

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CECÍLIA DREBES PEDRON

**UNIDADE NEONATAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE:
IMPLANTAÇÃO E PRÁTICAS DE ATENDIMENTO**

PORTO ALEGRE

2007

CECÍLIA DREBES PEDRON

**UNIDADE NEONATAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE:
IMPLANTAÇÃO E PRÁTICAS DE ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

PORTO ALEGRE

2007

P372a Pedron, Cecília Drebes
Unidade neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre:
implantação e práticas de atendimento / Cecília Drebes Pedron;
orient. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha. – Porto Alegre, 2007.
80 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso
de Mestrado em Enfermagem, 2007.

Inclui resumos em: Português, Espanhol e Inglês.

1. Neonatologia: história. 2. Prática institucional. 3. Prática
profissional. 4. Unidades hospitalares. 5. Políticas públicas de
saúde. 6. Recém-nascido. 7. Pesquisa nos serviços de saúde:
história. I. Bonilha, Ana Lúcia de Lourenzi. II. Título.

Limites para indexação: Humano.

LHSN – 450.2
NLM – WS 420

CECÍLIA DREBES PEDRON

**UNIDADE NEONATAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE:
IMPLANTAÇÃO E PRÁTICAS DE ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA EM 25 DE OUTUBRO DE 2007

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Presidente da Banca – Orientadora

Escola de Enfermagem da UFRGS



Prof. Dra. Maria da Graça Corso Motta

Membro da Banca

Escola de Enfermagem da UFRGS



Prof. Dra. Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Membro da Banca

Escola de Enfermagem da UFRGS



Prof. Dra. Regina Gema Santini Costenaro

Membro externo da Banca

Centro Universitário Franciscano

Dedico este estudo ao meu marido Gustavo, minha irmã Cristiane e meus pais Wanda e Antoino Romeu, por todo carinho, companheirismo e incentivo a mim dedicado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me conduzido à área da enfermagem neonatal e por me permitir concluir mais uma jornada de aprendizado.

Ao meu marido Gustavo, pelo amor inesgotável, incentivo, companheirismo e paciência a mim dedicados.

À minha mãe, um exemplo de cuidadora a ser seguido e ao meu pai pelo incentivo constante nesta jornada.

À minha irmã Cristiane fonte de amor, carinho, dedicação e incentivo, sendo meu exemplo de todos os dias. Ao meu cunhado Marcírio, que sempre esteve presente, me incentivando e sendo um exemplo de amor à vida acadêmica.

Aos meus queridos pequenos pacientes que foram minha fonte de inspiração e motivação para este estudo.

À Professora Doutora Ana Bonilha, orientadora e amiga, por toda a paciência, dedicação e estímulo, pelo “cuidado” não só com a minha carreira acadêmica, como também com a minha vida pessoal.

À professora Doutora Marisa Monticelli, pela colaboração e sugestões no delineamento do estudo.

Às professoras Doutoradas Maria Luzia Chollopetz da Cunha e Maria da Graça Corso Motta, pela avaliação e contribuições dadas ao estudo.

À professora Doutora Regina Gema Santini Costenaro, pelas contribuições na fase final deste estudo.

Aos Informantes que se dispuseram a colaborar nesta pesquisa com disponibilidade e interesse.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul por proporcionar oportunidades de ensino com qualidade e gratuito.

À Doutora Anne Marie Weissheimer, Doutora Dora Lúcia de Oliveira, Doutora Lílian Santo, Doutoranda Annelise Gonçalves, Doutoranda Cláudia Armelline, Doutoranda Virgínia Moretto, Mestre Kátia Lopes e Mestre Marisa Vieira, pessoas especiais, que sempre me incentivaram a prosseguir na carreira acadêmica, sendo exemplos de coragem e força.

Aos membros do Grupo de Estudos da Mulher e do Bebê (GEMBE), pela vivência científica a mim proporcionada.

Aos colegas e amigos do Mestrado: Lucas de Melo, Micheline Dalarosa, Tatiana Rocha e Wilian Wegner, com os quais compartilhei momentos de aprendizado, alegria, medo, companheirismo e ansiedade.

Ao Hospital Regina que me permitiu conciliar o início da minha carreira assistencial com o início do mestrado.

Ao Hospital Divina Providência que me acolheu na assistência, respeitando e incentivando os meus momentos acadêmicos. Agradeço em especial as minhas colegas Enfermeiras e Técnicas de Enfermagem que souberam compreender até os momentos mais difíceis desta jornada, que resultavam na minha hiperatividade.

Aos meus novos colegas da ULBRA de Gravataí que me auxiliaram no início da minha carreira de docente.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio e compreensão nessa difícil jornada, por terem entendido minha ausência, sabendo da importância deste estudo na minha vida.

RESUMO

O objetivo desse estudo é conhecer a implantação da Unidade Neonatal e as práticas de atendimento adotadas durante essa implantação pelos profissionais de saúde no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul. Consideraram-se como práticas de atendimento as ações dirigidas ao recém-nascido e à sua família, realizadas pelos profissionais de saúde durante o processo de hospitalização do neonato. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado no referencial teórico da Nova História, usando a história oral como estratégia de coleta de dados, através das entrevistas semi-estruturadas. Outras fontes de dados foram materiais como rotinas, escalas, estatutos, cartas, fita de VHS, planta baixa e *slides* de projeção visual. O recorte temporal utilizado abrange o período desde 1972, quando teve início a elaboração do projeto de implantação da unidade, até o final do primeiro mandato das chefias de enfermagem e médica, em 1984. Os informantes seguiram os critérios de inclusão, tendo totalizado 15 profissionais da área da saúde sendo três médicos, dez Enfermeiras, uma técnica de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. A análise dos dados foi do tipo temática realizada com o auxílio do software Nvivo, versão 7.0, obtendo-se dois temas: Implantação da Unidade Neonatal e Práticas de Atendimento. Na implantação neonatal ficou evidenciada, pelos profissionais da saúde, a criação de um campo de atuação na área neonatal, com ênfase na tecnologia que permitisse aumentar a sobrevivência do neonato. As práticas de atendimento foram pautadas pela preocupação em unificar as condutas embasadas cientificamente e em valorizar os avanços tecnológicos. Essas práticas também consistiram da implantação das rotinas que permitiram a permanência dos pais junto ao recém-nascido durante todo o período de hospitalização. Entretanto, a valorização tecnológica e do cientificismo acabaram se sobrepondo à valorização do recém-nascido como um ser pertencente a uma família.

Descritores: História, Neonatologia, Prática Institucional

ABSTRACT

This study has the objective of knowing the implantation of a neonatal unit and the care practices adopted in this implantation by the health professionals in the *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Care practices have been considered the actions addressed to the newborn and its family performed by the health professionals during the process of hospitalization of the neonate. It is a qualitative study founded in the theoretical referential of the New History, by utilizing the oral history as strategy of data collection through semi-structured interview. Other data sources used were routines, scales, laws, letters, VHS tapes, ground plan and slides of visual projection. The time frame comprised the period from 1972, when the elaboration of the project for the implantation of the unit started, to the end of the first term of office of the nursing and medical management in 1984. The informing subjects followed the inclusion criteria totaling 15 professionals from the health area comprising 3 physicians, 10 nurses, 1 nursing technician and 1 nursing assistant. The analysis of the data followed the thematic model carried out with the support of the NVivo software (version 7.0). Thus, two themes were obtained: Implantation of the Neonatal Unit and Care Practices. In the neonatal implantation, the health professionals evidenced that the creation of a performance field in the neonatal field with emphasis in the technology that allowed increased outlive of the neonate. The care practices, in its turn, featured the concern about unifying the scientifically-based conducts and valuing the technological breakthroughs, besides the implantation of the routines that allowed the stay of their parents together with the newborn during the entire hospitalization period. However, the technological and scientific valuation finally imposed itself over the valuation of the newborn as a being belonging to a family.

Descriptors: History, Neonatology, Institutional Practice.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo conocer la implantación de la unidad neonatal y las prácticas de cuidado adoptadas en este período, por los profesionales de salud, en el *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, Rio Grande do Sul. Se consideraron como prácticas de cuidado las acciones dirigidas al recién-nacido y su familia realizadas por los profesionales de salud durante el proceso de hospitalización del neonato. Se trata de un estudio cualitativo fundamentado en el referencial teórico de la Nueva Historia, utilizando la historia oral como estrategia de recolección de datos, a través de entrevistas semi-estructuradas y otras fuentes de datos materiales como rutinas, escalas, estatutos, cartas, cinta de VHS, planta baja y diapositivas de proyección visual. El recorte temporal utilizado abarca el período desde 1972, cuando tuvo inicio la elaboración del proyecto de implantación de la unidad hasta el final del primer mandato de las jefaturas de enfermería y médica en 1984. Los informantes siguieron los criterios de inclusión totalizando 15 profesionales del área de la salud siendo 3 médicos, 10 enfermeras, 1 técnica de enfermería y 1 auxiliar de enfermería. El análisis de los datos fue del tipo temático realizado con el auxilio del programa NVivo (versión 7.0). Así, fueron obtenidos dos temas: Implantación de la Unidad Neonatal y Prácticas de Cuidado. En la implantación neonatal quedó evidenciado, por los profesionales de la salud, la creación de un campo de actuación en el área neonatal con énfasis en la tecnología que permitiera aumentar la sobrevivencia del neonato. Las prácticas de cuidado, a su vez, se caracterizaron por la preocupación en unificar las conductas embasadas científicamente y en valorar los avances tecnológicos, además de la implantación de las rutinas que permitieron la permanencia de sus padres junto al recién-nacido durante todo el período de hospitalización. No obstante, la valoración tecnológica y del cientificismo terminó por sobreponer a la valoración del recién-nacido como un ser perteneciente a una familia.

Descriptor: Historia, Neonatología, Práctica Institucional

LISTA DE ACRÔNIMOS

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

MEC – Ministério da Educação e Cultura

NPT – Nutrição Parenteral Total

RN – Recém-nascido

RNs – Recém-nascidos

RNPT – Recém-nascido pré-termo

UCO – Unidade de Centro Obstétrico

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UIN – Unidade de Internação Neonatológica

UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Hospital de Clínicas de Porto Alegre fase final de construção	33
Figura 2: Corredor da Unidade Neonatológica	39
Figura 3: Fluxograma de trânsito do RN dentro do HCPA	41
Figura 4: Regulação térmica em incubadora e berço aquecido	54
Figura 5: RN exposto à fototerapia.....	56
Figura 6: RNs com aporte de oxigenioterapia. Figuras A com respirador e B com campânulas.....	57
Figura 7: RN contido para procedimento.....	60

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Tecendo alguns Conceitos Relacionados à História	15
1.2 A História Escrita sobre a Neonatologia	17
2. OBJETIVO	23
3. METODOLOGIA	24
3.1 Tipo do Estudo	24
3.2 Local do Estudo	25
3.3 Informantes	25
3.4 Coleta de Dados	26
3.5 Análise dos Dados.....	28
3.6 Aspectos Éticos	30
4. IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE NEONATOLÓGICA.....	31
4.1 A Criação da Unidade de Atendimento Neonatológica	33
4.2 Justificativa para a Implantação da Unidade Neonatológica.....	35
4.3 Estruturação e Execução da Unidade de Internação Neonatológica	38
5. PRÁTICAS DE ATENDIMENTO.....	47
5.1 Práticas de Atendimento em Relação ao Recém-nascido.....	52
5.2 Práticas de Atendimento em Relação à Família	60
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA	76
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	77
APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR	78
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	79
ANEXO B – PLANTA BAIXA DA UNIDADE NEONATAL	80

1. INTRODUÇÃO

Conhecer um pouco mais sobre a área neonatal sempre me pareceu um desafio. Pois, desde a graduação em enfermagem, pude perceber o desenvolvimento científico e tecnológico que se fazem presentes nas Unidades de Internação Neonatológica (UIN). Este desenvolvimento tem proporcionado o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos (RN) de maior complexidade e a diminuição do índice de seqüelas pós-natais.

Logo ao término da graduação ingressei na área assistencial neonatal objetivando participar desta evolução científica e tecnológica. Durante os atendimentos que prestava pude observar a vulnerabilidade dos neonatos e a sua relação de dependência com os adultos: seus pais, para sua evolução afetiva, manutenção de seu bem estar, desenvolvimento e crescimento; e profissionais da saúde, em relação ao auxílio no seu nascimento e estabelecimento do equilíbrio fisiológico na vida extra-uterina.

Entretanto, durante o processo de adaptação dos recém-nascidos ao mundo extra-uterino, quando necessitam de intervenção assistencial e permanecem hospitalizados, a sua condição de vulnerabilidade requer um tratamento adequado para sua sobrevivência.

No período de hospitalização, em uma Unidade de Internação Neonatológica, o RN é submetido a diversos procedimentos. Em função da imaturidade e da incapacidade de se expressar por palavras, o RN se torna ainda mais vulnerável às habilidades dos profissionais que os atendem e das práticas de atendimento por eles exercidas. Considera-se práticas de atendimento as ações dirigidas ao recém-nascido e à sua família, realizadas pelos profissionais de saúde durante o processo de hospitalização do neonato.

Diversos são os fatores que levam o RN à internação hospitalar, como: as infecções agudas intra-uterinas, a doença da membrana hialina e outros distúrbios respiratórios, a asfixia perinatal, as malformações múltiplas, as infecções pós-natais, a hemorragia intracraniana, a desnutrição fetal e a isoimunização Rh (MIURA; FAILACE; FIORI, 1997; CARVALHO; GOMES, 2005). Porém, o fator mais freqüente e com maior índice de internação e morte neonatal é a prematuridade. Considera-se

prematuridade o feto que não atinge o termo da gestação, ou seja, o período compreendido entre 38 e 42 semanas gestacionais. Assim, este bebê é denominado recém-nascido pré-termo (RNPT), ou prematuro. Neste estudo foi utilizado o termo recém-nascido pré-termo por ser a nomenclatura científica utilizada na área da saúde. O RNPT possui uma imaturidade fisiológica que pode ser observada através da instabilidade respiratória, circulatória e termorreguladora (FIKAC, 2002; CAETANO; FUJINAGA; SCOCHI, 2003). Cunha, Mendes e Bonilha (2002, p. 7) corroboram com essa idéia referindo que “quanto menor a idade gestacional do bebê maior é a imaturidade de seus órgãos”. Essa imaturidade exige dos profissionais de saúde um atendimento especializado e qualificado para auxílio na sua sobrevivência.

A hospitalização, geralmente, não é esperada pela família, porém, pode ser necessária ao recém-nascido que exhibe dificuldade de adaptação extra-uterina. O neonato, que necessita de internação hospitalar, dispõe de um arsenal tecnológico requintado e eficaz que lhe permite, na maioria das vezes, uma recuperação e restabelecimento de sua fisiologia. O arsenal tecnológico que visa à sobrevivência desse RN, juntamente com outros artefatos, podem gerar um estresse ao RN, aumentando seu período de hospitalização. Além dos efeitos sonoros que causam prejuízo à saúde do neonato, agregam-se como fatores negativos a luminosidade excessiva, as temperaturas ambientais inadequadas, a exposição a procedimentos dolorosos repetidos e a separação do RN de seus pais.

Atualmente, se sabe da importância e dos benefícios que o aprimoramento das práticas de atendimento, que reduzem o nível de estresse do RN, podem acarretar ao neonato e à sua família, como: a diminuição do aporte de oxigênio e das quedas de saturação, a redução do período em ventilação mecânica, dos episódios de apnéia, do período de alimentação por sonda gástrica, das taxas de hemorragia peri e intraventricular, doença pulmonar crônica e de hospitalização e o aumento no ganho de peso, a melhora do estado de organização do neonato, estado comportamental e desenvolvimento social não prejudicados (GUINSBURG, 2004).

Em função da necessidade de mudança do paradigma na atenção neonatal, a comunidade acadêmica e o Ministério da Saúde vêm preconizando propostas de atendimento pautadas em práticas humanizadoras a serem exercidas pelos

profissionais da saúde. Estas indicam condutas de atendimento que reduzem o estresse e conseqüentemente o período de hospitalização do neonato reduzindo também as seqüelas existentes na vida pós-natal. Entretanto, essas ações na região da Grande Porto Alegre são apenas preconizadas e não praticadas (INÁCIO, 2002).

Sabendo dos benefícios que as práticas de atendimento humanizadas podem gerar ao neonato, me questiono sobre a razão dos profissionais da saúde encontrarem tanta dificuldade em executarem essas práticas de atendimento. Será que essas práticas nunca foram executadas? Será que só agora estão sendo necessárias? Como foram as práticas de atendimento durante a implantação destas unidades neonatais? Como foi a formação acadêmica dos profissionais que atuam hoje na assistência? Que práticas de atendimento foram aprendidas pelos formadores dos profissionais que atualmente prestam atendimento aos bebês? Em que paradigmas estes foram formados?

A partir destes questionamentos desenvolveu-se uma pesquisa de caracter histórico visando conhecer o surgimento da neonatologia em um Hospital Universitário e as práticas de atendimento desenvolvidas naquele período. Segundo Burke (1992), através da reconstrução da história pode-se criar subsídios para compreender, mesmo que parcialmente, o que ocorre no presente.

Escolheu-se assim, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para ser o campo de pesquisa para este estudo. Este é reconhecido como um Hospital Universitário e está vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sendo considerado um local formador de grande parte dos profissionais que atuam hoje em Porto Alegre e no Estado do Rio Grande do Sul.

O recorte temporal utilizado para delimitar o período do estudo foi desde 1972, quando iniciou-se o planejamento da unidade, até 1984 quando terminou o primeiro mandato das chefias médicas e de enfermagem. Inferindo-se que neste período ocorreram, de fato, a implantação da unidade e das rotinas de práticas de atendimento ao neonato e à sua família.

