

## PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO NEONATO NA IMPLANTAÇÃO DE UMA UNIDADE NEONATAL EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO<sup>a</sup>

Cecília Drebes PEDRON<sup>b</sup>

Ana Lúcia de Lourenzi BONILHA<sup>c</sup>

### RESUMO

O processo de hospitalização do neonato o torna vulnerável a diversas práticas de atendimento. O estudo objetivou conhecer as práticas de atendimento adotadas pelos profissionais de saúde na implantação da unidade neonatal, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Este estudo qualitativo, fundamentado no referencial teórico da Nova História, teve a história oral como principal estratégia da coleta de dados, ocorrida entre outubro de 2006 e janeiro de 2007. Os 15 informantes, profissionais da área da saúde, atuaram no projeto e/ou implantação de 1972 a 1984. A análise dos dados do tipo temática evidenciou a preocupação dos profissionais de saúde em valorizar o avanço tecnológico e unificar condutas embasadas cientificamente, além da implantação de rotinas que permitiram a permanência dos pais junto ao recém-nascido durante o período de hospitalização. Pôde-se inferir que o objetivo principal destas práticas foi aumentar a sobrevida dos neonatos.

**Descritores:** História. Neonatologia. Prática institucional.

### RESUMEN

*El proceso de hospitalización del neonato lo torna vulnerable a diferentes prácticas de atención. El estudio tuvo por objetivo conocer las prácticas de atención adoptadas por los profesionales de salud, en la implantación de la unidad neonatal en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Se trata de un estudio cualitativo, fundamentado en el referencial teórico de la Nueva Historia, siendo la historia oral la principal estrategia para la recolección de datos que se realizó entre octubre de 2006 y enero de 2007. Los informantes fueron 15 profesionales del área de la salud que se desempeñaron en el proyecto y/o implantación desde 1972 hasta 1984. El análisis de los datos del tipo temático evidenció la preocupación de los profesionales de salud en valorar el avance tecnológico y en unificar conductas basadas científicamente, además de la implantación de rutinas que permitieron la permanencia de los padres junto al recién nacido durante el período de hospitalización. El estudio permitió inferir que el objetivo principal de estas prácticas fue aumentar la sobrevida de los neonatos.*

**Descriptores:** Historia. Neonatología. Práctica institucional.

*Título:* Prácticas de atención al neonato en la implantación de la unidad neonatal en hospital universitario.

### ABSTRACT

*The hospitalization process of neonates makes them vulnerable to several care practices. The aim of this study was to get to know the care practices adopted by health professionals while setting up a neonatal unit at the Hospital de Clínicas of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. This is a qualitative study based on the New History Theory. The study collected data from October 2006 to January 2007. Fifteen health professionals responsible for the project and/or its implementation from 1972 to 1984 provided information. The thematic data analysis highlighted the concern among health professionals of making good use of technological advances, as well as unifying scientifically-based conducts. Besides, they tried to establish routines enabling neonate's parents to stay at the bedside during the whole hospitalization period. Finally, it was inferred that the main objective of these practices was to increase the survival of neonates.*

**Descriptors:** History. Neonatology. Institutional practice.

**Title:** Care practices of neonates while setting up a neonatal unit in a university hospital.

<sup>a</sup> Artigo originado da dissertação de Mestrado defendida em 2007 no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.

<sup>b</sup> Mestre em Enfermagem. Professora de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), campus de Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>c</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, Rio Grande do Sul, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A hospitalização do recém-nascido (RN), geralmente, não é esperada pela família, porém, pode ser necessária devido a uma dificuldade na sua 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 da sua fisiologia.

Entretanto, este arsenal tecnológico que visa à sobrevida deste RN, juntamente com outros artefatos, pode 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.

O processo de hospitalização dos RNs pode ser ocasionado por diversos fatores, incluindo 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<sup>(1,2)</sup>.

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, sendo denominado de recém-nascido pré-termo. Este bebê possui uma imaturidade fisiológica que pode ser observada através da instabilidade respiratória, circulatória e termorreguladora<sup>(3)</sup>.

No período de hospitalização, em uma Unidade de Internação Neonatal (UIN), o RN é submetido a diversos procedimentos. Em função da imaturidade e da incapacidade de se expressar por palavras, o bebê fica vulnerável às habilidades dos profissionais que o atendem, bem como às suas práticas de atendimento<sup>(4)</sup>.

Considera-se, neste estudo, práticas de atendimento as ações dirigidas ao RN e sua família, realizadas pelos profissionais de saúde, durante o processo de hospitalização do neonato.

