

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

**CUIDADOS PROPOSTOS AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO, À LUZ DE  
JULIUS HESS (SÉCULO XX)**

Mestranda: Tatiana de Oliveira Gomes

Orientador: Prof. Dr. Fernando Rocha Porto

**Rio de Janeiro**

**2016**

**TATIANA DE OLIVEIRA GOMES**

**CUIDADOS PROPOSTOS AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO, À LUZ DE  
JULIUS HESS (SÉCULO XX)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Rio de Janeiro**

**2016**

## FICHA CATALOGRÁFICA

G633 Gomes, Tatiana de Oliveira.  
Cuidados propostos ao recém-nascido prematuro, à luz de Julius Hess  
(século XX) / Tatiana de Oliveira Gomes, 2016.  
140 f. ; 30 cm

Orientador: Fernando Rocha Porto.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Recém-nascidos - Cuidado e tratamento. 2. Prematuro. 3. Enfermagem.  
I. Porto, Fernando Rocha. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro.  
Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em  
Enfermagem. IV. Título.

CDD – 618.9201

**Cuidados propostos ao recém-nascido prematuro, à luz de Julius Hess (século XX)**

**Tatiana de Oliveira Gomes**

Dissertação de Mestrado submetido à Banca Examinadora como exigência do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em Julho de 2016.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Fernando Rocha Porto

Presidente

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes

1<sup>a</sup> Titular

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Inês Maria Meneses dos Santos

2<sup>o</sup> Titular

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Elizabeth Timotheo Crivaro

1<sup>o</sup> Suplente

---

Prof. Dr Wellington Mendonça de Amorim

2<sup>o</sup> Suplente

**Rio de Janeiro**

**2016**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este estudo e suas conclusões, aos grandes incentivadores do mesmo: cada um dos recém-nascidos que a mim foi confiado o cuidado. Que a experiência do ontem e os ensinamentos do amanhã, permitam-me prestar um cuidado de excelência hoje.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a quem nos olha lá de cima... Obrigada pela força e pelas escolhas, assim como por existir e viver.

Aos meus pais, Valéria Oliveira e Francisco Gomes, por serem incansáveis na tarefa de me tornar a pessoa e profissional que sou. Amo vocês de forma incondicional.

A minha irmã, Rachel Gomes, a quem me faltam palavras para descrever a importância que tem na minha vida... ela é o meu respirar... Não vivo sem ela.

A Sylvia Bittencourt... uma pessoa importante que surgiu sem explicação... Obrigada por tornar minha vida mais alegre!

A Monique Soares, Gabriela Escobar, Isabella Souza, Thais França e Odália Uidack, pessoas especiais, obrigada por entenderem meus momentos de ausência...

Ao meu orientador Professor Fernando Porto... de um castelinho destruído a um palácio construído. Sem palavras para agradecer o alicerce e aprendizado destes últimos meses.

Aos meus amigos de plantão do Instituto Fernandes Figueira ... vocês com certeza fazem parte deste trabalho... Obrigada por me ouvirem falar meses sobre o mesmo assunto. Amo vocês!

Aos demais profissionais do Instituto Fernandes Figueira e da Perinatal ... sou o que sou e agradeço a vocês.

Aos meus formadores e mestres da Escola de Enfermagem Anna Nery: Ieda Barreira, Suely Baptista e Antônio José de Almeida Filho.

Aos meus novos colegas conquistados no LAPHE, LACUIDEN e UNIRIO... Obrigada pela confiança e torcida em todo momento. Vocês foram primordiais!

Aos membros da banca pela disponibilidade, dedicação e valiosa contribuição ao longo desse processo... Minha sincera gratidão!

Aos meus filhos e companheiros de escrita (e vida) diária... Tom, Elis, Miúcha, Gadú, Léo, Anitta, Rita e Bingo! Em especial a minha duplinha inseparável, Naninha... Só consegui chegar aqui porque eu não estava sozinha! Este trabalho é de vocês. Meu amor é sem medidas.

## RESUMO

GOMES, Tatiana de Oliveira Gomes – Cuidados propostos ao recém-nascido prematuro, à luz de Julius Hess (século XX). Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro. 2016. 140 p.

O presente estudo tem por objeto os cuidados propostos aos recém-nascidos prematuros, sob a ótica de Julius Hess, na obra *Premature and Congenitally Diseases Infants*, o que conduziu ao objetivo de descrever, analiticamente, os cuidados propostos aos recém-nascidos prematuros, na obra de Julius Hess. Para tal, utilizou-se como metodologia a operação historiográfica pautada na micro-história, com a redução de escala observacional, tangenciado pelos conceitos de tradução e transcrição. Foram utilizados documentos escritos e imagéticos que circunscreveram o objeto de estudo. Resultados: O entendimento de que o panorama dos cuidados direcionados ao recém-nascido prematuro foi permeado por mudanças na concepção da assistência prestada desde o final do século XIX, envolvendo interesses políticos de nações como a França e os Estados Unidos, sobretudo relacionado as taxas de mortalidade neonatal e natalidade permitiram contextualizar o problema de pesquisa. Nesse sentido, o pediatra americano Julius Hess destacou-se com sua obra intitulada *Premature and Congenitally Diseases Infants*, datada de 1922, ao propor cuidados antecedentes ao parto até a alta do recém-nascido, incluindo recomendações para os olhos, vias aéreas, cordão umbilical, troca de fraldas, entre outros. Conceitos quanto a estrutura física e formação de pessoal destinado ao cuidado também foram abrangidos. Embasado por conceitos sobre manutenção da temperatura corporal e prevenção de infecção, influência de seus antecessores como Pierre Budin, foram alavancados nas descrições na obra em apreço, sendo os mesmos entendidos como pilares no cuidado. Entende-se, portanto, que *Premature and Congenitally Diseases Infants* serviu como um marcador histórico no cuidado ao prematuro. Para tal, há de se ressaltar o papel da enfermagem, liderados pela enfermeira Evelyn Lundeen, assumindo a importante vertente de colocar em vias práticas o proposto por Hess. Nesse ínterim, visualiza-se o êxito do trabalho de Julius Hess, perpassando inclusive às obras dele em co-autoria com Lundeen, a saber *The Premature Infants: its medical and nursing care*. Efeitos destes cuidados podem ser mencionados na melhoria das taxas de mortalidade, por exemplo em meados do século XX. Não obstante, o valor da obra base deste estudo e os cuidados por ela delimitados são inquestionáveis, e assim é preciso compreender que a proposta de “propor” cuidado foi, por si só, colocada em meio acadêmico. No entanto, no que tange a execução, detalhamento das técnicas e amplitude prática destas, pode-se apontar só terem sido possíveis com a colaboração da enfermagem. Tal fato, de maneira descritiva, pode ser corroborada por menções feitas pelo próprio Hess em publicações suas, outrora consultadas, posicionando a enfermagem como alicerce fundamental para os êxitos obtidos em meados do século XX.

Descritores: História; Cuidado; Enfermagem; Recém-nascido, Prematuro

## ABSTRACT

GOMES, Tatiana de Oliveira Gomes – Cuidados propostos ao recém-nascido prematuro, à luz de Julius Hess (século XX). Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro. 2016. 140 p.

This study's purpose is the nursing care provided to premature newborns, from perspective of Julius Hess view at “Premature and congenitally Diseases Infants”, which describe analytically the care provided to premature infants of Julius Hess’s sight. Historiographical operation was used as methodology based on micro-history, reducing observational scale, achieving two concepts: translation and transcreation. It was used written and imagistic documents that circumscribed the study object. Results: The perspective of nursing care skilled to premature newborn was permeated by design changes of assistance since 19th century, involving France and the United States nations political interests, related to neonatal mortality and birth rates allowed contextualize the study proposition. The pediatrician Julius Hess (a north american citizen) in his work entitled Premature and congenitally Diseases Infants, dated 1922, by proposing care preceding the infants birth until discharge it, including recommendations for the eyes, airways, umbilical cord, diapering, among others care. Concepts as the physical structure and trained staff were discussed. Based in concepts of maintaining body temperature and prevent infection description of care, was influenced by Pierre Budin, to emphasize, however, leveraged by the descriptions in the work, it is understood that Premature and congenitally Diseases Infants was a reference in premature infants nursing and feeding care. It is noteworthy that the role of nursing, led by the nurse named Evelyn Lundeen, assumed an important aspect applying the routes proposed by Hess. At the same time, you can notice the success of Julius Hess work, runed through his works co-authored by Lundeen, named “The Premature Infants: medical and nursing care”. Improvement in mortality rates in the middle of 20th century are effects of such care. Nevertheless, the value of the Julius Hess work, basis of this study and for her nursing care delimited are unquestioned, and it is expected you understand that the proposed "propose" nursing care to premature newborn was itself placed in academia. However, when it comes to implementation, technical detailing and practical these, it has been possible with the interference of nursing. This, descriptively, can be supported by references made by Hess in their own publications, once consulted, positioning nursing as a key building block for achieved success at middle 20th century.

Keywords: History; Nursing care; Nursing; Newborn; Premature.

## RESUMEN

GOMES, Tatiana de Oliveira Gomes – Cuidados propostos ao recém-nascido prematuro, à luz de Julius Hess (século XX). Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro. 2016. 140 p.

El propósito de este estudio es la atención que se ofrece a los bebés prematuros, bajo la perspectiva de Julius Hess en "Premature and congenitally Diseases Infants", lo que llevó al fin de describir analíticamente la atención que se proporciona a los bebés prematuros en la obra de Julius Hess. Con este fin, se utilizó como metodología de la operación historiográfica guiado por la micro-historia, con la reducción de la escala de observación, tangenciando los conceptos de traducción y transcreación. Se utilizaron documentos escritos y lleno de imágenes que circunscribe el objeto de estudio. Resultados: La comprensión de que el paisaje de la atención dirigida a los niños nacidos prematuros estaba impregnada por los cambios en el diseño de la asistencia desde finales del siglo XIX, que involucra los intereses políticos de las naciones como Francia y Estados Unidos, las tasas relacionadas principalmente con la mortalidad neonatal y el parto permite contextualizar el problema de investigación. En este sentido, el pediatra estadounidense Julius Hess se destacó con su trabajo titulado *Premature and congenitally Diseases Infants*, con fecha de 1922, mediante la propuesta de la atención que precede el nacimiento hasta el alta del recién nacido, incluyendo las recomendaciones para cuidados de los ojos, las vías respiratorias, el cordón umbilical, cambio de pañales, entre otros. Conceptos como la estructura física y la formación de personal para la atención también estaban descritas. Basada en los conceptos de manutención de la temperatura corporal y prevención de infección Descripción de la atención, sufrió influencia de sus predecesores como Pierre Budin, para enfatizar, sin embargo, apalancado por las descripciones de la obra que nos ocupa, se entiende que congénitamente prematuros y bebés Enfermedades sirvieron como un marcador histórico en el cuidado del prematuro. Con este fin, el papel de la enfermería, dirigido por la enfermera Evelyn Lundeen, asume el aspecto importante de la aplicación de las rutas propuestas por Hess. Mientras tanto, se puede percibir el éxito de la obra Julius Hess, impregnando incluso a sus obras en coautoría con Lundeen, a saber, *The Premature Infants: its medical and nursing care*. Efectos de dicha atención se pueden mencionar en la mejora de las tasas de mortalidad, por ejemplo, en la mitad del siglo XX. No obstante, el valor de la base de trabajo de este estudio y cuidar a sus delimitado son incuestionables, y por lo que deben entender que el cuidado propuesto "proponer" se colocó en sí en el mundo académico. Sin embargo, cuando se trata de la aplicación, que detalla la gama técnica y práctica de estos, se puede apuntar sólo ha sido posible con la interferencia de la enfermería. Esto, de manera descriptiva, puede ser apoyado por las referencias hechas por Hess en sus propias publicaciones, una vez consultado, el posicionamiento de la enfermería como un elemento clave para el éxito alcanzado en la segunda mitad del siglo XX.

Palabras clave: Historia; cuidado; enfermería; Recién nacido; Prematuro

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NUPHEBRAS	Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
IFF	Instituto Fernandes Figueira
LACUIDEN	Laboratório de História do Cuidado e Imagem em Enfermagem
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
CM	Centímetros
BPM	Batimentos por minuto
IRPM	Incurções respiratórias por minuto
LAPHE	Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem
LACENF	Laboratório de Abordagens Científicas na História da Enfermagem

## SUMÁRIO DE FLUXOGRAMA

<b>Fluxograma n. 01</b>	Passo a passo da operação historiográfica.....	38
-------------------------	--	----

## SUMÁRIO DE DIAGRAMAS

<b>Diagrama n. 01</b>	Representação esquemática da classificação do recém-nascido.....	41
<b>Diagrama n.02</b>	Pilares para o atendimento ao prematuro.....	121
<b>Diagrama n.03</b>	Eixos temáticos para o atendimento ao prematuro.....	122

## SUMÁRIO DE QUADROS

<b>Quadro n. 01</b>	Classificação do recém-nascido e causas relacionadas, 1922.....	43
<b>Quadro n. 02</b>	Características do prematuro ou congenitamente doentes, 1922.....	44
<b>Quadro n. 03</b>	Parâmetros da frequência cardíaca e respiratória, segundo autores no período de 1922-1949.....	71
<b>Quadro n.04</b>	Recomendações pertinentes para prevenção de infecções, 1922.....	88

## SUMÁRIO DE TABELAS

<b>Tabela n. 01</b>	Correlação de Peso e Temperatura X Óbitos em recém-nascidos, 1907.....	80
<b>Tabela n. 02</b>	Taxa de natalidade por 1000 habitantes, 1930-1940-1947.....	109
<b>Tabela n. 03</b>	Taxa de mortalidade por 1000 nascidos vivos, 1930-1940-1947.....	109

## LISTA DE IMAGENS DE *FAC-SÍMILES*

<b>Imagem n. 01</b>	Pediatra Julius Hess.....	17
<b>Imagem n. 02</b>	Contracapa da obra <i>Premature and Congenitally Diseased Infant</i> .....	19
<b>Imagem n. 03</b>	Planta física do Hospital do Estado de Illinois.....	47
<b>Imagem n. 04</b>	Higrômetro.....	50
<b>Imagem n. 05</b>	Termômetro para registro de temperatura em vinte e quatro horas.....	51
<b>Imagem n. 06</b>	Local para realização do banho.....	52
<b>Imagem n. 07</b>	Espaço para banho montado em uma casa.....	53
<b>Imagem n. 08</b>	Enfermeira Evelyn Lundeen.....	55
<b>Imagem n. 09</b>	Mapa contendo informações referentes a temperatura do leito e do ambiente.....	58
<b>Imagem n. 10</b>	Primeira página da folha da história do recém-nascido utilizada no Michael Reese Hospital.....	60
<b>Imagem n. 11</b>	Segunda página da folha da história do recém-nascido utilizada no Michael Reese Hospital.....	61
<b>Imagem n. 12</b>	Terceira página da folha da história do recém-nascido utilizada no Michael Reese Hospital.....	61
<b>Imagem n. 13</b>	Quarta e última página da folha da história do recém-nascido utilizada no Michael Reese Hospital.....	62
<b>Imagem n. 14</b>	Combinação de gaze com algodão com capuz para uso emergencial....	64
<b>Imagem n. 15</b>	Recém-nascido vestido com roupa para situação de emergência.....	65
<b>Imagem n. 16</b>	Cobertor com capa.....	67
<b>Imagem n. 17</b>	Modelo Hess para incubadora aberta em 1922.....	67
<b>Imagem n. 18</b>	Modelo Hess para incubadora aberta em 1949.....	68
<b>Imagem n. 19</b>	Modelo Hess de incubadora portátil.....	69
<b>Imagem n. 20</b>	Remoção de muco na cavidade orotraqueal com dedo envolto na gaze ou com o uso de cateter para aspiração.....	72
<b>Imagem n. 21</b>	Embalagem e frasco de Argyrol a 10%.....	74
<b>Imagem n. 22</b>	Corte do cordão umbilical.....	77
<b>Imagem n. 23</b>	Gráfico de Mortalidade X Peso X Temperatura retal por Budin.....	81
<b>Imagem n. 24</b>	Termômetros individuais.....	84
<b>Imagem n. 25</b>	Balança para a pesagem do recém-nascido.....	92

<b>Imagem n. 26</b>	Realização de pesagem do recém-nascido.....	92
<b>Imagem n. 27</b>	Finalização de pesagem do recém-nascido.....	92
<b>Imagem n. 28</b>	Posições sugeridas para a realização do banho.....	96
<b>Imagem n. 29</b>	Recomendação para imersão do recém-nascido.....	97
<b>Imagem n. 30</b>	Esquema explicativo para a colocação de fralda modelo triangular.....	100
<b>Imagem n. 31</b>	Sugestões para roupas a serem utilizadas no recém-nascido em 1922.....	104
<b>Imagem n. 32</b>	Recém-nascido trajando camisa de mangas compridas.....	105
<b>Imagem n.33</b>	Recém-nascido trajando camisa de mangas compridas e cobertor para os membros inferiores.....	105
<b>Imagem n. 34</b>	Descrição ilustrativa do passo a passo de como vestir o recém-nascido.....	106

## SUMÁRIO

<b>SEÇÃO 1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>16</b>
	1.1 – Motivação e problema de pesquisa.....	16
	1.2 – Objeto e objetivo.....	28
	1.3 – Justificativa e relevância.....	28
<b>SEÇÃO 2</b>	<b>OPERAÇÃO METODOLÓGICA.....</b>	<b>30</b>
	2.1 – Aspectos da micro-história.....	30
	2.2 – Aspectos teóricos da redução da escala de observação.....	31
	2.3 – Redução da escala de observação do objeto de estudo.....	32
	2.4 – Aspectos teóricos da transcrição e tradução.....	35
	2.5 – Etapas do estudo.....	37
<b>SEÇÃO 3</b>	<b>AMBIENTE, FORMAÇÃO E REGISTRO PARA O CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO.....</b>	<b>41</b>
	3.1 – Introdução.....	41
	3.2 – Decodificação do termo fraco.....	41
	3.3 – Ambiente do cuidado.....	45
	3.4 – Formação de pessoal para o cuidado.....	55
	3.5 – Registros.....	57
<b>SEÇÃO 4</b>	<b>CUIDADOS INICIAIS AOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS.....</b>	<b>63</b>
	4.1 – Introdução.....	63
	4.2 – Recepção ao nascer.....	63
	4.2.1 – Manutenção da temperatura e sinais vitais.....	64
	4.2.2 – Aspiração e cuidados com as vias aéreas.....	71
	4.3 – Cuidado com os olhos.....	74
	4.4 – Cuidados com o coto umbilical.....	76
	4.5 – Temperatura corporal.....	79
	4.6 – Prevenção de infecções.....	86

<b>SEÇÃO 5 CUIDADOS DIÁRIOS AOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS.....</b>	<b>90</b>
5.1 – Introdução.....	90
5.2 – Manuseio.....	90
5.3 – Pesagem.....	91
5.4 – Banho.....	94
5.5 – Cuidados com a pele, genitália e eliminações.....	99
5.6 – Vestimentas.....	103
5.7 – Alta do recém-nascido.....	107
5.8 – Efeitos do cuidado.....	108
<b>SEÇÃO 6 CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS (Visão do prematuro) .....</b>	<b>111</b>
<b>SEÇÃO 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>140</b>

*“Obstetras e neonatologistas tentam agora encontrar, na era da tecnologia, uma interface na qual possam juntos, discutir e decidir o melhor para a mãe e para o seu bebê. Deveria ser uma regra básica que o homem, ao invés de esquecer o passado, olhasse sempre para ele com olhos de aprendiz”*

(LAMY, 1995, p. 27)

## SEÇÃO 1

### CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nada do que aconteceu deve ser perdido para a história

(Walter Benjamin, 2011).

#### 1.1 – MOTIVAÇÃO E PROBLEMA DE PESQUISA

A motivação para escrever esta dissertação, deve-se ao fato de, ainda graduanda, em 2003, ter tido a oportunidade de ingressar e participar do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Isto articulado a minha trajetória profissional, no campo da neonatologia, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), desde 2005, que também contribuiu para a construção de um pensamento reflexivo quanto a história dos cuidados no âmbito neonatal.

Durante os mais de dez anos em que atuo na área da enfermagem, tenho a história da minha profissão e, mais especificamente, do cuidado capilarizadas no cotidiano, quando senti a necessidade de resgatar, de alguma maneira, a base da minha formação; juntar “o que fui” e “o que sou” e, assim, suscitou a ideia de unir a história do cuidado com a neonatologia. Aliado a isto, a inquietação relacionada ao cuidado direcionado ao recém-nascido num paralelismo entre o que se faz atualmente e nossos precursores, fomentou o interesse pelo estudo.

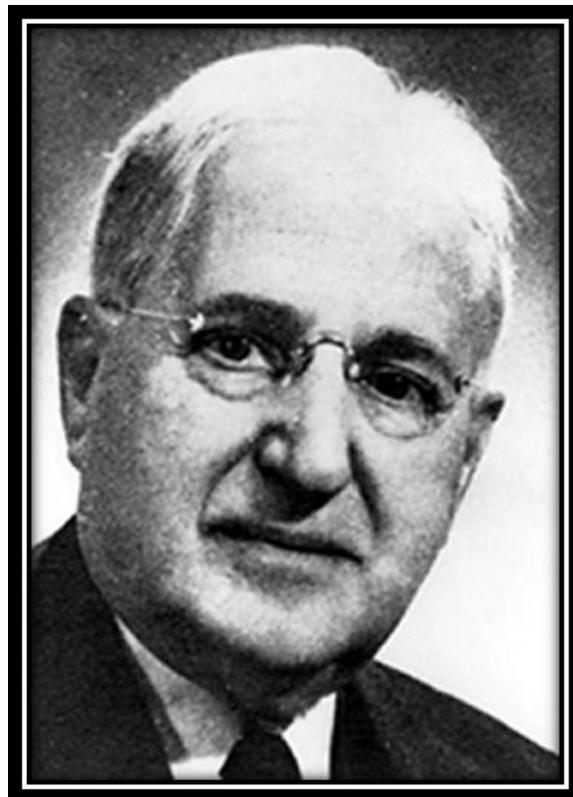
Neste sentido, o presente investimento é oriundo do grupo de pesquisa do Laboratório de História do Cuidado e Imagem em Enfermagem (LACUIDEN), articulado a linha de pesquisa, intitulada História do Cuidado nos aspectos micro e macromoleculares: prática, saberes e instituições do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem (PPGENF), da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

As literaturas dos autores John Cloherty e Ann Stark, intitulado *Manual of Neonatal Care* (1980), de Marshall Klaus e Avroy Fanaroff, denominada Alto Risco em Neonatologia (1995) e Elizabeth Moreira, José Maria Lopes e Manoel de Carvalho (2004), designado O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar, foram as bases dos meus estudos,

enquanto estudante interessada pelo campo dos cuidados neonatais, sendo possível considerar a curiosidade sobre a similaridade ou não dos cuidados prestados em tempos idos que não foram descritos nas obras citadas. Em outras palavras, nas leituras/estudos nas obras supramencionadas, em diversos momentos sentia a falta da compreensão de: como foi o percurso dos cuidados instituídos ao recém-nascido?

A resposta, em parte, ocorreu com a construção deste estudo, quando vi a possibilidade, no sítio eletrônico *The Neonatology on the web*. Nele, tive a oportunidade de consultar diversas obras na íntegra, incluindo imagens e reportagens do século XVIII até meados do século XX. Nesta consulta, uma obra em especial me chamou a atenção, de autoria do médico pediatra americano Julius Hess (Imagem do *fac-símile* n.01), datada de 1922, intitulada *Premature and Congenitally Diseased Infants*.

Imagem n. 01: Pediatra Julius Hess.



Fonte: DUNN, 2001.

Julius Hays Hess, nascido em dois de janeiro de 1876 em Ottawa, Illinois, graduou-se em 1899, pela Universidade de *Northwestern* e cursou pós-graduação, na Universidade *Johns Hopkins*, dando seguimento aos estudos na Alemanha e na Áustria. Foi ativo na comunidade médica, como um escritor, atuando como membro de várias associações profissionais, incluindo a Associação Médica Americana. Publicou cinco livros sobre cuidados sobre o bebê

ao longo das décadas de 1920, 1930 e 1940 assim como artigos em revistas médicas e foi o fundador de unidades destinadas ao cuidado específico dessa clientela (DUNN,2001).

Hess foi um pioneiro americano no cuidado de bebês prematuros e *Premature and Congenitally Diseased Infants* foi considerado o primeiro livro publicado nos Estados Unidos sobre a temática, em 1922. Ele também inovou a incubadora aquecida, em 1914, influenciada pelo modelo europeu. Criou a incubadora de transporte em 1922, e em 1934 aprimorou o modelo de incubadora para permitir o fornecimento de oxigênio (DUNN, 2001).