1.1 Tecendo alguns Conceitos Relacionados à História

Tendo em vista que este trabalho é de caráter histórico, faz-se necessário descrever alguns conceitos empregados ao longo do texto. Desta forma, seguindo a linha da pesquisa histórica pode-se dividir a história em História Antiga e Nova História (BORENSTEIN, 1995; BURKE, 1992). Neste estudo, optou-se por seguir o referencial teórico da Nova História que valoriza toda a atividade humana, considerando sua história e seu passado, reconstruindo um fato e relacionando os momentos posteriores ao momento em estudo. A História Antiga, por sua vez, contempla-se apenas dos fatos de rememoração e memorização de grandes historiadores indo-se da história à memória coletiva, desta forma, não considerou-se pertinente o uso deste referencial teórico para a reconstrução da implantação da Unidade Neonatológica (BORENSTEIN, 1995; BURKE, 1992).

Burke (1992, p. 10-16) destacou seis pontos principais para melhor diferenciar a Antiga da Nova História: no paradigma tradicional a História Antiga diz respeito essencialmente à política enquanto a Nova História se interessa por toda a atividade humana; os historiadores tradicionais pensam na história como uma narrativa dos acontecimentos enquanto a Nova História preocupa-se com a análise das estruturas; a visão dos acontecimentos na História Antiga contempla os feitos dos grandes homens, estadistas, generais ou ocasionalmente eclesiásticos, visão de cima, e na visão da Nova História é a “vista de baixo”, ou seja, considera a opinião das pessoas comuns e com sua experiência da mudança social; os historiadores consideravam que a história deveria estar embasada em documentos oficiais e em contrapartida a Nova História baseia-se em evidências que também podem ser visuais ou orais; tradicionalmente a história não questionava os fatos em vários sentidos o que já pode ser observado na Nova História que abrange novas fontes de informação; e a história vista como tradicional era também objetiva com uma apresentação e na Nova História os fatos já não são considerados neutros, há uma análise e interferência do historiador apresentando subjetividade nas análises. A partir desses seis pontos apresentados, evidenciou-se que, embasado no referencial teórico da Nova História, a partir de informações de pessoas que vivenciaram um determinado momento, há condições para se entender parcialmente o que ocorre no presente.

Na abordagem da Nova História aqui adotada, valoriza-se os acontecimentos como um todo. Salienta-se que ao estudar a história de uma determinada área de atuação desenvolve-se um exercício de auto-conhecimento e a possibilidade de

(re)construir a identidade profissional (HOCHMAN; SANTOS; PIRES-ALVES, 2003; BARREIRA, 1999).

Para Padilha e Borenstein (2000) a memória da história na área da saúde encontra-se fragmentada e ainda esparsa, sendo importante conhecer o passado para compreender fatos que influenciam nossa conduta atual. Entretanto pouco se tem escrito para subsidiar nossas inferências e embasar projetos que beneficiem nossas práticas e planejamentos para o futuro (PADILHA; BORENSTEIN, 2000).

De acordo com Barreira (1999, p.88), o historiador tem a função de, além de “fazer lembrar o que os outros esqueceram”, também a de compreender como os eventos se deram, da forma como se deram e como eles se articulam entre si. Sob esta perspectiva, o estudo histórico tem a atividade de preservar a memória e entender o passado em suas diversas interconexões.

Entende-se que o conhecimento histórico permite uma tomada da consciência daquilo que somos e que nos transformamos, enquanto produtos da história (BARREIRA, 1999). Assim, o presente pode ser considerado como o resultado de uma série de atividades e decisões, e muitos são os fatores que ainda podem influenciar o contexto atual, ou seja, a análise do passado pode explicar parcialmente o presente.

1.2 A História Escrita sobre a Neonatologia

Em relação à temática desenvolvida nesse estudo, sabe-se que a história escrita sobre os neonatos no mundo pode começar a ser contada a partir do século XIX. Neste período, os neonatos eram ignorados pela sociedade e havia uma alta taxa de mortalidade infantil. Essa taxa, segundo Lussky (1999), chegava a 85-95% para os RNPT. Era esperado que os recém-nascidos pré-termo e os recém-nascidos que apresentavam malformações fossem a óbito, havendo assim uma “seleção natural” de sobrevivência (LUSSKY, 1999; AVERY, 1999).

Devido à crescente taxa de mortalidade neonatal, entre 1870 e 1920, surgiu na Europa um movimento pela saúde da criança, criando-se os berçários de cuidados especiais (LUSSKY, 1999; AVERY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

No ano de 1878, no intuito de reduzir as taxas de mortalidade neonatal, foi criada a primeira incubadora, sendo apresentada e instalada em 1880, numa maternidade em Paris, por Stephane Etienne Tarnier (LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Nos primórdios do atendimento ao recém-nascido não sabia-se quem teria a responsabilidade por esse neonato, se esse ficaria a cargo dos obstetras ou pediatras. Em 1916, iniciou-se uma disputa entre essas duas áreas, pois o recém-nascido não possuía uma especialidade específica para o seu atendimento. Dando atenção a esta problemática, neste momento, o pediatra Julius Hess implantou a disciplina de neonatologia em Chicago, USA (LUSSKY, 1999).

Foi a partir de 1920 que as pesquisas na área da neonatologia começaram a ganhar mais força, destacando-se na área a utilização dos avanços tecnológicos para o aprimoramento do atendimento aos RNs.

A primeira estação de RNPT, ou seja, o primeiro centro de assistência para lactentes e prematuros, foi criada no ano de 1922 em Chicago, intensificando assim as pesquisas para salvar suas vidas (LUSSKY, 1999). Continuando as pesquisas, foram estudadas as funções neurológicas do bebê e realizada a primeira exsanguíneotransfusão, em 1925, por Alfred Hart, em Chicago (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Paradoxalmente, já que o principal objetivo era aumentar o índice de natalidade e sobrevida neonatal unindo mães e filhos, iniciavam-se em 1925 as atividades do controle de infecção hospitalar proibindo as mães de permanecerem junto aos seus bebês. Assim, iniciou-se o processo de separação mãe/bebê, fato que ainda acontece em diversas instituições hospitalares, ao restringir o tempo de permanência dos pais junto aos recém-nascidos (AVERY, 1978). Além da separação do RN de seus pais, o controle de infecção normatizou o início do uso de tocas, luvas e máscaras para isolar os RNs do contato de outros profissionais não pertencentes à Unidade Neonatológica. Esse fato caracterizou a separação do RN de seus pais e outros profissionais, permitindo que o neonato fosse objeto de estudo apenas para os profissionais que atuavam na área neonatal.

As pesquisas na área neonatal continuaram, e em 1930 foi inserido o processo de oxigenioterapia. A partir deste ano foram estudados diversos distúrbios

respiratórios, aperfeiçoando-se com o passar dos anos as tecnologias de tratamento para esses distúrbios (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Em Chicago, no ano de 1938, o pediatra Julius Hess refere que a enfermagem exerceu um papel de destaque, obtendo os menores índices de mortalidade quando o atendimento era supervisionado por Enfermeiras treinadas na área de neonatologia. Nesta época, surge um centro de especialização em enfermagem neonatal, Chicago, sendo criado para tal, um fundo de investimentos dada à importância do atendimento realizado pela enfermagem (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

As pesquisas e os investimentos na área neonatal tornaram-se cada vez mais freqüentes, espalhando-se para o mundo. Em 1940, iniciavam-se terapias para eritroblastose fetal; em 1946 dominou-se a técnica do cateterismo umbilical. As apnéias eram controladas, em 1950, através da observação e estímulos. O primeiro recém-nascido foi mantido em ventilação mecânica por traqueostomia e bloqueio neuromuscular, na África, em 1957, sobrevivendo por 10 dias. Este fato estimulou e incentivou as pesquisas na área e o desenvolvimento de respiradores. Ainda em 1957, Virgínia Apgar elabora a avaliação inicial do RN nos primeiros cinco minutos de vida. Em 1959, identificou-se a deficiência do surfactante (AVERY, 1978; LUSSKY, 1999; AVERY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA 2004).

Após esse breve resgate sobre os primórdios do intensivismo neonatal no âmbito mundial, cabe registrar que no Brasil, pouco se tem escrito sobre este tema. Sabe-se que em 1908, surgia a primeira creche popular da cidade do Rio de Janeiro, com 21 leitos e duas incubadoras para crianças débeis e prematuras. Entretanto, embora os centros para RNPT e creches fossem completamente diferentes dos berçários modernos, mantinham o mesmo intuito de diminuir a mortalidade infantil e neonatal (AVERY, 1978; LUSSKY, 1999).

No Rio Grande do Sul, a partir dos anos 60, já havia auxiliares de enfermagem e Enfermeiras que atuavam no atendimento intensivo ao recém-nascido de risco, sendo o curso de especialização em enfermagem lançado em 1963. Acreditava-se que o atendimento realizado por Enfermeiras especialistas resultava nos melhores indicadores de sobrevivência neonatal. As primeiras rotinas para o atendimento médico ao neonato foram escritas em 1963-1964 e publicadas no manual "Clínica Obstétrica: manual do Residente.", em 1967. (COSTA, 1992).

A partir dos anos 60 iniciava-se o atendimento intensivo neonatal no Rio Grande do Sul. Contudo, não havia uma unidade específica para os RNs de risco, existindo somente berçários que prestavam atendimentos gerais aos RNs. Em 1978 surgiram as primeiras Unidades de Internação Neonatológicas com cuidados intensivos no Rio Grande do Sul, sendo também as primeiras do Brasil. A partir desta data iniciava a luta pela redução do alto índice de mortalidade materna e neonatal. Porém, poucos são os registros existentes sobre as práticas de atendimento adotadas e pensadas naquela época e quais as influências nas práticas atuais.

Ao analisar a literatura disponível, nota-se uma crescente complexidade dispensada ao atendimento do recém-nascido de risco. Este fato é acompanhado pela separação do bebê de seus pais, da não integração do RN à sua família e da percepção do bebê como um ser que possui restrições e necessidades farmacológicas e tecnológicas para a recuperação do seu corpo biológico. Essa prática de separação do bebê de sua família e de supervalorização da tecnologia pode ainda ser observada, atualmente, em diversos momentos dentro de uma Unidade Neonatológica.

Em 2000, a avaliação do serviço de saúde prestado à comunidade estava decaindo cada vez mais. Houve um número significativo de queixas dos usuários em relação ao atendimento hospitalar fazendo com que o então Ministro da Saúde, José Serra, convocasse profissionais da saúde para a elaboração de um projeto que visava promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil. Este projeto deu origem ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que, por sua vez, oportunizou o processo de mudanças na cultura de atendimento vigente nos hospitais (BRASIL, 2001).

O objetivo inicial do referido projeto (PNHAH) foi a busca de estratégias que possibilitassem aprimorar as relações humanas entre profissionais da saúde e usuários, profissionais da saúde entre si e hospital com a comunidade. Visava à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2000; CECÍLIO; PUCCINI, 2004; DESLANDES, 2004).

Outro ponto a ser salientado foi em relação à supervalorização tecnológica e ao descaso com a integralidade do ser humano. Destaca-se a dificuldade das relações humanas, a qual julga-se que se tornam frias, impessoais e objetivas. Esta

crítica, feita por Cassate e Corrêa (2005), é seguida da sugestão relativa à conciliação da tecnologia dura (máquinas e aparelhos) com a tecnologia leve-dura (saber profissional como estrutura e protocolo) e com a tecnologia leve (cumplicidade, empatia e vínculo do profissional de saúde com o usuário).

Atualmente, mesmo com os programas de humanização hospitalar e de humanização ao parto e nascimento, na prática de atendimento observa-se o uso indiscriminado da tecnologia sem considerar a integralidade e individualidade do usuário. Observa-se também, a escassez de recursos para atender a população, a formação de profissionais centrados no modelo biomédico, incapaz de desmedicalizar o parto, a falta de critérios para indicações do tipo de parto a ser evoluído mesmo que isso acarrete prejuízo à saúde do recém-nascido.

Ainda em relação as práticas adotadas pelos profissionais de saúde, na prática profissional da autora, observa-se cada vez mais o aumento do número de partos cesárea, da internação de bebês em Unidades Neonatológicas, da falta de comunicação entre obstetras e neonatologistas causando um aumento na taxa de mortalidade neonatal.

Em relação à humanização no intensivismo neonatal, foi formulada uma norma de Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru) pelo Ministério da Saúde em julho de 2000. Essa norma prevê a aproximação do bebê de sua mãe (o mais precoce possível), o estímulo do reflexo de sucção, quando possível, estimulando o aleitamento materno e a garantia de acesso aos cuidados especializados aos neonatos de risco (BRASIL, 2002).

Apesar de ainda não ter sido elaborado um programa de humanização ao atendimento neonatal, é possível encontrar bibliografias que preconizam algumas ações para a prática de atendimento no intensivismo neonatal. Através da revisão da literatura destacam-se alguns pontos a serem considerados para um melhor atendimento no processo de hospitalização neonatal: a aproximação do bebê de sua família; a prática de mãe canguru; a disponibilidade de recursos tecnológicos associada ao cuidado qualificado e que resgate a importância dos aspectos emocionais, culturais e fisiológicos; assistência aos pais promovida pela equipe multiprofissional; controle ambiental quanto a luminosidade e ruídos; aprimoramento da prática profissional em relação ao bebê e sua família; promoção do apego e interação do bebê com sua mãe; promoção de práticas que reduzam o nível de

stress e de dor do neonato; a formação de “ninhos” (estrutura de pano para o posicionamento postural) que proporcionem a manutenção da posição fetal e tratamentos com massagem promovendo a estimulação tátil (JUNIOR, *et al.*, 2004; PACHI, 2004; RODARTE, *et al.*, 2005; LAMEGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005; LAMY, *et al.*, 2005).

Desde os primórdios do atendimento no intensivismo neonatal houve a intenção de aumentar a sobrevivência dos recém-nascidos. Houve um crescimento tecnológico e um grande investimento em pesquisas nessa área, que podem ser observados, atualmente, através dos ambientes terapêuticos: equipamentos de última geração, diversidade de profissionais da saúde e fragmentação dos conhecimentos em especialidades. Entretanto, é necessário compreender como foi o início deste serviço a fim de contribuir para a compreensão da dificuldade existente, por parte dos profissionais, em aplicar na prática o discurso preconizado existente.

Esse capítulo contextualizou o leitor da problemática existente relacionada às práticas de atendimento neonatal e os discursos preconizados. O restante do trabalho está organizado como segue: o capítulo 2 apresenta o objetivo do estudo, o capítulo 3 a metodologia adotada, o capítulo 4 e 5 referem-se aos dois capítulos de análise, sendo que o primeiro descreve a implantação da unidade e o segundo, as práticas de atendimento adotadas na implantação em relação ao RN e em relação à sua família. Finaliza-se o trabalho então com considerações críticas e sugestões para futuras pesquisas.

2. OBJETIVO

Conhecer a implantação da Unidade Neonatológica e as práticas de atendimento adotadas durante essa implantação pelos profissionais de saúde no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

3. METODOLOGIA

Este capítulo subdivide-se em: tipo do estudo, local do estudo, informantes, coleta de dados, análise dos dados e os aspectos éticos adotados.

3.1 Tipo do Estudo

O estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa histórica, de cunho qualitativo, que segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 205) permite “responder às perguntas que dizem respeito às causas, efeitos ou tendências dos eventos passados que podem lançar luz sobre os comportamentos ou práticas atuais”. Referem ainda, estas autoras, que a investigação histórica objetiva desvelar um novo conhecimento examinando uma ampla gama de fenômenos tanto do passado quanto do presente e não fazer apenas um resumo do passado.

Hochman, Santos e Pires-Alves (2003) retratam a pesquisa histórica como uma fonte que busca a partir das questões que se colocam no presente, uma (co)relação no passado, analisando o contexto social, cultural e histórico, e obtendo, desta forma, subsídios para traçar novos rumos para o futuro.

Apoiado no referencial teórico da Nova História, utilizou-se a história oral como estratégia de coleta de dados para fazer o resgate histórico da implantação da Unidade Neonatológica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O recorte temporal utilizado abrange o período de 1972, quando teve início a elaboração do projeto de implantação da unidade, até o final do primeiro mandato das chefias de enfermagem e médica, em 1984. A relevância do período abrangido justifica-se pelo mesmo conter desde os primeiros documentos escritos do projeto da Unidade Neonatológica, a qual fornece subsídios para refletir sobre as práticas de atendimento adotadas, até o final da vigência da primeira chefia, visto que a troca das chefias pode levar a diferenças nas condutas adotadas.

3.2 Local do Estudo

Em 1980, foi inaugurada a Unidade Neonatológica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na qual foi desenvolvido este estudo. Esta instituição é uma empresa pública vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Ministério da Educação e Cultura (MEC). Presta assistência médico-hospitalar à comunidade e cedia campos de estágio e pesquisa para graduação e pós-graduação, bem como para outras instituições de ensino.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é considerado um hospital de referência do sul do país, que visa qualificar e formar profissionais de saúde de nível superior que ofereçam atenção integral à saúde de todo cidadão, sendo também considerado modelo de atendimento para as outras instituições de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A instituição hospitalar possui 125.256,38m² de área construída e contou no ano de 2006 com 4.078 funcionários, 279 docentes, 1.484 alunos da graduação, 544 do mestrado e 266 do doutorado (HCPA, 2007).

A Unidade Neonatológica possui uma área física com 1200m², contando com 53 leitos. Os leitos se dividem em 20 leitos de UTI, sendo seis leitos na UTI I, seis leitos no isolamento e oito leitos na UTI II. Existem 27 leitos distribuídos em salas de atendimentos Intermediários I, II, III e IV e seis leitos de admissão.

3.3 Informantes

Informantes são os profissionais participantes do presente estudo. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 44) este é um termo adequado para referir-se aos indivíduos que cooperaram no estudo de forma mais ativa do que passiva.

Os critérios de inclusão para o grupo selecionado de informantes foram: profissionais de saúde que participaram do projeto e/ou da implantação da Unidade Neonatológica, podendo esta participação ter se dado no âmbito administrativo ou assistencial.

