia que, sob a lente da HE, observa-se que as lacunas históricas do cuidado ao recém-nascido, como ausência de políticas, fragilidade institucional e desvalorização do trabalho feminino, são as mesmas que hoje orientam os ODS. A redução da mortalidade neonatal (ODS 3), a institucionalização da formação especializada (ODS 4), a afirmação da liderança feminina (ODS 5) e a valorização do trabalho qualificado (ODS 8) revelam que a neonatologia em Belo Horizonte já antecipava agendas globais. A articulação entre universidade e serviço expressa o ODS 17, evidenciando que a profissionalização da enfermeira neonatologista é fruto de parcerias e de um projeto coletivo de justiça social.

Por fim, ao analisar os elementos de configuração de um campo profissional na neonatologia, evidenciou-se que a consolidação desse campo decorreu da articulação entre universidade e serviço, ensino e prática, e técnica e ética. A EEUFMG e o HSF configuraram, nesse período, um verdadeiro círculo de sociabilidade profissional, conforme propõe José D'Assunção Barros (2011), no qual se construíram identidades, valores e práticas compartilhadas. Esse campo foi moldado por lutas de reconhecimento, por processos de institucionalização do saber e pela defesa da autonomia profissional. Esses foram elementos centrais para que a neonatologia se tornasse, em Belo Horizonte, um espaço de afirmação do cuidado e da mulher trabalhadora.

A versão da história (re)construída ao longo desta pesquisa mostra que a profissionalização da enfermeira neonatologista não foi um processo linear, mas um percurso de resistência e reinvenção. As enfermeiras que atuavam nessa área faziam isso movidas por uma ética de responsabilidade, presença e vida, uma ética que precede a norma e transcende o

manual. Entre 1981 e 2001, elas transformaram a precariedade em campo de formação, a ausência em presença, e o cuidado em projeto coletivo.

A partir desse percurso, compreende-se que a profissionalização é, antes de tudo, uma conquista social sustentada pela articulação entre conhecimento, prática e reconhecimento. A enfermagem neonatal em Belo Horizonte se tornou um campo de *expertise* legitimado, regulado e autônomo, capaz de responder às demandas complexas do cuidado ao recém-nascido e de afirmar o papel essencial da enfermeira na garantia da vida.

Como resultado, esta pesquisa reafirma que conhecer a HE é também um ato político: o de devolver às enfermeiras o lugar de autoria sobre suas práticas, seus saberes e sua própria história. A profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte é, portanto, mais do que um marco local: é expressão de um processo coletivo de construção de legitimidade, autonomia e esperança que continua a inspirar novas gerações de enfermeiras a resistir, aprender e transformar o mundo por meio do cuidado.

## **10 RAÍZES E ASAS: A HISTÓRIA VIVA DA NEONATOLOGIA EM BELO HORIZONTE E CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO**

A Ciência da implementação parte do princípio de que nenhuma evidência vira prática sem o engajamento dos atores e sem compreender as características do contexto (NILSEN, 2020; DAMSCHRODER *et al.*, 2009). Ou seja, não basta produzir conhecimento: é preciso criar espaços onde esse conhecimento se torne significativo, seja discutido, apropriado e transformado em ação.

Foi exatamente com esse propósito que as autoras organizaram o evento “*Raízes e Asas: A história viva da neonatologia em Belo Horizonte*”, realizado em 24 de outubro de 2025 na EEUFMG. O encontro constituiu-se como uma estratégia de implementação, articulando memória, formação e prática profissional. Ao reunir estudantes de graduação e pós-graduação, residentes de enfermagem neonatal, técnicos e enfermeiras neonatologistas do HSF, além de atrizes sociais desta pesquisa, o evento criou um espaço de diálogo intergeracional, onde os achados da pesquisa não apenas foram apresentados, mas vividos, debatidos e integrados às experiências concretas dos participantes.

Nesse sentido, o “Raízes e Asas” não foi apenas uma atividade de divulgação: funcionou como um processo ativo de tradução do conhecimento, no qual narrativas históricas e evidências científicas encontraram o contexto real de prática e seus protagonistas. Esse movimento amplia a “prontidão para mudança” (AARONS *et al.*, 2017), fortalecendo a

identidade profissional, a coesão do grupo e a capacidade coletiva de incorporar aprendizados ao cotidiano das UTINs.

As falas das participantes reforçaram esse movimento. A enfermeira Caroliny Alves Pessoa, integrante da primeira turma do CEEH, destacou a força simbólica do reencontro com colegas e estudantes, descrevendo-o como um retorno às raízes e, ao mesmo tempo, como um impulso para o futuro da profissão. Do mesmo modo, a presença de pioneiras como Águida Almeida Carvalho e Iara Perpétuo de Souza evidenciou a potência das narrativas de resistência, invenção e cuidado produzidas ao longo de décadas de atuação.