Atualmente, sabe-se da importância e dos benefícios que o aprimoramento das práticas de atendimento, as quais 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<sup>(5)</sup>.

Em função da necessidade de mudança do modelo de 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, percebe-se, em nosso contexto, que os profissionais de saúde e as instituições apresentam dificuldades para a adoção de práticas pautadas nos modelos de atendimento humanizadas<sup>(4)</sup>.

Sabendo dos benefícios que essas práticas podem gerar ao neonato, questiona-se: 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?

A partir destes questionamentos, desenvolveu-se uma pesquisa de caráter histórico com objetivo de conhecer as práticas de atendimento adotadas pelos profissionais de saúde na implantação da Unidade de Internação Neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul<sup>(4)</sup>.

Através da reconstrução da história, podem-se criar subsídios para compreender parcialmente o que ocorre no presente. Entende-se que o conhecimento histórico permite uma tomada da consciência daquilo que somos e que nos transformamos, enquanto produtos da história<sup>(6)</sup>.

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, os autores argumentam que há pouca literatura para subsidiar nossas inferências e embasar projetos que beneficiem nossas práticas e planejamentos para o futuro, as quais contribuem para a (re)construção da identidade profissional<sup>(6-9)</sup>.

## METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa histórica e de cunho qualitativo. Este tipo de estudo 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”<sup>(10)</sup>.

Escolheu-se o Hospital de Clínicas de Porto Alegre para ser o local de pesquisa por ser um hospital universitário de instituição pública formador de grande parte dos profissionais que atuam hoje em Porto Alegre e no Estado do Rio Grande do Sul na área neonatal.

A UIN deste hospital possui uma área física com 1.200m<sup>2</sup>, contando com 53 leitos. Os leitos se dividem em 20 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 27 para Intermediários e seis leitos de admissão.

O recorte temporal utilizado abrangeu 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, visto que a troca das chefias pode levar a diferenças nas condutas adotadas. A UIN começou a funcionar em 26 de abril de 1980.

Os critérios de inclusão para o grupo selecionado de informantes foram: ser profissional da saúde (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.

O número de informantes foi definido pelo critério de saturação de dados, pois esta é uma forma que permite uma análise profunda dos dados. A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre 26 de outubro de 2006 a 26 de janeiro de 2007. Foram entrevistados 15 profissionais da área da saúde, sendo três médicos, dez enfermeiras, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem<sup>(11)</sup>. Considerou-se não relevante a harmonia entre o número de entrevistados por categoria profissional, visto que as informações sobre a implantação se complementavam.

A história oral foi utilizada como estratégia de coleta de dados, sendo realizada através de entrevistas semi-estruturadas. Outras fontes de dados foram: rotinas, escalas, estatutos, cartas, fita de VHS, planta baixa e slides de projeção visual.

A análise dos dados do estudo seguiu a premissa da análise de conteúdo, do tipo temático, respeitando as três diferentes fases na análise de conteúdo: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>(12)</sup>. A análise de conteúdo prevê o uso de computadores como ferramenta de apoio à análise dos dados. No caso do presente estudo, foi utilizado o *software* QSR - NVIVO, versão 7.0. Esse processo de análise auxilia o pesquisador, pois a visualização e a manipulação dos dados torna-se mais flexível, possibilitando momentos de criatividade e reflexão<sup>(12,13)</sup>.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (projeto nº 06-438/06). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo-se mantido o anonimato dos informantes, conforme rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(14)</sup>. As transcrições das entrevistas serão destruídas após cinco anos do decorrido estudo, conforme a Lei n. 9.610/98 dos Direitos Autorais<sup>(15)</sup>.

## PRÁTICAS DE ATENDIMENTO

No início do funcionamento da UIN do Hospital de Clínicas de Porto Alegre faziam parte da equipe de profissionais da saúde: a equipe médica, composta por professores e contratados, e a equipe de enfermagem, com enfermeiros contratados, professores, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem. Essas duas equipes atuavam diretamente no atendimento ao RN e à sua família. Contavam também com o apoio de uma nutricionista para organização da produção de fórmulas lácteas, de uma assistente social, que era solicitada quando necessário, e de uma psicóloga que atendia toda a demanda do hospital.

A equipe médica dos neonatologistas contratados recebia o auxílio de outras especialidades. Essas especialidades eram a da cardiologia, da cirurgia pediátrica e da neuropediatria, que prestavam atendimento quando solicitados.