Dentre os destaques de sua atuação, cita-se: a prática pediátrica no Hospital *Michael Reese* em Chicago a partir de 1906, a função de professor titular da Universidade de *Illinois College of Medicine* e chefe de equipe em *Cook County Community Hospital*, em 1916. Além disso, ocupou diversas posições até sua aposentadoria em 1944, interrompido apenas pelo seu serviço no Exército dos Estados Unidos durante 1917. No *Hospital Sarah Morris (Michael Reese)* estabeleceu a estação para prematuros em parceria com a enfermeira Evelyn Lundeen, tornando-se modelo nos Estados Unidos e Inglaterra, pelos êxitos e sobretudo na prevenção de hemorragias e tratamento de sífilis congênita. Hess se casou com Clara Merrifield, em 1902, teve duas filhas, Jean e Carol, com quem se manteve próximo até sua morte em 1955 (DUNN, 2001).

As informações contidas nos três parágrafos anteriores constam no artigo intitulado *Julius Hess, MD, (1876-1955) and the premature infant*, publicado na *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, de autoria de Peter Dunn, publicado no ano de 2001 que retrata de forma objetiva a vida e obra de Julius Hess.

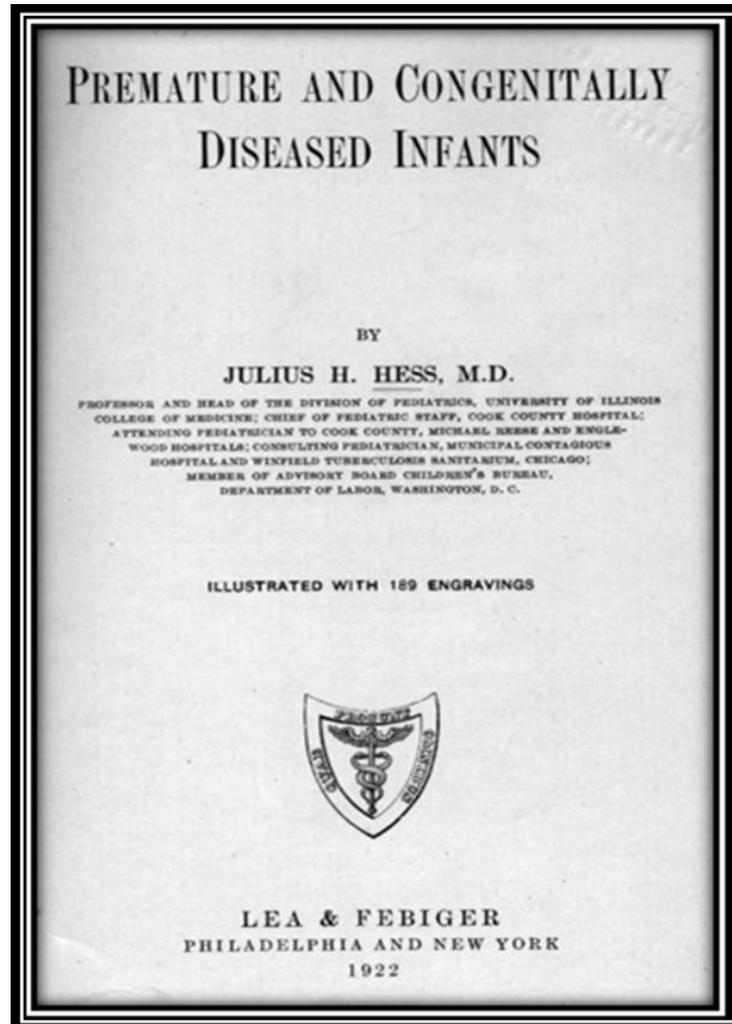
Nesse ínterim, a obra *Premature and Congenitally Diseased Infants* se apresentava em capítulos que fazem lembrar os livros didáticos em neonatologia na atualidade. Além disto, o conteúdo abordado incluía a priori os cuidados gerais ao prematuro, bem como a visão do autor sobre o prognóstico à época, totalizava quatrocentas páginas, divididas em quatro partes, com subdivisões em vinte capítulos e 189 ilustrações.

Os capítulos encontravam-se separados, entendidos por eixos temáticos, a saber: etiologia, fisiologia e patologia, cuidados de enfermagem e alimentação, doenças do prematuro e enfermo e os prognósticos após a alta do recém-nascido.

Para se ter certa ideia da obra, apresentamos a imagem do *fac-símile* n.02. Ela se refere a contracapa dessa obra, constituída de formato retangular, em posição vertical, com o título

completo ao alto da imagem, seguida de uma descrição do nome do autor Julius Hess ao centro, bem como informações como o número de ilustrações, o ano e o local de publicação.

Imagem n. 02: Contracapa da obra *Premature and Congenitally Diseased Infant*.



Fonte: HESS, 1922.

A obra *Premature and Congenitally Diseased Infants* foi publicada na América e no Reino Unido, em diversas edições<sup>1</sup>, sendo considerado o primeiro livro americano sobre a temática (LUSSKY, 1999; DUNN, 2001) e foi possível identificá-la como referência na literatura *The Machine in the Nursery*, de Jeffrey Baker (1996) e *History of the Care and Feeding of the Premature Infant*, de Thomas Cone (1985) (DUNN, 2001). Isto evidencia sua relevância e contribuição para o campo da neonatologia, no mínimo até o século XX.

---

<sup>1</sup> Cabe ressaltar que ainda hoje é possível adquirir o livro, como uma reedição do original de 1922, em site de domínio público como o *amazon.com*, onde diferentes capas são disponíveis, porém sem mencionar a última edição e/ou reedição.

É cabível pontuar que na primeira metade do século XIX, as crianças eram “ignoradas” pelo campo da saúde, existindo pouco ou mesmo nenhum local destinado ao atendimento a elas (TRAGANTE, CECCON e FALCÃO, 2010; OLIVEIRA e RODRIGUES, 2005; AVERY, 1984). Isto implicava nas formas de representação das doenças que se distinguiam em duas vertentes (ontológica e dinâmica) baseadas na unicausalidade.

Dessa maneira, a doença, na visão ontológica, possuía causa única baseada no entendimento sobrenatural da doença e do ser doente. No que tange a concepção dinâmica da doença, a mesma era entendida como um desequilíbrio entre os princípios básicos da vida e sua necessidade de reequilíbrio e, conseqüentemente, o homem passou a ter papel ativo na busca pela cura ou sua intenção (OLIVEIRA e EGRY, 2000).

Em consonância à assertiva do papel ativo e busca pela cura, Lamy chamou nossa atenção para a antiguidade, quando os costumes romanos eram de alocar o recém-nascido como alguém sem direitos e que viveria ou não de acordo com a vontade do pai.

O nascimento de um romano não era, portanto, considerado apenas um fato biológico. Os recém-nascidos só eram recebidos na sociedade em virtude de uma decisão do chefe de família. A contracepção, o aborto, o enjeitamento das crianças e o infanticídio eram, portanto, práticas usuais e perfeitamente legais, que só passaram a ser malvistas após a difusão de uma nova moral (LAMY, 1995, p.13).

A pouca importância destinada às crianças se refletia, principalmente, no tratamento direcionado a elas. Sobre isso, o historiador francês Ariés (1981, p. 13-14) comenta que apesar de esforços empregados no século XVII para mencionar as crianças pequenas, a língua foi prejudicada pela ausência de palavras que as distinguissem das maiores. Neste sentido, certa confusão ocorreu na aplicação dos termos utilizados para designá-las, que se perpetuou até o século XIX, quando na França, “foi criado o termo *bebé*, a partir da palavra baby, do inglês” para melhor definição (LAMY FILHO, 2001, p.3)

O panorama de desinteresse aos cuidados prestados aos recém-nascidos, também, envolveu os Estados Unidos, visto que até o século XIX o país carecia de esforços organizados a essa discussão e aplicação prática, em especial para intervenção de problemas relacionados a diarreia, bem como aos acidentes oriundos de queimaduras e fraturas, pelo manuseio inadequado envolvendo os cuidados prestados (WHALEY e WONG, 1989).

Destarte, isto não ocorria somente nos Estados Unidos, mas em diversos lugares da Europa, visto que Gordon Avery na obra, intitulada Neonatologia - Fisiopatologia e

tratamento do recém-nascido, relata que é nesse contexto que surgiu o campo da medicina voltada à criança e, indiretamente, ao recém-nascido, no sentido de que o interesse passou a não estar mais direcionado somente às condições maternas no pós-parto imediato, o que refletiu nas crianças que nasciam (AVERY, 1999).

O cuidado ao recém-nascido ganhou força nesse enfoque, visto que anteriormente, de acordo com Avery, esperava-se que as crianças prematuras fossem a óbito precocemente. Esta era uma ótica de que a seleção natural agiria em suas condições adequadas (AVERY, 1999). Corroborando ao exposto, Lima (2016, p. 15) reforça que “no sentido da crença, teoricamente, entendida como seleção natural, os fracos morreriam e a sobrevivência seria mérito dos fortes”.

Atrelado a essas mudanças, os sentimentos e valores relacionados à criança, família e filhos passaram a despertar interesse da medicina, com enfoque em suas singularidades, enfermidades, cuidados e tratamentos (FIALHO, 2012; BRAGA e SENA, 2010). A assistência voltada para a criança abandonada e órfã, baseada em caráter filantrópico, passando, gradativamente, a ser substituída por processo mais sistematizado e, concomitantemente, a criação dos serviços de saúde para o atendimento pediátrico, começaram a surgir no final do século XIX e início do século XX (BRAGA e SENA, 2010).

Para Lamy (1995, p. 19) “esses sentimentos novos em relação à criança levaram à necessidade de uma maior organização nos seus cuidados, porque agora, o desejo é de que sobrevivam a qualquer custo”. Apropriando-se desta afirmação, se traz à baila que os interesses diversos envolviam “a qualquer custo”, principalmente, na conjuntura histórica de duas potências: França e Estados Unidos.

Pensar nestas duas potências é traçar o paralelo de que se tinha à época altas taxas de natalidade e mortalidade. A atitude perante o recém-nascido foi modificada, quando a aceitação de taxas de mortalidade em números de cem a duzentos a cada mil nascidos-vivos passou a chamar a atenção e se tornou preocupação pela sobrevivência dessa clientela (AVERY, 1984). Corroborando ao dito, especificamente, nos Estados Unidos, cerca de 15 a 20% dos recém-nascidos não completavam 1 ano de idade (BAKER, 2000).

Destacamos que os Estados Unidos, em meados do século XIX, passaram por um período significativo de pós-guerra (Guerra da Secessão), quando milhares de homens morreram em campos de batalhas, sendo a mesma referida como “a guerra mais letal e mais custosa da história dos Estados Unidos” (KARNAL et ali, 2007, p. 114-117).

Karnal et ali (2007, p. 152) elucidam o momento pelo argumento de que “o enorme crescimento econômico dos Estados Unidos dependia de uma mão-de-obra massiva, que foi providenciada pelos grandes movimentos populacionais do fim do século XIX no mundo”. Pode-se deduzir que a atenção voltada à criança e, sobretudo, ao prematuro estava fundamentada nesta justificativa. Isto implicou no investimento na formação de mão de obra, entendida como intervenção na prática dos cuidados a serem prestados aos recém-nascidos.

O investimento americano na assistência ao recém-nascido passou a estar ligado aos interesses políticos como, por exemplo, “melhorar não só a quantidade, mas a qualidade” da população, por entender que os prematuros, com possíveis sequelas mentais, gerariam novos prematuros, sendo a mentalidade que ganhou força no período da Primeira Guerra Mundial (BAKER, 2000). Em outras palavras, à época, se percebeu que não era interessante para os Estados Unidos, em meio à guerra e pela necessidade de mão de obra, que o mesmo estivesse constituído de população vulnerável para o desenvolvimento do país e nesse sentido, investir na melhoria da sobrevivência e reduzir morbidade nos prematuros seria necessário.

No caso da França, a mentalidade europeia era a preocupação com as taxas de mortalidade e natalidade, embutidas de um cunho nacionalista e patriótico, onde se entendia a necessidade de “futuros trabalhadores e soldados” (BAKER, 2000). Em outras palavras, a sobrevivência dos recém-nascidos passou a interessar ao Estado, visto que a França se despovoava, tornando evidente a preocupação em razão de “se perceber o valor mercantil da criança como força potencial para a riqueza econômica e para o poderio militar” (LIMA, 2016, p. 15-16).

Portanto, as altas taxas de mortalidade infantil até o final do século XIX, articulado a queda na taxa de natalidade, provocou reações na Europa, dando origem ao movimento chamado “Movimento para a Saúde da Criança” (1870-1920), tendo por objetivo preservar a vida das crianças, incluindo os prematuros (LUSSKY, 1999; TRAGANTE, CECCON e FALCÃO, 2010).

A partir deste movimento, a prática dos cuidados preventivos, a ampliação das maternidades e a fabricação de incubadoras passaram a ganhar destaque (LUSSKY, 1999; OLIVEIRA e RODRIGUES, 2005). Isto conduziu a potencialização do desenvolvimento da medicina direcionado ao recém-nascido, marcada por preocupações de cunho político e social (LUSSKY, 1999; BAKER, 2000).

Na condução de atingir o proposto, ou seja, a assistência aos recém-nascidos, o desenvolvimento de aparatos tecnológicos foi destaque no final do século XIX, na Europa (LUSSKY, 1999). Assim, um dos marcos na assistência ao recém-nascido foi datado de 1880, quando a primeira incubadora foi desenvolvida e instalada na Maternidade de Paris. Ela foi projetada pelo obstetra Tarnier Martin, em parceria com Odilon Martin, a qual trabalhava como criadora de aves domésticas no Zoológico de Paris, após observações destas aves recém-nascidas em uma chocadeira (BAKER, 2000; TRAGANTE, CECCON e FALCÃO, 2010; JOHNSON, 2011). Sob esta vertente, Tarnier adaptou câmaras de aquecimento de aves, para aquecer os recém-nascidos, num modelo com reservatório de água quente aquecida por uma fonte externa. Esta era constituída de garrafas de água quente, que deveriam ser trocadas a cada três horas (LIMA, 2016).

Com o passar do tempo, ajustes foram realizados e diversas literaturas, como, por exemplo, de Lussky (1999) e Christoffel (2009) apontaram significativas mudanças no panorama das mortalidades a partir do advento deste primeiro modelo de incubadora. Por outro lado, Baker em seu artigo intitulado *The Incubator and the Medical Discovery of the Premature Infant* (2000) realizou críticas a presença deste tipo de tecnológica, ao final do século XIX.

O autor aponta que à época a inovação de Tarnier foi questionada por outros profissionais em virtude de entenderem que o modelo em nada tinha de grandes alterações dos modelos anteriores para aquecimento utilizados nas maternidades há mais de vinte anos (BAKER, 2000). Ele argumentava tal discurso com uma nota veiculada no artigo escrito, em 1883, por Carl Credé - renomado obstetra alemão -, que ratificava que o modelo de Tarnier tinha uma fundamentação poética, além de ter modificado apenas o *desing* de aberto para fechado (BAKER, 2000).

Apesar das críticas e questionamentos, Tarnier, parecia ter atingido o objetivo por trás deste advento, ou seja, convencer seus pares que a incubadora implicava na modificação positiva do panorama da mortalidade dos recém-nascidos, quando comparou, por meio de um estudo com mais de 500 crianças - antes e após o advento -, com peso de 1.200 -2.000 gramas, ao obter como resultado a redução da mortalidade de 66% para 38%, o que atribuiu com a assertiva da tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia (TRAGANTE, CECCON e FALCÃO, 2010; FIALHO, 2012).

É sabido que por trás do investimento acerca do aparato tecnológico que se tornou a incubadora, havia objetivos franceses no que tange a taxa de natalidade, envolvendo a assistência materna, como incentivo para os obstetras (BAKER, 2000).

Quase uma década após o advento da incubadora, em 1892, outro obstetra, Pierre Constant Budin, ampliou os trabalhos de Tarnier. Além do aperfeiçoamento das incubadoras, desenvolveu os princípios e métodos que tangem os primórdios da neonatologia (FIALHO, 2012; LUSSKY, 1999).

Apesar de se tratar de atitude recente para a mentalidade à época, a preocupação com o cuidado das crianças estava pautada por conceitos de assepsia, o que levou a redução das taxas de mortalidade e morbidade, articulada ao aperfeiçoamento de instrumentos e do avanço da técnica operatória e a interferência obstétrica mais simples e segura (BUDIN, 1907).

Nesse sentido, Budin ampliou suas preocupações com o recém-nascido para além da sala de parto e foi pioneiro no registro sobre os cuidados com os prematuros, numa perspectiva baseada no controle e manutenção da temperatura, prevenção das infecções hospitalares, no aleitamento materno e na permanência das mães junto aos seus filhos (TRAGANTE, CECCON e FALCÃO, 2010; FIALHO, 2012; LIMA, 2016).

Isto posto, Budin publicou em 1907, que o cuidado voltado ao recém-nascido prematuro, teria abrangência, a priori, em pontos importantes: temperatura e prevenção de hipotermia / alimentação / doenças susceptíveis ao prematuro. Esse enfoque no cuidado aos recém-nascidos foi apontado em um livro de sua autoria, intitulado *The Nursling: the feeding and hygiene of premature and full term infants* (CHRISTOFFEL, 2009).

Corroborando ao dito, Lima (2016), em seu estudo sobre os cuidados direcionados ao recém-nascido na obra de Pierre Budin, reforça que os cuidados propostos pelo autor estavam embasados pelo tripé: manutenção da temperatura corporal, manejo da alimentação e profilaxia das infecções.

Mais uma vez, tomando-se como fundamentação as assertivas de Baker (2000), é importante mencionar que nem só de êxitos foram constituídas estas primeiras experiências no cuidado ao prematuro. O autor, ao citar a *Maternité de Paris* (liderada por Tarnier à época), inaugurada em 1893, pontua que a alta expectativa frente aos possíveis resultados aliada ao investimento financeiro recebido, não se sustentou por longo período, tendo em vista o objetivo de prestar cuidados aos bebês que nasciam em casa e, posteriormente, eram trazidos para o hospital. Isto teve a implicação de resultados ruins, quando a taxa de

mortalidade foi elevada a 75%, fato que se justifica, possivelmente, pelas condições precárias em que as crianças chegavam à instituição, principalmente pela exposição às baixas temperaturas (BAKER, 2000).

Frente a esta realidade refletida no país, houve um despertar para a preocupação com os aspectos de prevenção do parto prematuro, bem como a alimentação e presença da mãe envolvida nos cuidados neonatais, liderados por Budin, que se preocupava com a importância do aleitamento materno. Há de se destacar também, que a atenção e trabalho de Budin acabou por se direcionar aos recém-nascidos com peso entre 2.000 e 2.500 gramas (BAKER, 2000).

Nota-se que a incubadora, nesse ínterim, passou a exercer função secundária na assistência ao prematuro (BAKER, 2000). No entanto, o aparato tecnológico atraía os médicos, como: Alexander Lion. Este passou a divulgar o que considerava solução engenhosa no cuidado aos recém-nascidos, quando para materializar sua argumentação realizava exposições/feiras das incubadoras com os recém-nascidos no sentido de se fazer ver e crer no que era possível (BAKER, 2000; CHRISTOFFEL, 2009; LIMA, 2016).

Cabe destacar que a realização das feiras ultrapassou o continente europeu e, por conseguinte, despertou interesse particular nos Estados Unidos. Para corroborar com o dito, no âmbito do avanço do conhecimento e das tecnologias ocorridas à época, em 1896, Coney, discípulo de Budin, viajou para os Estados Unidos e passou a oferecer cuidados especializados à criança prematura (RODRIGUES e OLIVEIRA, 2004). Mais tarde, em 1914, Coney, em Chicago, organizou uma exibição de lactentes prematuros com o intuito de mostrar à classe médica a importância dos cuidados praticados e direcionados a essa clientela<sup>2</sup> (RODRIGUES e OLIVEIRA, 2004; TRAGANTE, CECCON e FALCÃO, 2010).

Foi na exposição/feira ocorrida nos Estados Unidos, em 1914, que Julius Hess se aproximou dessa tecnologia, quando foi o responsável pela liberação para sua realização (BAKER, 2000). É cabível ressaltar que, o fato de Hess atingir tal reconhecimento em seu país, o mesmo foi embasado na adoção de conceitos do cuidado aos recém-nascidos advindos de antecessores, como: Pierre Budin, Coney e DeLee, para posteriormente, difundi-los em terras americanas.

---

<sup>2</sup> Essa exibição e divulgação do recém-nascido incluía conceitos relacionados a atenção a eles, envolvendo as incubadoras e os cuidados prestados que mudaram o padrão da assistência ao prematuro. Dentre os assuntos abordados, destacou-se como paradigma no cuidado ao recém-nascido, a manipulação mínima, a ênfase sobre o domínio e a aplicação de habilidades especiais nos procedimentos de enfermagem e o acesso limitado aos prematuros (CHRISTOFFEL, 2009).

Nesta ocasião, deu-se a entrada de Hess de modo permanente no âmbito da neonatal, sendo ele, então, considerado o ponto de virada na era das incubadoras, por retificar o fato de que elas por si só não eram suficientes para salvar os prematuros, mas sim, os cuidados prestados por pessoal treinado, com um olhar ampliado para além da tecnologia (DUNN, 2001).

A entrada de Hess, como apontada por Baker (2000), acredita-se que não ocorreu de forma pacífica, pois havia disputas entre a obstetrícia e os pediatras sobre o cuidado ao recém-nascido. Isto era justificado pelo antagonismo do foco dos obstetras nas incubadoras e na prevenção de mortalidade precoce; em contrapartida ao olhar do pediatra sobre a alimentação e prevenção de infecção que suscitaram tais discussões, configurando-se a disputa pela assistência ao recém-nascido (LUSSKY, 1999; RODRIGUES e OLIVEIRA, 2004).

Em meio às disputas, a neonatologia entrou para o espaço acadêmico por meio do trabalho de Julius Hess (LUSSKY, 1999; FIALHO, 2012; RODRIGUES e OLIVEIRA, 2004) e, por conseguinte, conceitos de pesquisa, atrelados aos cuidados e tecnologia para o recém-nascido foram estabelecidos, tornando-se um dos maiores especialistas americanos em prematuridade (LUSSKY, 1999).

A partir de então, Hess e seu interesse pelo cuidado dos prematuros começou por modificar o panorama americano. No mesmo ano da feira em Chicago, em 1914, o pediatra criou uma nova versão para a cama aquecida, eletricamente, com revestimento de metal contendo água quente. Ademais, levantou fundos de investimentos financeiros<sup>3</sup> para a criação de uma unidade organizada de cuidado neonatal (BAKER, 2000).

Interessante mencionar que outras literaturas, também, citavam Hess como modelo na assistência ao neonato, conforme se pode verificar no trecho que segue:

O desenvolvimento progressivo de técnicas de alimentação e manutenção da temperatura corporal foram capazes de diminuir a mortalidade neonatal, e seus princípios foram espalhados por todo os Estados Unidos. As pedras fundamentais eram: o mínimo manuseio, cuidados especiais de enfermagem e pouco acesso às crianças. As luzes eram diminuídas a noite e o ambiente era silencioso (LAMY, 2000, p. 38).

O excerto confirma o chamado à época *Chicago Plan for Care of Premature Infant*<sup>4</sup>, ou seja, Plano de Chicago, instituído a partir de 1934, na cidade de Chicago. Este era

---

<sup>3</sup> Como parceria fundamental, Hess contou com a ajuda da *Aid Society of Chicago* para colocar em práticas seus estudos (BAKER, 2000)

<sup>4</sup> Publicado em 1951, no *Journal of the American Medical Association* (JAMA).

destinado aos nascimentos prematuros, os quais deveriam ser comunicados ao Conselho de Saúde referido, a fim de que o recém-nascido pudesse ser transferido para um estabelecimento com assistência destinada a ele. Este plano era norteado por sete princípios básicos, entendidos como diretrizes para o cuidado ao prematuro durante e após o seu nascimento e internação, incluindo cuidados com hipotermia e infecção aliados a estrutura física, equipamentos, incentivo a aleitamento materno e orientações de alta e pós alta a nível ambulatorial (HESS, 1951; DUNN, 2001).

Ademais, o Plano de Chicago destacava a presença da enfermagem<sup>5</sup> no cenário de execução das etapas propostas. Para tanto, advertia a necessidade de treinamento, pois para a obtenção de bons resultados a parceria com a enfermagem era primordial (HESS, 1951).