Mais especificamente, estabeleceram-se como critérios de inclusão: ser profissional da saúde, ser médico, enfermeiro, técnico, auxiliar ou atendente de enfermagem; ter trabalhado no projeto para a implantação da unidade de neonatologia ou na execução do mesmo; apresentar condições de saúde para a realização da entrevista e disponibilidade de relatar sua experiência profissional.

Os dados de contato (nome, endereço e telefone) dos informantes foram obtidos por meio da chefia do Serviço de Enfermagem e do Serviço Médico da área neonatal do referido hospital, bem como no guia telefônico e nos locais de trabalho desses profissionais.

Inicialmente foi construída uma listagem com os nomes dos profissionais que atuaram durante o período da implantação. No decorrer das entrevistas foram sendo priorizados os informantes que participaram mais ativamente do projeto e da implantação das práticas de atendimento até que os dados se saturassem.

O número de informantes foi definido pelo critério de saturação de dados. Segundo Denzin e Lincoln (2000) esta é uma forma que permite uma análise profunda dos dados, resultando numa maior compreensão do tema estudado. Assim, foram entrevistados 15 profissionais da área da saúde sendo três médicos, 10 Enfermeiras, um técnica de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. Considerou-se não relevante a harmonia entre o número de entrevistados por categoria profissional, visto que as informações sobre a implantação se complementavam.

Cabe ressaltar que ao longo do desenvolvimento do trabalho, os nomes dos informantes foram alterados para preservar o anonimato dos mesmos. Escolheu-se a letra "I", de informantes, seguida por uma seqüência numérica aleatória que não caracteriza a seqüência das entrevistas.

3.4 Coleta de Dados

Seguindo a linha da Nova História, Burke (1992) refere que toda a atividade humana é passível de virar uma fonte de dados. Na Nova História, torna-se inadequado subdividir as fontes de dados em primárias e secundárias, pois todas as

fontes de dados são retrato de um determinado momento, cabendo ao historiador criticar as fontes de dados.

O estudo teve como fonte de dados entrevistas e materiais como rotinas, escalas, estatutos, cartas, fita de VHS, planta baixa e slides de projeção visual. A realização das entrevistas seguiu a estratégia da história oral.

A história oral é uma estratégia que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos num determinado contexto social. As entrevistas implicam na percepção do passado como algo que tem continuidade hoje, dentro de um processo histórico em andamento, cujo informante contribuirá com sua percepção sobre os fatos vivenciados (ALBERTI, 2004; MEIHY, 1996).

Borenstein (1998) refere a importância da história oral, visto que esta é considerada a principal forma de reconstrução de um período ou fatos que ocorreram no passado e cujo registro foi escasso ou inexistente.

Alberti (2004) ressalta que o informante relata o passado não como ele ocorreu efetivamente e, sim, da forma como o acontecimento foi apreendido e interpretado, cabendo ao pesquisador fazer uma reflexão ampla, contemplando questões que subsidiam tais diferenças entre os depoentes.

Bonilha e Rivorêdo (2005) salientam a importância de contar a história com diferentes percepções, validando e salientando diferentes visões num único objetivo. Esta estratégia de coleta aproxima o pesquisador do objeto do estudo propiciando um contato e uma maior compreensão dos fatos dentro do seu contexto cultural, social e histórico (BORENSTEIN, 1998; THOMPSON, 1992).

As entrevistas foram semi-estruturadas, guiadas por questões norteadoras (APÊNDICE A), realizadas com os informantes, gravadas em meio digital (MP3 player) e repassadas para mídias de CD. Duraram entre dez minutos e quatro horas. As entrevistas foram transcritas para facilitar a análise dos dados e serão guardadas por cinco anos com posterior destruição do material, conforme recomendação da Lei 9610/98 dos Direitos Autorais.

3.5 Análise dos Dados

A análise dos dados do estudo seguiu a premissa da análise de conteúdo, do tipo temático, proposta por Bardin, por ser entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos que são aplicados aos discursos, nas mais diversas áreas de conhecimento. Os pesquisadores que se valem desta técnica de análise de dados possuem “atração pelo escondido, o latente, não aparente, o potencial do inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem” (BARDIN, 2004, p.7).

O fundamento deste conjunto de técnicas de análise das comunicações, segundo Bardin (2004), reside na articulação entre: a superfície dos textos, descrita e analisada e os fatores que determinam estas características, deduzidos logicamente. No presente trabalho, esta técnica é entendida como adequada uma vez que tem-se como material para análise as entrevistas dos informantes, as quais nos trazem informações sob a ótica de cada entrevistado na temática da implantação da UTI Neonatal sendo exploradas de forma crítica.

A análise de conteúdo manipula mensagens com o intuito de evidenciar os indicadores que permitem inferir sobre uma ou outra realidade (BARDIN, 2004). Bardin (2004) argumenta sobre um grupo de valores que estão implícitos nas entrevistas dos informantes, sendo fundamental, primeiramente, apreender os valores implícitos nas falas.

De acordo com a proposta de Bardin (2004), existem três diferentes fases na análise de conteúdo: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais. O que se pretende é ter subsídios para desenvolver sucessivas operações no plano de análise. Para tanto, foram utilizadas três etapas para a realização da pré-análise: a escolha dos documentos que foram analisados, a formulação de hipóteses e objetivos, e a elaboração dos indicadores que fundamentaram a interpretação final. Cabe salientar que estas três etapas apesar de estarem muito relacionados, não acontecem obrigatoriamente nesta ordem.

Na segunda fase, a exploração do material, foi realizada de forma criteriosa, consistindo nas operações de codificação em função das regras previamente estabelecidas.

O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, consiste na terceira e última fase, cujo objetivo é obter resultados significativos e válidos. Estes resultados significaram a construção dos temas propriamente ditos, sendo divididos em dois capítulos: Implantação da Unidade Neonatológica e Práticas de Atendimento.

Apesar de não ser considerada obrigatória em todas as fases, a operação que mais se destaca e é considerada relevante para a qualidade da análise de conteúdo é a categorização. Segundo Bardin (2004, p.111), a categorização é uma operação “de classificação de elementos construtivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. Diversos são os critérios que podem ser adotados para a realização da categorização: semântica (categorias temáticas), sintático (os verbos, os adjetivos), lexical (classificação segundo o sentido das palavras) e expressivo (por expressões utilizadas na fala). Neste trabalho foi adotada a categorização temática, pois permite analisar a descrição do conteúdo emergente das entrevistas. Finalmente, destaca-se que o processo de categorização pode ter dois subprocessos, sendo que no primeiro conta-se com um conjunto de categorias previamente definidas sendo feita a análise do texto, e no segundo, é realizada a classificação analógica e progressiva dos elementos. O título da categoria é definido no final da operação.

Sobre a análise de conteúdo ainda é válido citar que Bardin (2004) prevê o uso de computadores como ferramenta de apoio a análise dos dados. No caso do presente estudo, foi utilizado o software NVIVO versão 7.0 como ferramenta de apoio. Dentre as conseqüências citadas pela autora sobre o uso de sistemas informatizados para esta atividade, cabe ressaltar o acréscimo ao rigor na organização dos dados coletados e a possibilidade de manipulação de dados complexos. Esse processo de análise auxilia o pesquisador a desenvolver momentos de criatividade e reflexão, pois a visualização e a manipulação dos dados torna-se mais flexível.

O NVIVO permite ao pesquisador inserir todas as entrevistas no sistema. Após a leitura exaustiva das entrevistas, o pesquisador constrói os temas e subtemas classificando posteriormente cada entrevista dentro dos temas previamente elaborados. Estes dados são flexíveis e permitem a permuta e modificação da nomenclatura e do texto caso seja necessário, até que se chegue nos temas e subtemas definitivos, o que torna a análise mais rápida e completa.

3.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do qual recebeu aprovação (ANEXO A). Em um segundo momento, os dados foram coletados nos arquivos da referida instituição, para que mais tarde pudessem ter sido realizadas as entrevistas com os profissionais de saúde. A estes profissionais, que aceitaram participar do estudo, foi solicitado que assinassem um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pela pesquisadora, pela professora orientadora do presente trabalho e por cada um dos informantes. Este foi redigido em duas vias, sendo uma para o informante e outra para as pesquisadoras. Neste termo, seguindo orientações de Costa, Garrafa e Oselka (1998), constam os objetivos da pesquisa, a questão da voluntariedade para a participação da entrevista, a liberdade para a desistência do informante em qualquer etapa da pesquisa sem que houvesse qualquer dano ou penalização, bem como a preservação do anonimato dos informantes, conforme rege a Resolução 196/96.

Segundo Goldim (2000), os aspectos legais que protegem a população pesquisada devem ser respeitados, assim, procurou-se preservar totalmente o anonimato dos informantes. Em função disto, as pesquisadoras assinaram um termo de compromisso no qual foi previsto manter o anonimato dos profissionais responsáveis pelos registros, nos arquivos pesquisados. Este documento é chamado Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE C).

Após a descrição dos aspectos metodológicos que guiaram este trabalho, o próximo capítulo apresenta a implantação da Unidade Neonatológica.

4. IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE NEONATOLÓGICA

Antes da criação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 1972, as universidades da Grande Porto Alegre não possuíam um Hospital Universitário para o desenvolvimento dos estágios acadêmicos. Nessa época, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e as demais universidades utilizavam o Hospital da Santa Casa para a realização de seus estágios, o que acabava se tornando um campo pequeno devido ao grande número de alunos existentes. Na área da Materno-Infantil, as universidades dispunham apenas de berçários e não Unidades Neonatológicas especializadas no recém-nascido prematuro ou doente. Nas disciplinas voltadas ao neonato, as patologias eram apenas estudadas em livros, pois ainda não existia uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Assim, os profissionais da saúde e professores que trabalhavam na Universidade Federal iniciavam os projetos para a construção de um Hospital Universitário.

No início da década de 30 surgiu, entre os profissionais da saúde e professores da UFRGS, o desejo de criar um Hospital Universitário. Nos anos 40 iniciou-se a construção de um prédio, que seria mais tarde a sede do novo Hospital Universitário. A construção deste prédio estendeu-se ainda pelas décadas de 50 e 60.

Em 1970, o presidente da república Emílio Garrastazu Médici, juntamente com o Congresso Nacional, decretou e sancionou a Lei Federal nº 5.604, que autorizou a construção do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o qual foi instituído como uma empresa pública, de personalidade jurídica e de direito privado.

A Lei Federal nº 5.604/70 definiu que o capital inicial do HCPA pertencia integralmente à União. Sendo incorporado a este capital o terreno no qual está situado o prédio do Clínicas, os outros terrenos e edificações localizados na mesma quadra, bem como equipamentos destinados à área hospitalar por doação da UFRGS e o prédio do Hospital de Clínicas. O patrimônio seria próprio e a autonomia administrativa vinculada à supervisão do Ministério da Educação e Cultura.

O estatuto do HCPA, aprovado em julho de 1971, apresentava como objetivos da instituição:

a) administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar;

- b) prestar serviços à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a outras instituições e à comunidade, mediante do as condições que forem fixadas em seu Regulamento;
- c) servir como área hospitalar para as atividades da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, nas condições que forem fixadas por seu Regulamento;
- d) cooperar na execução dos planos de ensino das demais unidades da Universidade Federal do Rio Grande Sul, cuja vinculação com problemas de saúde ou com outros aspectos da atividade do Hospital torne desejável essa cooperação;
- e) promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas.

O HCPA estava sendo construído para ser um hospital com assistência especializada e inovadora, sendo um campo de ensino e pesquisa para a UFRGS, fato esse que ficou evidenciado nos arquivos do Hospital de Clínicas:

“a Unidade de Neonatologia foi organizada com vistas a garantir um cuidado moderno, evoluído e adequado as necessidades do recém-nascido de baixo, médio e alto risco. E obviamente servir de um local de treinamento de profissionais que se dedicassem a especialidade” (HCPA, 1998¹).

O projeto inicial do hospital projetava a construção de unidades hospitalares com diversas especialidades atendendo a população em todas as suas necessidades. O estatuto e o protocolo foram criados para unificar as condutas de assistência.

Em 1972, o prédio do HCPA estava sendo acabado, mas já iniciavam-se os primeiros atendimentos ambulatoriais. Gradualmente os serviços foram sendo inaugurados e colocados à disposição da população. A figura 1 apresenta o registro da fase de acabamento da estrutura externa, quando iniciavam-se os atendimentos à população.

¹ Documento áudio visual não paginado.



Figura 1: Hospital de Clínicas de Porto Alegre fase final de construção
Fonte: Hanssen, Maria N. A. Fogos de bengala nos céus de Porto Alegre: A Faculdade de Medicina faz 100 anos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998, p.88

4.1 A Criação da Unidade de Atendimento Neonatológica

Os atendimentos à população iniciavam-se em 1972 e juntamente a isso a elaboração do projeto da Unidade Neonatológica como coloca um dos informantes:

o Hospital de Clínicas foi planejado como um hospital geral. Como um hospital geral, ele deveria ter todas as especialidades, inclusive pediatria, inclusive maternidade, um berçário, e nesta época justamente em que foi planejado o Hospital de Clínicas é que começou a organizar a UTI Neonatal (I 1).

De janeiro de 1972 até 1974, o projeto da área física da Unidade de Neonatologia sofreu reformulações na planta inicial para atender a demanda, visto que o número de atendimentos a partos por dia inicialmente previsto havia aumentado de cinco para 10. Neste período, foi elaborado um projeto para proposição da área física, elaboração das normas e rotinas de enfermagem e médica, previsão de equipamentos e materiais, assim como o número de pessoas necessárias para preencher o quadro funcional.

Entretanto, apenas em 26 de abril de 1980 foi inaugurado, oficialmente, o serviço de atendimento na área materna e neonatal com as Unidade de Internação Neonatológica (UIN), Unidade de Centro Obstétrico (UCO) e Unidade de Internação Obstétrica (UIO).

Assim, decorreram oito anos do período do projeto até a inauguração da unidade. Segundo os informantes desta pesquisa, foram anos de projetos, lutas e equipes dedicadas. Analisando suas falas pode-se perceber o desejo de implantação de um Hospital Universitário que estava sendo montado e estruturado bem como de sucesso neste processo. Cada unidade nova que abria significava mais uma opção de atendimento para a comunidade usuária do hospital, além de um aumento do campo de estágio e pesquisa para a comunidade acadêmica e, também, a ampliação do mercado de trabalho para os diversos profissionais que atuavam em um hospital.

Considera-se a concretização do referido projeto um avanço no desenvolvimento tecnológico, científico e social do Estado do Rio Grande do Sul e também do Brasil. O esforço dos profissionais da saúde em implantar novas unidades pode ser observada e explicitada nos arquivos do HCPA, “tínhamos ideais, acreditávamos na educação à saúde, no sistema de alojamento conjunto, no aleitamento materno, queríamos que desse certo” (1998²). Estava sendo implantado um serviço inovador para o período, pois não existia ainda um atendimento que priorizasse a permanência do recém-nascido com sua mãe em sistema de alojamento conjunto.

A intenção percebida nos relatos dos profissionais da saúde, na implantação da Unidade Neonatológica, era a de produzir o melhor atendimento possível, embasado cientificamente de forma a oferecer um atendimento diferenciado.

Havia uma clara preocupação dos membros da equipe em fazer reuniões freqüentes para unificar as condutas dos profissionais e embasá-las cientificamente. Isso se justifica, principalmente, porque todos profissionais que compunham a equipe estavam ingressando em uma área de atuação que iniciava o seu desenvolvimento no Brasil e num Hospital Universitário que tinha por objetivo se tornar um hospital inovador e de referência. Neste sentido, o Informante 3 coloca o que foi realizado no intuito de padronizar as condutas:

...uma das minhas preocupações iniciais era, era que a gente tinha que fazer rotinas, então a gente fez rotinas de atendimento, e escreveu essas rotinas, nós tiramos cópias e fizemos pastas. (I3)

² Documento visual não paginado.

Além da preocupação em unificar condutas, era necessário a realização de treinamentos e de reuniões entre a equipe multiprofissional. Estas foram realizadas antes da admissão dos pacientes, tendo sido mantida até que toda a equipe estivesse treinada. O Informante 4 relata como foi o período enquanto ainda não havia bebês internados:

e foi quando abriu oficialmente a NEO, mas ainda ficamos quase 20 dias sem bebê, arrumando, se reunindo com os médicos, para ver como ia se fazer isso, como ia ser. Então na verdade todo mundo aprendeu junto e criou junto. Era todo mundo enfermeiros recém-formados, os contratados também eram os que estavam acabando a residência, então também estavam começando, só os professores que já tinham experiência (I 4).

A fala anterior demonstra a preocupação com o planejamento do atendimento bem como a pouca experiência de parte da equipe, e apesar disto, os profissionais estavam em busca de um serviço de qualidade para oferecer à população. Neste objetivo único de promover uma assistência qualificada e com rotinas unificadas a unidade foi inaugurada com uma equipe unida em que as profissões eram distintas mas que todos agregavam conhecimentos dentro da sua especialidade.

Na próxima sessão será abordado com maior detalhamento a questão da importância da Unidade Neonatológica no contexto do novo hospital.

4.2 Justificativa para a Implantação da Unidade Neonatológica

Como já abordado por um dos informantes, o Hospital de Clínicas foi projetado para ser um hospital geral e servir tanto a comunidade quanto as universidades do Estado. Desta forma, considerou-se que o hospital necessitaria de uma Unidade Neonatológica. Entretanto, a área de assistência ao recém-nascido de risco, seja de baixa, média ou alta complexidade, iniciava no Brasil apenas em 1978 como coloca o Informante 1:

as Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais no Brasil começaram em 1977, 1978 foi uma das primeiras Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais do Brasil. Na América do Norte já tinham começado em mil novecentos e sessenta e poucos, porque até essa época não se tinha muito o que se fazer com o nenê, se conhecia muito pouco da patologia, as terapias eram muito ineficazes (I 1).