**Figura 24:** Roda de conversa do evento “Raízes e Asas” com pioneiras da neonatologia e estudantes da UFMG



**Fonte:** Fonte: Acervo pessoal da autora (2025).

As imagens acima ilustram a diversidade de atores envolvidos e reforçam o caráter colaborativo do evento, evidenciando o que Damschroder et al. (2009) descrevem como “processos

centrais de implementação”: participação ativa, compartilhamento de sentido e alinhamento das práticas. A presença simultânea de pioneiras, profissionais da ponta e estudantes cria um ambiente de continuidade histórica, no qual a memória não é apenas lembrança, mas insumo para a transformação das práticas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. *Enfermagem e sociedade*. São Paulo: Cortez, 1986.

Almeida, M. F. B., Gomes, F. A. M., Guinsburg, R., & Moreira, M. E. L. (2018). The Brazilian experience with kangaroo mother care. *Journal of Perinatology*, 38(S1), S5–S10. <https://doi.org/10.1038/s41372-018-0088-5>

Araújo, J. P., Silva, R. M. M. da ., Collet, N., Neves, E. T., Tos, B. R. G. de O., & Viera, C. S.. (2014). História da saúde da criança: conquistas, políticas perspectivas. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 67(6), 1000–1007. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>

Banco Mundial. (1991). Relatório sobre o desenvolvimento mundial: o desafio do desenvolvimento. Washington, DC: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento.

Barata, R. B. (2009). Condições de vida e situação de saúde. In: Giovanella, L. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (2ª ed., pp. 323–343). Rio de Janeiro: Fiocruz.

BARRETO, A. (1996). Bello Horizonte: memória histórica e descritiva. *História Média*. Belo Horizonte, Imprensa Oficial Minas Geraes.

Barros JD. O campo da história: especialidade e abordagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.

Beagan BL, Sibbald R, Rondeau K. Professional boundaries, moral distress and professional identity in nursing: A qualitative metasynthesis. *J Adv Nurs*. 2024;80(2):451-468.

Beagan, B. L., et al. (2024). *Gender, care, and professional identity in nursing and health work*. Routledge.

Bellaguarda ML dos R, Padilha MI, Nelson S. Eliot Freidson’s sociology of professions: an interpretation for Health and Nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [citado 2024 ago 29];73(6):e20180950. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0950>

Bellaguarda ML dos R, Queirós PJP. Nurse autonomy expressed in Portuguese and Brazilian professional legislation: a documentary study (1986–2022). *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2023 [citado 2024 ago 29];57:e20230199. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0199en>

Bourdieu P. *Sobre a televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.

Brasil. (1979). Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Dispõe sobre o Código de Menores. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 out. 1979*. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6697.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6697.htm)

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

Brasil. (1990a). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2010 fev 25; Seção 1

Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 8 ago. 2025

Brasil. Ministério da Saúde. (1986). Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2000). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília: MS. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 1999. Institui a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 jul. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.016, de 23 de dezembro de 1998. Dispõe sobre a organização de leitos de terapia intensiva e semi-intensiva neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 dez. 1998.

Bravo, M. I. S., & Hespanhol, R. A. M. (2009). Políticas de saúde no Brasil: dos anos 30 ao SUS. In: Pereira, J. M., & Lima, J. C. F. (Orgs.), Dicionário da Educação Profissional em Saúde (2ª ed.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Disponível em: <https://educa.saude.fiocruz.br/dicionario>

Browne, J. V., et al. (1999). Developmental care: Integrating theory and research into practice. Neonatal Network, 18(7), 11–26.

Caiaffa WT, Almeida MC de M, Oliveira CDL, Friche AA de L, Matos SG e, Dias MAS, et al.. The urban environment from the health perspective: the case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2005May;21(3):958–67. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300032>

Caiaffa WT, Almeida MCM, Oliveira CDL, Friche AAL, Matos SGE, Dias MAS, et al. The urban environment from the health perspective: the case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 mai;21(3):958–67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300032>

Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(1 suppl 1):S111-S118. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572005000200014>

Conde-Agudelo, A., & Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD002771. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4>

Costa R, Padilha MI, Monticelli M. A enfermagem na atenção ao recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: história oral de vida. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):774-82.

Donnangelo, M. C. (1976). *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira.

FARIA, M. A. (1985). Belo Horizonte: Espaço Urbano e Dominação Política (uma abordagem histórica). *Varia Historia*, v. 1, n. 1.