Merece ressalva que, em consulta à literatura sobre a história da enfermagem, identificamos que Lucie Young Kelly e Lucille Joel (1999) registram que a trajetória da enfermagem baseada no modelo oriundo da escola de Florence Nightingale, nos Estados Unidos, foi datada de 1873, por meio de três instituições, a saber: Escola de *Bellevue Hospital*, Escola de *Connecticut* e Escola de Boston. Isto conduz ao pensamento que já se havia preocupação com a formação de pessoal da enfermagem, o que deve ter sido potencializada por Hess, por meio de treinamentos direcionados a prestação dos cuidados aos recém-nascidos prematuros.

Isto posto, considerando a trajetória de ensino da enfermagem nos Estados Unidos, Hess defendia os cuidados especializados da neonatologia, por meio dessas profissionais, considerando os princípios de manipulação mínima, a lavagem das mãos e o uso de aventais, gorros e máscaras no interior das unidades de cuidados ao bebê, relacionando os resultados obtidos ao bom treinamento e serviços de enfermeiras frente à posição de supervisoras (CHRISTOFFEL, 2009).

Ao voltar os olhares para o contexto americano à época, em paralelismo com o Plano de Chicago, é pertinente mencionar o fato de que neste ínterim o nascimento no espaço hospitalar ganhou força, sendo os cuidados prestados por enfermeiras especializadas e pediatras alicerçados por tecnologias foco de atenção e interesse. No entanto, era sabido que os cuidados propostos por Hess pareciam fluir em direção ao pensamento de que qualquer aparato tecnológico necessitava de apoio para o adequado funcionamento e êxito, e a enfermagem era a possibilidade do diferencial (BAKER, 2000).

---

<sup>5</sup> O autor apontava enfermeiros e outros interessados no cuidado ao prematuro como os responsáveis pela assistência prestada (HESS, 1951).

Fundamentado no conhecimento gerado e dito até o momento, envolvendo o contexto histórico em que se deu o cuidado direcionado ao recém-nascido prematuro, pode-se circunstanciar a delimitação temporal na década de 1920, quando ela foi caracterizada pela organização dos avanços tecnológicos da década anterior, com a redução da taxa de mortalidade e o controle da infecção hospitalar (LUSSKY, 1999).

Isto implicou em diversas reflexões, em síntese:

- O que o passado tem a nos revelar nas páginas da obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*, de Julius Hess (1922), sobre os cuidados direcionados aos recém-nascidos prematuros?

## 1.2 - OBJETO E OBJETIVO

Para tanto, se tem por objeto de estudo:

- Os cuidados propostos aos recém-nascidos prematuros, sob a ótica de Julius Hess, na obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*.

Conduzindo ao objetivo de:

- Descrever, analiticamente, os cuidados propostos aos recém-nascidos prematuros, na obra de Julius Hess (1922).

## 1.3 - JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Os avanços tecnológicos ocorridos no campo da neonatologia ao final do século XIX e início do século XX, quando o cuidado e a ideia de que o prematuro era viável, passaram a ser discutidas com maior propriedade (PHILIP, 2005) direcionaram à construção do problema de pesquisa. A partir destas delimitações apontadas, vislumbradas como possibilidade de investigação neste estudo, para se saber o que o passado tem a nos revelar no presente sobre os cuidados direcionados aos recém-nascidos no século passado.

O tema escolhido para a investigação histórica – os cuidados propostos aos recém-nascidos no século XX, sob a ótica de Julius Hess, em 1922, está norteado pela importância da obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*, sobretudo no que tange aos estudos históricos e às possíveis interseções ao se buscar similitudes entre o passado e o presente, principalmente pelo amparo de medidas cabíveis de melhorias para a assistência.

O entendimento de que a história serve para esclarecer e fornecer os significados a situação vivida, ao reforçar a construção do conhecimento nos aspectos socioeconômicos,

culturais e políticos influenciando o percurso da trajetória sobre a prática do cuidado (PADILHA e BORENSTEIN, 2006), tem-se a condução da justificativa, relevância e contribuição do objeto de estudo ao possibilitar a investigação dos cuidados sugeridos aos prematuros.

Conseqüentemente, investigar<sup>6</sup> - como fruto deste estudo - coaduna com a ação de inserir na prática atual dos cuidados neonatais, o pensamento crítico e reflexivo do que se entende por avanço na área. É interrogar – enquanto pesquisadora e enfermeira assistencial envolvida no cuidado direto ao recém-nascido prematuro – o que a pesquisa histórica pode modificar no feito nos dias atuais? Sob este questionamento, não tenho dúvidas que as respostas encontradas, pautadas neste estudo, poderão direcionar a comparações dos feitos, no hiato, de possivelmente, décadas ou talvez um século, e a partir disto, suscitar debates e discussões inter-relacionando o cuidado humanizado<sup>7</sup> e o tecnológico. Em outras palavras, trazer à tona discussões perante o cuidado tecnicista no qual a atualidade parece enobrecer como o apontado por Silva, Araújo e Teixeira (2012), apesar de normas específicas visando o antagônico.

Em suma, entender que o produto desta dissertação poderá modificar o escopo do cuidado direcionado ao recém-nascido a partir das reflexões geradas, torna-o justificado e relevante na conjuntura de sua contribuição. Pode-se compreender que o aporte do estudo também abrange pesquisas posteriores na área da história do cuidado e suas vertentes.

---

<sup>6</sup> Entende-se por investigar a ação de buscar explicar ou desvendar (AULETE, 2012).

<sup>7</sup> A atenção ao recém-nascido deve caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional e por condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados. Especial enfoque deve ser dado ao conhecimento do psiquismo do bebê, seja em sua vida intra ou extrauterina, da mãe, do pai e de toda a família. Trabalho importante também deve ser desenvolvido com a equipe de saúde, oferecendo-lhe mecanismos para uma melhor qualidade no trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2011).

## SEÇÃO 2

### OPERAÇÃO METODOLÓGICA

Trata-se de pesquisa pautada na operação historiográfica, na perspectiva da micro-história, circunstanciada até meados do século XX. Para Michel de Certeau (1982), a operação historiográfica pode ser entendida como uma tríade de localização social, práticas e de composição escrita, e que em face de análise traduz o que é produzido por um determinado texto. Ele, em sua obra intitulada “A escrita da História”, chama a atenção ao fato de que:

(...) toda pesquisa historiográfica se articula com um lugar de produção sócioeconômico, político e cultural. Implica um meio de elaboração que circunscrito por determinações próprias: uma profissão liberal, um posto de observação ou de ensino, uma categoria de letrados, etc. Ela está, pois, submetida a imposições, ligada a privilégios, enraizada em uma particularidade. É em função deste lugar que se instauram os métodos, que se delineia uma topografia de interesses, que os documentos e as questões, que lhes serão propostas, se organizam (CERTÉAU, 1982, p. 57).

#### 2.1- ASPECTOS DA MICRO-HISTÓRIA

Nessa linha de pensamento, o presente estudo tem o enfoque voltado para a micro-história, que compreende uma das possibilidades na abordagem historiográfica, a qual tem sido empregada nas últimas décadas (BARROS, 2007).

Antes de iniciar a justificativa para a escolha dessa abordagem, cabe destacar que diversos autores realizaram suas investigações e reflexões sob a temática da micro-história na vertente cultural, dentre os pesquisadores, pode-se citar Carlos Ginzburg e Jacques Revel.

O surgimento da abordagem na micro-história se deu na Itália, no decorrer dos anos 1970, no bojo da crise de uma vertente da história social, sugerindo, portanto, “reformulações em concepções, exigências e procedimentos” (REVEL, 1998, p. 16). Desse modo, uma das características dessa abordagem, trata-se da preocupação com a construção de um *corpus* documental decisivo em relação ao objeto de pesquisa (SANFELICE, 2010; SILVEIRA, 2010).

Contribuindo para esse ponto de partida da micro-história, tomou-se por base o artigo de Eder da Silva Silveira (2010), que tem o título “Estudo de caso e micro-história: distanciamentos, características e aproximações”, quando se deu o surgimento da micro-história embutido na crise generalizada das concepções de ciência e dos modelos científicos

que precisavam compreender a totalidade dos fatos, aliada a análise com aspectos qualitativos.

Nesta perspectiva, a aplicabilidade dessa abordagem é pautada na assertiva de Barros (2007, p.169), ao citar que ela pode ser entendida como “problemas sociais ou culturais” em que o pesquisador se propõe a estudar com a visão direcionada a uma “prática social específica, a trajetória de determinados atores sociais, um núcleo de representações, uma ocorrência ou qualquer outro aspecto”. Assim, a micro-história é a escolha de estratégia peculiar de observação com conseqüente obtenção de conhecimentos específicos (REVEL, 2010).

## **2.2 – ASPECTOS TEÓRICOS DA REDUÇÃO DA ESCALA DE OBSERVAÇÃO**

A estratégia de observação é ressaltada, por outros autores, na abordagem dos conceitos dos estudos, envolvendo a micro-história, quando os mesmos justificam seu uso com o foco na redução da escala de observação.

Carlo Ginzburg (1991, p. 177-178), em “A micro-história e outros ensaios”, descreve este tipo de abordagem ao apontar que a utilização de “uma escala reduzida permite, em muitos casos, uma reconstituição do vivido impensável em outros tipos de historiografia” e complementa que “indaga as estruturas invisíveis dentro das quais aquele vivido se articula”.

De modo semelhante, Jacques Revel, em sua obra intitulada “Jogos de escalas: a experiência da microanálise” (1998), destaca que a alteração na escala de análise é um ponto e foco essencial para definição da abordagem na micro-história. Além disso, exige conhecimento no que concernem seus significados e aplicações por parte de quem a utiliza (REVEL, 1998).

Corroborando com as citações anteriores, Barros (2007), em seu artigo intitulado “Sobre a feitura da micro-história”, relata que a redução na escala de observação traduz o intuito do pesquisador em perceber aspectos que, de outro modo, não seriam percebidos. Para tal, emprega o tratamento intensivo das fontes, quando o historiador deve estar atento a tudo, incluindo os detalhes, com perspectiva microscópica (BARROS, 2007).

A micro-história tem como tarefa compreender como as configurações e os processos sociais se constituem, e, nesse paradigma, procura entender como os movimentos e as transformações de uma população são possíveis. No entanto, o olhar para essas

transformações não parte delas em si, mas sim, da parte que cada ator toma nelas (REVEL, 1998).

Neste sentido, se entendeu que trata de “enxergar algo no oceano inteiro através de uma simples gota”. Tal metáfora utilizada por Barros (2007, p.171) contribuiu para uma redefinição da hierarquia dos níveis de observação e da noção de contexto, e serviu para elucidar o objetivo deste estudo.

### **2.3 - REDUÇÃO DA ESCALA DE OBSERVAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

É esta perspectiva que se apresentará a redução do objeto de estudo, guiado pela análise da micro-história, no entendimento de se tomar como campo de observação uma determinada prática realizada em comunidade histórica específica (BARROS, 2007, p.171), tendo-se a redução da escala do objeto de estudo direcionada aos cuidados propostos aos recém-nascidos prematuros, sob a ótica de Julius Hess, na obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*.

Pela leitura das páginas introdutórias, identificamos que o autor utilizava o termo “fraco” para classificar tanto a criança nascida prematuramente, quanto a que nasceu a termo, porém doente. No prosseguir dos capítulos, Hess descreveu os cuidados aos recém-nascidos prematuros, suas especificidades e patologias frequentes. Ademais, ele apresentou discussão sobre os cuidados que envolviam o recém-nascido, desde o pré-natal (institucional e em domicílio), passando pelo nascimento, a rotina diária até a alta do recém-nascido, perpassando pela complexidade deles, incluindo a estrutura física, ambiente, profissionais responsáveis pelo cuidado e sua formação, bem como o prognóstico e a maneira de conduzir a alta do recém-nascido.

Outro dado relevante foi que o autor resgatou estudos anteriores próprios e dos seus pares, entendidos como atualização para àquela época, destinado a prestação dos cuidados. Isto implica que não se tem como negar, para os estudos históricos, a possibilidade de se dialogar com o passado no presente.

Na perspectiva da micro-história e partindo do pressuposto da necessidade de se enxergar o macro a partir do micro, optou-se pela utilização de obras que amparassem o passado e o futuro, no sentido do “antes” e “depois” do tempo em que a obra *Premature and Congenitally Diseased Infants* está delimitada. Esta estratégia visou, principalmente, o entendimento de/para onde o conhecimento direcionou-se no bojo dos meados do século XX.

Sendo assim, as obras que abordassem o contexto anterior ao dito por Hess, exemplificados por seus antecessores, como Pierre Budin, bem como o compreendido posterior a ela, pontuados em sua obra em parceria com a enfermeira Evelyn Lundeen, nos anos de 1941 e 1949<sup>8</sup>, alicerçaram à observação do objeto de análise.

Nesse sentido, se construiu o problema desta pesquisa, coadunado ao pensamento de Ribeiro (2003, p.3) ao citar que, “estudar o passado significa fazer referência às múltiplas experiências dos seres humanos no tempo, que são cientes e permeados por um conjunto de conhecimentos e aspectos”, articulado à assertiva de que “compreender e explicar porque as coisas deram no que deram e como elas se relacionam entre si” (BARREIRA, 1999, p.88).

Nesta perspectiva, se deu a construção da problematização da pesquisa e a construção do objeto de estudo, tendo por base a obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*. Desta forma, visamos os elementos estruturais para pesquisa, quando nos debruçamos na documentação, prioritariamente no capítulo sete da obra, denominado *Care and Nursing of Premature Infants*<sup>9</sup>, que apresenta a abordagem dos cuidados relacionados ao recém-nascido, desde o preparo do ambiente, recepção, até as orientações e cuidados pertinentes à alta, perpassando por orientações e direcionamentos cabíveis às rotinas de cuidados diários e imediatos ao nascimento à época.

A opção pelo capítulo sete, de Hess, se justifica no interesse em investigar os cuidados direcionados aos recém-nascidos prematuros sem doenças associadas, o que conduziu à exclusão dos capítulos destinados às patologias dos sistemas respiratórios, intestinal, urinário, nervoso, cardíaco, além de infecções como sífilis e tuberculose, bem como às temáticas relacionadas às intervenções para situações de reanimação, asfixia, anomalias cirúrgicas e doenças peculiares do prematuro incluindo o prognóstico, bem como os cuidados com alimentação e amamentação, incluindo atenção às mamas e às amas de leite (prática incentivada à época).

Cabe destacar sobre as incubadoras, que as mesmas fizeram parte do estudo, mas como acomodação do recém-nascido prematuro relacionadas a manutenção da temperatura corporal, sem o detalhamento de funcionamento e seu manuseio.

Mediante ao exposto, foi possível compreender a contextualização que permeou os cuidados neonatais em solo americano, e, ainda, refletir sobre o posicionamento dos Estados

---

<sup>8</sup> Cabe o registro de que a obra de 1949 foi a mencionada como referência em virtude da edição do ano de 1941 não se encontrar disponível para consulta em domínio público.

<sup>9</sup> Cuidados ao recém-nascido prematuro

Unidos frente aos cuidados ao prematuro. Isto feito, se entendeu a relevância da obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*, tanto como o marco histórico para a neonatologia americana, como o modelo de cuidados propostos para àquela época, quando se reduziu a escala do objeto de estudo, direcionada ao capítulo sete nas seções, a saber:

- Seção 3: Ambiente, formação e registro para o cuidado do recém-nascido;
- Seção 4: Cuidados iniciais aos recém-nascidos prematuros;
- Seção 5: Cuidados diários aos recém-nascidos prematuros.

Para além do conteúdo escrito nas seções supramencionadas, das 189 imagens ilustradas em *Premature and Congenitally Diseased Infants*, utilizamos 14 delas, inseridas nos conteúdos, em apreço. No entanto, foram denominadas de *fac-símile*, entendendo que as mesmas constituem cópia ou reprodução que apresenta semelhança ao original, porém pode apresentar perda de qualidade da imagem e, conseqüentemente, perda de seu conteúdo e expressão (FONSECA, 2011).

Cabe destacar que os *fac-símiles* foram utilizados na articulação do conteúdo a ser descrito, analiticamente, para o estudo. Isto implicou no investimento da busca de outros 19, oriundos dos demais estudos de Julius Hess, principalmente o publicado em 1949, totalizando 33 imagens de *fac-símiles*. Esta estratégia foi vislumbrada com o propósito de aproximar o leitor ao contexto da época, bem como ratificar o dito, usufruindo de possíveis similitudes entre as obras utilizadas, seja no textual ou imagético.

Além disto, outro recurso utilizado foi a confecção de escala de conversão dos valores de temperatura em *Fahrenheit* para *Celsius*, assim como a utilização de fórmula universal padrão de conversão (Apêndice A) para melhor compreensão do conteúdo, respaldado pelos conceitos de transcrição e tradução, descritos a seguir como estratégia de decodificação da linguagem.

Em suma, neste estudo, faz-se a descrição analítica de parte da obra do pediatra Julius Hess, datada de 1922, na abordagem da micro-história, que se enquadra para o alcance do objetivo proposto, no sentido de “lidar com o fragmento como meio através do qual se pretende enxergar uma questão social mais ampla ou um problema histórico ou cultural significativo” (BARROS, 2007, p.174-175) articulada a literatura de aderência.

## 2.4 - ASPECTOS TEÓRICOS DA TRANSCRIÇÃO E TRADUÇÃO

Considerando que a obra, em apreço, se encontra na língua inglesa, tomou-se por estratégia de decodificação a transcrição e tradução dos fragmentos de interesse direto ao objeto de estudo.

Vanessa Gerônimo (2014) autora do artigo intitulado “A teoria de transcrição de Haroldo de Campos: o tradutor como recriador”, aponta princípios que orientam a utilização da chamada Teoria Haroldiana ou transcriadora. Nesta teoria, o tradutor se posiciona como um recriador e dessa maneira a tradução não leva em consideração somente o conteúdo, mas se faz necessário considerar o texto em sua totalidade. Isto se deve em virtude não só da constituição do texto em si, mas, também do seu sentido.

Além disso, denota como tradução, a criação e crítica. Isto implicou no olhar criativo, o qual é o marco da tradução transcriadora. A autora se posiciona ao se referir que o tradutor precisa ter posição de recriar a escrita da obra, preservando o máximo de características possíveis do documento original (GERÔNIMO, 2014).

Lucia Santaella (2005, p. 225) em sua publicação “Transcriar, transluzir, transluciferar: a teoria da tradução de Haroldo de Campos” apresenta definições para o termo transcriar semelhantes à Vanessa Gerônimo. Isto implica que transcriar ou transcrição, sob o panorama de Haroldo Campos, para ela se remete à preocupação de se reconstituir a “informação estética do original em português, não lhe sendo, portanto, pertinente o simples escopo didático de servir de auxiliar à leitura desse original”.

Outra característica marcante da transcrição é permitir que a obra original fosse “desmontada e remontada pelo tradutor”, fazendo com que ocorra a leitura atenta e exploratória, conseqüentemente, como operação crítica do texto escolhido (SANTAELLA, 2005, p.229).

No contexto da operação historiográfica, a utilização de alguns conceitos da teoria da transcrição ganha força e a afirmação pode ser exemplificada com o trecho contido no livro “Céu acima – Para um Tombeau de Haroldo de Campos”, de Leda da Motta, que possui um capítulo de Santaella, ao citar que:

Traduzir também significou para Campos apropriar-se da historicidade do texto-fonte, apropriação pensada como construção de uma tradição viva, o que se constitui em um ato usurpatório regido pelas necessidades do presente da criação. (...) Podem ditar as regras de transformação que presidem à transposição dos elementos extra textuais do original rasurado no novo texto que o usurpa e que assim, por desconstrução e reconstrução da história,

traduz a tradição, reinventando-a. Traduzir como forma responde assim não à vida do original, mas a sua sobrevivência, ao estágio do seu sobreviver (SANTAELLA, 2005, p. 231).

Ainda, à luz da perspectiva histórica na abordagem da micro-história, Santaella (2005) aponta que a transcrição tem um direcionamento histórico-cultural, e, sobretudo, é ditada como a possibilidade de reconfigurar e reatualizar o texto original, postulado pelo resgate historiográfico, considerando a lógica entre os elementos macro e micro estéticos, para não se perder as “peculiaridades construtivas espaço-temporais” (SANTAELLA, 2005, p. 222 e 232).

O ato de transcriber foi discutido por outros autores como Gustavo Reis Louro, que em seu artigo, intitulado “Trans-criar: a poética da tradução de Haroldo de Campos” reforça que o processo de transcrição utilizada do original, como base para a recriação do texto é produto transcrito no sentido de “serão autônomos, diferentes, mas recíprocos, isomórficos”, partindo dos mesmos processos formais para chegar a “formas diferentes, porém complementares” (LOURO, 2013).

Para transcriber é necessário aprofundamento do texto ou obra escolhido, mas ao mesmo tempo é recomendado certo afastamento para uma apreensão global. Em outras palavras, o distanciamento visa o entendimento global da obra (LOURO, 2013).

Gustavo Louro (2013) destaca que o texto original se torna a tradução da sua tradução, conseqüentemente, e conclui que uma das vantagens do emprego da Teoria Haroldiana é que o texto recriado não se posiciona com caráter definitivo, mas sim permite que outras versões surjam, de acordo com a interpretação de quem o faz.

Além do verbo transcriber, cabe destacar o termo traduzir em sua paralelidade com a abordagem do estudo, Walter Benjamin, em sua obra “Escritos sobre mito e linguagem – 1915-1921”, no capítulo nomeado “A tarefa do tradutor”, pontua conceitos preciosos sobre o uso da tradução. Ele inclusive faz, por vezes, apontamentos de coesão entre o traduzir e os estudos históricos, como no trecho que ressalta “nelas, a vida do original alcança, de maneira constantemente renovada, seu mais tardio e mais abrangente desdobramento” (BENJAMIN, 2011, p.105).

Para Benjamin (2011), a tradução exprime a forma e para fazê-la é necessária a busca constante do original, a fim de extrair o máximo e qualquer informação, preservando o caráter original da obra. Dito de outra maneira: “essa tarefa consiste em encontrar na língua para a

qual se traduz a intenção a partir da qual o eco do original é nela despertado” (BENJAMIN, 2011, p. 112).

Seguindo as definições de Benjamin (2011), o autor aponta dois outros termos a fim de embasar o uso da tradução, a saber: fidelidade e liberdade, quando se presa pela liberdade, na reprodução do sentido e, a serviço dessa liberdade, a fidelidade à palavra. Tal fato justifica-se por serem:

Os velhos e tradicionais conceitos presentes em qualquer discussão sobre traduções (...) a tradução toca fugazmente, e apenas no ponto infinitamente pequeno do sentido original, para perseguir, segundo a lei da fidelidade, sua própria via no interior da liberdade do movimento da língua (BENJAMIN, 2011, p. 114 e 117).

As fundamentações traçadas, até o momento, servem para nortear o encadeamento lógico das discussões posteriores, bem como permitir o alcance do objeto, sua redução na escala de observação e o objetivo traçado, mesmo diante das discussões permeadas, aqui elas serviram de guia, pois caso contrário, poder-se-ia correr o risco de possíveis distorções linguísticas.

Nesta perspectiva, para traduzir e transcriar os fragmentos de interesse para o objeto de estudo, se empregou a estratégia de utilização das ferramentas virtuais disponíveis em diversos sítios eletrônicos para se decodificar a língua inglesa, articuladas ao dicionário português-inglês e inglês-português e a apreciação de especialista da área em língua inglesa para os ajustamentos dos entendimentos apreendidos.