Os estudos na área neonatológica começavam a surgir lentamente dando subsídios para a implantação de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal. Inaugurava-se, em janeiro de 1978, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e, em fevereiro, o Hospital Universitário da Pontifícia Universidade Católica, ambos na cidade de Porto Alegre, como coloca um dos informantes:

Então, quando foi planejado o Hospital de Clínicas as UTIs tanto pediátrica como a neonatal estavam na formação do mundo, estavam digamos se disseminando pelo mundo a fora, aqui, na Europa, então em 1967, 68 é que se iniciou a UTI Neonatal. As primeiras duas que se iniciaram quase que simultaneamente foram a do Hospital Presidente Vargas e a da PUC que abriu em fevereiro de 1978. As duas primeiras maternidades são as duas primeiras do Brasil, não só do Rio Grande do Sul, mas as primeiras do Brasil. E a do Hospital de Clínicas foi inaugurada, na verdade o planejamento do Hospital de Clínicas começou antes do que na PUC, mas como demorou muito daí abriu primeiro na PUC. (I 1)

Na elaboração do projeto e montagem da Unidade Neonatológica, os profissionais que estavam envolvidos encontraram dificuldades para a execução do mesmo, pois, as referências bibliográficas e estudos na área neonatal eram escassos. O primeiro livro sobre o tema a ser utilizado foi do autor Schaffer, publicado em 1969, como aborda o informante:

o primeiro livro de neonatologia que surgiu: o livro do Schaffer, o Schaffer que foi que apareceu em 1969 mais ou menos, na década de sessenta apareceu o primeiro tratado de neonatologia, porque até aí haviam livros pequenos, livros empíricos, experiência pessoal, e nada de..., muita pouca ciência. (I 1)

Seguido da bibliografia do Schaffer, foi publicado o tratado de fisiologia neonatal do Avery em 1978. Esta obra serviu de base para o atendimento e a elaboração de rotinas e de protocolos hospitalares, como afirma o Informante 2:

tudo o que se fazia com o prematuro se procurava nos livros. [...] Naquela época não havia muita informação sobre fisiologia neonatal, fisiologia fetal. Aí apareceu o livro do Avery, a gente começou a entender melhor o recém-nascido...estabelecendo cuidados em cima disso (1 2)

O planejamento da Unidade Neonatológica do Hospital de Clínicas foi elaborado por diversas equipes. Todas essas equipes tinham a preocupação de embasar os conhecimentos cientificamente e fazer com que surgisse uma Unidade Neonatológica de referência, inovadora e com capacidade para prestar atendimento em todos os níveis de complexidade. O Informante 2 retrata este período de implantação, tanto da Unidade Neonatal como das demais:

qualquer outra unidade dentro do Hospital de Clínicas mantém essa unidade de assistência, esse compromisso com o cuidado, esse compromisso com a ciência (1 2)

O primeiro mandato das Chefias do Serviço de Medicina e de Enfermagem teve sua vigência de 1980 a 1984. Neste período foram realizadas reuniões periódicas visando padronizar as rotinas e condutas, sempre ampliando seus recursos tecnológicos de forma científica.

A Unidade Neonatológica era considerada um novo campo de estágio para os futuros profissionais que atuariam no mercado. Acima de tudo a equipe visava a reabilitação, a proteção, a recuperação e a integração do RN junto à sua família e à sociedade. Nas normas estruturais da Unidade de Internação Neonatológica (UIN), definidas em maio de 1980, consta que a unidade tinha como objetivos (p. 33-34):

- “a) atendimento das necessidades básicas e terapêuticas do RN;
- b) educação dos pais sobre as necessidades básicas do RN, visando a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de saúde;
- c) proporcionar, através do adequado atendimento ao RN um campo de ensino dentro dos padrões éticos, técnicos e científicos para a formação de recursos humanos; estudantes e profissionais interessados em atuar na área.”

Tanto nos objetivos como nas falas dos colaboradores ou nos documentos existentes da época, percebe-se a ênfase dada ao zelo e ao cuidado para que todas as condutas fossem realizadas de forma uniforme e seguindo as bases científicas existentes naquele momento.

4.3 Estruturação e Execução da Unidade de Internação Neonatológica

Em 1980, estava se concretizando a implantação de uma área para melhor atender o RN na adaptação à vida extra-uterina. Para isto, foi necessário a ajuda, o auxílio e a compreensão de muitos profissionais, cada um com sua importância e sua habilidade. O projeto ia se adaptando e sendo moldando conforme surgia a nova demanda.

Durante a montagem, como retrata o Informante 5, foi necessário o auxílio de todos os profissionais:

É que a gente montou a unidade todo mundo junto... é antes de receber os pacientes a unidade foi montada, então todos que vieram pra cá participavam, da limpeza, do material, da organização de armário... (I 5)

O que é reforçado pelo Informante 6:

as gavetas assim... encheu tudo de material, e as sondinhas, isso aí tudo a gente que fazia, colocava tudo nas gavetas, precisava tudo aqui na frente, nos armário e caixa e no início... (I 6)

Além da organização para a prática de atendimento, era necessário solicitar materiais e organizar os treinamentos como afirma o Informante 4:

pedir todo esse material e montar a unidade com as pessoas que já estavam lá trabalhando. Isso já começou antes de começar paciente, porque já tinha que fazer treinamento, já tinha mais ou menos que montar toda a unidade, organizar, e depois que começou a internar paciente. (I 4)

A planta física da unidade, abrangia uma área de 1200m², localizada no 11^o andar na ala norte do HCPA. Era a maior Unidade de Internação Neonatológica da América Latina que estava surgindo como relata o Informante 3:

era meio andar de cuidados intensivos, aquela área, era a maior área de atendimento neonatal da América Latina. (I3)

Destinada ao atendimento de recém-nascidos de baixa, média e alta complexidade, contou com 45 leitos distribuídos em: seis leitos de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, oito leitos na sala de isolamento, sete leitos de cuidados intermediários I, seis leitos de cuidados intermediários II, 10 leitos de crescimento e oito leitos de admissão. O Informante 3 descreve a unidade e relata as inovações realizadas:

E nós inovamos numa porção de coisas, por exemplo, nós criamos, nós tínhamos lá uma Unidade de Tratamento Intensivo, uma Unidade de Cuidados Intermediários, tínhamos cuidados mínimos, a sala de admissão do recém-nascido, porque todos eram nascidos no andar de cima, no 12º e eles desciam para o décimo primeiro onde nós os atendíamos. Primeiro nascia lá e depois vinha para nós para fazermos a admissão do baby, era mais ou menos assim. (I 3)

O Informante 3 descreveu a complexidade do atendimento através das divisões de atendimento por complexidade nas salas. A figura 2 apresenta características físicas da unidade demonstrando parte de sua extensão. Nesta figura, pode-se observar o número de portas sendo cada uma delas uma sala específica para cada tipo de atendimento conforme sua complexidade (ver detalhes na planta baixa no ANEXO B).



Figura 2: Corredor da Unidade Neonatológica
 Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Acervo da Unidade Neonatológica.

A equipe inicial foi composta por médicos contratados, professores de medicina e de enfermagem, enfermeiros contratados, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem. Os profissionais estavam iniciando na área neonatal, pois, esta é uma área, como salientado anteriormente, que estava sendo implantada no Brasil. Segundo o Informante 4, os profissionais envolvidos eram auxiliados pelos professores da UFRGS:

os professores da UFRGS, os contratados e os enfermeiros. Os professores são os que dão orientação para os alunos de medicina e de enfermagem. Tinha então os professores da UFRGS que davam a orientação e os enfermeiros contratados e os médicos contratados. (I 4)

O Informante 7 esclareceu que o quadro funcional era composto por:

médicos, enfermeiros, auxiliares, tinha alguns técnicos e atendente de enfermagem. (I 7)

Complementando, o Informante 8, especificou as diferenças entre as funções existente: auxiliar e atendente de enfermagem.

o atendente, ele no início, bem no início, ele fazia basicamente só material e conforto. O auxiliar fazia as mesmas coisas que o técnico. (I 8)

Alguns médicos que participaram deste processo de implantação tinham trabalhado em Unidades Neonatológicas em outras instituições no Brasil e no exterior. Neste contexto, havia uma vontade de superação de uns sobre os outros, entretanto possuíam como objetivo comum a sobrevivência dos RNs.

A equipe médica era formada por seis professores que tiveram sua formação em diferentes locais. Esses atuavam como chefias em serviços hospitalares na região de Porto Alegre, como coloca o Informante 3:

trabalhavam-se seis. E era muito difícil, [...] era o chefe da Unidade Neonatal do Presidente Vargas, [...] era o chefe da PUC, outro professor tinha vindo como mestre e doutor dos Estados Unidos, e o [...] era chefe de um setor lá da Santa Casa. (I 3)

No atendimento ao neonato, cada professor da medicina possuía uma equipe composta por residentes e doutorandos, e responsabilizavam-se pelo tratamento do paciente que atendiam, desde a internação até a alta hospitalar. Desta forma, como cada equipe possuía condutas distintas, apesar de tentarem unificar as condutas, e pertinentes à sua formação acadêmica, gerava uma dificuldade para o chefe médico da unidade, em unificar essas condutas, e para a equipe de enfermagem, que deveria prestar o atendimento conforme cada equipe preconizava. Tal situação pode ser observada na fala do Informante 3:

seis médicos, mais oito contratados, geravam luta de poderes entre os próprios médicos... (I 3)

Com relação à enfermagem, além da atuação direta na assistência, havia a chefia do Serviço Materno-Infantil que atuava diretamente na unidade através de novos planejamentos, de projetos para área e inserção de estágios, além de outras melhorias para a unidade. A chefia deste serviço ficou sendo de responsabilidade dos professores da Escola de Enfermagem da UFRGS, sendo escolhida através de votação em assembléia na Escola de Enfermagem devido à vinculação do Hospital

de Clínicas com o Ministério da Educação e Cultura (MEC). Como confirma o Informante 9:

a chefia dos serviços eram ocupados pelos professores da escola de enfermagem. (13)

Os recém-nascidos eram admitidos nas salas conforme a avaliação de suas condições de saúde e sua necessidade de atendimento. Quando necessário, os bebês eram transferidos de sala para o atendimento, conforme o fluxograma de trânsito do RN no hospital, descrito na figura 3.

Esse fluxograma abrangia RNs nascidos no Centro Obstétrico do HCPA, recebendo os primeiros cuidados na sala de reanimação, situada dentro do CO, e após sendo levado ou para a sala de admissão ou para alguma das salas de internação. O fluxograma contemplava também os RNs que internavam provenientes da comunidade ou de outras instituições hospitalares sendo considerados pacientes externos. Os pacientes externos eram admitidos até 60 dias de vida incompletos, após esse período eram encaminhados para a pediatria.

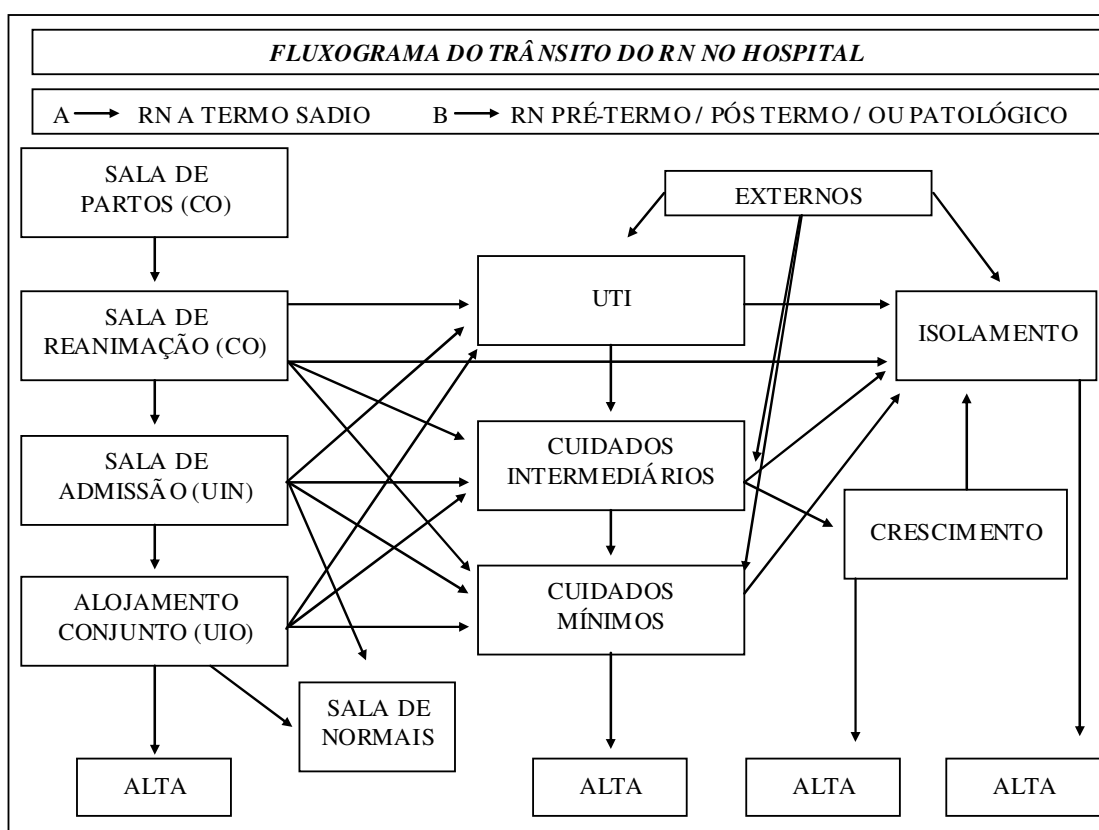


Figura 3: Fluxograma de trânsito do RN dentro do HCPA

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Normas Estruturais da Unidade de Internação Neonatológica, 1980.

O Informante 12 relata que havia um elevador no fundo do corredor da Unidade Neonatológica para o transporte do RN do Centro Obstétrico, 12° andar, para a Unidade de Neonatologia, 11° andar, e descreve como se dava a utilização do mesmo:

da área física, que tem a ver a parte de Neo, a gente bolou: porque assim: como é que vai circular este recém-nascido? Então a gente viu o seguinte, fez aquele elevador que só vai do Centro Obstétrico até a Neo, que era para levar o recém nascido. E a rotina..., era assim, quando ele estava bem, ou normal, ia no colo, a Enfermeira levava, vinha da Neo lá, falava por telefone, pegava na porta do elevador, o nenê no colo. Se tiver com necessidades, na incubadora transporte, de elevador. Então, sem circular pessoas, por dentro. (I 12)

A sala da UTIN foi destinada aos pacientes graves que necessitavam de cuidados intensivos como soroterapia, nutrição parenteral, oxigênio terapia, antibioticoterapia, monitorização contínua de frequência cardíaca e respiratória, controle de temperatura corporal e ambiental, sondagens gástricas e/ou drenagem de tórax. Nesta sala havia seis respiradores infantis, monitores eletrônicos, Doppler para a verificação de pressão arterial de RN, seis bombas de infusão, aparelhos de fototerapia e medicações de urgência. Os recém-nascidos internavam em leitos tipo incubadora e berços aquecidos. A Informante 4 descreve a aparelhagem disponível na UTIN como pode ser observado a seguir:

respirador, nós tínhamos um tipo que nem existe mais. CPAP naquela época, agente montava um Gregori e colocava água dentro e media pela coluna de água. Os soros e medicações se via o gotejo, não era nem no rolete, na época era umas chapinhas de alumínio que quebravam. E a primeira bombinha que apareceu era uma bombinha verde e era bem artesanal, foi a primeira bomba que nós tivemos aqui. A primeira era de seringa, pelo menos foi a que eu conheci. Naquela época tinha monitor também. (I 4)

Na Sala de Isolamento internavam pacientes com doenças infecto-contagiosas vindos da comunidade ou da própria unidade após suspeita ou confirmação diagnóstica. Internavam também pacientes com diarreia, soropositivos para o Vírus da Imunodeficiência Humana, RNs com impetigo bolhoso, ou pós-cirúrgico com infecção na parede, ou com enterocolite necrozante, bem como outras infecções. Nesta sala os pacientes exigiam cuidados especiais chegando até a cuidados de intensivismo. Os RNs permaneciam isolados em incubadora durante todo o período de internação, não podendo sair do leito nem para amamentar.

Entretanto, RNs que apresentavam risco iminente de morte podiam ser alojados em berços aquecidos para um melhor atendimento durante a urgência. Nesta sala havia um posto de enfermagem, um carro de emergência, monitores e respiradores quando necessário.

A sala de Isolamento gerava um desconforto para os pais, visto que não podiam pegar seus bebês no colo nem amamentar gerando situações diferenciadas em relação às outras famílias, como coloca o Informante 10:

Ah, e também teve uma vez lá no isolamento uma mãe, que queria amamentar o bebê dela e no isolamento não podia sair da incubadora, e daí, a mãe chegou e disse que queria amamentar o bebê dela, e tacou-lhe a teta para dentro da incubadora e começou a alimentar o nenê pela incubadora. (I 10)

A Sala de Cuidados Intermediários I era destinada aos pacientes que ganhavam alta da sala da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e que não apresentavam risco iminente de vida, entretanto ainda necessitavam de cuidados e atenção concentrados. Os RNs permaneciam internados em incubadoras e podiam apresentar distúrbios respiratórios leves como para o uso de campânula abaixo de 40% de O₂, ou pré-termos de moderados a limítrofes, RNs que necessitavam de soroterapia, antibióticoterapia, alimentação por sonda gástrica, monitorização de frequência cardíaca e respiratória, bem como o controle rigoroso de temperatura corporal e ambiental.