Fernandes PCA. A fundação de Belo Horizonte: ordem, progresso e higiene, mas não para todos. *Cad Metrop* [Internet]. 2021Sep;23(52):1061–84. Available from: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2021-5210.e>

FIGUEIREDO, Anabela; SOUSA, Maria do Carmo; SANTOS, Maria José deOliveira. O caminho percorridopara a excelência dos cuidados ao recém-nascido, após o nascimento. *História da Ciência e Ensinoconstruindo interfaces*, v.25, p.75–87, 2022. Disponível em:<https://revistas.pucsp.br/index.php/hcensino/article/view/57840>. Acesso em: 30 março 2024.

Freidson E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais [Internet]. *Rev Bras Ciênc Soc*. 1996 [citado 2024 set 11];11(31):141-5. Disponível em: [https://www.cff.org.br/userfiles/60%20-%20FREIDSON%20E%20%20Para%20uma%20analise%20comparada%20das%20profissoes\\_1996.pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/60%20-%20FREIDSON%20E%20%20Para%20uma%20analise%20comparada%20das%20profissoes_1996.pdf)

Freidson E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Editora UNESP; 2009.

Freidson, E. (1998). *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Unesp.

Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. University of Chicago Press.

FREIDSON, E. Professionalism and the organization of labor. In: COCKERHAM, W. C. (ed.). *Medical Sociology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1998. p. 222-235.

FREIDSON, E. *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy*. Chicago: The University of Chicago Press, 1994.

FREIDSON, E. *Professionalism: The Third Logic*. Chicago: The University of Chicago Press, 2001.

GOOGLE. Gemini [ferramenta de inteligência artificial]. Mountain View, CA: Google LLC, 2025. Disponível em: <https://gemini.google.com>. Acesso em: 11 out. 2025.

Haberl, A., Fleiß, J., Kowald, D., & Thalmann, S. (2024). Take the aTrain. Introducing an Interface for the Accessible Transcription of Interviews. *Journal of Behavioral and Experimental Finance*, 41, art. 100891. <https://doi.org/10.1016/j.jbef.2024.100891>

Maas LWD, Faria E de O, Fernandes JL de C. Segregação socioespacial e oferta de serviços de saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte em 2010. *Cad Metrop [Internet]*. 2019May;21(45):597–618. Available from: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2019-4511> Belo Horizonte (MG). Prefeitura Municipal. Perfil nutricional da população brasileira [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania; 2018 [cited 2025 Oct 6]. Available from: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/seguranca-alimentar-e-nutricional/informacoes/publicacoes/perfilnutricional>

IBGE. *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 1988*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1988.

ICN – International Council of Nurses. (2025). *Renewing the definitions of “nursing” and “a nurse”*. Geneva: ICN.

ICN — International Council of Nurses. *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. Geneva: International Council of Nurses; 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 1980: resultados do universo relativos às características da população e dos domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 1983.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 1991: resultados do universo relativos às características da população e dos domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 1993.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (1991). *Indicadores sociais: uma análise dos dados da PNAD*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv1567.pdf>

James A, Prout A. *Constructing and reconstructing childhood*. London: Routledge; 1997.

Januaria, I. S., Santos, F. B. O., & Deodato, S. (2024). *História da formação especializada em enfermagem neonatal em Minas Gerais*. Manuscrito em preparação.

LACERDA, A. P. *Urbanização e Desigualdade: As Margens da Cidade Planejada*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2015

Lansky, S. (2002). A mortalidade neonatal no Brasil: situação atual, desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2(3), 245–247. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292002000300002>

Laurell, A. C. (1982). Determinantes estruturais da doença. *Revista Latino-Americana de Medicina Social*, 2(1), 14–23.

Malta DC, Almeida MC de M, Dias MA de S, Merhy EE. A mortalidade infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, por área de abrangência dos Centros de Saúde (1994-1996). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001Sep;17(5):1189–98. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000500019>

Malta DC, Almeida MCM, Dias MAS, Merhy EE. A mortalidade infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, por área de abrangência dos Centros de Saúde (1994-1996). *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(5) doi: 10.1590/S0102-311X2001000500019

Manual de seguimento do Recém-nascido de alto risco/ Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. - 2.ed.- São Paulo: SBP, 2024. 142 f.

Meihy JCSB. Manual de história oral. 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2005.