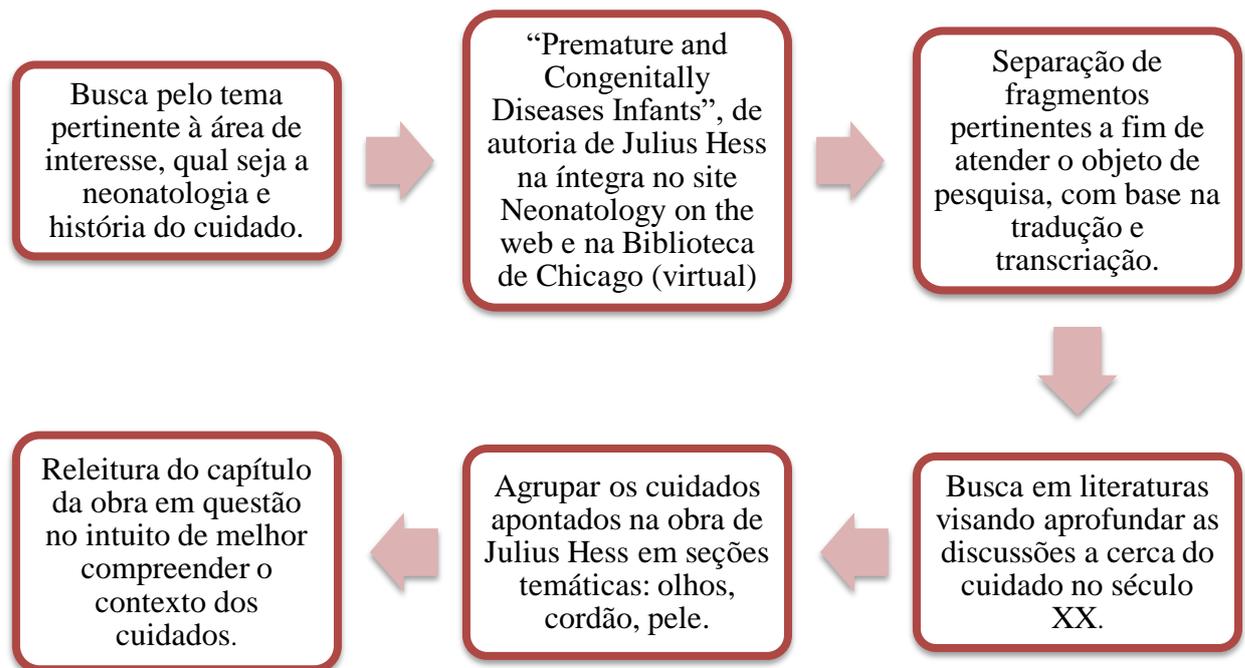
Esta estratégia foi utilizada para os fragmentos a serem descritos, contidos na obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*, e para a análise dos cuidados aos recém-nascidos prematuros, propostos por Julius Hess. Para tanto, utilizamos artigos, livros e demais publicações de aderência ao objeto de estudo. Isto implicou na operação historiográfica de construção de um período não vivido por esta autora, mas descrito e analisado com base no entendimento dos fragmentos e indícios/vestígios capturados pelo léxico e imagens publicados por Hess em sua obra.

## **2.5 - ETAPAS DO ESTUDO**

Neste sentido, o caminho percorrido durante o processo de pesquisa para a realização desta dissertação, encontra-se demonstrado pelo fluxograma n. 01, entendido como um passo

a passo da experiência a partir da operação historiográfica. Embasado pela metodologia descrita nos parágrafos anteriores, o estudo foi conduzido por meio de uma sequência de tarefas, a fim de atender o objeto de pesquisa e a sua redução na escala observacional.

Fluxograma n. 01: Passo a passo da operação historiográfica.



Conforme ilustrado no fluxograma n. 01, cabe ressaltar que a obra *Premature and Congenitally Diseased Infants* foi extraída na íntegra, inicialmente no site *Neonatology on the web*, e, posteriormente, no site da Biblioteca de Chicago, em domínio virtual e público. Após a extração do material, procedeu-se a leitura do conteúdo da obra, levando, a seleção do capítulo sete da obra para a descrição analítica.

É plausível mencionar que outras fontes bibliográficas foram utilizadas a fim de permitir discussões acerca do material, assim como, com o intuito de alcançar e alicerçar o objeto de análise estudado.

A partir das leituras, norteadas pelos métodos de tradução e transcrição, o conteúdo foi analisado e separado em seções temáticas, a saber: cuidados com os olhos, cordão, pele e

genitália, classificação e características do prematuro, com a finalidade de melhor agrupar os assuntos e suas interligações, no entendimento para o cuidado proposto pela obra.

Para finalizar, o processo descritivo e analítico da investigação, tratou-se de releitura do material original, a qual foi realizada a fim de corrigir quaisquer falhas que pudessem ter surgido no contexto descrito.

No que tange aos aspectos éticos da pesquisa, a mesma está amparada pela Lei 9.610/1998, e seus capítulos III e IV no que concernem aos direitos autorais do autor, sendo assim respeitada pelos ditames dos dispositivos legais.

As três seções, daqui para frente, retratam o cuidado prestado ao recém-nascido prematuro, em meados do século XX, pela descrição analítica, fruto da definição do referencial teórico, envolvendo literatura científica no âmbito da neonatologia nacional e internacional.

A seção 3 englobará a definição e classificação do recém-nascido à época, bem como as características físicas do prematuro que permeavam o cuidado proposto. Nesta linha de pensamento, fez-se um paralelismo com o ambiente onde o cuidado era executado – sala de parto e a unidade neonatal – e o uso de equipamentos e organização dos mesmos. Somado a isso, a seção abordará o instrumento para registro e informações pertinentes ao cuidado do recém-nascido prematuro utilizado no âmbito da unidade, bem como a formação e treinamento da equipe de enfermagem.

Na seção 4, as descrições serão as pertinentes aos cuidados iniciais ao nascimento, envolvendo vias aéreas, olhos e cordão umbilical, procedendo-se a estabilização dos sinais vitais – norteados por conceitos de prevenção de hipotermia e infecção.

A seção 5, abordará, analiticamente, os cuidados propostos diariamente, envolvendo outras medidas para a manutenção da temperatura corporal, além das descritas na seção 4, mais os cuidados referentes à pele, genitália, troca de fraldas e vestimentas, bem como o manuseio e orientações sobre a alta do recém-nascido prematuro. Ao final da seção, apontamentos sobre os efeitos dos cuidados discutidos anteriormente, incluindo as seções 3 e 4, se fez necessário.

Por fim, optou-se por trazer como considerações reflexivas o uso da estratégia da fala do personagem principal do estudo – o recém-nascido prematuro – no contexto histórico do século XX, como narrativa do dia a dia do cuidado recebido, na perspectiva de sinalização do pensamento crítico do cuidado prestado para o século XXI.

As considerações finais foram traçadas com ponderações, inferências e análises realizadas a partir do material descrito, analisado e discutido como fruto da pesquisa e embasamento metodológico, evidenciando conseqüentemente, “lacunas” para estudos posteriores.

### SEÇÃO 3

#### AMBIENTE, FORMAÇÃO E REGISTRO

#### PARA O CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO

### 3.1 INTRODUÇÃO

Entendendo o recém-nascido como um ser com necessidades especiais de cuidado, a obra de Julius Hess aponta, no sétimo capítulo, intitulado *Care and Nursing of Premature Infants*<sup>10</sup>, os cuidados relativos ao nascimento, incluindo os imediatos e os de rotina/diários, bem como destaca a habilidade e formação de pessoal designado ao cuidado do recém-nascido e sua preparação para alta.

É plausível um adendo, visto que para trazer à baila o contexto da assistência ao prematuro<sup>11</sup>, tornou-se necessário a abordagem e o entendimento da classificação dele, tanto no que tange a conceituação, como a classificação e as características peculiares, contidas nos capítulos 2 e 3 da obra, em apreço.

Assim, inicialmente, para a presente seção, optou-se por abordar a classificação entendida no conteúdo da obra, compreendendo que a classificação do prematuro e os aspectos relacionados às suas características, foram imprescindíveis para circunstanciar os cuidados prestados. Posteriormente, nesta seção, foram descritos o ambiente para o nascimento e, conseqüentemente, o cuidado prestado pelos responsáveis do ato de cuidar e a sua formação.

### 3.2 – DECODIFICAÇÃO DO TERMO FRACO

No contexto da assistência voltada ao recém-nascido prematuro em âmbito hospitalar e domiciliar, segundo a obra base deste estudo, de forma geral, o autor aponta que os a termo eram aqueles nascidos após o período normal de 280 dias de gestação. Logo, os bebês nascidos de três semanas ou mais antes do termo eram considerados prematuros (HESS, 1922).

No entanto, para Julius Hess, a classificação do recém-nascido envolvia outras classes com características a serem observadas ao nascimento. Desta forma, um grupo de crianças

---

<sup>10</sup> Cuidados ao Recém-nascido Prematuro.

<sup>11</sup> A tradução para o termo prematuro, direcionada ao recém-nascido, se justifica pelo fato de não haver à época da publicação base deste estudo a denominação pré-termo, conforme utilizada nos dias atuais. Sendo assim, utilizaremos prematuro para descrever tanto o parto como o recém-nascido.

que poderiam ser enquadradas na mesma categoria dos prematuros eram os denominados fracos. Estes, entendidos como os recém-nascidos a termo ou quase a termo, mas que por algum motivo teriam sofrido no espaço intra-útero por fatores que interferiam na sua alimentação e, por consequência, com o seu desenvolvimento, sendo, então, classificados como congenitamente doentes ou debilitados.

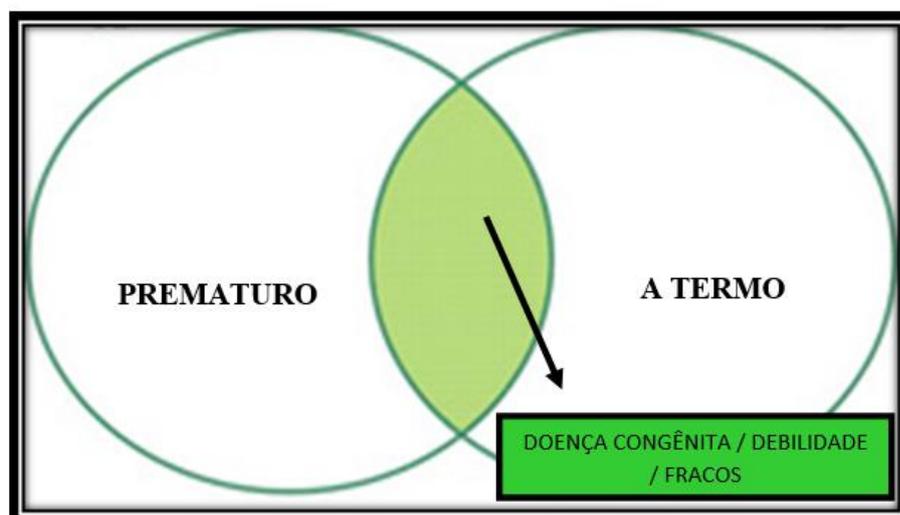
No mesmo grupo dos nascidos a termo estavam enquadrados os maduros, os quais poderiam ser a termo ou não, porém apresentavam capacidade de sobrevivência extra-uterina, trazendo à tona a discussão de maturidade (HESS, 1922).

Na obra, ele pontua que a maturidade deveria ser determinada com base no funcional e não por características anatômicas. Em síntese, assinalava que a prematuridade se referia ao tempo, a doença congênita ou debilidade da função. Desta forma, o prematuro não precisava ser fraco, enquanto os a termo poderiam mostrar evidência de doenças congênitas ou debilidade.

Em consonância, era fato que quanto mais jovem o feto saísse do útero, maiores seriam as dificuldades a serem superadas na realização das funções corporais necessárias a vida e, portanto, menor era a sua vitalidade. A obra relaciona que quanto maior o tempo de vida intra-útero, maior a vitalidade do recém-nascido. Assim, o tempo de prematuridade era entendido como inversamente proporcional à vitalidade<sup>12</sup>.

Para melhor esclarecimento dos termos, foi criado o diagrama n.01 para sistematizar o pensamento de Hess sobre a classificação do recém-nascido à época.

Diagrama n.01: Representação esquemática da classificação do recém-nascido, 1922.



Fonte: HESS, 1922.

<sup>12</sup> O termo vitalidade define que o ser possui funções corporais necessárias a vida (AULETE, 2012).

Mediante ao diagrama n. 01, tem-se a representação esquemática do entendimento dos conceitos aplicados por Hess aos recém-nascidos que nasciam com algum agravo congênito e/ou debilidade, o que resultava a aplicação do termo fraco e que poderiam ser prematuros ou não.

Ratificando o dito, a obra elucida, para fins clínicos práticos, que o grupo de crianças que compreendiam o prematuro e o congenitamente debilitado, poderiam ser classificados com base em suas causas relacionadas, exposta no quadro a seguir (quadro n.01):

Quadro n.01: Classificação do recém-nascido e causas relacionadas, 1922.

CLASSIFICAÇÃO	CAUSAS RELACIONADAS
Prematuro sem alterações patológicas	Não descritas pelo autor
Prematuro com alterações patológicas	Doença constitucional e infecções crônicas nos pais; Fatores maternos que influenciavam a nutrição fetal (excesso de trabalho, desnutrição e doenças agudas durante a gravidez); Condições próprias da mãe; Gestações múltiplas; Defeitos e malformações congênicas no feto; Pais com idade avançada.
Lactente/ recém-nascido a termo com alterações patológicas	Doença constitucional e infecções crônicas nos pais; Fatores maternos que influenciavam a nutrição fetal (excesso de trabalho, desnutrição e doenças agudas durante a gravidez); Condições próprias da mãe; Gestações múltiplas; Defeitos e malformações congênicas no feto; Pais com idade avançada.

Fonte: HESS, 1922.

Nota-se que, de maneira geral e pelo conteúdo exposto no quadro n. 01, o conceito de prematuridade na obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*, apontado no segundo capítulo intitulado *Classification of Prematures*<sup>13</sup>, estava estabelecido não só com base no tempo de gestação, mas nos aspectos relacionados ao nascimento. Isto implica no envolvimento dos termos e conceitos, como: vitalidade e maturidade (HESS, 1922). Nesse sentido, o próprio título da obra denota que a abordagem dos cuidados descritos envolvia os dois grupos, anteriormente citados, ilustrados no diagrama n.01.

As características distintivas do prematuro poderiam ser encontradas nas crianças congenitamente doentes a termo, visto que eles eram, geralmente, pálidos com turgor cutâneo

<sup>13</sup> Classificação do prematuro.

reduzido, baixa capacidade reativa, inclusive para mamar, bem como tendência a inquietação e a distensão abdominal. Além disso, a dificuldade de ganho de peso ocasionava demora por várias semanas para recuperação do peso de nascimento. Tal fato demonstrava, segundo Hess, uma incapacidade funcional, mesmo na ausência de doença orgânica. Entendia-se, portanto, que os recém-nascidos prematuros e com doenças congênitas ou debilitados possuíam baixa tolerância para a sobrevivência extra-útero.

De maneira mais descritiva, no terceiro capítulo da obra de Julius Hess, intitulado *Physiology*<sup>14</sup>, o autor descreve, sucintamente, as características do recém-nascido, que foram organizadas no quadro n.02.

Quadro n. 02: Características do prematuro ou congenitamente doentes, 1922.

<b>CARACTERÍSTICAS DO PREMATURO OU CONGENITAMENTE DOENTES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O corpo geralmente é pequeno, apesar de em alguns casos, a criança ser de um tamanho considerável, ainda com um desenvolvimento muito imperfeito dos seus órgãos internos.</li> <li>• Peso baixo, variando de 700g a 2500g;</li> <li>• Pele macia e geralmente com coloração vermelho vivo. A epiderme é fina e os vasos sanguíneos são facilmente visíveis;</li> <li>• A pele frequentemente é enrugada. O tecido adiposo é escasso, as características são angulares e o rosto parece velho.</li> <li>• Lanugem é abundante, especialmente nas superfícies extensoras das extremidades;</li> <li>• O crânio é redondo ou ovóide e as fontanelas são grandes e as suturas proeminentes;</li> <li>• O nariz apresenta muitos pequenos cravos;</li> <li>• As orelhas são suaves e pequenas e envolvem o crânio;</li> <li>• Poucas pregas nas extremidades dos dedos ou fracamente desenvolvidas;</li> <li>• O choro é fraco, monótono e com característica semelhante a choramingar;</li> <li>• A criança encontra-se em sono profundo, e deve ser despertada para as suas refeições. Os esforços de sucção são fracos ou ausentes. Todos os movimentos são lentos, as funções são lentas e a criança mostra um notável grau de inércia muscular;</li> <li>• A temperatura tem uma tendência a permanecer abaixo do normal, além de ser irregular;</li> <li>• A urina é geralmente escassa;</li> <li>• Os intestinos são lentos (funcionamento) e a prisão de ventre (constipação) é a comum, assim como a icterícia precoce e intensa.</li> </ul>

Fonte: HESS, 1922.

Em consonância às informações contidas de forma elucidativa no quadro n. 02, Julius Hess afirmava que estas eram conclusões que poderiam ser vistas no exame superficial do recém-nascido. No entanto, um exame físico mais criterioso das características se fazia necessário, visto que qualquer um desses indícios poderia variar em diferentes indivíduos da mesma idade, dependendo da causa da prematuridade e da condição de saúde atual da mãe do recém-nascido.

---

<sup>14</sup> Fisiologia.

Nesse ínterim, a determinação da idade exata da criança nascida prematuramente, era um aspecto de dificuldade considerável. Ele parecia apontar três características importantes para tal, a saber: 1) relacionadas aos meses lunares (o quinto mês lunar seria o primeiro a ser considerado), 2) relacionado ao peso corporal e 3) ao turgor cutâneo (HESS, 1922).

Sobre o peso, ele fazia referência que o recém-nascido a termo deveria ter entre 3.000 a 3.500 gramas e a linha divisória de peso para o prematuro era 2.500 gramas. Não obstante, destacava que o peso dependeria da causa do nascimento prematuro e da idade da criança ao nascer, entendido como idade gestacional.

Apesar dos estudos demonstrarem a relação entre os meses lunares/peso/comprimento/diâmetro da cabeça, Julius Hess defendia a ideia, com base em suas observações, de que o peso de nascimento não deveria ser levado em consideração para estimar a vitalidade do recém-nascido.

Nesta perspectiva, Hess afirmava que a condição da turgescência dos nascidos, prematuramente, seria de maior importância em comparação ao peso e a consideração dos meses lunares, em virtude do fato de que se entendia que prematuros flácidos, com turgor e tônus reduzidos eram, geralmente, não viáveis. Por outro lado, os prematuros com bom turgor e tônus, mesmo que de baixo peso, comumente sobreviveriam.

Partindo deste pressuposto, o autor colocava como “limite” para o investimento terapêutico dos recém-nascidos, aqueles com mais de seis meses de idade gestacional, levando-se em consideração suas características físicas para nortear a assistência prestada. Ele tomava por bases terapêuticas o cuidado, propriamente dito, com destaque para a alimentação. Ao seguir essa linha de raciocínio, afirmava que a assistência poderia ser prestada sem deixar sequelas, a menos que houvesse alguma anomalia congênita.

### **3.3 – AMBIENTE DO CUIDADO**

Pode-se apontar que os cuidados direcionados ao recém-nascido prematuro eram iniciados anteriormente ao ato de nascer, pois havia preocupações com o ambiente do nascimento, tanto ao nível hospitalar, como residencial. Estas eram sinalizadas no entendimento de que em situações de ocorrência de trabalho de parto prematuro, dever-se-ia preparar a recepção do recém-nascido em um ambiente adequado.

Neste sentido, não era recomendado aguardar o início de trabalho de parto para estabelecer a preparação do ambiente, pois, caso contrário, entendia-se que muitos bebês prematuros viáveis poderiam ir a óbito. E assim, caso as instalações adequadas não pudessem ser fornecidas em casa, a mãe deveria ser encaminhada para um hospital, antes do parto, no entendimento de que a cada dia dentro do útero materno contribuiria para a possibilidade de sobrevivência e desenvolvimento do recém-nascido (HESS, 1922).

O autor destacava a necessidade de um olhar ampliado, no que tange ao trabalho de parto prematuro. Para tanto, ele apontava para o procedimento como asséptico, assim como o local para acomodar o recém-nascido.

Além de apontamentos referentes aos conceitos para prevenção de infecção, foi possível identificar a preocupação relacionada ao ambiente. A justificativa para a referida menção se devia a temperatura e consequente prevenção de hipotermia, destacando à necessidade do uso de berço ou incubadora, assim como cobertas e almofadas aquecidas para a recepção do recém-nascido<sup>15</sup>.

A ventilação era outro fator importante que mereceu destaque na descrição do ambiente ideal para nascimento, bem como a prontidão para o cuidado do cordão umbilical, olhos, boca e tratamento de asfixia, reforçando à necessidade de materiais como cateter e da realização de banho quente, além do transporte para uma unidade hospitalar, quando necessário (HESS, 1922).

Cabe destacar que os aspectos referentes aos cuidados apontados pela obra, como: temperatura, ambiente ventilado e aquecido, bem como os relacionados a prevenção de infecção já eram apontados por Florence Nightingale, no século XIX, na obra *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*<sup>16</sup>, datado de 1860 (NIGHTINGALE, 2010).

Entendendo que Julius Hess reforçava o cuidado articulado ao ambiente, como medida importante para se alcançar êxito nos cuidados aos prematuros, é necessário destacar que este ambiente envolvia não só a sala de parto, mas o de hospitalização do recém-nascido. Nesse sentido, entende-se que o autor corroborava para o movimento de hospitalização do parto.

---

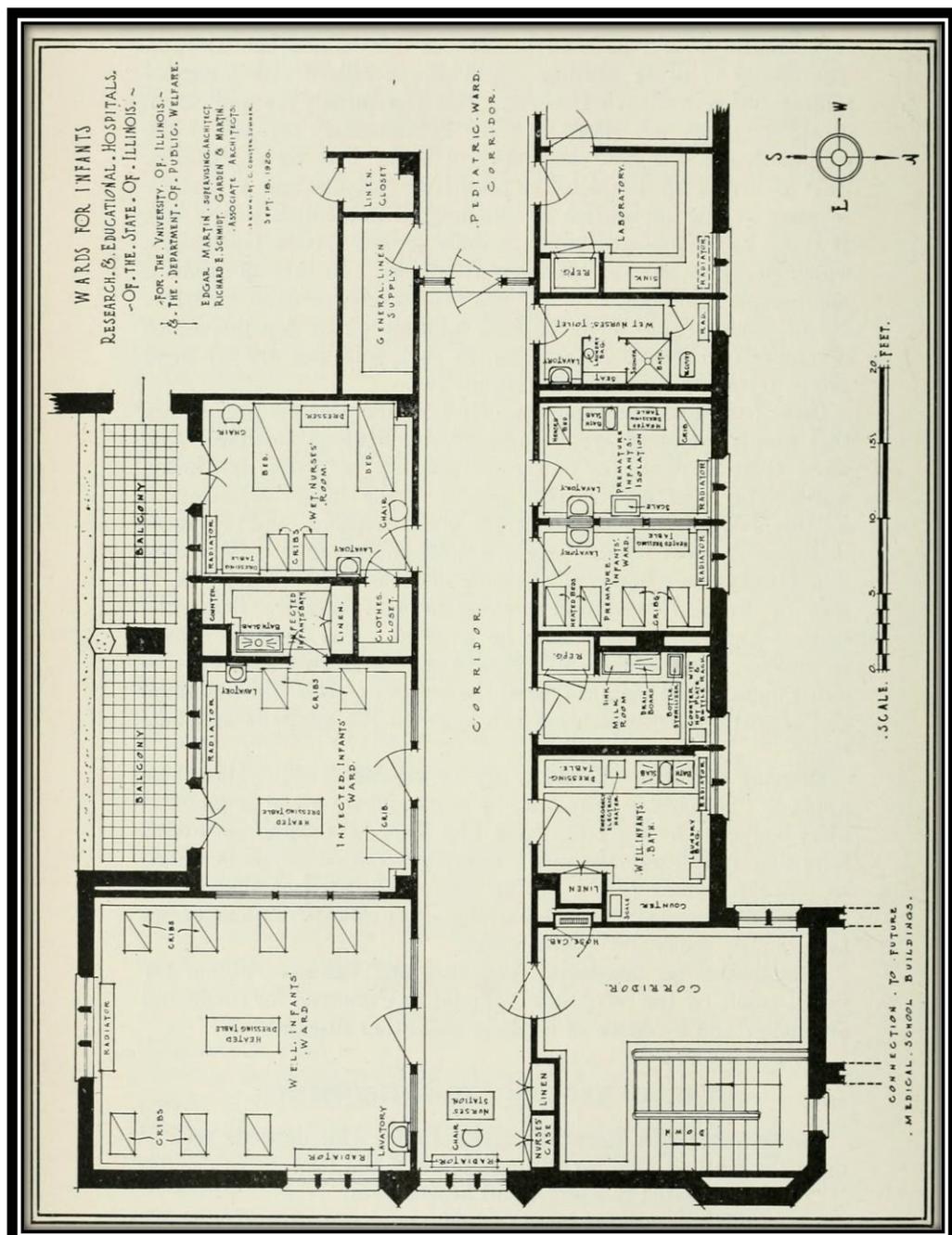
<sup>15</sup> Para os partos em casa, a recomendação era o uso de bolsas de água quente, uma almofada elétrica devidamente protegida, ou uma incubadora improvisada que tendem a surtir efeito de aquecimento da criança. Ressalta-se que essas crianças poderiam ser facilmente queimadas com certo grau de gravidade e fatalidade (HESS, 1922).