Na Sala de Cuidados Intermediários II internavam RNs com suspeita de infecção. Sendo que esses eram filhos de mães com bolsa rota por mais de 24 horas, ou de mães com suspeita ou diagnóstico de infecção ou ainda com líquido amniótico fétido. Também internavam nesta sala os RNs provenientes da comunidade sem moléstias infecto-contagiosas, ou por icterícia, ou outras patologias que necessitassem de cuidados de observação contínua para identificação precoce de infecções. Alguns RNs faziam uso de soroterapia, ou antibióticoterapia ou monitorização de frequência cardíaca e respiratória, entre outros cuidados pertinentes a cada caso.

Na Sala de Crescimento ficavam os RNs que eram transferidos internamente dentro da unidade, procedentes das Salas de UTI, Isolamento ou Intermediários, e que não requeriam mais cuidados de observação contínua. Internavam também pacientes para fototerapia ou complementação de antibióticoterapia. Esses

pacientes ficavam alojados em berços comuns e necessitavam basicamente de higiene, conforto e alimentação via oral ou gástrica. O Informante 4 descreve:

Já tinha tudo, e tinha aparelho de fototerapia também. As tomadas já tinha bastante na UTI, mas depois teve que ser aumentado. Mas a rede de O2 e ar comprimido é a mesma. (I 4)

Os RNs a termo, os pequenos, os adequados ou os grandes para a idade gestacional (PIG, AIG, GIG), ou ainda os que apresentavam condições para permanecerem no Alojamento Conjunto (AC) após o nascimento permaneciam na sala de admissão durante as primeiras horas de vida até que a mãe apresentasse condições para receber este bebê. Nesta sala os nascidos de parto normal, geralmente, permaneciam cerca de três horas e de cesárea até que a mãe tivesse condições de recebê-lo.

Devido ao entendimento de que o bebê podia apresentar risco de vida, considerado pelos profissionais de saúde, era necessário que na Sala de Admissão os bebês permanecessem sob vigilância constante. Essa atenção redobrada era realizada durante as primeiras horas de vida, pois suspeitavam de possíveis alterações fisiológicas que pudessem chegar até a necessitar de internação, em salas como UTI, como refere o Informante 11:

a admissão era lá, por que na época eles entendiam que a admissão... não conhecia... não sabia como é que o nenê ia ficar, tinha que ser perto da UTI aí. Achavam que era... mas depois foi aumentando o número de criança que a UTI começava a ficar maior... aí a admissão veio pra frente. (I 11)

Também os RNs, considerados GIG ou PIG, permaneciam na admissão por até 12 horas para fazerem controle de glicemia capilar. Os pacientes permaneciam nas primeiras duas horas de vida em berços aquecidos e logo passavam para berços comuns.

A unidade além das salas de internação contava com áreas comuns como vestiários e banheiros masculino e feminino, salas para lanches, sala de limpeza, sala para prescrição, sala para reuniões com os pais, sala do plantão médico, sala de amamentação, sala de recepção de mamadeiras, sala de utilidades, rouparia, sala de estudos, sala de procedimentos, sala de expurgo, sala de enfermagem e posto de enfermagem. Estas salas situavam-se dentro da unidade, de modo que prestavam o apoio necessário. Ainda no 11^o andar, na área externa da unidade,

havia a sala da chefia médica, a sala de instrutores e a sala de aula, além da biblioteca, da secretaria e da sala de entrevista com os pais.

O Informante 4 descreve a unidade de forma geral colocando os nomes utilizados na época da implantação:

a UTI no fundo, Intermediário 1 e 2, o crescimento, isolamento, sala de higienização, tinha uma sala de prescrição, mas que nunca foi utilizada, então como a sala de lanches era muito pequenininha, foi transformada a sala de prescrição em sala de lanches e as prescrições eram feitas no corredor. Tinha os vestiários masculinos e femininos. A sala de pais é, mais uma sala de reuniões. Não, sala de reuniões para nós. Reuniões com os pais eventualmente se fazia. Tinha uma sala que era para a obstetria e para a neonatologia que se desmembrou e virou só para neo. (I 4)

Devido ao longo período entre a conclusão do projeto, a compra dos materiais e, posteriormente a instalação desses materiais na unidade, foi necessária uma reciclagem de material e testagem rigorosa, pois os oxímetros estavam deteriorados e as incubadoras precisavam de reparos. Em contra partida, alguns equipamentos como o Rx-portátil, não haviam chegado na instituição.

O Informante 11 explica como foi a montagem da unidade para a inauguração e a reestruturação do material deteriorado do tempo:

A rouparia, as incubadoras estavam há muito tempo lá embaixo, e a gente teve que lavar... arrumar toda, a incubadora, arruma tudo, a roupa, tudo, os vidros tinha que colocar e ver onde colocar as coisas, montar a unidade. Eu vim pra cá e fiquei quase um mês montando a unidade e depois foi a inauguração. (I 11)

De acordo com os depoimentos descritos neste subtema, nota-se a ênfase em salientar o avanço dos recursos tecnológicos e científicos que estavam sendo implantados na unidade, os quais gerariam um melhor atendimento com maior sobrevida aos RNs, diminuindo assim, a alta taxa de mortalidade neonatal da época.

Aos poucos, a unidade começava a entrar em plena atividade, aumentando o número de atendimentos e exigindo que fossem executadas reformulações em relação ao projeto inicial. A equipe começava a enfrentar os novos desafios, aprimoravam as habilidades necessárias para o trabalho em equipe, passavam por superações de dificuldades de naturezas diversas e improvisavam novas condutas devido a novas circunstâncias que se apresentavam. Essas necessidades ficam explícitas na fala da Informante 12:

Era previsto se utilizar 20 leitos, nem uma semana lotou a unidade, não se teve como segurar! Agora tu imagina uma equipe nova, tudo

novo, a engrenagem, assim e a unidade lotada. Foi o maior caos, tinha que reunir todas as chefias. (I 12)

Consta no estatuto que a estrutura física foi elaborada levando em consideração a assistência progressiva, ou seja, “é a concentração variável de recursos humanos e materiais em torno das necessidades do cliente, visando uma assistência integral e humanizada”, como consta no manual de Previsão de Pessoal de Enfermagem do HCPA (1987, p.5).

Já na década de 80, falava-se em assistência integral e humanizada, entretanto, observa-se nessa citação que este conceito levava em consideração a parte de recursos materiais e humanos associados ao avanço tecnológico e a ciência para prestar um atendimento adequado ao RN.

Em suma, a Unidade Neonatológica foi criada num contexto de desenvolvimento de uma nova especialidade. Contou com uma área física extensa a qual necessitou de estudo e planejamento para sua implantação, pois objetivava ser inovadora e de referência. Era recente não apenas a nível regional mas também a nível nacional. Sendo um Hospital Universitário, propiciou um novo campo de estágio que auxiliou no aprimoramento do atendimento e nas pesquisas. Outro ponto destacado foi a valorização da tecnologia evidenciado na preocupação em equipar a unidade com tecnologia de ponta para a época.

No próximo capítulo serão descritos os achados sobre as práticas de atendimento adotadas pelos profissionais de saúde durante o período da implantação da Unidade Neonatológica.

5. PRÁTICAS DE ATENDIMENTO

Para uma melhor compreensão do termo práticas de atendimento, novamente destaca-se que, neste estudo, considera-se práticas de atendimento as ações dirigidas ao RN e à sua família, realizadas pelos profissionais de saúde durante o processo de hospitalização do neonato.

Como relatado pelos informantes, nos primórdios da Unidade no HCPA, faziam parte da equipe de profissionais da saúde: a equipe médica, composta por professores e contratados, e a equipe de enfermagem, com enfermeiros contratados além dos professores, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem. Essas duas equipes atuavam diretamente no atendimento ao RN e à sua família. Isso pode ser verificado na fala do Informante 5:

tinha enfermeiros... auxiliares e atendentes de enfermagem (três categorias de enfermagem). Médicos: tinha os médicos contratados, os médicos residentes e os doutorandos, os acadêmicos... E... os próprios funcionários da Neo no início, muitos eram acadêmicos de enfermagem, por que não tinha, na enfermagem, acho muito estágio difícil. Então o que que acontecia: eles acabavam trabalhando aqui como atendentes. (I 5)

Sabe-se que já trabalhavam nesta área os técnicos de enfermagem, pois constava na lista das escalas de folgas e do trabalho diário. Entretanto, havia um certo esquecimento a respeito desses profissionais, visto que ainda eram poucos os técnicos de enfermagem que atuavam na área, como afirma o Informante 5:

na época técnico de enfermagem era muito raro que tinha, um que outro, ou surgiu depois, agora eu nem lembro mais. (I 5)

A Unidade Neonatológica contava também com o apoio de uma nutricionista para organização da produção de fórmulas lácteas, como destaca o Informante 4:

as mamadeiras e as dietas sempre foi com a nutrição, a única coisa que ficava para nós da enfermagem era o banco de leite. Na verdade o banco de leite era uma salinha onde nós colocávamos as mães para esgotar as mamas e orientávamos. Depois quando foi aberto o banco de leite mesmo é que passou tudo para a nutricionista. (I 4)

Também uma assistente social era solicitada caso necessário e havia uma psicóloga que atendia toda a demanda do hospital.

A equipe médica, dos neonatologistas contratados, contavam com o auxílio de outras especialidades. Essas especialidades eram a da cardiologia, da cirurgia

pediátrica e da neuropediatria que prestavam atendimento quando solicitados. O Informante 1 coloca que estas especialidades não eram subdivisões da neonatologia, mas prestavam atendimento, como expressado na fala a seguir:

o que já tinha era cirurgião pediátrico, mas não era neonatal, não existe uma especialização de cirurgiões só neonatal. São cirurgiões pediátricos que atendem os recém-nascidos. E tinha alguns cardiologistas que faziam mais pediatria, e esses cardiologistas ajudavam bastante. Neuropediátrica também tinha no Clínicas. E outras especialidades, por exemplo, cirurgia neurológica, era feito por cirurgiões de adulto que faziam adultos, crianças e bebês. Havia poucos especialistas e que eram da área pediátrica e que ajudavam na neonatologia. (I 1)

Pode-se dizer que a implantação da Unidade Neonatológica era baseada em uma visão fragmentada do paciente, uma vez que fundamentavam-se em ações de anatomia, fisiologia e patologia. Entende-se que os profissionais tratavam de uma determinada doença de maneira específica, não considerando o paciente como um todo. Capra (1982, p. 116), coloca que:

“ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano, e, ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se com o fenômeno da cura.”

Naquele momento, segundo os informantes, existia uma alta taxa de mortalidade tanto materna quanto neonatal. Segundo os indicadores de mortalidade neonatal do Datasus (2005) confirmam essa afirmação sendo em Porto Alegre no ano de 1980 a mortalidade de 20 por mil nascidos vivos, fato este que modificou significativamente no transcorrer dos anos já estando no ano de 2005 a mortalidade neonatal em 7,24 por mil.

Em virtude da alta mortalidade neonatal existente no período da implantação, iniciou-se o estímulo ao estudo e o diagnóstico tecnológico foi incentivado. A preocupação com o pré-natal recebeu destaque na instituição, na qual buscava-se a melhora nutricional da gestante. Também devem ser consideradas como componentes chave da evolução da época as inovações tecnológicas que eram capazes de auxiliar na redução de gestações de risco, como coloca o Informante 11:

era diferente o paciente por que eram mães que faziam o pré-natal aqui e ganhavam aqui. Era... sabe, tinha o número certo de mães, era mais controlado, então não era tanta criança. (I 11)

Pautado pelo modelo biomédico, havia a preocupação dos profissionais em elaborar rotinas, com base científica, e objetivava-se que todas as equipes envolvidas tivessem a mesma conduta.

Por ser uma área nova de atuação, não existiam bibliografias que servissem de modelo no atendimento. Segundo um dos Informantes:

aí eu fazia reunião e a gente botava na mesa as rotinas, e saía dali e as coisas funcionavam. (I 12)

As bibliografias usadas na época, como referem os Informantes, eram o livro texto de Da Poian e Pizzato (1982), para procedimentos de enfermagem, e para o embasamento anatomo-fisiológico, era usado o livro do Avery (1978). Estas bibliografias auxiliavam nos procedimentos realizados, eram base para treinamentos, e servia para o aprimoramento do conhecimento técnico. O Informante 4 salienta:

no início não tinha, a referência era o que estava escrito aqui, as normas estruturais, o livro da Vera Dapoian e da Marina e o livro do Avery também, então tudo o que agente tinha que estudar que agente tinha que ir aprendendo era tudo praticamente junto, o Avery que era a nossa bíblia, e esse livrinho aqui da Vera. (I 4)

Os profissionais que atuavam na assistência eram jovens, recém-formados e na sua maioria, não possuíam experiência profissional no atendimento ao RN doente, pois os locais de estágio e trabalho eram berçários de RNs sadios. O Informante 4 salienta que as condutas eram seguidas conforme o que havia se aprendido durante a faculdade (saliento aqui que ainda não haviam campos de estágio em Unidades Neonatológicas, apenas berçários). As condutas teóricas eram aplicadas na prática, como expressado pelo Informante 4:

Isso a gente via na faculdade, na verdade a gente fazia o que tinha visto na faculdade, quando tinha alguma coisa a gente ia ali e fazia. Na verdade se ia para os livros, se via o que tinha que fazer e ia fazendo. (I 4)

Neste período inicial de atendimento, as equipes se complementavam e trocavam experiências. Experiências essas que podiam ser teóricas, para os recém-formados, ou práticas, para os que já atuavam na área. Essas práticas de atendimento eram embasadas cientificamente e preconizavam oferecer o melhor atendimento possível ao RN, como refere o Informante 5:

... e agente começou a participar, na verdade a gente era muito novinho, então recém saída da faculdade, na verdade... o Doutor num primeiro momento, ele nos dava aula de muita coisa genial, eu

comecei a aprender ali com ele, na verdade nós começamos a aprender juntos. (I 5)

Já durante a montagem da estrutura física iniciavam-se os treinamentos e elaborações das rotinas, sempre tendo o cuidado de discriminar as funções de cada profissional e a forma como deveria ser realizado o procedimento, para que independente do profissional e do turno, ocorresse da melhor forma possível e com uniformidade. O Informante 1 retrata essa uniformidade das condutas e rotinas:

Sim, não existem rotinas médicas e rotinas de enfermagem, o que existem são rotinas e normas de uma Unidade Neonatal. (I 1)

O Informante 7 relatou, que na intenção de unificar as rotinas, os profissionais revisavam e reestruturavam as rotinas periodicamente. Essa revisão era interdisciplinar, ou seja, tanto os médicos auxiliavam na estruturação de rotinas da enfermagem quanto à enfermagem auxiliava ou complementava a rotina médica. Eram também realizados treinamentos para a implantação de rotinas novas ou para as reformulações. Como pode ser observado na citação a seguir:

Sempre teve essa preocupação... aquelas coisas muito...que tu não sabe por que que eram escritas daquela maneira, mas tu meio que seguia... [...] A gente fazia revisão de rotinas, me lembro de várias vezes a gente tentar fazer alguns treinamentos em serviço” (I 7)

No depoimento dos profissionais entrevistados ficou claro que todos tinham uma preocupação em organizar a unidade, fazer treinamentos e unificar as condutas. Entretanto, nota-se uma diferença entre as concepções de treinamento entre os médicos e os enfermeiros. Para a equipe médica, os *rounds* eram considerados os treinamentos, e, para a equipe de enfermagem, os treinamentos envolviam um estudo científico prévio sobre um determinado tema que envolvesse a equipe. Desta forma, a equipe de enfermagem acreditava que os treinamentos os tornavam aptos a desenvolverem um atendimento adequado ao RN e sua família.

O Informante 3 fala sobre os *rounds*:

As pessoas meio que se comunicavam uma com as outras e um vinha aprendendo dos outros e tal. O que nós tínhamos, como é que nós transmitíamos o conhecimento, os enfermeiros pelo menos participavam, nós tínhamos uma vez por semana um round que era as quartas-feiras às 10hs. E nesse round essas coisas eram faladas. Elas assistiam isso e acabavam pegando isso. (I 3)

O Informante 4 acredita que havia a necessidade de embasar todo o atendimento de forma científica e a transmissão do conhecimento era feito através

de treinamentos que foram intensificados no início das atividades quando ainda a unidade encontrava-se calma, com poucos pacientes, como observado na fala a seguir:

Na verdade se ia para os livros, se via o que tinha que fazer e ia indo, ia fazendo. Algumas auxiliares já tinham experiências e outras não. A gente fazia treinamento no serviço, não se fazia fora, como a unidade era muito calma, então era mais fácil, a gente tinha bastante tempo para isso. Podia se dedicar e entrar numa sala e hoje vamos falar sobre isso, então reuníamos o pessoal numa sala e se falava sobre a técnica tal...(14)

Continuando a análise das entrevistas, outra fala do Informante 4 salienta a forma em que eram passadas as informações entre os membros da equipe:

[...] no início nós tínhamos reunião aula, então hoje nós vamos conversar sobre a hipertensão pulmonar, então isso eu acho que fez com que nós, principalmente os enfermeiros daquela época, nós criamos uma conduta muito homogenia, que todo mundo aprendeu a mesma coisa, [...], nós ficamos bem embasadas para trabalhar. Então, foi fácil, a gente entendendo o porquê de tudo que a gente fazia, então tu só usava a tua imaginação e a técnica tu ia desempenhando ali em cima. (I 4)

Ainda em relação aos treinamentos, as Enfermeiras passavam orientações para a equipe de enfermagem no início do serviço, antes mesmo de iniciar o atendimento ao público externo, como evidenciado na fala a seguir:

Olha, pra gente eu não me lembro, mas acho que não tinha. Pros funcionários nós fazíamos por que, quando abriu como não tinha paciente, a gente ficou treinando eles, era banho, a puncionar, isso eu me lembro que a gente fazia assim, tinha até os bonequinhos, que a gente treinava nos bonequinhos. (I 8)

Na fala que segue, pode ser observado o quão desejado era esta nova unidade pelos profissionais da saúde. Colocam ainda a importância da realização de reuniões periódicas para o bom andamento do atendimento:

O Clínicas teve sempre muito apoio, a neonatal era uma menina dos olhos, e nós atendíamos muito e trabalhávamos muito, tinha sempre alunos, e residentes, nós tínhamos plantonistas, e com esse pessoal eram feitas reuniões diárias com o professor e o residente, reuniões diárias e com os alunos eles tinham atividades diárias. (I 3)

Juntamente com as reuniões periódicas, havia a modificação das rotinas e a integração com condutas orientadas pelas professoras da área neonatal, com a Escola de Enfermagem da UFRGS e com os médicos, como colocado pelo Informante 2:

a gente estudou na escola e todo o cuidado era modificado, tudo era modificado conforme o que se via, tudo o que se aprendia tu modificava ali. E junto com a equipe médica. (1 2)

Para uma melhor compreensão desta temática, a seguir foi dividida a discussão em dois subtemas: (1) práticas de atendimento em relação ao RN e (2) práticas de atendimento em relação à família do RN. Essa divisão tem cunho didático e visa facilitar a compreensão das práticas de atendimento adotadas pelos profissionais de saúde, em relação ao RN e em relação à família deste RN.