Miranda ECS, Rodrigues CB, Machado LG, Gomes MA de SM, Augusto LCR, Simões VMF, et al.. Situação dos leitos neonatais em maternidades brasileiras: uma análise exploratória. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Mar;26(3):909–18. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21652020>

Moreno A, Vago TM. Nascer de novo na cidade-jardim da República: Belo Horizonte como lugar de cultivo de corpos (1891-1930). *Pro-Posições* [Internet]. 2011Sep;22(3):67–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73072011000300006>

Moreno A, Vago TM. Nascer de novo na cidade-jardim da República: Belo Horizonte como lugar de cultivo de corpos (1891-1930). *Pro-Posições* [Internet]. 2011Sep;22(3):67–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73072011000300006>

Moreno A, Vago TM. Nascer de novo na cidade-jardim da República: Belo Horizonte como lugar de cultivo de corpos (1891-1930). *Pro-Posições* [Internet]. 2011Sep;22(3):67–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73072011000300006>

Nações Unidas Brasil. (2015). Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Brasília: ONU Brasil.

NEOCENTER. História – O Grupo Neocenter: referência em medicina intensiva neonatal e pediátrica em Minas Gerais. Disponível em: <https://neocenter.com.br/o-grupo/historia/>. Acesso em: 13 out. 2025.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Newborn health: draft action plan. Geneva: WHO; 2005.

Osis, M. J. D., Hardy, E., & Faúndes, A. (2006). O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: reflexões sobre os seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 851–862. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300027>

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tânia Coelho; SILVA, Fábio Herbert da; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da (orgs.). Experiências e práticas de apoio e integralidade no SUS: por um

trançado de redes de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2014. 368 p. ISBN 978-85-89737-87-6.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (orgs.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. 208 p. ISBN 978-85-89737-55-5.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Diagnóstico da Estrutura Urbana de Belo Horizonte. Belo Horizonte: PBH, 2018.

Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção perinatal em Belo Horizonte: trajetória e resultados (1993–2004). Belo Horizonte: SMSA/PBH; 2005.

Qvortrup J. Childhood as a social phenomenon: Lessons from an international project. Vienna: European Centre; 1993.

RESENDE, M. C. Avenida do Contorno: Limites da Cidade Planejada e da Segregação Social em Belo Horizonte. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

Rizzini, I. (2009). A criança e a lei no Brasil: Revisando a história. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula.

Santos FBO, Marques R de C. Egressas da Escola de Enfermagem Carlos Chagas: campos de atuação. 1936-1948. Esc Anna Nery [Internet]. 2015Apr;19(2):363–8. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150050>

SANTOS, M. R. Trabalho, saber e poder: um olhar sociológico sobre o campo da enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n. 5, p. 635-642, 2008.  
ALVES FILHO, Navantino; ALVES, Junia de Castro Magalhães. História da neonatologia no Brasil (1960–1990). 1. ed. São Paulo: Editora Lux, 2023. 319 p. ISBN 978-65-5913-692-6.

Schreck, R. S. C., & Silva, K. L. da .. (2023). The history of obstetric nurses' professional training of in Minas Gerais (1957-1999): a genealogical analysis. Revista Brasileira De Enfermagem, 76(2), e20220459. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0459>

Silva, M. C. N., & Machado, M. H. (2020). A força de trabalho em enfermagem no Brasil: configurações e desafios. Enfermagem em Foco, 11(1), 20–27.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Relação do número de leitos de UTI neonatal por 1000 nascidos vivos do departamento de neonatologia da SBP. 2012 [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/numero\\_leitos\\_uti.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/numero_leitos_uti.pdf)

Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021;34:eAPE02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>

Teixeira CF. Mídia, saúde e políticas públicas. Salvador: EDUFBA; 2000.

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-57. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Trotter, T. (2020). Professional fields and the dynamics of expertise in healthcare. *Health Sociology Review*, 29(3), 205–218.

VEIGA, C. G. Cidadania e educação na trama da cidade: a construção de Belo Horizonte em fins do século XIX. Bragança Paulista: EDUSF, 2002. 347 p.

VEIGA, C. G. Cidadania e educação na trama da cidade: a construção de Belo Horizonte em fins do século XIX. Bragança Paulista: EDUSF, 2002. 347 p.

Victora, C. G., et al. (2011). Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, 377(9780), 1863–1876. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)

WALDOW, Vera Regina. Cuidado: uma aproximação ontológica. Petrópolis: Vozes, 2011.

Walters, S. (2024). *Women, work and professional authority in global health systems*. Palgrave Macmillan.

WATSON, Jean. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Revised edition. Boulder: University Press of Colorado, 2008.

WHO – World Health Organization. (2020). *State of the World’s Nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. Geneva: WHO.