Na implantação da UIN predominava nos profissionais da saúde uma visão fragmentada do paciente, fundamentada em ações de anatomia, fisiologia e patologia. Observou-se que os profissionais tratavam de uma determinada doença de maneira específica, não considerando o paciente como um todo, fato que marcava o modelo biomédico<sup>(16)</sup>.

Naquele momento, segundo os informantes, existia uma alta taxa de mortalidade tanto materna quanto neonatal. O indicador de mortalidade neonatal em Porto Alegre era de 20 por mil nascidos vivos em 1980, se comparado a 7,24 em 2005<sup>(17)</sup>.

Devido à alta mortalidade neonatal existente naquele período, iniciou-se o estímulo ao cientificismo, à criação de rotinas científicas para unificar condutas e o diagnóstico foi incentivado com a utilização de equipamentos e aparelhos apoiados na tecnologia. A preocupação com o pré-natal recebeu destaque, havendo uma valorização dos equipamentos que eram capazes de auxiliar na redução das gestações de risco.

As bibliografias existentes na época eram um livro-texto para procedimentos de enfermagem<sup>(18)</sup>, e um livro para o embasamento anátomo-fisiológico<sup>(19)</sup>. Estas bibliografias auxiliavam nos procedimentos realizados e serviam de base para treinamentos e para o aprimoramento do conhecimento técnico-científico.

Os profissionais que atuavam na assistência eram jovens, recém-formados e, na sua maioria, não possuíam experiência profissional no atendimento ao RN doente, pois foram graduados em locais de estágio com berçários para bebês saudáveis. As condutas teóricas eram aplicadas na prática, como expresso na fala de um dos informantes:

*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* (Informante 4).

No início do atendimento, as equipes se complementavam e trocavam experiências que podiam ser teóricas, para os recém-formados, ou práticas, para os que já atuavam na área. Durante a montagem da estrutura física iniciavam-se os treinamentos e elaboração das rotinas científicas discriminando as funções de cada profissional e a forma como deveria ser realizado o procedimento, preconizando uma uniformidade na conduta.

Observou-se uma diferença entre as concepções de treinamento dos médicos e dos enfermeiros. A equipe médica considerava os *rounds* (reunião da equipe médica para a discussão da conduta a ser tomada em relação à patologia de um paciente) como treinamentos, e a equipe de enfermagem preconizava um envolvimento prévio de um estu-

do científico sobre um determinado tema capacitando a equipe para uma determinada prática de atendimento.

Além dos treinamentos foram realizadas reuniões para a unificação do atendimento pelos profissionais da saúde como evidenciado na fala a seguir:

*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* (Informante 3).

No atendimento ao neonato, diversas foram as ações dos profissionais de saúde para auxiliar o RN nas adaptações neonatais que envolvessem o sistema circulatório, respiratório, digestivo, térmico e emocional.

Como esta era uma área que estava sendo construída e explorada, coube aos profissionais a elaboração de alternativas para a adaptação do RN da forma menos traumática possível. Como exemplo, sabia-se da importância da manutenção da temperatura corporal do bebê, principalmente os pré-termos. Assim, a equipe de enfermagem elaborou um projeto referente a uma estrutura de madeira ou metálica em formato de cabanas pequenas para a manutenção da temperatura corporal, a qual foi construída pela instituição. Essa estrutura da cabaninha era coberta com plástico transparente e colocada no interior das incubadoras ou nos berços aquecidos, como descreveu um dos informantes:

*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 madeira e se colocava plástico por cima, era tipo uma cabana mesmo. Hoje já não se usa mais porque as incubadoras já tem capota dupla* (Informante 4).

Os bebês que permaneciam em berços comuns, ou quando eram prematuros extremos, e necessitavam de auxílio na manutenção da temperatura corporal utilizavam um colchão térmico formado por luvas de borracha com água morna dentro e protegidas por compressas evitando queimaduras,

sendo este outro benefício elaborado pelos profissionais da saúde.

Os procedimentos de admissão do RN eram: a verificação do peso, banho, administração de Vitamina K, medidas antropométricas, anamnese e exame físico, credeização, aspirado e lavado gástrico. Em relação ao coto umbilical utilizava-se soro fisiológico para os com risco de internação e álcool iodado a 1% para os demais. Na testagem dos reflexos de sucção e de deglutição era oferecido soro glicosado a 5% por via oral.