5.1 Práticas de Atendimento em Relação ao Recém-nascido

No atendimento ao neonato, diversas eram as ações dos profissionais de saúde para auxiliar o RN nas adaptações neonatais. As referidas adaptações envolviam o sistema circulatório, respiratório, digestivo, térmico, emocional e também referiam-se às imunizações e infecções ocorridas na vida extra uterina.

Para atuar no atendimento ao RN, era necessário ter conhecimento técnico-científicos e anatomo-fisiológico, bem como, um entendimento das técnicas assépticas e das possíveis ações para a prevenção e minimização do risco de infecção. Assim, as ações dirigidas aos RNs eram todas embasadas cientificamente, como aborda o Informante 2:

A gente começou a cientificar cada gesto, cada cuidado da enfermagem, fundamental. A Neonatologia foi a unidade que manteve e mantém até hoje, mais do que qualquer outra unidade dentro do Hospital de Clínicas, mantém essa unidade de assistência, esse compromisso com o cuidado, esse compromisso com a ciência. Isso eu vejo na Unidade de Neonatologia. (1 2)

As ações dirigidas ao RN iniciavam antes mesmo do nascimento, com o acompanhamento à gestante durante o trabalho de parto. Neste período do trabalho de parto eram analisados, previamente, os riscos de infecção ao feto, como os exames realizados durante o pré-natal, tipo de parto, tempo de ruptura das membranas e aspecto do líquido amniótico. Além disso, eram utilizadas roupas específicas, sendo estas restritas ao Centro Obstétrico e a Unidade Neonatológica para a recepção do feto ao mundo extra-uterino.

Na sala de parto, durante o nascimento, atendiam o RN um médico neonatologista, uma Enfermeira do Centro Obstétrico e uma auxiliar de enfermagem. Caso fosse conhecido que o feto possuísse riscos de prejuízo à adaptação na vida extra-uterina, era reservado um leito previamente, com a mãe ainda no Centro Obstétrico, para internação do RN na Unidade Neonatológica, que era uma sala pertinente aos cuidados necessários nestes casos.

A primeira ação em relação ao RN, logo após o nascimento, era a manutenção da permeabilidade das vias aéreas superiores através da aspiração com uma pêra de borracha. Juntamente a esse procedimento, o RN era envolvido em campos aquecidos e estéreis sendo levado até à mãe. Ainda no colo, uma pulseira de identificação era colocada no RN, mostrado para mãe todo o corpo do nenê. Neste momento procurava-se fazer a estimulação à amamentação, sendo que também era avaliado o Apgar. Em caso de prematuridade ou desconforto do RN, o mesmo era levado para a realização desses procedimentos em um berço aquecido, enrolado em campos, e após estabelecer condições era levado até à mãe e logo após era encaminhado à Unidade Neonatológica para avaliação das normalidades e das patologias.

Desde a implantação, já sabia-se da importância da manutenção da temperatura corporal do RN, bem como das suas conseqüências. Assim, sempre se teve o cuidado de receber o RN com campos aquecidos, secá-lo, e quando havia necessidade de transportá-lo para a Unidade Neonatológica utilizava-se um berço aquecido ou uma incubadora previamente aquecida, sendo que em alguns casos o RN era conduzido no colo da Enfermeira com cobertas aquecidas.

Cabia à Enfermeira prestar os primeiros cuidados ao neonato e estimular o vínculo entre a mãe e o bebê, além de identificar e pesar o RN. Ao médico, cabia atendê-lo em sala de parto nos casos de urgências e paradas cárdio-respiratórias. Já às técnicas e auxiliares era delegada a atividade de manter todo o material necessário para o atendimento disponível e testado.

Na sala de admissão do RN, na Unidade Neonatológica, o bebê ficava em observação constante por ser considerado um neonato com “risco em potencial”. Após transcorridas duas horas do nascimento, o RN era avaliado pelo médico neonatologista e liberado para o Alojamento Conjunto ou encaminhado para outra sala dentro da unidade, conforme a necessidade.

Como esta era uma área que estava sendo construída e explorada, cabia aos profissionais elaborarem alternativas que auxiliassem o RN a passar pelo período de adaptação da forma menos traumática possível. Como exemplo, pode-se citar as formas criadas para a manutenção da temperatura corporal do RN. A Equipe de Enfermagem elaborou um projeto referente a uma estrutura de madeira ou metálica em formato de cabaninhas, tendo sido solicitado à manutenção da instituição a construção da referida estrutura. Essas cabaninhas eram utilizadas nos RNs prematuro extremos para a manutenção da temperatura corporal (DA POIAN, LOUZADA, MOURA, 1986).

Essa estrutura da cabaninha era coberta com plástico transparente e colocadas no interior das incubadoras ou nos berços aquecidos, como pode ser observado na figura 4:

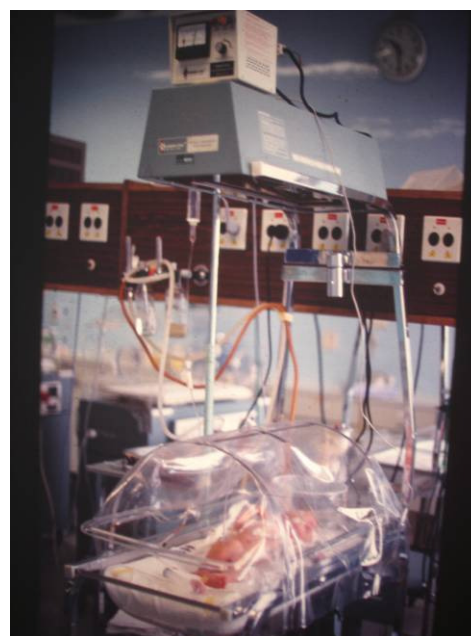
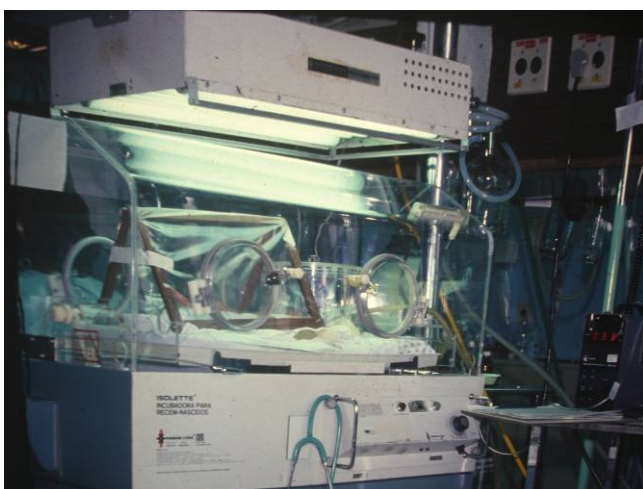


Figura 4: Regulação térmica em incubadora e berço aquecido
Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Acervo da Unidade Neonatológica. s.d.

O Informante 4, em uma de suas falas, descreve esse atendimento com as cabaninhas:

Tinha berço aquecido e tinha esses comum também. Os berços de reanimação vieram depois. No início se fez também um arco de metal para colocar nos berços e depois se colocava um plástico por cima para imitar uma incubadora. Tinha também umas cabaninhas que se colocava dentro das incubadoras, para os prematuros não perderem calor. Era de madeirinha e se colocava plástico por cima, era tipo uma cabana mesmo. Hoje já não se usa mais porque as incubadoras já tem capota dupla. (I 4)

Além de utilizar as cabaninhas para manter a temperatura corporal, usava-se como proteção a exposição as altas temperaturas dos berços aquecidos, evitando eventuais queimaduras, como retrata o Informante 6:

Naquela época tinha as incubadoras e tinha esses berços aquecidos, esses antigos, que a gente controlava pra... e se costumava, quando o nenê era muito prematuro, era colocado um plástico por cima pra não queimar, a gente fazia as tendinhas, tinha até as próprias armações, então era coberto aquilo com plástico pra não queimar o nenê. (I 6)

Os bebês que permaneciam em berços comuns ou quando eram prematuros extremos, utilizavam-se luvas de borracha, com água morna dentro, protegidas em compressas para preservar a manutenção da temperatura corporal do bebê. Colocavam-se estas luvas ao redor do RN ou embaixo do mesmo formando um colchão d'água que prevenia a hipotermia. Utilizava-se esse método, principalmente, para os bebês prematuros, como lembra o Informante 4:

na época, se usava água morna nas luvinhas, até mesmo dentro da incubadora quando tinha um prematuro extremo que não se aquecia. As vezes se usava até nos berços comuns quando precisava. E tinha berço e incubadora para todos que precisavam, mas se já tinham ido para o berço comum e precisavam de água morna a gente usava. (I 4)

Os procedimentos de admissão do RN eram a verificação do peso, o banho (não sendo recomendado o banho de imersão), a administração de Vitamina K, as medidas antropométricas, a anamnese e o exame físico e a credeização. Também era realizado o aspirado e lavado gástrico como procedimento de rotina.

Em relação ao coto umbilical, caso o RN apresentasse riscos para internação, o coto era embebido em soro fisiológico a 0,9%, já no caso de não apresentar tais riscos, era utilizado o álcool iodado a 1%.

Ainda na Sala de Admissão era oferecido soro glicosado a 5%, por via oral, para testagem dos reflexos de sucção e de deglutição, excluindo assim possíveis

patologias. Para a hidratação do RN ainda continuava-se oferecendo a solução glicosada entre as mamadas.

Era função da Enfermeira a admissão do RN, o exame físico e a anamnese, a administração de vitamina K e a credeização, bem como o aspirado e lavado gástrico. A Enfermeira realizava também a evolução e a prescrição de enfermagem, além de avaliar as condições de alta para o alojamento conjunto. Já os auxiliares e técnicos de enfermagem tinham funções de pesagem, higiene corporal, verificação dos sinais vitais, controle da temperatura do berço, ambiente e RN, notificação de alterações para Enfermeira, mudança de decúbito, cuidados com o coto umbilical e manutenção da sala e prontuários organizados.

Nas Salas de Internação eram realizados os procedimentos pertinentes a cada especificidade de cada sala. De forma geral, tinham-se cuidados com a fototerapia, deixando a criança exposta à luz com os olhos vendados (ver figura 5), observando a manutenção da temperatura e hidratação do RN.



Figura 5: RN exposto à fototerapia

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Acervo da Unidade Neonatológica.

Durante o período de internação, cuidava-se muito da alimentação do RN, sendo que as mães eram orientadas a respeito do aleitamento materno quando havia possibilidade de oferecimento do leite materno. Oferecia-se também o complemento de leite materno ou de solução glicosada, quando necessário, como relata o Informante 6:

era dado glicose ou leitinho, e nos intervalos tinha água a vontade que a gente dava a mamadeira pra criança que chorava. Era oferecido água. Principalmente as crianças na fototerapia assim era

água a vontade, vinham aquelas mamadeiras e a gente oferecia. (I 6)

Havia na época, a amamentação cruzada, ou seja, os RNs podiam mamar em outras mães ou ingerir o leite de outras mães. Isso ocorria na Sala de Admissão para os RNs PIG, ou GIG. Também era oferecido, o leite de outra mãe, na Sala de Intermediário para os bebês que precisavam de ganho de peso. A amamentação cruzada era utilizada para conforto dos bebês e também realizada por profissionais que tiveram seus filhos neste período. Segundo o Informante 6,

por exemplo eu fui uma com esses prematurinhos ou criança que estava no soro e estava por sair se aceitasse a amamentação. Eu esgotava na hora. E esgotava e principalmente os médicos, os contratados, dizia 'Ah, se tu conseguir tantos mls aí vamos suspender o soro', aí eu chegava aqui, fazia a higiene, pegava uma cubinha e já esgotava na hora. (I 6)

A ordenha era realizada manualmente ou, se preferissem, poderia ser utilizada uma esgotadeira manual, como conta o Informante 4:

era a esgotadeira manual de bolinha, tanto que a gente só tinha essa, depois apareceu um aparelho tipo aspirador, e depois a de pipeta que a gente usa hoje. (I 4)

Na sala de UTI permaneciam os RNs que necessitavam de um atendimento mais complexo. Nesta sala haviam seis respiradores, do tipo *baby-bird* e campânulas (halo ou capacete), como podem ser observadas na figura 6:



Figura A

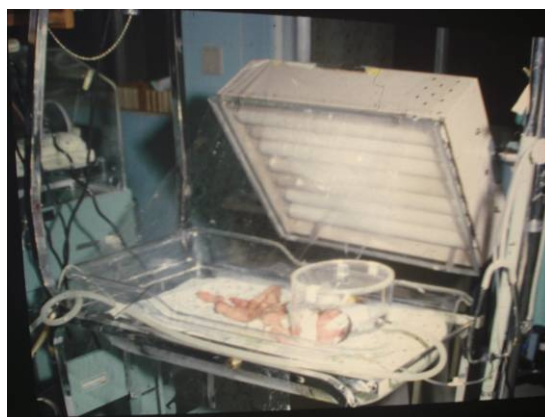


Figura B

Figura 6: RNs com aporte de oxigenioterapia. Figuras A com respirador e B com campânulas.

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Acervo da Unidade Neonatológica.

Os RNs que apresentavam desconforto respiratório ou prematuridade extrema faziam uso de oxigenioterapia através de campânulas, de CPAP e de ventilação mecânica. Na época, os estudos relacionados ao uso de oxigênio eram poucos, entretanto, já havia literatura com relatos alertando para as possíveis seqüelas.

Nas Salas de UTI utilizavam-se analisadores de oxigênio para monitorização dos RNs graves. Entretanto, ainda não havia número suficiente para todos os bebês, sendo o método de observação visual, o mais utilizado nas salas de cuidados intermediários, o que permitiu à equipe de enfermagem o aprimoramento da observação humana ao invés da valorização tecnológica.

O Informante 4 salienta a importância do aprimoramento das práticas de atendimento aos bebês que não utilizavam o saturômetro. Visto que era necessário ter uma atenção redobrada, aprender a olhar os pacientes e reconhecer as anormalidades, além de ouvir quaisquer sons diferentes que pudessem gerar um desequilíbrio fisiológico, como descreve em sua fala:

o que se usava muito era o olhar para o paciente. Eu me lembro que a gente falava muito no início isso, que o que a gente orientava os funcionários, primeiro olhar para o paciente, tu chegas, olha para o paciente e tu vê como ele está para depois poder comparar. O ouvido, para os bebês vestidos, porque além de olhar para o bebê tu tens que estar sempre de ouvido, porque é uma tossida, um vômito, alguma coisa, tu tens que ouvir. (I 4)

Outro Informante salienta também a existência dos monitores, sendo que esses eram de uso restrito às Salas de UTI:

monitor tinha... monitor daqueles bem grandão, era tudo importado que tinha... na UTI tinha os monitores. (I 11)

A administração de soroterapia, medicações e nutrição parenteral total (NPT) eram feitas através de *buterflys*, scalp. E, em casos de rede venosa precária, eram realizados acessos venosos centrais como flebotomias. Na implantação eram poucas as bombas de infusão existentes, fazendo com que o gotejo de soros, as medicações e as NPTs fossem feitas em buretas de microgotas. As NPTs eram preparadas na própria unidade, pelas Enfermeiras, em uma sala especial. Entretanto, naquele período ainda não havia muitas Enfermeiras fato que prejudicava o andamento e o dinamismo da unidade. O Informante 7 explica como era feito o preparo das NPTs e as intercorrências existentes:

a NPT ela era feita na salinha da NEO. Quem fazia era a Enfermeira. E era assim quatro ou cinco NPTs pra preparar, às vezes tinha que entrar mais de uma vez, gorro, máscara, avental, tudo bem cuidadinho. Só que às vezes tu ficava sozinha preparando a NPT E aí Parada na UTI e tu tinha que tirar tudo, largar tudo e ia lá atender a parada na UTI e aí voltava e tinha que começar tudo de novo. Ia bastante material fora. Sem contar com as coisas que a gente não sabia que precipitavam, então depois a gente já sabia que tal coisa precipitava com tal coisa, mas tinha algumas coisas que a gente achava que não ia precipitar e precipitava e aí tu já tava com a solução pronta e tinha que fazer tudo de novo... (I 7)

Outra inferência bastante salientada pelos Informantes foi em relação à dor no neonato. Pode-se dizer que existiam diferentes percepções no atendimento ao recém-nascido quando se tratava da dor. A equipe médica dava ênfase à cura do RN executando os procedimentos da melhor forma possível, referindo que os bebês não sentiam dor, como descrito na fala do Informante 13:

dor naquela época era um assunto que não se falava, isso era coisa que não existia. (I 13)

Assim como alguns profissionais diziam que não existia dor, outros já sofriam em ver as expressões faciais dos RNs e tentavam despertar os colegas para o fato de que os RNs apresentavam desconforto. Como é relatado na fala do Informantes 5:

eu peguei a época, ai meu Deus, eu peguei a época que se dizia, eles afirmavam, e a gente brigava muito contra isso, afirmavam que o bebê não tinha dor. Então, olha, foi uns bons anos que a gente lutou com isso. Bebê não sente dor, então a gente... Nós da enfermagem, nós sempre lutamos, mas tá com dor, tá com alguma coisa, e eles tiravam dreno... flebo, eles até faziam anestésico local, mas qualquer procedimento assim... Segurava, eles não sentiam dor... segurava pra tirar dreno... (I 5)

O Informante 11 também expressa sua preocupação, sofrimento e indignação quanto ao descaso e invisibilidade da equipe médica relacionada à dor:

eles diziam que recém-nascido não sentia dor. Isso me incomodava muito. Nós achávamos que sentia, e falava que sentia e a resposta que a gente tinha é que não sentia dor... era muito ruim, muito ruim. Agora, graças a Deus, já vão pra cirurgia já ficam com medicação pra dor pingando ali e a gente acha que tá com dor vai lá e fala e eles liberam... "Não, recém-nascido não sente dor", imagina! Ai, era muito ruim, muito ruim... me magoava muito assim... (I 11)

Assim, para a realização dos procedimentos, os RNs eram contidos com fraldas evitando a movimentação dos mesmos durante os procedimentos

minimizando a possibilidade de acidente durante o procedimento. Na figura 7 pode-se notar a contenção dos membros.