Xavier PSC, Silveira MF, Caldeira AP, Pinho L de. Mortalidade infantil antes e após a implantação de unidades de terapia intensiva neonatal no norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad saúde colet* [Internet]. 2024;32(2):e32020527. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432020527>

## APÊNDICES

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Título do Projeto:** História da profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte (1981-2001)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem os seguintes objetivos:

- Historicizar o contexto sócio sanitário de atenção ao recém-nascido de alto risco em Belo Horizonte entre os anos 1981 e 2001.
- Caracterizar a implantação da primeira unidade de terapia intensiva neonatal de Belo Horizonte.
- Identificar as enfermeiras pioneiras da enfermagem neonatológica em Belo Horizonte.
- Descrever os avanços e os desafios vivenciados pelas primeiras enfermeiras tituladas neonatologistas pelo CEEH no campo da saúde belorizontina.
- Analisar os elementos de configuração de um campo profissional na neonatologia para a atuação das enfermeiras na cidade de Belo Horizonte.

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, desenvolvida por Isabelle de Souza Januaria, estudante de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) e pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Batista Oliveira Santos, Professora do Departamento de Enfermagem Básica e do Programa de Pós-Graduação da EEUFMG. Ambas se comprometem a seguir a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: inicialmente, a pesquisadora intermediará o encontro para a entrevista, realizando novo contato pessoal com você, se apresentando, falando a respeito da pesquisa e dando a liberdade para que você faça as perguntas que forem necessárias. Serão agendados data, horário e local que forem mais adequados para que você seja entrevistado(a). Quanto ao roteiro de entrevista, ele será semiestruturado e irá contemplar dados sociodemográficos e profissionais, além de perguntas disparadoras acerca da temática em estudo. Será necessária sua autorização prévia para que a pesquisadora possa gravar as narrativas em aparelho eletrônico de áudio, a fim de preservar as informações sem perdas decorrentes da memória. Caso a entrevista ocorra na modalidade online, as gravações de voz e imagem precisarão estar

autorizadas, previamente, por você, e a pesquisadora esclarecerá sobre a importância do uso da câmera por você e por ela no momento da entrevista, como recurso tecnológico que possibilitará uma comunicação mais efetiva. Você será preparado(a) para a gravação do depoimento: a pesquisadora irá lhe apresentar, previamente, o aparelho eletrônico que será utilizado durante a entrevista, a qual não terá um período pré-estabelecido, podendo ser interrompida quando você desejar. Nesse caso, a entrevista será remarcada, conforme a sua disponibilidade, para que em outro momento ela possa dar continuidade. Estima-se que a duração média da entrevista será de 1 hora, mas poderá concluir antes ou depois do horário previsto. Tendo finalizado o momento da entrevista, a pesquisadora desligará o gravador e explicará a você sobre a transcrição da entrevista, que será encaminhada para você, a fim de validar e autorizar o uso do conteúdo transcrito nesta pesquisa. Além disso, caso haja necessidade, você poderá ser contatado(a) novamente para complementar a entrevista já concedida. Posteriormente, a entrevista será transcrita e você receberá a Carta de Validação de Conteúdo das fontes orais e anuência da pesquisa com anexo da transcrição de sua entrevista para aprovação do conteúdo. Somente após a sua aprovação, as informações prestadas poderão ser analisadas para os fins da pesquisa.

Os riscos relacionados a esta pesquisa são mínimos, mas eles podem existir. Você pode se sentir constrangido (a) com alguma pergunta, inseguro (a) ao prestar informações particulares, ou ainda angustiado (a) ao rememorar algum momento difícil. Para minimizar ou eliminar estes riscos, a pesquisadora respeitará o seu tempo, interromperá a entrevista quantas vezes forem necessárias, desligará o gravador e aguardará o tempo que for preciso para retomar à entrevista. Se a entrevista ocorrer presencialmente em seu local de trabalho, a pesquisadora assumirá o compromisso, caso seja necessário, de verificar os seus sinais vitais e de orientá-lo a buscar a unidade de pronto-atendimento mais próxima. Além disso, a pesquisadora permanecerá com você até que esteja bem novamente e perguntará se você aceita continuar a entrevista em outro momento. Para evitar a perda ou vazamento das informações coletadas em sua entrevista, a gravação e transcrição do seu depoimento serão doadas ao Centro de Memória da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMENF), podendo subsidiar outras pesquisas de cunho histórico. Para isso será encaminhado até você um termo de Transferência de Direitos Autorais (TTDA), este é importante pois formaliza a concessão dos direitos autorais sobre as informações prestadas ao acervo. Caso você opte por não assinar o termo de Transferência de Direitos Autorais (TTDA), os dados serão armazenados no período de cinco anos em um HD, protegidos por senha e somente terão acesso os pesquisadores.