<sup>16</sup> Anotações de enfermagem. O que é, e o que não é.

Em outras palavras, entender a problemática que consistia em permitir a sobrevivência do recém-nascido prematuro fora do útero materno, direcionava o cuidado na busca do ambiente favorável, tendo por finalidade minimizar os riscos de estimulação excessiva, bem como o de propiciar características com temperaturas ideais, mesmo que através de equipamentos, aliados a mão de obra adequada e especializada.

Para entendimento da estrutura, se entendeu a necessidade da apresentação da imagem do *fac-símile* n. 03, referente a planta física do Hospital do Estado de Illinois, datada de 1920.

Imagem n. 03: Planta física do Hospital do Estado de Illinois.



Na imagem do *fac-símile* n.03, em plano vertical, pode-se observar extenso corredor central pertencente à enfermaria para recém-nascidos (*corridor*), com um posto de enfermagem ao final (*nurse station*), cadeira (*chair*) e aquecedor (*radiator*). Em outro corredor à frente, parte da enfermaria de pediatria (*pediatric ward corridor*), no topo da imagem. Paralelamente ao corredor da enfermaria de recém-nascido estavam as alas e salas, sendo alguma delas interligadas por janelas, tanto à direita como à esquerda.

Desta forma, tem-se à direita da imagem sete áreas. A primeira no sentido do alto para baixo do *fac-símile*: laboratório (*laboratory*) com uma pia (*sink*), um refrigerador (abreviado como *refg.*) para materiais e um aquecedor (*radiator*); banheiro para as amas de leite (*wet nurses toilet*); local para isolamento de prematuros (*premature infant isolation*) com um berço (*crib*), uma cama aquecida (*heated bed*), uma mesa para o banho (*table slab*), uma penteadeira aquecida (*heated dressing table*), um lavatório (*lavatory*), uma balança (*scale*) e um aquecedor (*radiator*); enfermaria para prematuros (*premature infants ward*) com duas camas aquecidas (*heated bed*), dois berços (*crib*), uma penteadeira aquecida (*heated dressing table*) e um lavatório (*lavatory*); sala para preparo de leite (*milk room*) com um refrigerador (abreviado como *refg.*), uma pia (*skin*), um esterilizador de garrafas (*bottle sterilizer*) e ao lado um balcão com uma placa aquecida e porta garrafas bancada (*couter with hot plate and bottle rack*); sala de banho (*Well Infants bath*) com uma penteadeira (*dressing table*), uma pia para o banho (*slab bath*), um local para saco de roupa suja (*laundry bag*), uma balança (*scale*) e um aquecedor (*radiator*), além de um corredor com acesso a escadas e uma sinalização na planta de conexão para futuro prédio da escola de medicina (*connection to future Medical School Buildings*).

À esquerda, local para guarda de roupas (*general linen supply / linen closet*)– pela imagem, com entrada a partir do corredor da enfermaria pediátrica (*pediatric ward*), sala para acomodação das amas de leite e seus bebês (*wet nurses room*), com um armário para roupas (*clothes closet*), duas cadeiras (*chair*), duas camas (*bed*) e dois berços (*crib*), um aparador (*dresser*), uma penteadeira (*dressing table*) e um aquecedor (*radiator*); enfermaria para infectados (*Infected Inafnts ward*), com três berços (*crib*), um lavatório (*lavatory*), uma penteadeira aquecida (*heated dressing table*) e um aquecedor (*radiator*).

Cabe ressaltar que a enfermaria para infectados e a sala para amas de leite possuíam varanda (*balcony*), mas pela imagem, fica duvidoso afirmar se elas eram interligadas ou não. Por fim, também à esquerda, estava a enfermaria para recém-nascidos (*well infants ward*), que foram interpretadas que seriam para acomodar os que não eram prematuros e que também

não necessitavam de isolamento, com sete berços (*crib*), um lavatório (*lavatory*), uma penteadeira aquecida (*well infants ward*) e dois radiadores (*radiator*). As enfermarias para recém-nascidos e para os infectados pareciam ter comunicação e visualização entre ambas, assim como a enfermaria para prematuros e a área de isolamento, localizadas a direita.

Descritivamente, a imagem nos permite entender a organização/separação/isolamento entre os recém-nascidos, em vista da necessidade ou não de isolamento e condições de prematuridade, bem como o investimento para a acomodação das amas de leite. A preocupação com a ventilação do ambiente, com a esterilização dos utensílios e com os locais para isolamento leva-nos a inferir, diante da imagem analisada, que tais preocupações eram a época, meios para redução dos riscos de infecção.

Além da planta física em si, o autor traz em sua obra detalhamentos de estrutura física e materiais necessários, versando sobre recomendação para a composição de uma unidade neonatal. Assim, quanto a estrutura e organização do ambiente, no qual o recém-nascido seria acomodado após o seu nascimento, Hess (1922) considerava que tal fato dependeria do método utilizado para a manutenção de calor externo, que poderia ser por meio de quartos aquecidos ou pela utilização de berços e incubadoras.

Os quartos aquecidos eram definidos como salas destinadas a acomodação de recém-nascidos mais velhos e bem desenvolvidos, que poderiam se adaptar a temperatura do ambiente com menor dificuldade. No entanto, em situações onde incubadoras individuais fossem utilizadas, este espaço extra não era necessário, visto que a temperatura poderia ser regularizada para satisfazer as necessidades individuais de cada neonato (HESS, 1922).

Hess ao avaliar o espaço para as incubadoras<sup>17</sup> e os cuidados destinados ao prematuro, entendia que havia vantagem na construção com orientação ao sul. Tal fato pode ser justificado pelo conhecimento de fins arquitetônicos, onde países situados no hemisfério norte como os Estados Unidos, recebem de forma mais vantajosa a incidência do sol, em face sul, principalmente durante o inverno (ROAF, FUENTES e THOMAS-REES, 2014).

---

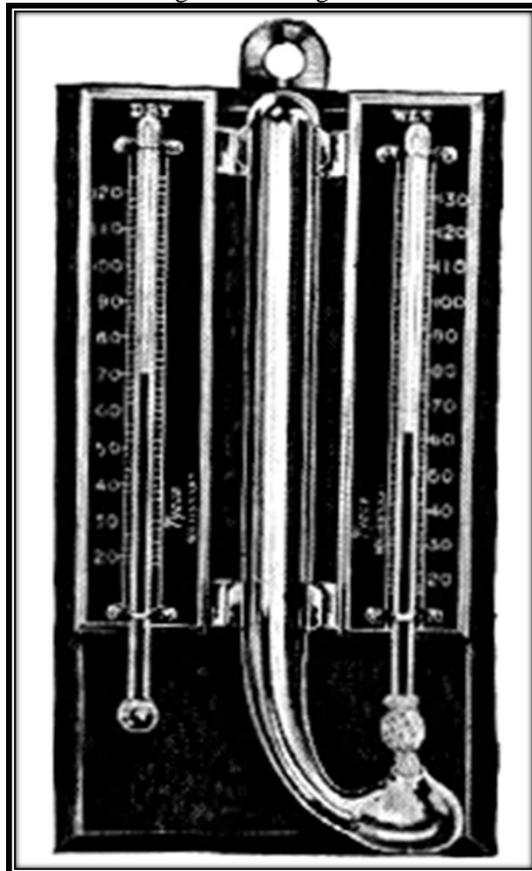
<sup>17</sup> Hess apresentava ao leitor dois tipos de acomodações utilizadas, a saber: a incubadora fechada, onde necessariamente deveria receber ar fresco por meio de um tubo que o aqueceria, conduzindo este ar do meio externo para o interno; ou por uma cama aquecida eletricamente, permitindo que a criança tivesse ventilação e suprimento de ar fresco de forma direta. De forma comparativa, trata-se pelo que hoje entendemos como incubadora propriamente dita e berços aquecidos ou unidades de calor radiante.

Ademais, à localização ao sul, este espaço deveria ser constituído de janelas duplas e transom<sup>18</sup>. Porém, as incubadoras não poderiam ficar em uma linha direta entre as janelas e as portas, conceito este, possivelmente, embasado no que já era apontado por Florence Nightingale como correntes de ar, que poderiam causar reduções bruscas da temperatura do recém-nascido e/ou dificultar o controle da temperatura interna do equipamento<sup>19</sup> (NIGHTINGALE, 2010).

Essa sala deveria conter também um higrômetro e termômetros especiais que registrassem não só a temperatura atual, mas os extremos durante vinte e quatro horas. O termômetro citado por Hess, se configurava como um dos melhores métodos de teste em um berçário eficiente (HESS, 1922).

As imagens dos *fac-símiles* n.04 e n.05 a seguir, representam, respectivamente, o higrômetro para medição da umidade do ar e o termômetro para a verificação de extremos de temperatura na sala de acomodação do recém-nascido durante vinte e quatro horas.

Imagem n.04: Higrômetro

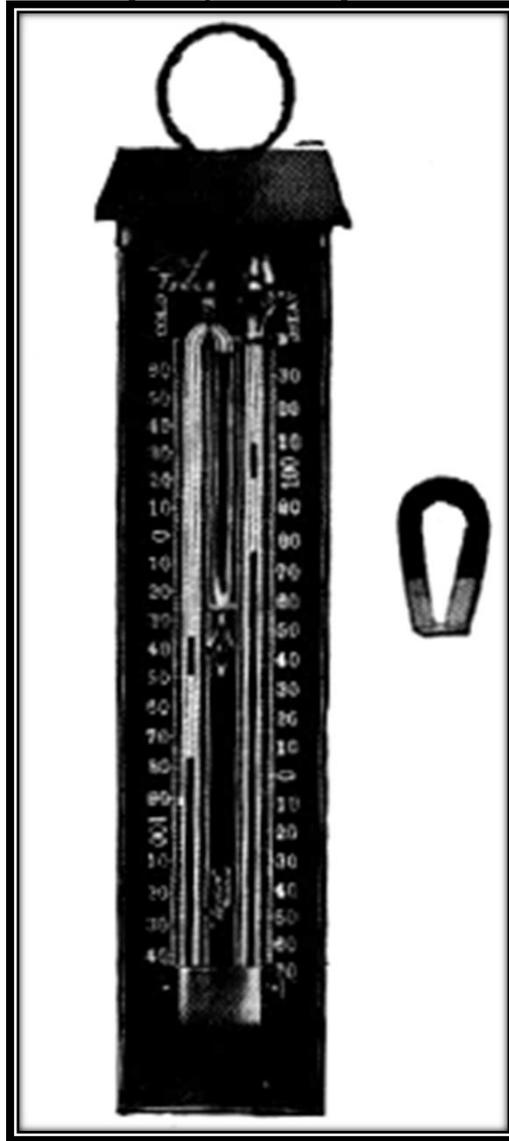


Fonte: HESS, 1922.

<sup>18</sup> Sistema de ventilação flexível para permitir controle da entrada do ar, a fim de atender as exigências que poderiam surgir devido a instabilidade de aquecimento geral.

<sup>19</sup> Entendido como perda de calor por convecção (KLAUS E FANAROFF, 1995).

Imagem n.05: Termômetro para registro de temperatura em vinte e quatro horas.



Fonte: HESS, 1922.

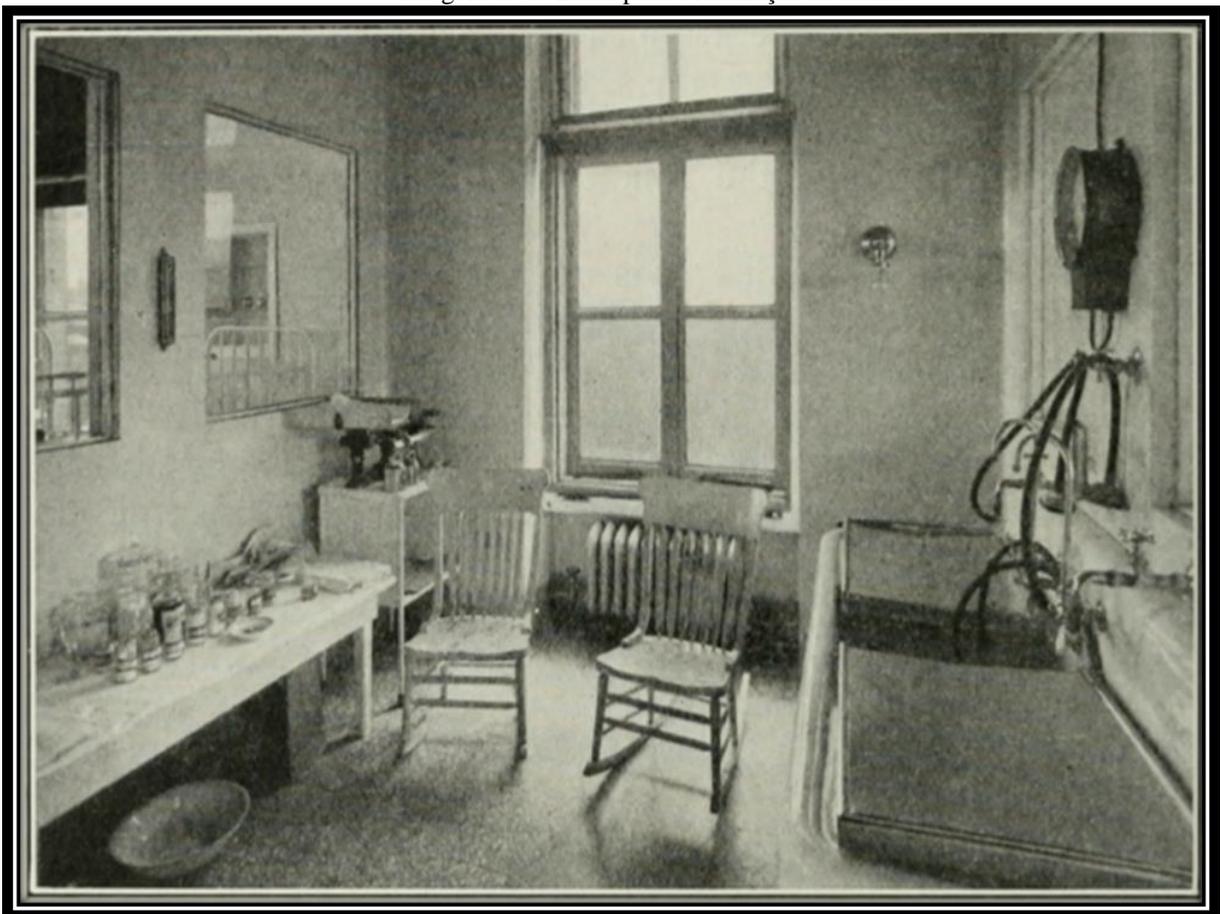
Um espaço denominado berçário, entendido no contexto como uma enfermaria, em alguns casos, poderia ser estabelecido a parte do local destinado a acomodação das incubadoras. Este deveria ser construído com janelas duplas e sistema de aquecimento, além de ser ventilado e mantido limpo com rigor (HESS, 1922). Este local foi entendido como destinado aos recém-nascidos acomodados em berços aquecidos – sem necessidades de uso de incubadoras, que poderiam se beneficiar de um ambiente que não os restritos às incubadoras.

Para o banho, Hess carecia de rigorosidade de destinação de espaço, pois caso não fosse possível espaço específico, o berçário poderia então atender a essa função. Nesta condição, o berçário deveria ser equipado com: um recipiente para o banho ou banheira; uma penteadeira aquecida fornecida com armários para armazenar e aquecer roupas; armários para roupas de cama; balança graduada em quatro gramas; um higrômetro; termômetros que

registrassem as temperaturas atuais e os extremos por vinte e quatro horas; e um para o registro das mamadas, além de ajudar o supervisor no controle permanente sobre as atividades de seus assistentes.

De acordo com a descrição na obra, podemos inferir ser a imagem do *fac-símile* n.06, uma ilustração coerente deste local, onde observamos uma janela ao fundo, com quatro aberturas (duas à direita e duas à esquerda) protegidas por vidro que interligam este local de banho a outras alas. Nele foi possível identificar duas cadeiras ao centro, que segundo a obra são dobráveis. Nota-se que uma das cadeiras é de balanço, o que aponta para o indício de que, possivelmente o recém-nascido poderia ser embalado pela cuidadora. À esquerda na imagem, uma balança em um suporte e, ao lado, uma mesa, contendo vários frascos, jarros e pomadas. De forma contralateral, há dois colchões e uma pia, possivelmente de porcelana, destinada ao preenchimento de água com a finalidade de realizar o banho no recém-nascido e um termômetro para o registro da temperatura ideal para o cuidado a ser prestado. Neste sentido, articulando a imagem a obra, havia um “tanque de mistura automática” e colchões cobertos com toalha limpa para cada bebê (HESS, 1922, p. 138).

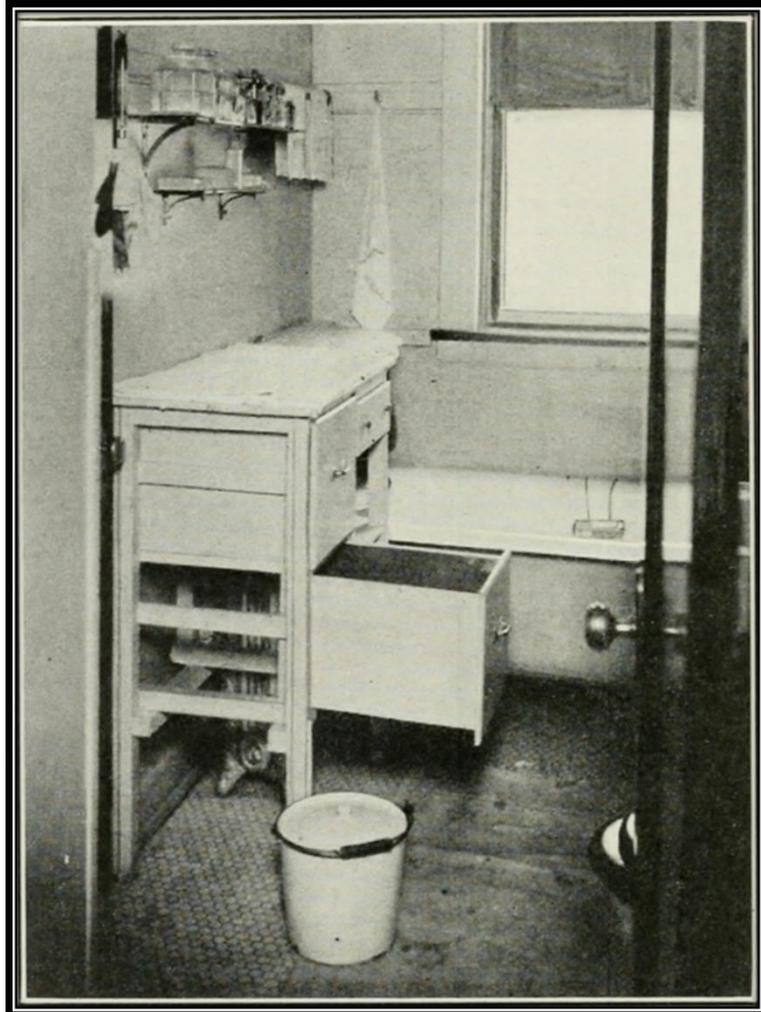
Imagem n.06: Local para a realização do banho.



Fonte: HESS, 1922.

De forma semelhante, a imagem do *fac-símile* n.07 ilustra um local servindo como espaço para banho adaptado em domicílio. Nela se pode identificar uma penteadeira com gavetas e prateleiras para arrumação do material necessário.

Imagem n.07: Espaço para o banho montado em uma casa.



Fonte: HESS, 1922.

Outros dois espaços eram referenciados por Hess para constituírem a unidade de atendimento ao prematuro, chamados de estação de leite (*milk room*) – destinada a extração/ordenha e preparo de leite humano e artificial, e um local para acomodação das amas de leite (*wet nurses room*), conforme anteriormente apontado na imagem do *fac-símile* n.03.

Diante dessas afirmações, observa-se também que o autor aconselhava a necessidade de uma unidade de atendimento ao recém-nascido prematuro com espaços diferenciados, visando a manutenção de temperatura do ambiente. Isto posto, havia diferenciações para os acomodados nas incubadoras, entendendo que eles – de baixo peso – necessitavam de

cuidados especiais e que para os mais estáveis, acomodados fora das incubadoras, se fazia necessário outro espaço para sua adaptação.

Merece ressalva, mais uma vez, que a mentalidade em meados do século XX sugeria considerações semelhantes à de Florence Nightingale como proposta na estruturação física e organizacional da unidade de cuidado, envolvendo os conceitos de iluminação, ar fresco e ventilação adequada para os prematuros (NIGHTINGALE, 2010).

Seguindo o pensamento, a estrutura da unidade a acomodar o neonato poderia sofrer modificações em casos de infecções suspeitas e/ou comprovadas. Hess relatava que nos casos de infecções respiratórias e gastrointestinal, sífilis, oftalmia gonocócica, candidíase oral e furunculose, os recém-nascidos deveriam ser isolados. Em outras palavras, era importante que os prematuros com infecção fossem agrupados de acordo com suas doenças e que as instalações para se cuidar fossem estabelecidas, a fim de evitar infecções cruzadas (HESS, 1922).

Neste sentido, as acomodações para o banho, a alimentação e cuidados gerais deveriam ser instaladas, fato que Hess sugeria que ocorresse, em conjunto com rigorosa limpeza diária, conforme anteriormente destacado.

O conceito de isolamento como medida a fim de evitar propagação de doenças, já havia sido apontado por Budin no início do século XX, ao preconizar divisões nas áreas de internação, sendo uma para os prematuros saudáveis, outra para o isolamento dos doentes e casos suspeitos e por fim, um terceiro espaço para a separação absoluta de bebês das amas de leite com os prematuros (BUDIN, 1907).

Além da separação física dos recém-nascidos acometidos por doenças infecciosas, Hess recomendava que outras medidas deveriam ser tomadas, fossem elas gerais e/ou específicas, com o intuito de prevenir ou minimizar o risco de infecções no espaço do cuidado. Tais medidas foram entendidas e relacionadas ao contexto dos cuidados direcionados ao recém-nascido de forma a embasar e nortear os demais cuidados, as quais serão apresentadas na próxima seção.

Em uma junção da descrição do ambiente com as imagens dos *fac-símiles*, depreende-se que havia séria preocupação do autor com a estrutura física e equipamentos para a dinâmica da realização do cuidado nos espaços, em especial, hospitalar. Isto implica que os dados da planta física, apontadas nos documentos escritos e imagéticos, representavam a relevância para o ambiente.

### 3.4 – FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA O CUIDADO

Sob a perspectiva de um ambiente preparado e com recursos para a admissão e recepção do recém-nascido prematuro, a equipe destinada ao cuidado era ponto relevante. Portanto, para o autor, a seleção de pessoal para compor a equipe de enfermagem da unidade destinada ao atendimento do recém-nascido prematuro exigia atenção (HESS, 1922).

Cabe mencionar que Hess contou com a parceria importante de Evelyn Lundeen<sup>20</sup>, aludida na imagem do *fac-símile* n.08, em seus serviços na unidade de prematuros, no Hospital Sarah Morris, pertencente ao Hospital Reese, em Chicago.

Imagem n.08: Enfermeira Evelyn Lundeen.



Fonte: BULLOUGH e SENTZ, 2000.

Dentre suas notáveis ações, Lundeen era a responsável pelos treinamentos, além de organização de programas direcionados ao cuidado do prematuro, embasada por princípios

---

<sup>20</sup> Evelyn C. Lundeen, nasceu em Rockford, Illinois, aos 15 dias do mês de fevereiro de 1900. Cresceu em uma casa caracterizada por ordem, limpeza e disciplina, tributos estes que se tornaram posteriormente sua marca registrada como enfermeira. Se graduou na Escola de Enfermagem do Lutheran Hospital, em Illinois em 1922, permanecendo como enfermeira após sua formação. Em seguida, despertou o interesse de Julius Hess diante de sua performance excepcional, e em 1924 já estava no Hospital Sarah Morris prestando cuidados aos prematuros que nasciam em casa ou em outra instituição hospitalar. Ao longo dos seus 38 anos de atuação, dedicou-se aos estudos e cuidados aos prematuros, incluído princípios envolvendo controle de temperatura corporal, mínimo manuseio, alimentação adequada incluindo o aleitamento materno e os métodos de alimentação propriamente ditos, controle de oxigênio, anemia, icterícia e desenvolvimento neurológico, entre outros. Fato que alguns de seus apontamentos, atualmente podem ser considerados ultrapassados, porém Lundeen foi considerada pioneira na enfermagem neonatal quando de sua morte em 1963, após uma insuficiência cardíaca (BAKER, 1996 e BULLOUGH e SENTZ, 2000).

científicos e evidências empíricas, os quais se pode inferir que nortearam os cuidados direcionados aos prematuros a época.