Figura 7: RN contido para procedimento

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Acervo da Unidade Neonatológica.

Diversos eram os procedimentos realizados nos RNs, entretanto, não havia comprovação científica para que os profissionais de saúde pudessem adotar medidas de analgesia e conforto para esses pacientes, submetendo-os aos procedimentos invasivos. A ênfase dada ao cientificismo fazia com que alguns dos profissionais ficassem incrédulos diante das evidências não adotando condutas sem uma comprovação científica prévia

Em relação às práticas de atendimento adotadas ao RN pode-se observar a ênfase dada à tecnologia, a fragmentação das especialidades e a diferença nas percepções adotadas pelos profissionais conforme sua formação acadêmica. Mesmo sendo implantadas rotinas no intuito de padronizar o atendimento existiam diferenças na forma de perceber o RN dentro das profissões, fato este que proporcionou a unidade discussões e aprimoramento do atendimento mesmo que fosse necessário embasar as ações e a percepção cientificamente.

Após a análise das práticas de atendimento adotadas pelos profissionais de saúde nos RNs, serão abordadas no segundo subitem deste capítulo as práticas de atendimento adotadas em relação a família do RN.

5.2 Práticas de Atendimento em Relação à Família

Desde a elaboração do projeto da unidade, observa-se a preocupação dos profissionais da saúde em acolherem os pais dos RNs internados na UIN. No estatuto interno, da Unidade Neonatológica do HCPA, foi colocado que a UIN nasceu com a “filosofia de assistência global a criança e seus pais” (p. 5, 1987), na qual permitia a permanência dos pais junto aos seus filhos durante o período de internação do RN.

Essa orientação de permanência dos pais junto aos seus filhos foi uma filosofia adotada desde a implantação da Unidade Pediátrica, seguindo uma recomendação da Organização Panamericana de Saúde, como refere o Informante 14:

ficou uma recomendação da Organização Panamericana de Saúde, de não desligar as crianças dos pais. Essa questão do afeto era muito importante, também na melhora das crianças, para as crianças desnutridas, fora os danos emocionais que isso causava. (I 14)

Entretanto, apesar da Unidade Neonatológica ter acolhido o ideal de manter os pais junto aos seus filhos, houve uma dificuldade inicial nesta relação pais/bebê. Pois, diferente da Pediatria, o vínculo criado entre mãe/bebê é frágil e necessita auxílio para a formação e fortalecimento do mesmo. O ambiente inesperado de uma UTI, o RN que ainda não sabe se expressar e os profissionais de saúde em aprendizagem tornaram um ambiente assustador para os pais, como pode ser evidenciado na fala do Informante 4:

isso veio da pediatria, isso forma o vínculo, e na NEO tu tens que criar esse vínculo, porque eles não ficam junto com o bebê, tu tens que fazer esse vínculo, para que ele se sensibilizem e gostem daquele nenê, é outro tipo de postura que tu tens que ter, diferente daquele da pediatria que a família já briga porque quer estar junto. E aqui se tu não trabalhar eles, eles tem medo de ficar aqui, eles se assustam e não querem ficar. (I 4)

Mesmo com as dificuldades iniciais de adaptação da equipe com os pais do RN, surgia uma unidade que queria implantar um atendimento inovador. Ainda não se sabia sobre os benefícios que esta união dos pais com seus filhos causariam para o futuro, mas os profissionais acreditavam nesta prática. Fato esse evidenciado na fala do Informante 4:

outro cuidado que sempre se teve era que os pais podiam permanecer 24h aqui dentro, isso é coisa que nos outros hospitais só agora está aparecendo e isso já existe há 26 anos aqui dentro. (I 4)

Apesar de desconhecerem os reais benefícios gerados pela formação do vínculo precoce entre o RN e sua família os profissionais já estavam auxiliando na diminuição da incidência de abandonos, espancamentos, abusos e na melhora do desenvolvimento e crescimento do neonato (SCOCHI, *at al.* 2005).

A filosofia global foi implantada por meio dos princípios básicos na assistência neonatal, das funções, papel e atribuições do enfermeiro neonatológico, determinações de normas gerais para a enfermagem e rotinas de atendimento ao cliente, além das técnicas científicas na execução dos procedimentos de enfermagem. Através destes itens, colocados no estatuto interno, observa-se que a filosofia e o pensamento da época eram científicos e necessitavam de normas práticas de execução, mesmo quando se envolvia sentimentos da família do RN.

Uma preocupação física existente no projeto, e no estatuto interno, era a criação de uma sala específica para a educação aos pais. Entretanto, pouco se usou esta sala para este fim, como relatam os informantes:

a sala de pais, é mais uma sala de reuniões. Sala de reuniões para nós, pois reuniões com os pais eventualmente se fazia. (I 4)

A rotina estabelecida, na época, em relação aos pais foi dar-lhes permissão para permanecer na unidade durante todo o período de internação de seus filhos. Entretanto, os pais eram convidados a se retirarem durante a passagem de plantão da enfermagem, do *round* médico e em situações de urgência ou procedimentos invasivos.

Assim, para facilitar o entendimento entre os profissionais de saúde e os pais dos RNs, ficou estabelecido um horário fixo para a passagem do *round* médico, como refere o Informante 5:

o que tinha antes, era um horário que os pais não podiam ficar na sala, tipo até as nove horas da manhã que é o horário onde os médicos passavam o round. (I 5)

O Informante 4 lembrou o horário que havia sido estipulado para a passagem do *round*. Salientou, que este fato se deu devido à inexperiência que existia na época, além do período de adaptação por estar sendo implantado um setor novo. Assim, coloca que:

a única restrição era das 9 as 11 que era o round e que eles não permanecessem dentro da sala para não ouvir, o que era comentado, mas isso aos pouquinhos foi liberado. (I 4)

Outro Informante coloca também a insegurança existente na época evidenciada na solicitação aos pais aguardarem fora das salas para a passagem do round:

no começo havia mais resistência. Mas naquela época se tinha mais receio, tinha um tendência a limitar horário, era um pouco inseguro e na frente dois pais podia fazer feio, achavam que os pais incomodavam, e o pior era que achavam que quanto mais gente entrasse lá mais infecção se teria. (I 9)

Foi evidenciado pela maioria dos Informantes que a permanência dos pais era permitida por 24h. Alguns colocavam ressalvas dizendo os momentos em que os pais eram solicitados a saírem como afirma o Informante 7:

os pais sempre puderam entrar... sempre... muitas vezes eles eram mais solicitados que saíssem por que tinha algum procedimento ou por que tinha... [...] podiam entrar, era permitido o acesso 24 horas, nunca foi permitido que só um dos dois estivesse presente, sempre foi liberado pra ambos os pais... (I 7)

Os pais eram estimulados a ficarem com seus filhos o máximo possível, principalmente pela equipe de enfermagem. Quando estavam internados na UTI eram estimulados a tocarem e a conversarem com o seu bebê, já se estavam no intermediário ou crescimento os pais já podiam auxiliar nos cuidados como trocas de fraldas e mamadas. Existia uma preocupação inicial por parte das Enfermeiras em relação à humanização conforme citado nos arquivos do HCPA (1998³). “Estimular as mães a tocarem nos RNs na NEO e amamentação na incubadora, foram iniciativas das Enfermeiras. A gente ditou normas e abriu os olhos para essa coisa fundamental que é a humanização”.

A relação de carinho e aproximação dos pais com seus filhos era estimulada mesmo quando o RN necessitava de cuidados intensivos. O Informante 4 salienta que os bebês que estavam em berço comum podiam ir para os colos de seus pais, e os bebês graves apesar de não poderem sair dos berços aquecidos e incubadoras recebiam o toque e carinho de seus pais, como evidenciado na fala a seguir:

era fazer o carinho e pegar no colo dependia da situação, se não estivesse em incubadora podia, mas se estava na incubadora a

³ Documento visual não paginado.

gente não tirava. Os bebês graves não iam para o colo, podia tocar neles mas não iam para o colo. (I 4)

Os pais, além de serem estimulados a tocarem em seus filhos, eram orientados e solicitados a auxiliarem nas trocas de fraldas. Fato este que possibilitava a formação de um vínculo mais efetivo durante o período de internação do RN, como coloca o Informante 9:

sim, os pais entravam já. Sim, já participavam, eles eram orientados, nós alcançávamos a roupa para o pai e a mãe, eles ficavam com o recém-nascido, tocavam na incubadora, quando era possível pegava no colo, sentavam junto. Todo o procedimento que mãe ou o pai poderiam fazer, faziam. (I 9)

No corredor externo que circundava as salas da Unidade de Internação Neonatológica, existiam visores nas salas, os quais permitiam que os familiares pudessem ver os RNs. Em algumas exceções a Enfermeira da unidade permitia a entrada de irmãos do RN e avós, como relatado na fala do Informante 5:

pai e mãe e aquele que fosse um irmão, daí se falava com a Enfermeira, e as vezes se abria exceção. (I 5)

O Informante 11 salienta que as mães que tinham seus filhos internados, normalmente, possuíam outros filhos, o que dificultava a entrada e permanência de todos:

pode olhar pelo visor... A não ser que a Enfermeira entenda que não tenha muito movimento e deixe entrar. E aí se deixar um já pensou irmão de todo mundo entrando. É muita criança, aí não dá. Sempre tiveram muito filho. Então, claro a Enfermeira deixa dá uma olhadinha, então entra, olha e sai. Mas não é uma coisa que rotina. Nem vó, nem nada. (I 11)

Em relação às exceções, não eram apenas em relação à entrada dos familiares, outras rotinas também eram burladas pela enfermagem para a formação do vínculo e bem estar entre o RN e seus pais, como enfoca o Informante 7:

os irmãos não, mas assim, sempre teve as exceções também de entrar. Eu acho até que essa visão, assim, de humanização nunca foi uma coisa distante da nossa realidade, sabe, eu acho que sempre teve... Claro que eram coisas mais engessadas, a gente tinha mais preocupação com as rotinas, assim, mas não podia fotografar, mas sempre teve pais que fotografaram... (I 7)

Outra prática de atendimento que pode ser salientada é a autonomia dos pais em relação aos seus filhos. Fato evidenciado na sala de isolamento, onde os RNs eram alojados em incubadoras, não podendo sair desta nem para mamar. Uma mãe

impulsionada pelo desejo de ter seu filho e poder auxiliá-lo em sua recuperação coloca seu seio pela portinhola da incubadora e o amamenta possibilitando uma nova rotina para os profissionais de saúde que ali atuavam. Essa troca de experiências valoriza tanto a equipe profissional quanto os pais que ali estão em situação de apreensão, tornando um fato relevante e destacado por diversos Informantes.

o nenê que tava na incubadora que não pudesse sair que tava no isolamento ele não podia mamar no seio por que... não podia ir no colo. Aí um dia uma mãe, disse assim “Eu quero dar mamar para o meu bebê!” aí eu disse “Ah mãe agora não dá, por que não sei o que, ele tá na incubadora.” Aí ela simplesmente pegou a mama dela e enfiou ali no buraco e deu na boca da criança. Foi uma mãe que deu a idéia... e daí saiu pra todo mundo... (I 11)

O estado clínico dos RNs era comunicado aos pais pela Enfermeira e pelo médico assistente, normalmente na parte da manhã, mas também nos outros turnos conforme a visita dos pais aos seus filhos, como refere o Informante 4:

eles falavam ou antes ou depois do round, os médicos e as Enfermeiras também, porque sempre quem pode fornecer informações é o médico ou a Enfermeira, porque tem informações que são os médicos e outras que as Enfermeiras podem dar sem problema nenhum. E os funcionários que cuidam o bebê, dão informações de como o bebe passou durante o dia, o peso podia mostrar, essas coisas. (I 4)

A equipe de enfermagem passava aos pais as informações sobre as alterações diárias como peso, banho e medidas conforme a sua função dentro do atendimento ao neonato como evidenciado na fala a seguir:

a Enfermeira e o médico. E ainda é assim. É elas que falam, claro eu digo alguma coisa dali, mas aí eu vou falar contigo o que me compete, o que não, a Enfermeira vai falar ou o que ela achar que não é dela o médico fala. Sempre foi assim. (I 11)

Outro ponto salientado pelo Informante 10 foi a inexperiência em relação à transmissão de informações de saúde da Equipe de Enfermagem para os pais, uma vez que muitos destes profissionais eram recém-formados:

olha, a princípio assim sempre era o médico, a gente era todo mundo assim inexperiente, mas aí conforme a gente foi adquirindo também experiência a gente conversava também com os pais. Falava, claro não explicava assim detalhado, explicava por cima assim... por que que tava com o tubo no narizinho, uma coisinha na boca, aquelas coisas assim. E aí as outras notícias mais do estado do bebê mesmo era o... pediatra. (I 10)

Sobre as práticas de atendimento em relação à família ficou evidente a preocupação inicial em permitir a permanência dos pais junto ao RN durante o período de hospitalização, fato este de caráter inovador, visto que esta não era uma prática comum entre os hospitais.

Muitos profissionais eram recém-formados e em alguns momentos dificultaram a permanência dos pais dentro da unidade, entretanto com o passar do tempo essa interferência foi sendo sanada. A unidade nasceu com a filosofia que previa a permanência dos pais por 24h na unidade, porém não eram todos os profissionais que conheciam os benefícios que o vínculo precoce poderia gerar ao neonato não sendo estimulado assim uma maior interação entre o bebê e sua família. Apesar da filosofia existente, a valorização tecnológica e do cientificismo acabaram se sobrepondo à valorização do recém-nascido como um ser pertencente a uma família e integrante de uma sociedade.

Concluindo a etapa da análise dos dados, o presente estudo apresentará no próximo capítulo as considerações finais e recomendações para pesquisas futuras.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aprofundamento sobre as peculiaridades históricas da implantação do atendimento neonatal permite um maior conhecimento sobre a área da neonatologia. Pautado no referencial teórico da Nova História foi possível desenvolver este estudo, visto que, esta base teórica valoriza toda a atividade humana, considerando sua história e seu passado, o qual pode ser reconstruído e relacionado ao momento em estudo. Assim, foi utilizada a história oral como fonte de coleta de dados, pois pouca documentação foi encontrada sobre os primórdios da implantação, bem como das práticas de atendimento adotadas no período de 1972 à 1984, da referida Unidade Neonatológica.

Procurando conhecer a implantação da unidade neonatal e as práticas de atendimento adotadas naquele período pelos profissionais de saúde, no HCPA, foi possível criar subsídios para compreender parcialmente o que ocorre hoje no atendimento ao neonato.

Um dos subsídios foi a necessidade existente de mudança dos paradigmas de atendimento ao recém-nascido, valorizando as práticas de atendimento humanizadas pode ser evidenciada através dos ruídos excessivos, luminosidade indiscriminada, procedimentos muitas vezes não cautelosos e, principalmente, a separação do neonato de seus pais. Essas práticas entre outras são marcas da valorização da tecnologia nas unidades neonatais que podem ser reflexos das práticas de atendimento preconizadas na implantação da neonatologia.

O Hospital Universitário em seu projeto previa ser um hospital geral que contemplasse as diversas especialidades. O HCPA foi inaugurado em 1972, neste período iniciavam-se os projetos de Intensivismo Neonatal no Brasil. Assim, após uma jornada de oito anos de trabalho inaugurou-se a Unidade Neonatológica desta instituição. Nestes oito anos de trabalho até a inauguração da unidade, foi criado o projeto inicial e reformulado, criaram-se as rotinas para as práticas de atendimento, foi formada e treinada a equipe e comprados os equipamentos necessários. Esse esforço foi realizado com a preocupação de unificação das condutas e que possuísse um rigor científico.

No intuito de diminuir a mortalidade neonatal foram sendo investidos esforços em pesquisas e em tecnologia para o aumento da sobrevivência do recém-nascido com o menor índice de seqüelas possíveis. Entretanto, pautado pelo modelo biomédico, o recém-nascido foi sendo fragmentado e estudado em partes. Os avanços tecnológicos foram sendo aprimorados, o controle de infecção iniciava seus cuidados e, juntamente com esses fatos, ocorria a separação do RN de sua família.

A criação da Unidade Neonatológica do Hospital Universitário foi narrada pelo modelo biomédico. Os profissionais, atualmente formados pelo HCPA, recebem sua formação de pessoas que foram formadas neste período, os quais carregam em suas falas a marca deste modelo. Esse fato pode estar acarretando dificuldade para os profissionais adotarem práticas de atendimento em outros modelos, como a humanização atualmente preconizada. Se outros modelos fossem adotados na prática, por exemplo, o bebê em ventilação mecânica teria sua recuperação mais rápida se junto de sua família. Por que não proporcionar a ele o método canguru, permitindo o contato pele-a-pele do RN com sua mãe, a manutenção da temperatura corporal de forma fisiológica e regularização da frequência cardíaca ao manter seu ouvido na altura do coração de sua mãe?