Entre os benefícios da sua participação, seu depoimento apoiará o entendimento de como aconteceu a profissionalização das enfermeiras neonatologistas na cidade de Belo Horizonte. Além disso, destacamos a contribuição para o reconhecimento de pertencimento dos próprios enfermeiros e estudantes, bem como para a identidade coletiva da profissão.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com os procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, a exemplo de despesas de transporte e alimentação, passagem de ônibus, estacionamento, dentre outras, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. Além disso, você tem garantido o direito a solicitar indenização.

Caso você tenha dúvidas gerais e sobre a pesquisa poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Batista Oliveira Santos, Professora do Departamento de Enfermagem Básica e do Programa de Pós-Graduação da EEUFMG (contato: fernandabosufmg@gmail.com; telefone: (31) 34099853) e Isabelle de Souza Januaria, estudante de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (contato: e-mail: isabelle.souza1996@hotmail.com; telefone: (31) 992045571) ou no endereço Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100.

Caso você tenha dúvidas éticas sobre a pesquisa poderá entrar em contato com o comitê de ética e pesquisa (CEP) da UFMG. Sendo este localizado na Universidade Federal de Minas Gerais, com endereço na Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º Andar; Sala: 2005, telefone: (031) 3409-4592 - E-mail:

coep@prpq.ufmg.br.

Esse Termo deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

( ) Concordo com o registro da minha voz e/ou imagem.

( ) Não concordo com o registro da minha voz e/ou imagem.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome da pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Nome da pesquisadora principal

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora principal

Local e Data: \_\_\_\_\_

**CARTA DE VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DAS FONTES ORAIS E ANUÊNCIA PARA A PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_, declaro que foi encaminhado a mim em \_\_/\_\_/\_\_o conteúdo transcrito da entrevista cedida por mim em \_\_/\_\_/\_\_à pesquisadora \_\_\_\_\_, via

Correio eletrônico (e-mail ou mensagem de texto)

Correio físico ou entrega presencial

Atesto ainda que realizei a leitura criteriosa do material e confirmo a veracidade do conteúdo transcrito, em relação ao depoimento oral cedido. Deste modo, aprovo o uso do conteúdo gravado e transcrito para uso pela pesquisa “A história da profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte (1981-2001)”.

Local e Data:

\_\_\_\_\_

---

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora

**TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS (TTDA)**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade no \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido quanto a participação, gravação e transcrição da entrevista cedida por mim, seus objetivos, riscos e benefícios, e, ciente destas informações, declaro ceder ao Centro de Memória da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMENF-UFGM) os direitos do depoimento de caráter histórico e documental e acervos cedidos em formato de entrevista gravada em \_\_/\_\_/\_\_ à pesquisadora \_\_\_\_\_ para uso integral ou em partes, sem restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, ou quanto a prazos e limites de citações, desde a presente data.

Desta forma, concedo o conteúdo da entrevista gravada, transcrita e aprovada por mim para compor o acervo histórico do CEMENF-UFGM, que ficará à disposição como material público para atividades com fins culturais e acadêmico científicos, no todo, editado, com a única ressalva de sua integral indicação de fonte e autor.

Abdicando direitos meus e de meus descendentes, subscrevo:

---

Local e Data

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura da Pesquisadora

## **ROTEIRO SEMIESTRUTURADO - PRIMEIRAS ENFERMEIRAS TITULADAS NEONATOLOGISTAS PELO CEEEH**

**Título da pesquisa:** história da profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte (1981 – 2001)

**Nome do participante:**

**Idade:**

**Data da entrevista:**

**Local da entrevista:**

**Data da transcrição:**

**Instituição onde se formou/Ano:**

**Área da especialização:**

**Maior titulação acadêmica:**

**Tempo de atuação na área de especialização:**

**Cargo exercido atualmente ou último cargo exercido:**

**Atuação em alguma entidade representativa da categoria profissional (em caso afirmativo, informar o cargo):**

### **Dados relacionados ao objeto de estudo**

#### **Formação e ingresso na área da neonatologia**

1. O que te motivou a realizar o Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar (CEEH)?
2. Antes da especialização, você já havia atuado em alguma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)?
3. Quais são as suas memórias sobre o início da sua atuação como enfermeira na área da neonatologia?
4. Após se tornar especialista, você se sentia preparada para o cuidado ao recém-nascido de alto risco? Por quê?

#### **Atuação e memória profissional**

1. Quais são as memórias que você guarda sobre sua atuação como enfermeira neonatologista?
2. Quais são as suas lembranças sobre o surgimento das primeiras Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em Belo Horizonte? Você teve alguma participação ou relação com a criação de alguma delas?
3. Quais acontecimentos ou fatos você considera mais importantes na história da Enfermagem Neonatológica em Belo Horizonte? Por que esses momentos se destacam para você?