Havia, na época, a possibilidade de ocorrência da amamentação cruzada ou da ingestão de leite de outras mães para ganho de peso ou conforto do RN. A amamentação cruzada era oferecida por mães de bebês internados e também por profissionais que tiveram seus filhos neste período.

Os bebês com desconforto respiratório ou prematuridade extrema faziam uso de oxigenioterapia através de campânulas (hallo ou capacete), Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (*Continuous Positive Airway Pressure* – CPAP) ou ventilação mecânica. Havia poucos estudos sobre a oxigenioterapia e esses já relatavam a possibilidade de seqüelas.

Na monitorização dos bebês graves utilizavam-se analisadores de oxigênio, entretanto, não havia um número suficiente para todos, sendo o método de observação visual o mais utilizado, o que permitiu à equipe de enfermagem o aprimoramento deste procedimento.

A administração de soroterapia, medicações e nutrição parenteral total eram feitas através de cateter agulhado com asas (*buterflys, scalp*) e, em alguns casos, em acessos venosos centrais como flebotomias. Poucas eram as bombas de infusão existentes, sendo a via parenteral administrada por buretas de microgotas. A nutrição parenteral era preparada por enfermeiras na própria unidade, em sala especial, o que gerava uma sobrecarga de trabalho prejudicando o andamento da unidade.

Existiam diferentes percepções no atendimento ao RN quando se tratava da dor. A equipe médica dava ênfase à cura do neonato executando os procedimentos da melhor forma possível, referindo que os mesmos não sentiam dor:

[...] *dor naquela época era um assunto que não se falava, isso era coisa que não existia* (Informante 13).

Assim como alguns profissionais diziam que não existia dor, outros já sofriam em ver as ex-

pressões faciais dos bebês e tentavam despertar os colegas para este fato:

[...] *eles 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 [...]* (Informante 5).

A preocupação, sofrimento e indignação quanto ao descaso e invisibilidade da equipe médica relacionada à dor era visível:

*Nós achávamos que sentia, e falava que sentia e a resposta que a gente tinha é que não sentia dor [...]. 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 [...]. Imagina, era muito ruim [...]* (Informante 11).

Diversos eram os procedimentos realizados nos neonatos, mas não havia comprovação científica para que os profissionais de saúde pudessem adotar medidas de analgesia e conforto para esses pacientes. A ênfase dada ao cientificismo fazia com que alguns profissionais ficassem incrédulos diante das evidências, não adotando condutas sem uma comprovação científica prévia. Assim, os bebês eram contidos com fraldas, evitando a movimentação durante os procedimentos e minimizando a possibilidade de acidente.

Desde a elaboração do projeto da unidade, observou-se a preocupação dos profissionais da saúde em acolherem os pais dos RNs internados na UIN. No estatuto interno desta unidade consta que ela foi criada com a “[...] filosofia de assistência global à criança e seus pais”<sup>(20)</sup>, na qual permitia a permanência dos pais junto aos seus filhos durante todo o período de internação.

Entretanto, apesar da UIN ter acolhido o ideal de manter os pais junto aos seus filhos, houve uma dificuldade inicial nesta relação pais/bebê, pois o vínculo criado entre mãe/bebê é frágil e necessita auxílio à formação e fortalecimento do mesmo:

[...] *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 eles se sensibilizem e gostem daquele nenê* (Informante 4).

Mesmo com as dificuldades iniciais de adaptação da equipe com os pais do RN, surgia uma unidade que queria implantar um atendimento ino-

vador. Ainda não se sabia cientificamente sobre os benefícios que esta união dos pais com seus filhos causaria para o futuro destes, mas já se acreditava nesta conduta. Esta rotina previa a permanência dos pais junto aos seus filhos, exceto na passagem de plantão da enfermagem, do *round* médico e em situações de urgência ou procedimentos invasivos.

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

*[...] no começo havia mais resistência. 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 (Informante 9).*

Os pais eram estimulados a tocarem em seus filhos e orientados a auxiliarem nas trocas de fraldas, para possibilitar a formação de um vínculo mais efetivo. No corredor externo que circundava as salas da unidade existiam visores que permitiam a visualização do bebê e, em alguns casos, a enfermeira permitia a entrada dos irmãos e avós do bebê.

Outra prática de atendimento salientada é a autonomia que foi se criando dos pais em relação aos seus filhos, fato evidenciado por uma mãe que tinha seu filho em isolamento, o qual não podia sair da incubadora. Impulsionada pelo desejo de ter seu filho e poder auxiliá-lo em sua recuperação colocou seu seio pela portinhola da incubadora e o amamentou, iniciando uma nova rotina. Essa troca de experiências demonstrou a valorização dos pais pela equipe profissional que compreendia a situação de apreensão que os pais estavam expostos.