Pode-se observar que a formação da maioria dos profissionais que atuaram no período da implantação teve como uma das características a recente formação acadêmica. Ou seja, no período que antecedeu a inauguração da unidade neonatal do Hospital de Clínicas, não existia na região um hospital com uma unidade para atendimento específico ao neonato prematuro ou doente, existiam apenas berçários. Este fato caracterizou a falta de experiência a respeito dos procedimentos e o grande interesse em ampliar os conhecimentos científicos. Alguns dos profissionais que iniciaram no atendimento durante a implantação possuíam experiência de cursos feitos no exterior. Desta forma, tinha-se um cenário de pessoas com formações distintas, sendo necessário uma uniformização de condutas entre a equipe.

No período estudado, devido à falta de experiência de grande parte da equipe e a pouca bibliografia existente, era dada ênfase no avanço tecnológico e nas pesquisas, sendo o atendimento voltado à patologia. Isso se deve ao modelo de educação vigente na época que foi o modelo biomédico o qual caracterizou-se pela

fragmentação do conhecimento, gerando as especialidades e deixando marcas até os dias atuais.

Alguns profissionais entrevistados relataram que prestavam atendimento ao neonato, mas desconheciam a importância e os benefícios gerados para o bebê e sua família. Era sabido que no estatuto interno uma das cláusulas era a filosofia, que previa a permanência dos pais junto aos seus filhos em período integral. Contudo, devido a esse desconhecimento dos benefícios que a aproximação dos pais geravam aos seus filhos, havia um distanciamento da família do neonato, por intervenção dos profissionais ou, até mesmo, pela falta de auxílio na formação do vínculo.

Outro ponto a ser salientado foi a integração existente entre a equipe médica e a equipe de enfermagem. Todos tinham o mesmo ideal, a sobrevivência dos neonatos, fazendo com que formassem de fato uma equipe existindo colaboração e trocas de experiências entre profissionais, o que parece ter favorecido o avanço no atendimento ao RN.

A instituição em estudo foi construída para ser um hospital modelo, sendo considerada a “menina dos olhos” como referiu um dos informantes. Atualmente, trata-se de um hospital de referência e um dos maiores formadores de profissionais que atuam no mercado. Considera-se que, em relação a este fato, de ser um hospital universitário modelo, existem fortes conseqüências que precisam ser observadas, como: a busca das melhores práticas para que servissem de modelo para outras instituições; o uso de técnicas avançadas e a busca do aprimoramento constante – o que muitas vezes faz com que os profissionais trabalhem sob pressão do sucesso; a presença constante de acadêmicos de diversos cursos necessitando de atenção redobrada por parte dos profissionais que atuam na assistência e por parte dos professores; pesquisas que permitam o conhecimento de novas necessidades e conseqüentes ajustes após a exposição dos resultados. Essas conseqüências citadas podem acarretar na busca incessante de novos conhecimentos, priorizando a tecnologia, o que pode acabar gerando um descaso às práticas de atendimento voltadas à humanização.

Os profissionais que participaram da criação da Unidade neonatológica, foram formadores dos profissionais que estão atualmente no mercado. Na sua bagagem e na formação profissional carregam a ênfase na patologia e na tecnologia, o que

provavelmente dificultou a mudança de conduta nas práticas dos profissionais que estão atualmente no mercado. Talvez em parte explique a dificuldade dos profissionais de saúde em adotarem as práticas de humanização, preconizadas pelos programas criados pelo Ministério da Saúde.

Outra inferência a destacar nesta discussão refere-se à família, que foi brevemente mencionada acima. A Unidade de Neonatologia teve em seu projeto inicial, uma filosofia que permitia a permanência dos pais junto aos seus filhos em período integral. Essa filosofia denominou-se “filosofia de assistência global à criança e a seus pais” - que de fato se manteve desde o início da unidade.

Entretanto, os pais que sempre puderam permanecer com seus filhos, representavam uma dificuldade para os profissionais, que precisavam muitas vezes trocar impressões com seus colegas e se mostravam constrangidos de fazer isso na frente dos familiares do neonato. Deve-se lembrar que a maioria destes profissionais eram recém-formados e, portanto, precisavam lidar com o aprendizado de novas condutas a serem adotadas, mesmo que muitas delas não estivessem completamente definidas e muitas vezes precisavam ser embasadas cientificamente. Desta forma, durante a discussão dos casos clínicos dos RNs, os pais não podiam permanecer na unidade, mas assim que possível eram convidados a retornarem junto aos seus filhos.

Nesse momento, apesar de ser permitida a permanência dos pais junto aos seus filhos, a proposta referente aos pais e bebês, apregoada inicialmente, foi sendo substituída e abrindo espaços às preocupações com as questões científicas, as quais envolviam as enfermidades dos RNs. Sabe-se que a permanência da família junto ao bebê é importante para a recuperação do neonato, bem como, para a integração do mesmo à sociedade. Entretanto, no intuito de aumentar a sobrevivência desses RNs, os profissionais da saúde valorizavam o avanço tecnológico, aprimoravam seus conhecimentos e condutas do controle de infecção e começaram a ver o RN como um objeto de estudo, tendo sido esquecida a importância da família junto à recuperação do neonato.

Nas falas dos informantes, em relação às práticas de atendimento, percebe-se a valorização do conhecimento científico e a ênfase dada ao surgimento da tecnologia como benefício para a promoção da saúde do neonato.

Com o surgimento da unidade neonatológica, em 1980, os recursos em relação ao uso do suporte de oxigenioterapia, da fototerapia, da disponibilidade de cirurgias e de acessos venosos profundos que eram procedimentos recentes foram se consolidando. Assim como a utilização dos recursos tornando possível novos estudos sobre os mesmos. Acreditava-se que as pesquisas científicas poderiam propiciar aos futuros RNs melhores condições de vida, e com isso, foram-se ampliando as pesquisas, a complexidade no atendimento e o arsenal tecnológico.

Juntamente com a evolução tecnológica, algumas práticas de atendimento foram sendo aprimoradas devido a um maior conhecimento científico a respeito da fisiologia neonatal. Essas práticas podem ser exemplificadas pela criação de estratégias para a termorregulação e procedimentos para alívio da dor dos bebês. A partir disso foram se identificando as necessidades no intuito de minimizar o tempo de hospitalização e de promover a diminuição das seqüelas ao RN.

Assim, pode-se inferir que o objetivo principal desde a criação da unidade foi aumentar a sobrevivência dos RNs. Para isso, adotaram-se condutas científicas e tecnológicas, que do ponto de vista dos profissionais, era o melhor que poderia ser feito para a evolução e o aprimoramento da técnica utilizada atualmente.

Através deste recorte histórico e reconstrução da criação da unidade neonatológica do HCPA pode-se compreender um pouco mais as dificuldades existentes no aprimoramento das práticas de atendimento.

Desta forma, sugerem-se novos estudos no intuito de implementar práticas que favoreçam a discussão sobre a inclusão de novos paradigmas na formação dos profissionais da área neonatal. Tais práticas devem estar aliadas ao conhecimento científico que valorize o neonato como um ser pertencente a uma família, dentro de uma sociedade, proporcionando seu equilíbrio fisiológico de forma rápida, reduzindo o índice de seqüelas, e de forma menos traumática possível tanto para o RN quanto para sua família.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Verena. **Manual de História Oral**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. 236 p.

VERY, Gordon. Perspectivas em neonatologia. **Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1978. 1035 p.

_____. Perspectivas na década de 1990. **Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. 1492 p.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 224 p.

BARREIRA, Ieda de Alencar. Memória e História para uma nova visão da Enfermagem no Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 7, n. 3, p.87-93, jul. 1999.

BONILHA, Luís Roberto de Castro Martins; RIVORÊDO, Carlos Roberto Soares Freire de. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p.7-13, fev. 2005.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O uso da história oral como uma possibilidade de reconstruir a história da Enfermagem. **Texto Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.1, p.58-70, jan./abr. 1998.

_____. Por quê conhecera história da enfermagem?. **Texto Contexto-Enfermagem**. Florianópolis, v.4, n.esp., p.14-18. 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Imprensa Oficial, 2000. 16 p.

_____. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Imprensa Oficial, 2001. 60 p.

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru**. Brasília: Imprensa Oficial, 2002. 196 p.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. **Lei Ordinária Nº 5.604 de 2 de setembro de 1970**. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5604.htm> . Acesso em: 3 jul. 2007.

BURKE, Peter. Abertura: a Nova História seu passado e seu futuro. *In*: BURKE, Peter (org.) **A escrita da história: novas perspectivas**. Trad. Magda Lopes. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1992. 354 p. p.7-37.

CAETANO, Laise Conceição; FUJINAGA, Cristina Ide; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. **Revista**

Latino Americana de Enfermagem. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 232-236, mar./abr. 2003.

CAPRA, Fritjof. – **O Ponto de Mutação – A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente.** SP: Editora Cultrix, 1982. 447 p. p. 116-155.

CARVALHO, Manoel de; GOMES, Maria Auxiliadora S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.1, s.1., mar. 2005.

CASSATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Kátia. Humanização do Atendimento em Saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 13, p. 105-111, jan./fev. 2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; PUCCINI, Paulo de Tarso. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1342-1353, 2004.

COSTA, Pedro Luiz. **Aspectos Históricos da Obstetrícia Gaúcha.** Porto Alegre, 1992. 160 p.

COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. **Iniciação à bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 320 p.

CUNHA, Maria. Luiza Chollopetz da; MENDES, Eliane Norma Wagner.; BONILHA, Ana Lucia de Lourenzi. O cuidado com a pele do recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 6-15, jul. 2002.

DA POIAN, Vera Regina Lopes; LOUZADA, Maria Luzia Cunha; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto. O uso do plástico na manutenção do ambiente termoneutro para recém-nascido de pré-termo (RNPT). In: **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre vol. 7, n. 2 (jul. 1986), p. 275-285.

DATASUS, NIS/SES/RS e SIM/CGVS/SMS/PMPA. **Indicadores de mortalidade infantil.** Porto Alegre, 2005.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Ivonna. **Handbook of qualitative research.** 2 ed. Thousand Oaks: Sage, 2000. 1065 p.

DESLANDES, Suely. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.7-14. 2004.

FIKAC, Lisa. O recém-nascido de risco: problemas relacionados com a idade gestacional. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon; BOBAK, Irene. **O cuidado em enfermagem materna.** 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 928 p. p.775-810.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** Porto Alegre: De Casa, 2000. 180 p.

GUINSBURG, Ruth. Conforto e Analgesia no Período Neonatal. *In*: COSTA, Helenice de Paula Fiod; MARBA, Sérgio Tadeu Martins (Org.). **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 103-117.

HOCHMAN, Gilberto; SANTOS, Paulo Xavier dos; PIRES-ALVES, Fernando. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 460 p.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Grupo de Enfermagem. Serviço de Enfermagem Materno-Infantil. **Previsão de pessoal de enfermagem para uma unidade de internação neonatológica** – Estudo preliminar. Porto Alegre: HCPA, 1987. 51 p.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Grupo de Enfermagem. Serviço de Enfermagem Materno-Infantil. **Normas estruturais da unidade de internação neonatológica**. Porto Alegre: HCPA, 1980. 47 p.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Grupo de Enfermagem. Serviço de Enfermagem Materno-Infantil. **18 anos de maternidade no HCPA: O AMADURECIMENTO DO CUIDAR** – Fita de VHS. Porto Alegre: HCPA, maio de 1998.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/13/97/>>. Acesso em: 3 jul. 2007.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Indicadores anuais**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/441/661/>>. Acesso em: mar. 2006.

INACIO, Katia Lopes. Pais na unidade de terapia intensiva neonatal : percepção do auxiliar de enfermagem. Porto Alegre, 2002. 125 f.

JÚNIOR, Sérgio Daré *et al.* Humanização e Abordagem Desenvolvimentista nos Cuidados ao Recém-nascido de Muito Baixo Peso. *In*: COSTA, Helenice de Paula Fiod; MARBA, Sérgio Tadeu Martins (Org.). **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 85-102.

LAMEGO, Denyse, DESLANDES, Suely; MOREIRA, Maria Elisabeth. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.669-675, set. 2005.

LAMY, Zeni Carvalho, *et al.* Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.659-668, jul./set. 2005.

LUSSKY, Richard. A century of neonatal medicine. **Minnesota Medicine**. Minneapolis, v. 82, dec.1999. Disponível em: <<http://www.mnmed.org/publicationa/MnMed1999/December>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de História Oral**. São Paulo: Edições Loyola, 1996. 78 p.

MIURA, Ernani; FAILACE, Luciane Hoff; FLORI, Humberto. Mortalidade perinatal e neonatal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Porto Alegre, v. 43, n.1, p.35-39, mar. 1997.

PACHI, Paulo Roberto. A Ambiência do Recém-nascido. *In*: COSTA, Helenice de Paula Fiod; MARBA, Sérgio Tadeu Martins (Org.). **O Recém-nascido de Muito Baixo Peso**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 73-84.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O panorama da história da Enfermagem na região sul do Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.369-375, dez. 2000.

PIZZATO, Marina; DA POIAN, Vera Regina Lopes. **Enfermagem Neonatológica**. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1982, 162 p.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 487 p.

RODARTE, Milena Domingues *et al.* O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p.79-85, fev. 2005.

RODRIGUES, Renata Gomes; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 6, n. 2, p. 286-291, 2004. Disponível em <www.fen.ufg.br>. Acesso em: ago. 2005.

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p.539-543, jul-ago. 2003.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 385p.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Nome: _____ DN: _____

Profissão: _____ Tempo de atuação na área neonatal: _____

Locais de trabalho: _____

1. Como surgiu a necessidade e a implantação do serviço de neonatologia?
2. Quais foram as pessoas envolvidas no planejamento deste serviço e como foi elaborado o projeto?
3. Houve algum tipo de treinamento para trabalhar na unidade? Como foi estruturada a equipe?
4. Se houve algum treinamento ou processo equivalente:
 - Como este foi em relação as práticas de atendimento e quais foram os profissionais que participaram?
5. Como era estruturada a equipe multiprofissional?
6. Como era a estrutura física e quais os recursos disponíveis para o atendimento do recém-nascido?
7. Que ações faziam parte do atendimento prestado pelos profissionais de saúde ao recém-nascido na implantação do serviço?
8. Que ações faziam parte do atendimento prestado pelos profissionais de saúde à família do recém-nascido?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Pesquisa:** "O resgate das práticas de atenção no intensivismo neonatal em um hospital escola"**Autora:** Cecília Drebes Pedron**Orientadora:** Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Fui informada(o) de forma clara e detalhada, sobre as questões referentes à pesquisa e que a mesma tem por objetivo conhecer e refletir sobre as práticas de atendimento adotadas na implantação do intensivismo neonatal em um hospital escola de Porto Alegre.


A pesquisadora esclareceu o caráter voluntário de minha participação no estudo, bem como da possibilidade de minha desistência em qualquer etapa da pesquisa sem acarretar qualquer dano. Fui comunicada(o) que as entrevistas serão gravadas em meio digital com posterior transcrição, e que serão destruídas após 5 anos da entrevista. Também me foi informada(o) que será mantido o meu anonimato sendo utilizando pseudônimos no relatório final da dissertação e em estudos que serão publicados referentes a esta pesquisa.

Ao assinar este documento, estou concordando em participar da pesquisa acima mencionada, de autoria da Enfermeira Cecília Drebes Pedron, sob orientação da Professora Doutora Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, vinculada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Confirmo o recebimento de uma cópia do presente termo de consentimento tendo a outra cópia ficado com a pesquisadora.

Nome do Informante: _____

Assinatura do Informante: _____

Cecília Drebes Pedron – aluna/pesquisadora – F: 30198085 / Assinatura: 

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha- Orientadora – F: 33165428 / Assinatura: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 2006.

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA
 23/10/2006

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, Cecília Drebes Pedron, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, estou desenvolvendo a dissertação para o mestrado intitulada “O resgate das práticas de atenção no intensivismo neonatal em um hospital escola”, sob orientação da Professora Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, vinculada ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, cujo objetivo é conhecer e refletir sobre as práticas de atendimento adotadas na implantação do intensivismo neonatal em um hospital escola de Porto Alegre. A obtenção dos dados está prevista para ser realizada por meio de documentos escritos incluindo os arquivos utilizados na implantação da Unidade Intensiva Neonatal, bem como através de entrevistas aos profissionais que participaram da implantação do Serviço tanto na área administrativa como assistencial.

Por se tratar de um estudo que possuem dados que serão obtidos em registros contidos nos arquivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, assumo o compromisso junto à Comissão de Ética e Pesquisa desta instituição de coletar informações especificamente relacionadas aos objetivos apresentados no projeto, relatar fielmente as informações obtidas nesta pesquisa bem como na divulgação dos mesmos, garantindo o anonimato da identidade dos sujeitos pesquisados e dos profissionais responsáveis pelos registros.

Cecília Drebes Pedron – aluna/pesquisadora – F: 30198085 / Assinatura: _____

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha- Orientadora – F: 33165428 / Assinatura: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 2006.

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 06-438**Versão do Projeto:** 23/10/2006**Versão do TCLE:** 23/10/2006**Pesquisadores:**

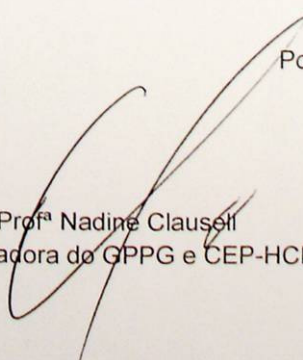
ANA LUCIA DE LOURENZI BONILHA

CECILIA DREBES PEDRON

Título: O RESGATE DAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO NO INTENSIVISMO NEONATAL EM UM HOSPITAL ESCOLA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 24 de outubro de 2006


Profª Nadine Clauseli
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