Faz-se necessário mencionar que esses conhecimentos, atrelados a sua experiência prática permitiram que Evelyn Lundeen tivesse seu nome vinculado a três publicações, a saber: *The Premature infant; its medical and nursing care* assumindo a co-autoria da obra, tanto na primeira quanto na segunda edição, nos anos de 1941 e 1949, do século XX respectivamente, e o livro intitulado *Care of the premature infant*, como autora principal, em 1958.

A importância da enfermagem e de Lundeen podem ser empreendidas nos prefácios das obras dos anos de 1941 e 1949, *The Premature Infant: medical and nursing care*, ao abordarem o valor da enfermagem no cuidado aos recém-nascidos prematuros, sendo ressaltado, inclusive, na segunda edição da obra, quando houve o acréscimo de dois capítulos, intitulados *The nurse and her technic*<sup>21</sup> e *Suggested Teaching Outline for Classes on Nursing of Premature Infants*<sup>22</sup>, visando a abordagem peculiar do trabalho da enfermagem, tanto a nível prático como teórico.

Hess apontava como atributos aos profissionais para cuidarem dos recém-nascidos: interesse pelo trabalho, disposição para fazer sacrifícios durante os estágios críticos do recém-nascido, além de preparo para atender às emergências de asfixia e cianose. Sobre os aspectos técnicos: indicações e métodos de alimentação por cateteres, lavagem intestinal e aplicação da respiração artificial, o que compreendiam os conhecimentos necessários aos enfermeiros.

Por outro lado, entendia como desvantagem os locais que serviam para estágios de formação. Isto pode ser explicado, em virtude da rotatividade de pessoal que, apesar de espaço físico, carecia de execução de currículo.

Dentre às críticas, assinalava que se obtinha bons resultados, em especial, quando as assistentes ficavam a cargo de uma enfermeira, entendido, portanto, que nas condições vivenciadas não se via a necessidade de enfermeiras em formação, mas sim mulheres, preferencialmente jovens, que se preparavam especialmente para o cuidado de crianças pequenas, e que poderiam então ser convocadas para permanecer na unidade por longos períodos. Com esse pensamento, Hess apontava que a equipe de enfermagem ideal para prestação de cuidados deveria ser formada por: uma enfermeira supervisora e um corpo de

---

<sup>21</sup> A enfermeira e sua técnica.

<sup>22</sup> Sugestões para o ensino da enfermagem no cuidado de prematuros.

assistentes com dedicação para o cuidado<sup>23</sup>. Isto convergia do pensamento do século XIX e até a primeira década do século XX, preconizado por Florence. Dito em outras palavras, Hess, apesar de entender a especificação do cuidado, não se afastava da visão de que ele poderia ser de caridade, bondade e sacrifício, o que era qualidade atribuída às mulheres nos Estados Unidos, Europa e Brasil, mesmo que de forma equivocada<sup>24</sup>.

### 3.5 – REGISTROS

Os registros não poderiam ficar de fora, visto que, se os cuidados eram realizados, se entende que eles precisavam ser registrados para o andamento e seguimento de condutas, o que não escapou aos olhos de Hess. Ele, ao sistematizar sua observação e coordenar o serviço prestado, admitia que os cuidados e suas anotações possibilitavam avanços em seus estudos, o que se irá apresentar a seguir como parte determinante desta investigação, não obstante do que se apresentou na obra do autor.

Ressalta-se que a importância dos registros realizados durante a prestação dos cuidados era demonstrada como relevantes anteriormente à obra de Hess. Para Budin, os registros auxiliaram como dados para estudos e análises de casos, conseqüentemente, possibilitando a melhora da assistência prestada. Atenta-se que muitos estudos eram realizados, juntamente, com cálculos referentes às informações coletadas (BUDIN, 1907).

Hess ratifica a importância de uma história clínica bem registrada, pois ela permite o alcance das evidências, possibilitando delinear o prognóstico para o recém-nascido, bem como direcionar sugestões de cuidados e tratamentos. Dados de registro, como a ocorrência ou não de doença aguda em casa, mais especialmente, coqueluche, escarlatina, difteria e as infecções sépticas mereciam ser investigadas antes da criança receber alta (HESS, 1922).

Para tanto, ele apontava que a primeira investigação do recém-nascido deveria ser feita o mais precocemente possível, assim como o último exame, anteriormente, à alta hospitalar. A argumentação utilizada era pautada no fato de que a possibilidade de alterações patológicas graves, com manifestações clínicas menores deveriam estar em mente no ato do atendimento de prematuros. Isto implicava em diagnosticar, de forma mais eficaz e rápida, no sentido de

---

<sup>23</sup> É plausível apontar que tais denotações possivelmente são evidências dos primórdios da formação da enfermagem neonatal no início do século XX, e conforme o dito anteriormente, a enfermeira era considerada um ponto central para o cuidado, no entanto a descrição de equipe de enfermagem à época não compreende ao que entendemos atualmente, visto que mulheres sem formação poderiam assumir o cuidado do recém-nascido.

<sup>24</sup> Para saber mais sobre os aspectos relacionados a bondade, caridade e sacrifício como atributos femininos e preferencial para a formação de enfermeiras, consultar, dentre as obras: PORTO, 2007 e NETO, 2011.



Neste, ocorria o registro da temperatura com intervalos de seis horas, preferencialmente, às 06:00, 12:00, 18:00 e 00:00. Estes horários, segundo Hess (1922) seriam os mais prováveis de alterações da temperatura no ambiente e que poderiam, conseqüentemente, exigir intervenção, quando necessário. Do mesmo modo, a temperatura do ambiente, do leite e a umidade do quarto deveriam ser observadas e anotadas.

Outros documentos que englobavam o registro eram, a saber: prescrição do médico, a prescrição referente ao leite e os registros referentes a ama de leite. De forma semelhante, Hess e Lundeen (1949) traziam em sua obra os documentos utilizados à época no que se referem os registros. É interessante notar que o mesmo documento estava presente na obra de Julius Hess (1922), o que demonstrava o uso/recomendação do impresso em hiato de vinte e cinco anos.

Desta forma, optou-se por trazer os *fac-símiles* da obra de 1949, devido a qualidade deles. Dito de outra forma, as imagens dos *fac-símiles* n.10, 11, 12 e 13 ilustram os documentos que serviam para coleta de dados, abrangendo, de maneira geral, dados de identificação do recém-nascido, história pregressa e da saúde atual, história materna, história alimentar, exame físico céfalo-caudal, bem como intercorrências relacionadas a internação e prognóstico.

As quatro imagens dos *fac-símiles*<sup>25</sup> correspondem a duas folhas ou seções, quando a imagem n.10 traz em seu cabeçalho a identificação do hospital, seguida de dados de identificação materna, local de nascimento do recém-nascido, caso não fosse no âmbito hospitalar, e a sua justificativa. Abordava ainda, a história da gravidez (quanto ao início da mesma, data da última menstruação e ocorrência de doenças), do trabalho de parto e, por conseguinte, do nascimento do recém-nascido (data de nascimento, cálculo da idade gestacional por meio da própria história gestacional, medidas e radiografias), condições do nascimento, incluindo a existência de malformações e/ou lesões.

A imagem do *fac-símile* n.11, aponta para a abordagem de informações sobre as doenças pregressas e atuais, a saber: asfixia, cianose, icterícia, convulsões, sepse, hidrocefalia, meningite e anemia. Aspectos referentes a alimentação eram anotados, incluindo o estado geral da mãe. No mesmo impresso, identifica-se o início da descrição do exame físico, dados dos sinais vitais, seguidas do estado geral do recém-nascido e, posteriormente, as condições da pele, músculos, cabeça, olhos, nariz e boca, inseridos na terceira página (imagem do *fac-*

---

<sup>25</sup> Para melhor entendimento do leitor, optou-se por posicionar as imagens dos *fac-símiles* n.10, 11, 12 e 13, em seqüência, após sua descrição no texto.

*símile* n.12) os exames da língua e garganta, glândulas e pescoço. Em seguida, o exame envolvia tórax e pulmões, coração, abdome, fígado, baço, rins, genitália e extremidades.

Outros dados como da região da coluna e reflexos, peso, comprimento e circunferências da cabeça, tórax e ombros, também, eram registrados com a memória dos dados de um, três, seis meses e um ano de idade.

A imagem do *fac-símile* n.13 mostra a quarta página do documento. Esta com abordagem de recomendações cabíveis a partir do exame realizado, que inclui a alimentação, calor externo, temperatura corporal, cuidados clínicos e cirúrgicos. Além disso, apresentava uma síntese das informações anteriores e findava o documento, com o prognóstico do recém-nascido e sua condição de alta.

Imagem n.10: Primeira página da folha da história do recém-nascido utilizada no Michael Reese Hospital

SHEET I							
PREMATURE RECORD							
MICHAEL REESE HOSPITAL							
Name	_____					Date	_____
Address	_____						
Telephone	_____						
Guardian's Name	_____			House Flat Front Rear Floor	_____		
Relationship	_____						
Referred by	_____						
Clinician	_____					Born in hospital, home	_____
WHY IS INFANT BROUGHT TO THE HOSPITAL? (Mother's answer)							
_____							
Condition on arrival	_____					Temperature	_____
Method by which body temperature has been maintained _____							
HISTORY OF PREGNANCY (Onset, duration and progress of illnesses, injuries and operations):							
_____							
_____							
Last Menstruation (first day of)	_____			Duration	_____	Quickening	_____
HISTORY OF LABOR (Length _____ hours, Spontaneous, Induced, Operative)							
_____							
FAMILY HISTORY							
	Name	Birthplace	Living	Dead	Age	Condition of Health	Cause of Death
Father	_____						
Mother	_____						
Children	Premature or Full Term	Condition of Health	Age	Age at Death	Cause of Death		
No.	_____						
_____							
Miscarriages							
No.	Order of Pregnancies	Months	Cause				
_____							
PERSONAL HISTORY							
Date of birth	_____					Present age	_____ days. Sex
Condition at birth _____							
Single, Twins, Triplets (Order of birth, weight of each and number surviving) _____							
Calculated Fetal Age. By History _____ weeks. By measurements _____ weeks.							
By Radiograms _____							
Congenital Diseases and Abnormalities _____							
_____							
Birth Injuries _____							
_____							

Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949.

Imagem n. 11: Segunda página da folha da história do recém-nascido utilizada no Michael Reese Hospital

**SHEET II**

**PREMATURE RECORD**

**PRESENT AND PAST ILLNESSES:**

Asphyxia	Vomiting	Pemphigus	Cerebral Hemorrhages
Cyanosis	Meteorism	Furunculosis	Encephalitis
Hemorrhages	Diarrhea	Adenitis	Otitis
Stridor	Constipation	Cord (Condition of)	Pyelitis
Rhinitis	Atelectasis	Sepsis	Rachitis
Icterus	Bronchitis	Megacephalus	Spasmophilia
Convulsions (Early, Late)	Pneumonia	Hydrocephalus	Anemia
Difficult Nursing	Edema	Meningitis	Scurvy

Leses (Evidence of) \_\_\_\_\_

Congenital Deformities \_\_\_\_\_

Operations \_\_\_\_\_

Important details of diseases \_\_\_\_\_ During first week \_\_\_\_\_

Later \_\_\_\_\_

**FEEDING HISTORY:**

Before entering hospital—Breast, bottle, mixed \_\_\_\_\_

First ten days (Breast, bottle, mixed). Number \_\_\_\_\_ Interval \_\_\_\_\_ hours, Amount \_\_\_\_\_ cm. Administered (Breast, dropper, bottle, catheter) \_\_\_\_\_

Subsequent feedings. Kind \_\_\_\_\_ Method \_\_\_\_\_ Number \_\_\_\_\_ Interval \_\_\_\_\_ hours. Amount \_\_\_\_\_ ccm. \_\_\_\_\_

Other details \_\_\_\_\_

Present Feeding (Able to nurse—Yes, No) \_\_\_\_\_

**MOTHER'S general health:** \_\_\_\_\_ Is she available? (Yes, No) \_\_\_\_\_

Quality of breasts (Good, fair, poor) \_\_\_\_\_ Nipple, (Good, Bad, Inverted) \_\_\_\_\_

Is she pumping, expressing, other methods \_\_\_\_\_

Why was nursing discontinued? \_\_\_\_\_

Does the baby take all of its feedings? \_\_\_\_\_

Does the baby vomit? \_\_\_\_\_ How much? \_\_\_\_\_

Does the baby have colic? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_

How many times a day do the bowels move (average)? Well, sick \_\_\_\_\_

Color \_\_\_\_\_ Consistency \_\_\_\_\_ Mucus \_\_\_\_\_ Curds \_\_\_\_\_ Blood \_\_\_\_\_

**PHYSICAL EXAMINATION**

Temperature \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_ Respiration. (Underline each word describing condition)

**INSPECTION:** Bright \_\_\_\_\_ Apathetic \_\_\_\_\_ Cyanotic \_\_\_\_\_ Anemic \_\_\_\_\_ Icteric \_\_\_\_\_

**GENERAL CONDITION:** Fat \_\_\_\_\_ Thin \_\_\_\_\_ Good \_\_\_\_\_ Fair \_\_\_\_\_ Poor \_\_\_\_\_

**SKIN:** Normal \_\_\_\_\_ Prickly Heat \_\_\_\_\_ Pemphigus \_\_\_\_\_ Furunculosis \_\_\_\_\_ Nails \_\_\_\_\_

Tissue turgor \_\_\_\_\_ Seborrhea \_\_\_\_\_ Impetigo \_\_\_\_\_ Edema \_\_\_\_\_ Lues \_\_\_\_\_

**MUSCLES:** Biceps and thighs \_\_\_\_\_ Firm \_\_\_\_\_ Flabby \_\_\_\_\_

**HEAD:** Normal \_\_\_\_\_ Deformities \_\_\_\_\_ Fontanelles \_\_\_\_\_

Craniotabes \_\_\_\_\_ Megacephalus \_\_\_\_\_ Hydrocephalus \_\_\_\_\_

**EYES:** Pupils, equal, unequal \_\_\_\_\_ React to light \_\_\_\_\_ Nystagmus \_\_\_\_\_

Strabismus \_\_\_\_\_ Conjunctivitis \_\_\_\_\_

**NARES:** Clear Crusted Discharge Character \_\_\_\_\_

**MOUTH:** Normal \_\_\_\_\_ Stomatitis (type) \_\_\_\_\_

Deformities, hair lip, cleft palate, etc. \_\_\_\_\_

Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949.

Imagem n.12: Terceira página da folha da história do recém-nascido utilizada no Michael Reese Hospital

**PHYSICAL EXAMINATION (Continued)**

**TONGUE:** Moist, dry, injected \_\_\_\_\_

**THROAT:** Normal, injected, membrane (type) \_\_\_\_\_

**GLANDS:** Normal \_\_\_\_\_ Enlarged \_\_\_\_\_ Ant-cervical \_\_\_\_\_ Post. cerv. \_\_\_\_\_ Epitoclear Inguinal \_\_\_\_\_

Others \_\_\_\_\_

**EARS:** Normal perforation right, left. Discharge right, left, character \_\_\_\_\_

**NECK:** Thyroid \_\_\_\_\_

Thymus \_\_\_\_\_

**CHEST:** Normal barrel flat funnel pigeon rosary Harrison's groove.

**LUNGS:** Primary respiration, (spontaneous, induced.) Degree of asphyxia \_\_\_\_\_

Cyanosis \_\_\_\_\_ Respiration, thoracic, abdominal. Evidence of atelectasis \_\_\_\_\_

**HEART:** Area of dullness \_\_\_\_\_ cm. to left of mid-sternal line. \_\_\_\_\_ cm. to right of mid-sternal line.

Apex 4th \_\_\_\_\_ 5th \_\_\_\_\_ 6th space in mid-clavicular line. \_\_\_\_\_ cm. outside, inside, mid-clavicular line.

Action: Number \_\_\_\_\_ regular irregular Sounds: Clear impure \_\_\_\_\_

Murmurs \_\_\_\_\_ Blood Pressure \_\_\_\_\_

**ABDOMEN:** Normal \_\_\_\_\_ large \_\_\_\_\_ distended \_\_\_\_\_

Hernia umbilical \_\_\_\_\_ Inguinal right \_\_\_\_\_ left \_\_\_\_\_ Other (seat) \_\_\_\_\_

Cord (condition of) \_\_\_\_\_

**LIVER:** Palpable Enlarged \_\_\_\_\_ Boundaries in Mid Cl. L. \_\_\_\_\_

**SPLEEN:** Palpable Yes no \_\_\_\_\_ Site \_\_\_\_\_

**KIDNEYS:** Palpable Yes no \_\_\_\_\_ Site \_\_\_\_\_

**GENITALS:** Phimosis \_\_\_\_\_ Circumcised \_\_\_\_\_ Undescended testicle Rt. \_\_\_\_\_ Lt. \_\_\_\_\_

Hydrocele Rt. \_\_\_\_\_ Lt. \_\_\_\_\_ Vaginitis Anus (normal abnormal) \_\_\_\_\_

**EXTREMITIES:** Normal \_\_\_\_\_ Deformity (acquired, congenital) \_\_\_\_\_ Fractures \_\_\_\_\_

Paralysis \_\_\_\_\_ Rickets \_\_\_\_\_

**FEET:** Deformities \_\_\_\_\_ Acquired \_\_\_\_\_ Congenital \_\_\_\_\_

**SPINE:** Normal \_\_\_\_\_ Deformities \_\_\_\_\_

**REFLEXES:** Patellar \_\_\_\_\_ Brudzinski \_\_\_\_\_ Oppenheim \_\_\_\_\_ Troussseau \_\_\_\_\_

Kernig \_\_\_\_\_ Babinski \_\_\_\_\_ Chvostek \_\_\_\_\_

**WEIGHT:** Birth \_\_\_\_\_ Present \_\_\_\_\_ Initial loss \_\_\_\_\_ B. W. regained \_\_\_\_\_

Doubled \_\_\_\_\_ Trebled \_\_\_\_\_ Average daily gain \_\_\_\_\_

**LENGTH:** Date \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ days \_\_\_\_\_ cm. \_\_\_\_\_

Ant. sup. spine to vertex \_\_\_\_\_ to sole \_\_\_\_\_

Location center of body \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ days \_\_\_\_\_ cm. \_\_\_\_\_

Ant. sup. spine to vertex \_\_\_\_\_ to sole \_\_\_\_\_

Location center of body \_\_\_\_\_

**CIRCUMFERENCE:** Head (occipito-frontal) \_\_\_\_\_ Chest \_\_\_\_\_ Shoulders \_\_\_\_\_

Birth \_\_\_\_\_

1 month \_\_\_\_\_

3 months \_\_\_\_\_

6 months \_\_\_\_\_

1 year \_\_\_\_\_

Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949.

Imagem n.13: Quarta e última página da folha da história do recém-nascido utilizada no Michael Reese Hospital.

<b>RECOMMENDATIONS:</b>	
<b>FEEDING</b>	_____
_____	_____
<b>EXTERNAL HEAT</b>	_____
<b>MEDICAL</b>	_____
<b>SURGICAL</b>	_____
<b>SUMMARY OF HISTORY AND EXAMINATION: Born in hospital, home.</b>	
Father's History	_____
Mother's History. Para	_____
Diseases	_____
Miscarriages	_____
Pathology of Pregnancy	_____
Pathology of labor. Length	_____ hours. Character _____
<b>Infant. Single, Twins, Triplets, No. Living</b> _____ <b>Which</b> _____	
Length of gestation	_____ days. Age when received _____ days.
Temperature when received	_____ °F. Condition when received _____
Congenital disease (Lues) (Evidence) _____	
Other _____	
Congenital deformities _____	
Birth injuries _____	
Post natal diseases. First week _____	
Later _____	
Previous care. (Artificial heat, etc.) _____	
Previous feeding. Kind	_____ Amount _____ How Given _____
Birth weight	_____ Initial loss of weight _____ Present weight _____
Age when B. W. regained	_____ Age when B. W. doubled _____ Trebled _____
Anemia	_____ Rachitis _____ Spasmophilia _____
Other pathological finding _____	
Condition on discharge. Age, etc. _____	
Apparent cause of Prematurity _____	
Cross Index _____	
Future Development (Mental, Physical) _____	
_____	
_____	

Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949.

Aspectos relativos do cuidado estavam pautados nesses registros, por meio das imagens dos *fac-símiles* n. 9, 10 11, 12 e 13, a saber: verificação de sinais vitais, peso e a identificação do recém-nascido.

Sobre a identificação do recém-nascido, em semelhança, Hess e Lundeen (1949) citavam a identificação deste como uma das etapas de cuidados após o nascimento. Eles complementavam que a identificação deveria ser feita com uma pulseira ou etiqueta a ser colocada no neonato antes dele ser retirado da sala de parto. Ela deveria ser checada, tanto pela enfermeira responsável pelo transporte, como por quem o receberia no berçário.

Em síntese, ao se descrever os aspectos relacionados a classificação e definição do recém-nascido à época da publicação de *Premature and Congenitally Diseased Infants*, a seção 3 objetivou o entendimento dos aspectos dos cuidados a serem abordados daqui para frente, considerando o ambiente do nascimento, acomodações no âmbito hospitalar, os registros e informações pertinentes ao recém-nascido da sua chegada até sua alta para casa.

## SEÇÃO 4

### CUIDADOS INICIAIS AOS RÉCEM-NASCIDOS PREMATUROS

#### 4.1 - INTRODUÇÃO

Foi abordado na seção anterior que o recém-nascido prematuro, no contexto da obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*, de Julius Hess (1922), possuía características pertinentes ao seu nascimento antes do tempo previsto de gestação, associado à imaturidade de sistemas fisiológicos aliado à fragilidade para sobreviver fora do ambiente uterino materno.

Para tal, era entendimento à época que o conjunto de estratégias, envolvendo o cuidado ao prematuro, era necessário para reduzir a mortalidade dos recém-nascidos. Neste sentido, recomendações referentes a estrutura física, materiais e equipamentos, bem como o treinamento da equipe de enfermagem, eram pontos cruciais para o alcance de êxito nos cuidados prestados.

Portanto, o autor abordava outros aspectos dos cuidados a serem prestados aos recém-nascidos, a saber: recepção ao nascer, envolvendo o aquecimento e manutenção da temperatura corporal – aliados a observações quanto a frequência cardíaca e respiratória a fim de direcionar condutas no cuidado, aspiração e cuidados com as vias aéreas, cuidados com os olhos e coto umbilical, todos estes alicerçados por conceitos importantes de temperatura corporal e prevenção de infecção que se tinha a época.

Sob esta perspectiva, a presente seção abordará os cuidados recomendados à época para a recepção dos recém-nascidos, excluindo as informações relativas à estrutura física. Em seguida, o paralelismo do cuidado com os olhos e o coto umbilical, quando serão descritas, analiticamente, a prevenção da hipotermia e infecções que permearam os cuidados propostos.

Para tanto, é importante destacar que, para dar título a esta seção, foi utilizado o entendimento de cuidados imediatos referidos por Hess em sua obra, como os realizados logo após o nascimento.

#### 4.2 – RECEPÇÃO AO NASCER

A recepção do recém-nascido foi descrita, de maneira geral, por Julius Hess, no entendimento de que os cuidados referentes a ela eram os de manutenção da temperatura corporal e a permeabilidade das vias aéreas superiores como prioridades.

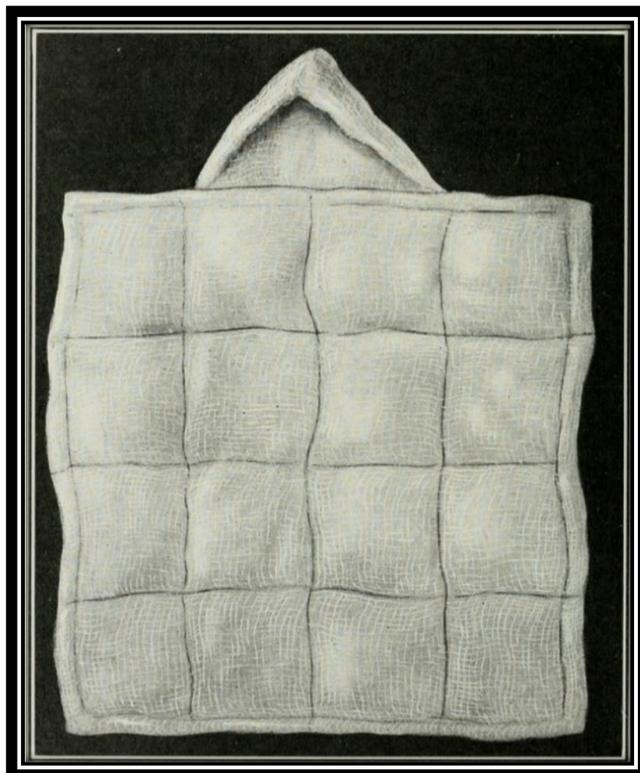
#### 4.2.1 – MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA E SINAIS VITAIS

Sobre a temperatura corporal, logo após o nascimento, o objetivo era a prevenção da perda de calor excessiva, o que por si só poderia ser um perigo para a criança e, conseqüentemente, minimizar a perda de energia. Logo, a supervisão deveria ser cuidadosa, em virtude da termolabilidade com tendência a temperaturas baixas, característica do prematuro, tendo como intervenção embrulhar a criança em material com má condução de calor, e, em seguida, colocada num leito aquecido.