#### **Práticas profissionais e desafios**

1. Em relação ao papel do enfermeiro neonatologista na assistência ao recém-nascido de alto risco em Belo Horizonte, quais elementos você identifica como facilitadores e quais como dificultadores?
2. Quais práticas você realizava no seu cotidiano de trabalho que, na sua opinião, contribuíram para a redução da mortalidade entre recém-nascidos de alto risco?

#### **Protagonismos e contribuições**

1. Quais pessoas ou profissionais você considera fundamentais na construção da Enfermagem Neonatológica em Belo Horizonte e em Minas Gerais? De que forma essas pessoas se destacaram em sua atuação?
2. Por fim, o que mais você gostaria de compartilhar sobre a sua experiência como enfermeira neonatologista?

## **ROTEIRO SEMIESTRUTURADO - PRIMEIRAS ENFERMEIRAS TITULADAS NEONATOLOGISTAS PELO CEEH**

**Título da pesquisa:** história da profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte (1981 – 2001)

**Nome do participante:**

**Idade:**

**Data da entrevista:**

**Local da entrevista:**

**Data da transcrição:**

**Instituição onde se formou/Ano:**

**Área da especialização:**

**Maior titulação acadêmica:**

**Tempo de atuação na área de especialização:**

**Cargo exercido atualmente ou último cargo exercido:**

**Atuação em alguma entidade representativa da categoria profissional (em caso afirmativo, informar o cargo):**

### **Dados relacionados ao objeto de estudo**

#### **Formação e ingresso na área da neonatologia**

5. O que te motivou a realizar o Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar (CEEH)?
6. Antes da especialização, você já havia atuado em alguma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)?
7. Quais são as suas memórias sobre o início da sua atuação como enfermeira na área da neonatologia?
8. Após se tornar especialista, você se sentia preparada para o cuidado ao recém-nascido de alto risco? Por quê?

#### **Atuação e memória profissional**

4. Quais são as memórias que você guarda sobre sua atuação como enfermeira neonatologista?
5. Quais são as suas lembranças sobre o surgimento das primeiras Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em Belo Horizonte? Você teve alguma participação ou relação com a criação de alguma delas?
6. Quais acontecimentos ou fatos você considera mais importantes na história da Enfermagem Neonatológica em Belo Horizonte? Por que esses momentos se destacam para você?

#### **Práticas profissionais e desafios**

3. Em relação ao papel do enfermeiro neonatologista na assistência ao recém-nascido de alto risco em Belo Horizonte, quais elementos você identifica como facilitadores e quais como dificultadores?
4. Quais práticas você realizava no seu cotidiano de trabalho que, na sua opinião, contribuíram para a redução da mortalidade entre recém-nascidos de alto risco?

#### **Protagonismos e contribuições**

3. Quais pessoas ou profissionais você considera fundamentais na construção da Enfermagem Neonatológica em Belo Horizonte e em Minas Gerais? De que forma essas pessoas se destacaram em sua atuação?
4. Por fim, o que mais você gostaria de compartilhar sobre a sua experiência como enfermeira neonatologista?

## **ROTEIRO SEMIESTRUTURADO - PROFISSIONAIS QUE VIVENCIARAM O PROCESSO DE INSERÇÃO E FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA NA ÁREA NEONATAL**

**Título da pesquisa:** história da profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte (1981 – 2001)

**Nome do participante:**

**Idade:**

**Data da entrevista:**

**Local da entrevista:**

**Data da transcrição:**

**Instituição onde se formou/Ano:**

**Área da especialização:**

**Maior titulação acadêmica:**

**Tempo de atuação na área de especialização:**

**Cargo exercido atualmente ou último cargo exercido:**

**Atuação em alguma entidade representativa da categoria profissional (em caso afirmativo, informar o cargo):**

### **Memórias e experiências no cuidado neonatal**

1. Quais memórias você tem sobre o cuidado ao recém-nascido de alto risco em Belo Horizonte no período de 1981 a 2001?
2. Quais memórias você guarda sobre a atuação do enfermeiro na primeira Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da cidade?
3. Você se lembra de como se deu o início das primeiras UTIs neonatais em Belo Horizonte? Você teve alguma participação na criação de alguma dessas unidades?
4. Quais acontecimentos ou fatos você considera mais importantes na história da Enfermagem Neonatológica em Belo Horizonte? Por que esses momentos são relevantes para você?