Assim, pôde-se observar que as práticas de atendimento foram marcadas pela preocupação dos profissionais da saúde em embasar as práticas cientificamente, e outro ponto salientado foi a valorização da tecnologia. A unidade, por ter sido formada com a filosofia que previa a permanência dos pais por 24h no local, gerou uma conduta inovadora para o período da implantação, o que trouxe benefícios que repercutem atualmente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aprofundamento sobre as peculiaridades históricas da implantação do atendimento neonatal

permitiu um maior conhecimento sobre a área da Neonatologia. Devido ao período de implantação da unidade ser concomitante com a da especialidade no Brasil, pôde-se observar a recente formação acadêmica dos profissionais aliados à experiência de alguns com cursos realizados no exterior. Desta forma, tinha-se um cenário de pessoas com formações distintas, sendo necessária uma uniformização de condutas entre a equipe.

Alguns profissionais entrevistados relataram o desconhecimento dos benefícios gerados pela união do bebê com sua família, apesar de preconizar a filosofia do atendimento global que gerava uma ação inovadora nos hospitais. Contudo, devido a este desconhecimento, por vezes, havia uma falta de investimento maior no auxílio da formação do vínculo entre o RN e seus familiares.

Apesar da filosofia do atendimento global existente, a valorização tecnológica e do cientificismo acabaram se sobrepondo à valorização do RN como um ser pertencente a uma família e integrante de uma sociedade.

Outro ponto a ser salientado foi a integração existente entre as equipes médica e 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.

Pôde-se inferir que o objetivo principal, desde a criação da unidade, foi aumentar a sobrevivência dos neonatos e, para isto, 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 hoje em dia.

## REFERÊNCIAS

- 1 Miura E, Failace LH, Fiori H. Mortalidade perinatal e neonatal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Revista da Associação Médica Brasileira 1997;43(1): 35-9.
- 2 Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. Jornal de Pediatria 2005;81(1 Supl):S111-8.
- 3 Fikac L. O recém-nascido de risco: problemas relacionados com a idade gestacional. In: Lowdermilk DL, Perry S, Bobak I. O cuidado em enfermagem materna. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 775-810.

- 4 Pedron CD, Bonilha ALL. Unidade neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implantação e práticas de atendimento [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- 5 Guinsburg R. Conforto e analgesia no período neonatal. In: Costa HPF, Marba STM, organizadores. O recém-nascido de muito baixo peso. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 103-17.
- 6 Barreira IA. Memória e história para uma nova visão da Enfermagem no Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem 1999;7(3):87-93.
- 7 Burke P. Abertura: a nova História: seu passado e seu futuro. In: Burke P, organizador. A escrita da história: novas perspectivas. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 1992. p. 7-37.
- 8 Hochman G, Santos PX, Pires-Alves F. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. In: Ministério da Saúde (BR). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 37-50.
- 9 Padilha MICS, Borenstein MS. O panorama da história da Enfermagem na região Sul do Brasil. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2000;4(3):369-75.
- 10 Polit D, Beck CT, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
- 11 Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
- 12 Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2007.
- 13 Guizzo BS, Krzimirski CO, Oliveira DLLC. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. Revista Gaúcha Enfermagem 2003;24(1): 53-60.
- 14 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 15 Presidência da República (BR), Casa Civil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998: altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências [documento na Internet]. Brasília (DF); 1998 [citado 2006 jan 6]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm).
- 16 Capra F. O ponto de mutação. 25ª ed. São Paulo: Cultrix; 2005.
- 17 Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde. Indicadores de mortalidade infantil. Porto Alegre; 2005.
- 18 Pizzato MP, Lopes VR. Enfermagem neonatológica. Porto Alegre: Editora da Universidade; 1982.
- 19 MacDonald MG, Mullett MD, Seshia MMK. Avery Neonatologia: fisiopatologia e cuidado do recém-nascido. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- 20 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; 1987.

---

**Endereço da autora / Dirección del autor / Author's address:**

Cecília Drebes Pedron  
Av. Pirapó, 34, ap. 302, Petrópolis  
90470-450, Porto Alegre, RS  
E-mail: [cepedron@terra.com.br](mailto:cepedron@terra.com.br)

Recebido em: 09/01/2008  
Aprovado em: 13/06/2008