Isto deveria ocorrer após a disseção do cordão umbilical, quando ele recomendava que o bebê fosse posicionado em uma incubadora ou cesta aquecida, na impossibilidade do uso de algum equipamento com a finalidade de aquecimento na sala de parto.

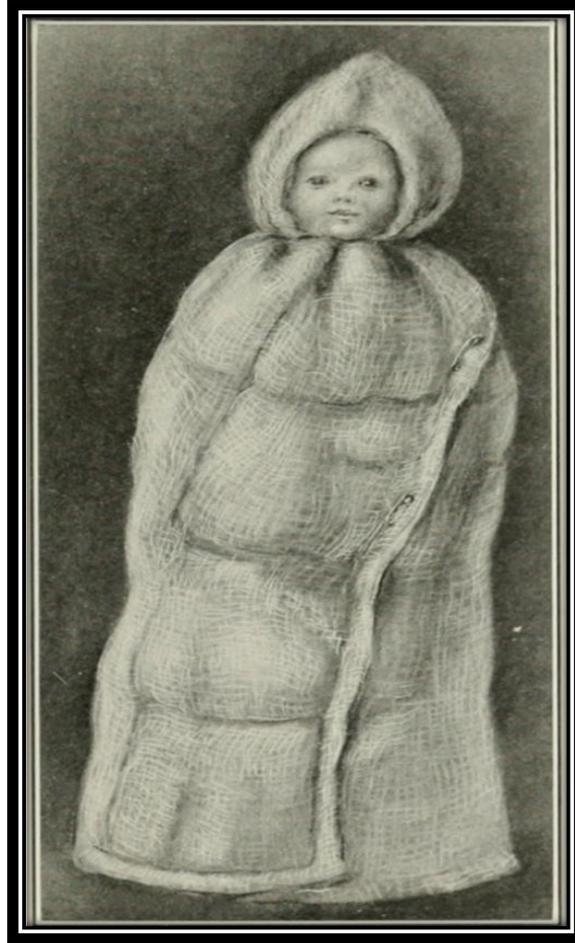
Em pequenos prematuros ou em situações emergenciais, uma embalagem/pacote de algodão, envolvendo completamente a criança, com exceção da face e da região de genitália, trazia benefícios na preservação da temperatura corporal, conforme mostrado nas imagens dos *fac-símiles* n.14 e 15, quando se pode observar, respectivamente, uma combinação de gaze e algodão, de formato quadricular alinhados, conjuntamente, com um capuz para proteção da cabeça e uma criança vestindo o referido material, utilizado em situações emergenciais, quando todo o corpo estava coberto e, somente o rosto ficava a mostra.

Imagem n.14: Combinação de gaze e algodão com capuz para uso emergencial.



Fonte: HESS, 1922.

Imagem n.15: Recém-nascido vestido com roupa para situações de emergência.



Fonte: HESS, 1922.

Para a região de genitália e ânus, um chumaço de algodão ou gaze poderia ser aplicado, com o auxílio de um revestimento do lado de fora do algodão para mantê-lo no lugar.

Cabe destacar que, para fins de melhor coesão crítica e reflexiva, outras descrições sobre vestimentas para uso diário serão apontadas na seção 5, mas aqui se faz necessário apresentar a descrição de como se recepcionava o recém-nascido após o parto.

A preocupação de Hess era relevante na preservação do calor. Isto se justifica, não somente pela condição do recém-nascido, mas pela condição climática dos Estados Unidos, em especial, no outono e inverno, quando a temperatura à época<sup>26</sup> poderia variar entre 10 a 12,5°C, pois sua interferência poderia ocasionar consequências severas ao bebê prematuro.

---

<sup>26</sup> Para melhor elucidar, o anexo A consta dos gráficos e as flutuações das temperaturas à época.

Nessa perspectiva, Budin (1907) trazia em sua publicação uma assertiva de Lépine (1870) que afirmava que os recém-nascidos prematuros expostos a temperaturas de sala de parto a 15°C - 17°C, antes de estarem vestidos, teriam suas temperaturas corporais submetidas a redução térmica, caindo para cerca de 33°C, mas que em até vinte e quatro horas a mesma retornaria para 36° ou 37°C. Como discussão, por meio de seus estudos, Budin (1907), dissentiu parcialmente dessa afirmação, assinalando que o retorno à temperatura ideal não era facilmente atingível. Essa discordância de Budin colocou em discussão a importância de apontamentos relacionados à temperatura da sala de parto, como item relevante para minimizar a hipotermia nos prematuros, assim como reforçavam as afirmações posteriores de Julius Hess.

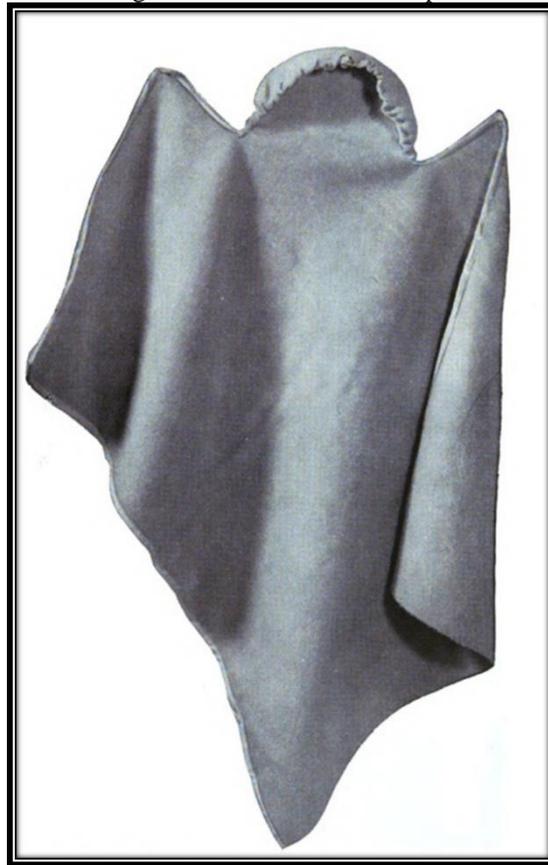
De maneira semelhante, Hess e a enfermeira Evelyn Lundeen (1949), anos mais tarde, aconselhavam que ao nascer, o neonato deveria ser recebido em um cobertor quente ou de flanela com capa anexada e ser acomodado em um berço ou cama aquecida, imediatamente. Esta recomendação foi entendida no sentido de colocar o recém-nascido dentro de uma incubadora.

As três imagens dos *fac-símiles* a seguir ilustram as afirmações anteriores no que concerne o cobertor com capa e o equipamento sugerido por Hess, em 1922, e anos mais tarde, juntamente com Lundeen (1949), ratificavam sua recomendação.

O cobertor, apresentado na imagem do *fac-símile* n.16, era constituído de lã e possuía um capuz com o intuito de reduzir a perda de temperatura. Ele servia para envolver o recém-nascido após o nascimento e, posteriormente, conduzi-lo à incubadora.

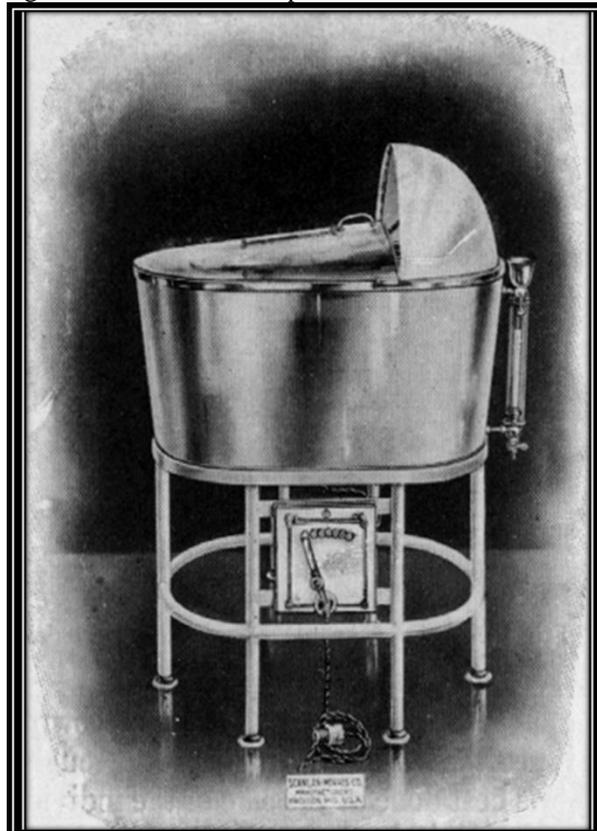
Na imagem do *fac-símile* n.17, o modelo de incubadora de 1922 consistia de uma cúpula fechada com um regulador de temperatura em sua parte frontal, aparentemente, de funcionalidade manual. Por outro lado, na imagem do *fac-símile* n.18, em modelo de incubadora datada de 1949, foi possível identificar modificação no modo de sua regulação posicionada na sua parte frontal. Isto aponta para indícios da modernização do equipamento no decorrer dos tempos.

Imagem n.16: Cobertor com capa



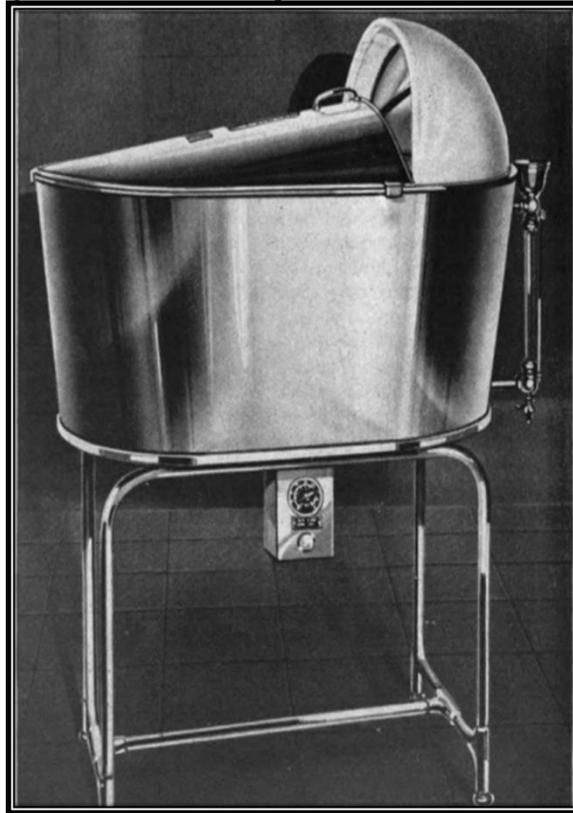
Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949, p. 73.

Imagem n.17: Modelo Hess para incubadora aberta em 1922



Fonte: HESS, 1922.

Imagem n.18: Modelo Hess para incubadora aberta em 1949



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949, p. 36.

Entendendo que a preocupação com a hipotermia envolvia cuidados relacionados a exposição indevida e traumas a partir do momento do nascimento, medidas referentes ao transporte do prematuro do local de nascimento, que poderia ser a sala de parto do ambiente hospitalar ou uma residência, para a unidade neonatal, mereciam atenção.

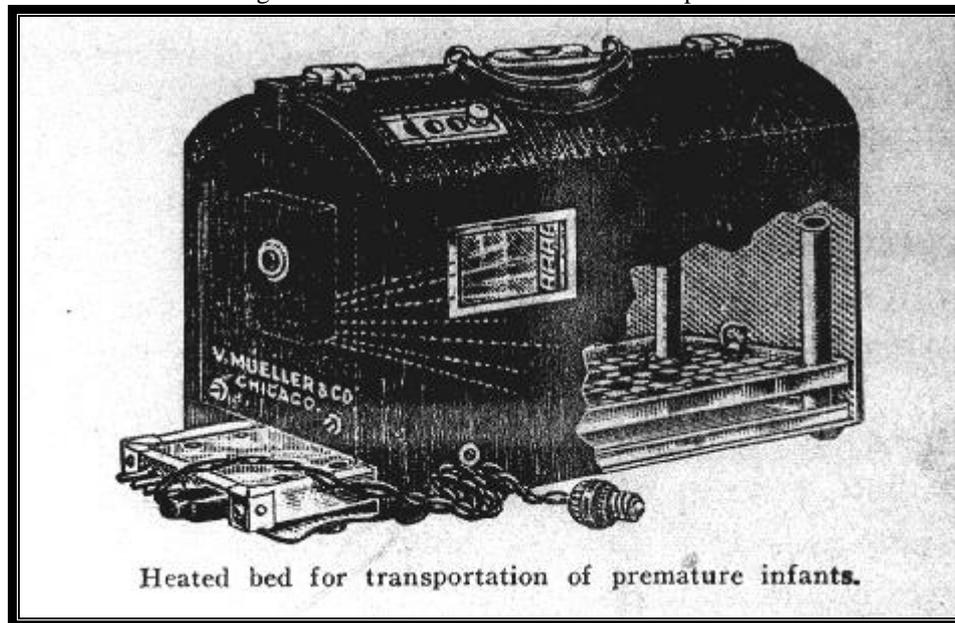
Nesse ínterim, cuidados como os relacionados ao transporte do recém-nascido e ao uso de garrafas de água quente, as quais deveriam ser trocadas constantemente, também foram citados por Hess (1922). Mais uma vez, Budin (1907), também já havia citado em sua publicação anterior a de Hess, que em situações de transferências entre o local de nascimento e o hospital, assim como para as situações de realização do registro de nascimentos, o recém-nascido deveria ser embrulhado cuidadosamente com uma ou duas garrafas de água quente, ou em certas situações utilizava-se as incubadoras.

No que tange ao transporte do recém-nascido, Hess (1922) se tornou mais uma vez referência para o assunto, em virtude de ter sido um dos pioneiros na criação do referido equipamento. Ratificando o apontado anteriormente, com base em um artigo escrito pelo próprio Hess, intitulado *Heated Bed for Transportation of Premature Infants*, datado de 1923, esse equipamento foi elaborado com o intuito de realizar de maneira apropriada o transporte

do recém-nascido prematuro, além de atender às necessidades para os nascidos em casa (HESS, 1923).

A imagem do *fac-símile* n.19, traz o modelo proposto por Hess para um equipamento destinado ao transporte dos recém-nascidos.

Imagem n. 19: Modelo Hess de incubadora portátil



Fonte: Hess, 1923

De maneira detalhada, tal equipamento (imagem n.19) era constituído de couro e aço, com aproximadamente 49,5 centímetros (cm) de comprimento, 24 cm de largura e 38 cm de profundidade, com divisão em dois compartimentos, sendo na parte inferior o material para aquecimento e na parte superior o berço. Ainda, a observação do recém-nascido era possível por meio de uma janela de vidro na parte da frente (não demonstrado na imagem n.19) e um termômetro era preso no interior desta janela para permitir fácil visualização. O calor no interior do equipamento era atingido por meio de aquecimento do colchão e pela radiação, porém roupas e cobertores eram recomendados como medida adicional (HESS, 1923).

De mesmo modo, discussões relacionadas ao transporte dos recém-nascidos permaneceram nos apontamentos de Hess e Evelyn Lundeen em 1949, quando ressaltavam que as incubadoras portáteis teriam a finalidade de fornecer calor, oxigênio, proteção e limpeza às crianças, durante o transporte. Observações adicionais foram feitas: era recomendado deixar as incubadoras aquecendo antes de deixar o hospital e em casos de atendimento em domicílio, antes do transporte propriamente dito. Além de maiores recomendações, detalhamentos do seu funcionamento também foram descritos.

A permanência da recomendação da incubadora portátil, modelo Hess, em 1949, apontam para o entendimento de sua contribuição para a assistência do prematuro, para redução de mortalidade no decorrer de cerca de vinte e cinco anos. Além disso, o detalhamento do funcionamento do modelo bem como sua utilização, também denotam para a melhor elucidação do equipamento na obra junto a enfermeira Lundeen.

Trazendo à baila as preocupações com a prevenção da hipotermia, é possível mencionar que a mesma tinha uma abrangência, visto que envolvia desde os cuidados com o preparo para o nascimento, e suas condições de ambiente aquecido, perpassando pelos materiais necessários como o coberto com capa e incubadoras, incluindo o transporte até o local de acomodação.

Sob esse aspecto, entende-se o quão importante era o cuidado com a hipotermia, norteando a realização de outros cuidados como o banho e o manuseio, os quais serão abordados na seção 5.

Outro apontamento a ser considerado durante a recepção do recém-nascido converge aos sinais vitais, além da temperatura corporal, a saber: frequência cardíaca e frequência respiratória. Nessa linha de pensamento, cabe mencionar que tais dados norteavam as condutas para a assistência.

Hess afirmava que a verificação do pulso e frequência respiratória constituíam elementos essenciais para o cuidado com os recém-nascidos, ao destacar que o estado geral do prematuro seria o melhor indicador para tomada de decisões, quando em comparação dos valores, por exemplo.

A frequência cardíaca, por meio do pulso, tinha por parâmetro de 100 a 180 batimentos por minuto (bpm) nos bebês pequenos e fracos, ocasionalmente, poder-se-ia observar valores de frequência mais lento, o que indicava prognóstico reservado. O pulso poderia ser imperceptível nas extremidades dos membros superiores e inferiores e, então, exigiriam a ausculta do coração para o sincronismo.

Nesse sentido, ressaltava que o melhor indicador da função cardíaca era a condição circulatória do recém-nascido. Ademais, Hess fornece mais informações do que somente o número de batimentos cardíacos.

No que tange aos parâmetros de frequência respiratória, Hess, na década de 1920, sinalizou a variação de 20 a 60 incursões respiratórias por minuto (irpm) em recém-nascidos diferentes, considerando se a criança não sofresse de atelectasia ou distúrbios centrais. Ele

identificou que durante episódios de cianose, os movimentos respiratórios se tornavam quase imperceptíveis e poderiam ser suprimidos temporariamente, o que mais uma vez destacava que o estado geral da criança deveria ser observado de forma atenta para se estabelecer parâmetro como orientação de referência.

Tais observações permaneciam em sua obra no ano de 1949, com pequena alteração nos parâmetros de frequência cardíaca, entendida como extremamente variável, entre 90 a 200 bpm, com uma média de cerca de 120 ou mais, sendo auscultado no quarto espaço intermédio, de 0,5 a 1,0 cm da linha mamilar. Quanto aos parâmetros de frequência respiratória, os mesmos não foram mencionados em valores absolutos, porém a obra trazia características fisiológicas e anatômicas do sistema respiratório e observações referentes à dinâmica da respiração.

Em síntese, sobre a frequência cardíaca e respiratória, foi construído o quadro demonstrativo, de forma a melhor compreensão dos valores mencionados por Hess:

Quadro n.03: Parâmetros da frequência cardíaca e respiratória, segundo autores no período de 1922-1949.

Autor(es)	Ano	Variação dos bpm	Valores irpm
Hess	1922	100-180	20-60
Hess e Lundeen	1949	90-200	Não mencionado

Fonte: HESS, 1922; HESS e LUNDEEN, 1949.

A partir do quadro n.03 é possível verificar que pouco se modificou nas orientações dos parâmetros de frequência cardíaca, cabendo somente o adendo na melhoria da descrição do procedimento em si no hiato dos vinte e cinco anos. A não menção dos valores de frequência respiratória podem ser balizados pelo fato de se ter uma visão mais arraigada do quadro clínico geral do recém-nascido como critério de avaliação nos anos 40, do século XX.

#### 4.2.2 - ASPIRAÇÃO E CUIDADOS COM AS VIAS AÉREAS

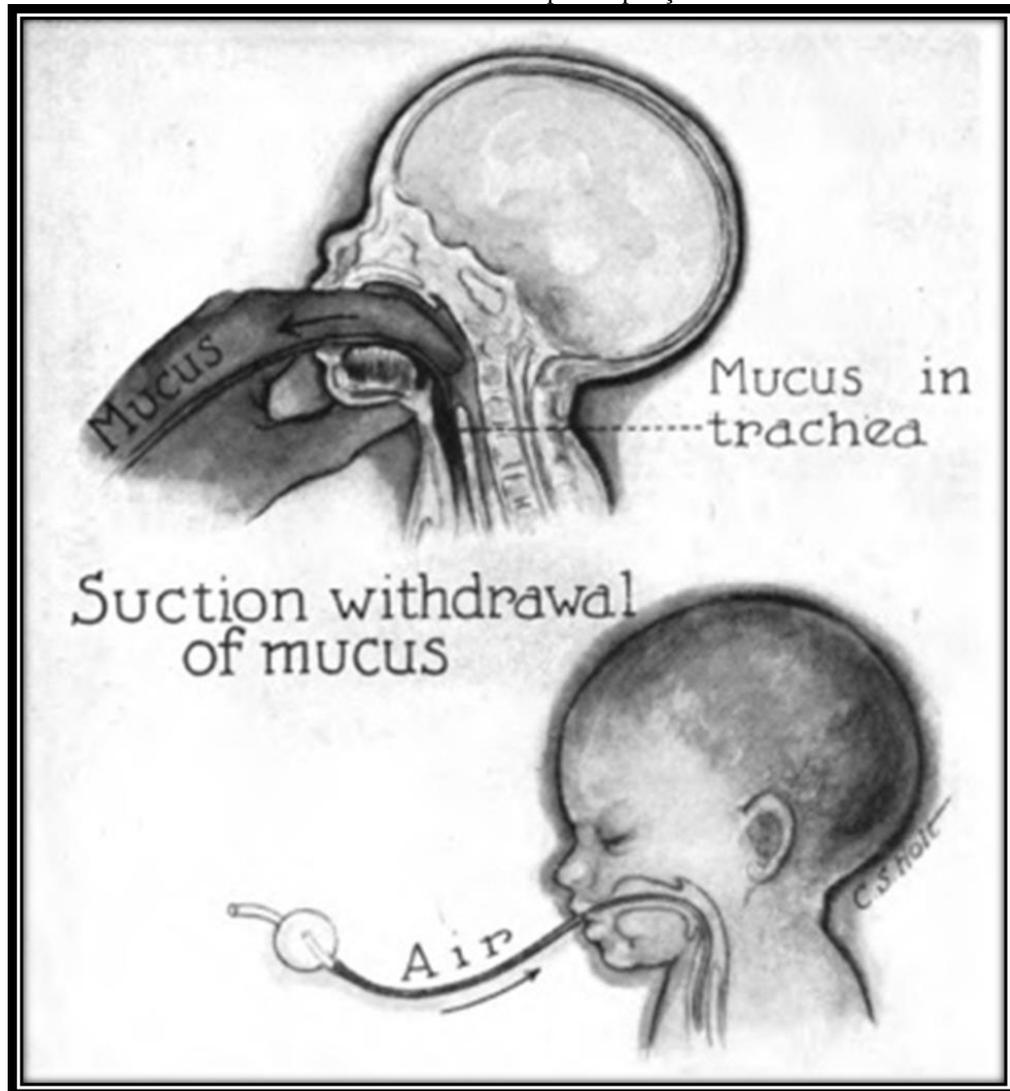
Sobre os cuidados de permeabilidade das vias aéreas, Hess (1922) apontava que no momento do desprendimento da cabeça do canal de parto<sup>27</sup>, o rosto e as pálpebras deveriam ser suavemente limpos com água morna. O muco deveria ser removido do nariz e boca para possibilitar passagem do ar, sendo feito com chumaço de gaze macia.

<sup>27</sup> Entende-se por período expulsivo.

O corpo e o cordão umbilical deveriam ser protegidos do contato com fezes maternas e outras secreções consideradas infectadas<sup>28</sup>. Depois da expulsão do corpo, o recém-nascido precisaria ser colocado com a cabeça para baixo, permitindo que o muco e as secreções das vias respiratórias pudessem ser eliminados (HESS, 1922), o que será mais adiante ampliado a análise e discussão.