### **Inserção e formação das enfermeiras neonatologistas**

1. Fale sobre a inserção das enfermeiras no cuidado ao recém-nascido de alto risco no contexto da instituição onde você atuava.
2. Em qual medida você acredita que contribuiu para a formação de enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte?
3. Na sua visão, quais elementos facilitaram ou dificultaram a inserção das enfermeiras no campo da neonatologia?
4. Houve alguma instituição que tenha fomentado de forma significativa a formação e inserção de enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte? Qual foi o papel dela nesse processo?

### **Protagonismo e legado**

1. Quais profissionais ou instituições se destacaram na construção da Enfermagem Neonatológica em Belo Horizonte e no estado de Minas Gerais? De que forma se destacaram?
2. Por fim, o que mais você gostaria de compartilhar sobre sua vivência em relação ao processo de inserção e formação do enfermeiro na área neonatal?

## ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A HISTÓRIA DA PROFISSIONALIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NEONATOLOGISTAS EM BELO HORIZONTE (1985 - 2001)

**Pesquisador:** Fernanda Batista Oliveira Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 86318025.1.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.478.733

**Apresentação do Projeto:**

Estudo que tem como objeto a profissionalização das enfermeiras neonatologistas em Belo Horizonte (1985 a 2001). O ano de 1985 refere-se à primeira unidade de terapia intensiva neonatal implantada em Belo Horizonte e o ano de 2001 contou com dois acontecimentos importantes para a enfermagem neonatológica brasileira e mineira: o a incorporação da área ao rol de especialidades pelo Conselho Federal de Enfermagem e a oferta do primeiro curso para formação de enfermeiras neonatologistas na capital mineira. Tem como objetivos: Historicizar o contexto sócio sanitário de atenção ao recém-nascido de alto risco em Belo Horizonte entre os anos 1985 e 2001; Caracterizar a implantação da primeira unidade de terapia intensiva neonatal de Belo Horizonte; Identificar as enfermeiras pioneiras da enfermagem neonatológica em Belo Horizonte; Descrever os avanços e os desafios vivenciados pelas primeiras enfermeiras tituladas neonatologistas pelo Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar no campo da saúde belorizontina; Analisar os elementos de configuração de um campo profissional na neonatologia para a atuação das enfermeiras na cidade de Belo Horizonte. Trata-se de uma pesquisa do campo da história. A dimensão a ser adotada neste estudo será a História Social, o domínio será o da História da Enfermagem. Em relação à abordagem, trata-se de pesquisa qualitativa, em que serão utilizados os critérios consolidados na lista de verificação Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



## CARTA DE ANUÊNCIA PARA COLETA DE DADOS

**Histórico:** Recebemos no dia 23 de dezembro de 2024, a solicitação da estudante Isabelle de Souza Januaria, Enfermeira especialista em neonatologia e mestranda do programa de pós graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com um pedido de coleta documental no Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, por meio de e-mail.

**Mérito:** Trata-se de anuência para coleta documental para o projeto intitulado: **PROFISSIONALIZAÇÃO DO ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA EM BELO HORIZONTE (1985-2001).**

Os **objetivos** da pesquisa são:

- Historicizar o contexto sócio sanitário de atenção ao recém-nascido de alto risco em Belo Horizonte entre os anos 1985 e 2001.
- Caracterizar a implantação da primeira unidade de terapia intensiva neonatal de Belo Horizonte.
- Identificar os enfermeiros pioneiros da enfermagem neonatológica em Belo Horizonte.
- Descrever os avanços e desafios vivenciados no campo da saúde belorizontina para a atuação dos primeiros enfermeiros titulados neonatologistas pelo CEEH.
- Analisar os elementos de configuração de um campo profissional para a atuação dos enfermeiros neonatologistas na cidade de Belo Horizonte.

Como há uma relação interinstitucional entre o objeto de pesquisa da referida e a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, a estudante, a orientadora Dra. Fernanda Batista Oliveira Santos (Escola de Enfermagem da UFMG) acreditam que a pesquisa possa ser beneficiada pelas fontes documentais deste Espaço Memorial. O CMMHS – Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos é um espaço museográfico que conta com acervos documentais da Santa Casa BH e de acesso público mediante agendamento do pesquisador considerando o seu horário de funcionamento.

**Conclusão:** a estudante pode realizar os agendamentos necessários à coleta documental por meio do e-mail [memoriasantacasabh@santacasabh.org.br](mailto:memoriasantacasabh@santacasabh.org.br) considerando os dias e horários de funcionamento do Espaço: segunda a sexta-feira das 09h às 17h.

Belo Horizonte, Minas Gerais - 07 de janeiro de 2025

Isabela Rocha Leão Magalhães  
Museóloga (COREM 2R 1282-I) - Centro de Memória Manoel Hygino dos Santos