Numa descrição dos cuidados necessários após o nascimento, Hess e Lundeen (1949), apontavam para a remoção de muco na cavidade orotraqueal, utilizando-se o dedo protegido com gaze estéril para liberar a passagem de ar pelas vias aéreas. Caso esse método não fosse efetivo, eles recomendavam o uso de cateter para aspiração do conteúdo, conforme imagem do *fac-símile* n. 20.

Imagem n.20: Remoção de muco na cavidade orotraqueal com dedo envolto na gaze ou com o uso de cateter para aspiração.



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949, p. 84-85.

<sup>28</sup> Hess não fazia menção a quais secreções poderiam ser consideradas infectadas.

Na imagem do *fac-símile* n.20 é possível identificar que os autores, para melhor esclarecer sua recomendação, ilustraram, por meio de dois desenhos de cabeça e pescoço do recém-nascido, o que foi entendido como esquema. Nele, na parte superior da imagem, se identifica uma cabeça em corte sagital, na linguagem anatômica, quando é possível visualizar em tom escuro, a escrita de *mucus* (muco) com seta direcionada para o exterior da cavidade oral, evidenciando que ele se encontrava localizado na traqueia pela identificação *mucus in trache*, e como ação dever-se-ia retirar este muco da traqueia com o dedo indicador, para o meio externo. Complementando, na parte inferior do esquema, em perfil, tem-se a cabeça e pescoço da criança, sendo apresentado um cateter que tem por trajeto, evidenciado pela seta no esquema, o sentido de inserção boca – traquéia. Observa-se que na ponta distal do cateter tem um desenho arredondado, que nos remete a um possível dispositivo para sucção, com a palavra *air*, conduzindo o entendimento de que tal dispositivo, ao ser apertado, libera a introdução de ar, e ao soltá-lo, a sucção do conteúdo em vias aéreas é feita para o meio externo.

Independentemente da maneira pela qual se procedia à retirada de secreção das vias aéreas, é plausível destacar no que tange o conceito da permeabilidade de vias aéreas, como medida imprescindível no cuidado ao prematuro, a obra de Julius Hess (1922) já fazia menção ao mesmo. No entanto, pode-se inferir que no intervalo de vinte e sete anos, Hess aprimorou seus apontamentos para a drenagem de secreções de vias aéreas nos recém-nascidos, ao fazer melhorias no detalhamento da descrição e execução do cuidado prestado junto a enfermeira Lundeen.

Os cuidados relacionados às cavidades oral e nasal eram mencionados não somente no que concerne a recepção do recém-nascido. Hess (1922) sinalizava para o esforço que deveria ser feito a fim de evitar traumatizar as membranas mucosas do nariz e da boca, devido ao risco de infecções secundárias.

Assim, para a limpeza do nariz, o autor indicava o uso de compressas ou cotonetes, ambos de algodão macio. Para a boca, o material aconselhado deveria ser macio, considerando que melhores resultados poderiam ser atingidos ao virar a criança com a boca para baixo ou lateralmente com o tronco elevado, de modo que o muco fosse direcionado a boca (HESS, 1922).

Ressaltava que a menos que houvesse uma indicação direta, devido à obstrução do nariz ou uma infecção do nariz e da boca, não era aconselhada nenhuma manipulação das

membranas mucosas, devido ao risco considerado de lesão e, conseqüentemente, abertura de áreas/superfícies para infecção (HESS, 1922).

Para Hess (1922), na presença de infecções do trato respiratório superior ou estomatite, o maior cuidado deveria ser tomado ao aplicar o tratamento local. A utilização de cateter nasal era considerada perigosa e, até mesmo, a passagem do cateter, por meio da boca, poderia causar traumas, caso não fosse realizada com o cuidado devido.

#### 4.3 – CUIDADOS COM OS OLHOS

Sobre os olhos, Hess (1922) recomendava a utilização de uma solução de nitrato de prata a 1% ou Argyrol à 25% (solução oftálmica estéril de vitelinato de prata) para prevenção da oftalmia neonatal. Como estratégia de aproximação do leitor para o contexto à época, bem como ratificar o dito, tem-se na imagem do *fac-símile* n.21 a embalagem e o frasco de Argyrol, datado de 1920, porém em concentração de 10%. Nota-se o produto em apreço acondicionado em frasco arredondado e escuro, possivelmente pela fotossensibilidade<sup>29</sup> do conteúdo, em semelhança ao nitrato de prata utilizado nos tempos atuais.

Imagem n.21 - Embalagem e frasco de Argyrol a 10%.



Fonte: Ebay.com<sup>30</sup>

<sup>29</sup> Sensibilidade à luz, podendo alterar sua ação (AULETE, 2012).

<sup>30</sup> Disponível em: <http://www.ebay.com/itm/Vintage-Apothecary-Pharmacy-Drugstore-A-C-Barnes-Co-Argyrol-10-Original-c-1920-/262230750657?hash=item3d0e2bb5c1:g:BtgAAOSwZG9Wlq8r>. Acesso em: 06jun2016, 09:45pm

Em sequência, a recomendação era que uma solução salina fosse instilada nos olhos com finalidade de neutralizar a solução de nitrato de prata, pois não era raro, especialmente nos bebês prematuros, a aplicação resultar em alguma reação inflamatória da conjuntiva nas primeiras seis a doze horas após a sua aplicação, o que poderia ser aliviada pela aplicação de ácido bórico<sup>31</sup> frio (HESS, 1922).

No entanto, essa reação inflamatória não deveria ser confundida com a reação oftálmica específica grave, a qual se desenvolvia no segundo ou terceiro dia, e recomendava que em caso de dúvida, um exame microscópico da secreção purulenta deveria ser realizado (HESS, 1922).

Outras recomendações eram apontadas por Hess (1922), como a de se evitar o uso da solução de nitrato de prata vencida, ou que tivesse sofrido decomposição, uma vez que tais soluções poderiam causar irritação da conjuntiva sensível. Além disso, caso aconteça de cair água utilizada no banho nos olhos do recém-nascido o enfermeiro deveria ser comunicado.

Assim, para Hess (1922), se todos os cuidados fossem realizados sem intercorrências no momento do nascimento, e se não houvessem reações às soluções utilizadas, inicialmente, os olhos não necessitavam de maior atenção, exceto a orientação para a limpeza comum.

Isto posto, há de se destacar que a limpeza dos olhos com solução de nitrato de prata já havia sido introduzida por Credé em 1880, com o embasamento de que a oftalmia neonatal por *Neisseria gonorrhoeae*, era transmitida de mãe para o bebê durante o parto. No entanto, inicialmente a concentração utilizada era de 2% (NETTO e GOEDERT, 2009, p. 265). Posteriormente, a solução a 1% foi adotada por ser menos irritante (PASSOS e AGOSTINI, 2011). Outro autor que também já destacava seu uso era Budin, porém em uma concentração 1:150 (LIMA, 2016).

De maneira geral, o uso da solução de nitrato de prata permaneceu, sendo descrito por outros autores em meados do século XX, com relativas modificações e ajustes sobre o volume e cuidados na aplicação, a saber: Hess e Lundeen (1949) sinalizavam o uso da solução de nitrato de prata a 1% com a aplicação de uma gota em cada olho, preferencialmente, na admissão do recém-nascido, e recomendam a irrigação dos olhos com solução salina posteriormente.

---

<sup>31</sup> O uso do ácido bórico estava pautado, possivelmente pelo mesmo ser inorgânico, considerado uma solução anti-séptica e de irrigação ocular, possuindo propriedade microbiostática nas primeiras 24 horas de exposição e propriedade microbicida após um maior período de uso (JOSÉ et ali, 2007).

Mediante ao exposto, depreendemos que o nitrato de prata a 1% foi a substância de escolha na prevenção da oftalmia adotada na trajetória dos cuidados aos recém-nascidos em meados do século XX. No entanto, cabe ressaltar como registro de discussão ou querela do uso, o fato que na década de 1920, Hess recomendava a aplicação de ácido bórico e de Argyrol, não sendo mais tal uso mencionado por outro autor e/ou literatura.

Outro destaque se dá ao fato de que Hess com tal recomendação, na verdade, permaneceu propondo conceitos anteriormente já embutidos na prática dos cuidados com os olhos e prevenção de oftalmia neonatal.

#### 4.4 – CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

Julius Hess (1922) descreveu condutas para o momento do nascimento, bem como os relacionados ao cuidado diário, que em parágrafos anteriores foram deixando indícios para que agora possamos fazer a discussão e análise com mais propriedade.

Dessa maneira, o estado geral do recém-nascido e em certa medida, a capacidade do obstetra para evitar a exposição indevida da criança ao frio, norteavam as condutas de clampeamento e secção do cordão umbilical na perspectiva de Hess. Nesta linha de pensamento, o cordão não precisaria ser amarrado muito rente à pele, em virtude do risco de cortá-lo em dois, visto que a ligadura já o tornaria possível de ser realizada no prematuro. Assim, era preconizado deixar espaço suficiente para uma segunda ligadura atrás do primeiro, em caso de acidente.

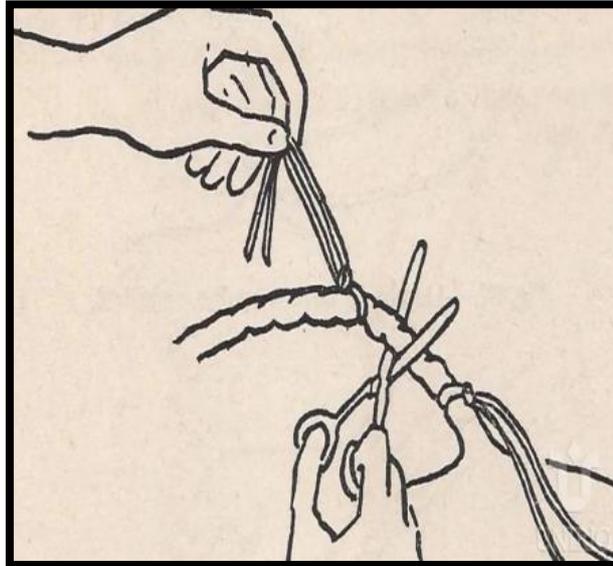
Em consonância estavam Freitas e Porto (2011) ao apontarem, com embasamento em teses de medicina do século XIX, que o corte do cordão umbilical deveria acontecer na medida de duas a três polegadas de distância da inserção umbilical, conforme ilustrado na imagem do *fac-símile* n. 22. Esta imagem foi extraída do vídeo intitulado: Cuidados com o Recém-Nascido no século XIX<sup>32</sup>, por entendermos que a imagem é uma forma “texto” pela visualidade que possibilita o entendimento para além da investigação. Sendo assim, esta denota o momento de secção do cordão umbilical previamente clampeado por fios<sup>33</sup> tanto na extremidade proximal à pele do abdômen como distalmente a ela. No meio destes dois nós,

<sup>32</sup> Vídeo localizado no endereço eletrônico do *YouTube*, a saber: Cuidados com o Recém-Nascido no século XIX. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6BVqY6cQnOg>. Acesso em: 06 jun. 2016. 15:37 pm.

<sup>33</sup> Entre os anos de 1836 e 1840, o clampeamento era realizado por materiais como: fio encerado, linhas de Bretanha, fios de linho ou de cadarço, realizando duas circulares e finalizando com um nó duplo (FREITAS e PORTO, 2011)

proceder-se-ia o corte do cordão por meio de tesoura, preferencialmente (FREITAS e PORTO, 2011).

Imagem n.22: Corte do cordão umbilical



Fonte: LACUIDEN. LACENF. EEAP

Discussões referentes ao tempo ideal para o clameamento e secção do cordão permearam as publicações relacionadas com o cuidado do recém-nascido no século XX, visto que o atraso no clameamento, até cessarem as pulsações, norteava condutas logo após o nascimento. Hess (1922) apontava que na ausência de asfixia, recomendava-se aguardar a pulsação do cordão tornar-se enfraquecida ou desaparecer antes da ligação (clameamento). Isso requeria de um a cinco minutos durante os quais a criança receberia de trinta a sessenta mililitros de sangue da placenta, o que implicava que o sangue deveria circular o máximo possível, por meio das hemoglobinas, para garantir o suporte de oxigênio para o recém-nascido. Não obstante, apontamentos sobre o momento ideal para o clameamento do cordão umbilical também foram feitos no século XIX. Em acordo, estava a tese de medicina datada de 1840, conforme o trecho:

A discussão era pautada na observação de que, após o parto, as pulsações arteriais se enfraqueciam, desapareciam e, no fim de alguns minutos, dava-se o corte do cordão, sem a presença de hemorragia (...) Depreende-se que o fundamento para a secção do cordão era permitir o curso da natureza, aguardando que o mesmo parasse de pulsar (FREITAS e PORTO, 2011).

O curativo no cordão umbilical para Julius Hess (1922) deveria ser feito de maneira a seco ou com álcool<sup>34</sup>. Ele sabia que o cordão secava por mumificação e caia na maioria dos casos até o final da primeira semana, podendo demorar um pouco mais para as crianças nascidas prematuramente, em comparação às que nasceram a termo. Desta forma, o cuidado deveria ser tomado a fim de evitar trauma no coto e infecção secundária. Isto se aplicava, sobretudo, ao realizar banho somente em situações de emergência, para crises de cianose e hipotermia (HESS, 1922). Tais orientações, novamente, já faziam parte dos assuntos abordados nas teses de medicina do século XIX, no Brasil, conforme apontado por Freitas e Porto (2011), visto que as propostas norteavam, de uma maneira geral, para o uso de curativo com gaze ou para a bandagem abdominal com o intuito de favorecer a queda do coto.

Para situações de atraso na queda do cordão recomendava-se a aplicação de curativos com solução de nitrato de prata à 5% ou álcool à 50%. No uso do último, algumas gotas de álcool poderiam ser aplicadas ao curativo (cobertura/ao coto) em intervalos regulares. Da mesma forma que, em situações quando o coto estivesse rígido e seco, além do tempo habitual para a separação (queda), poderia ser necessário cortar as partes restantes, com cuidado para evitar lesões (HESS, 1922).

Ainda, Hess e Lundeen, em 1949, consideravam que uma faixa deveria ser aplicada associado ao curativo com merthiolate<sup>35</sup> (1:4.000) ou álcool a 40%, em casos de o coto umbilical estar úmido. No entanto, às vezes, mesmo que seco, não havia recomendação para aplicação de nenhuma outra substância.

De maneira geral, os cuidados diretamente com o coto, abrangendo o tempo de clampeamento, a secção e o curativo, guiaram discussões tanto pelo século XIX como por meados do século XX na trajetória dos cuidados. Entretanto, pode-se inferir que, até meados do século XX, se carecia de uniformidade sobre a solução a ser utilizada, bem como com o material empregado no procedimento.

Ainda, as orientações e cuidados propostos por Hess, principalmente no que tange o tempo do clampeamento do cordão, igualmente ao cuidado com os olhos, parece também que seguiu a mesma linha de pensamento de seus antecessores como Budin e outros médicos descritos nas teses de medicina do século XIX.

---

<sup>34</sup> Nesse momento, a publicação não menciona a concentração.

<sup>35</sup> À época os constituintes da tintura de Merthiolate e concentração se diferenciam da atual, por conter álcool a 50% em sua formulação. Atualmente, possui como princípio ativo o digliconato de clorexidina (10mg/ml). Com ação bactericida, é indicado na antisepsia (desinfecção e limpeza) da pele e de pequenos ferimentos (MERTHIOLATE: digliconato de clorexidina. São Paulo: Cosmed, [201?]. Bula de remédio).

Entendendo que as abordagens para a recepção do recém-nascido imediatamente ao nascimento, bem como com os olhos, cavidade oral e cordão umbilical estavam alicerçadas por preocupações que envolviam a prevenção da hipotermia, assim como a prevenção de infecções, traz-se à baila os cuidados propostos por Julius Hess, na década de 1920, sob estas vertentes.

#### **4.5 – TEMPERATURA CORPORAL**

Um dos tópicos de relevância para os cuidados prestados ao prematuro consistia na prevenção da hipotermia, ou seja, preservação da temperatura corporal. Acrescenta-se ao fato de que noções pertinentes a tais conceitos tangenciavam outros cuidados, como realização de banho, pesagem, manuseio do recém-nascido entre outros que foram mais bem explanados nessa seção e nas seguintes.

Nesta linha de raciocínio, a utilização de conhecimentos fisiológicos e anatômicos do recém-nascido pareceu nortear a descrição dos cuidados empregados por Julius Hess ao descrever a preservação da temperatura corporal exigida sob supervisão cuidadosa após o nascimento, em virtude da termolabilidade do prematuro. Além disso, acrescentava que as flutuações na temperatura do corpo são mais acentuadas no prematuro do que na criança a termo com uma tendência para a hipotermia e então, a prevenção da perda de calor excessiva, com conseqüentemente redução da perda de energia, era um dos objetivos apontados.

Era sabido que valores considerados subnormais (abaixo de 36,1°C) poderiam ser resultado da exposição indevida ao nascer, por descuido subsequente. Isto implicava na falta de desenvolvimento do sistema nervoso, a ausência de uma boa camada de gordura subcutânea, a insuficiência respiratória, a debilidade circulatória e a produção de calor insuficiente devido à alimentação deficiente ou metabolismo deficiente (HESS, 1922).

A discussão acerca da manutenção da temperatura corporal e, conseqüentemente, da prevenção de hipotermia alcançaram durante os anos destaque relevante na trajetória dos cuidados prestados aos recém-nascidos prematuros, ocorrência ratificada por Avery (1984, p. 179), ao relatar que “não pode haver a menor dúvida de que um aquecimento adequado seja um fator muito importante na melhoria da sobrevivência neonatal, acumulando-se, além disso, evidências de seu efeito favorável sobre a morbidade”. Para isso, Julius Hess delineou diversas medidas visando minimizar a ocorrência da hipotermia.

No entanto, é pertinente fazer resgate e considerar que anteriormente a Hess, Pierre Budin (1907) já apontava para as referidas noções desses cuidados de manutenção da temperatura corporal. Ele afirmava que, mesmo em condições onde o recém-nascido não fosse exposto, diretamente, ao ambiente externo, haveria o risco de hipotermia e morte, caso não se atentasse para o controle da mesma, principalmente, no inverno quando ocorriam baixas temperaturas, como, por exemplo, nas regiões da Europa e América do Norte. Ademais, acrescentava a importância da manutenção da temperatura ideal ao nascimento, principalmente, porque havia evidência de morte de prematuros no período das primeiras vinte e quatro a quarenta e oito horas de vida, em condições de hipotermia ao nascer sem recuperação satisfatória.

Destaca-se que o próprio Budin (1907), em sua primeira palestra para alunos da medicina, apresentou dados do período de 1895 e 1897, quando era o responsável da *Maternité*, e identificou a mortalidade dos recém-nascidos prematuros admitidos com temperatura retal menor ou igual a 32°C, o que resultava em 98%, conforme elucidado na tabela n.01, com base nos dados fornecidos pela documentação, em apreço.

Tabela 01: Correlação de Peso e Temperatura X Óbitos em recém-nascidos, 1907.

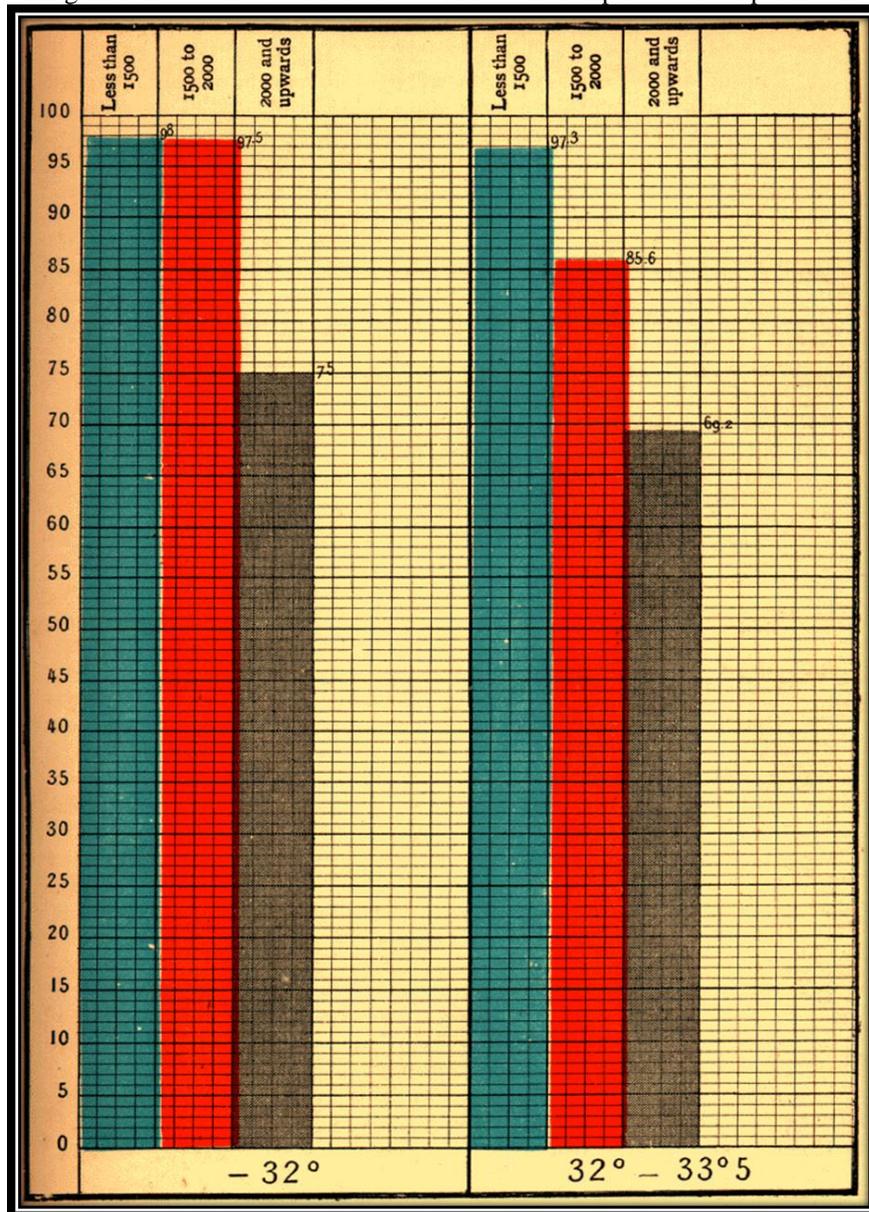
<b>1895 – 1896 - 1897</b>	<b>OBITOS</b>	<b>SOBREVIDA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>&gt;1500g</b>	101	2	103
<b>1500g – 2000g</b>	38	1	39
<b>TOTAL</b>	138 (98%)	3 (2%)	141

Fonte: BUDIN, 1907.

Isso o levou a concluir que não só o grau de hipotermia deveria ser levado em consideração, mas o peso do recém-nascido, tendo por consequência, quanto menor e mais prematuro fosse a criança, mais difícil seria manter a temperatura. Isto era explicado no sentido de que quanto menor a resistência ao frio, maior era o risco de morte.

Para tanto, ele se utilizou de dados registrados, por meio de gráficos e estatísticos, que serviam de argumentação e norte para a prestação dos cuidados direcionados ao prematuro, conforme mostrado na imagem do *fac-símile* n.23 (BUDIN, 1907).

Imagem n. 23: Gráfico de Mortalidade X Peso X Temperatura retal por Budin.



Fonte: BUDIN,1907

Nesse sentido, a imagem do *fac-símile* n.23 demonstra por meio das colunas de cores em tons azul, vermelho e marrom, a relação entre o peso, a temperatura retal e o índice de mortalidade. Nela podemos identificar a argumentação de Budin e os parâmetros utilizados, em suporte de papel quadriculado, com método oriundo da estatística, da qual ele ao mostrar os dados coletados evidenciava sua tese sobre os cuidados com os prematuros delimitado na temperatura, o que lhe conferia credibilidade das suas recomendações.

Budin (1907) considerava outras causas de morte, como a sífilis e os problemas ligados ao aparelho digestivo, porém, apontava como principal causa a hipotermia. Ao se pautar nas recomendações prescritas, ele visava a problemática da temperatura, quando

estabeleceu em outra instituição - *Clinique Tarnier* -, medidas voltadas para a prevenção da hipotermia, incluindo a acomodação dos prematuros em incubadoras, tendo sucesso na queda das taxas de mortalidade de prematuros de 98% para 23%.

Nesta perspectiva, é indiscutível a utilização das incubadoras no cuidado ao prematuro desde o final do século XIX e com avanços no século XX. É sabido, por meio de diversos artigos nacionais e internacionais, incluindo também publicações voltadas a área da neonatologia, bem como a própria obra base desse estudo, que o advento das incubadoras modificou o panorama de morbimortalidade neonatal. E é justamente pautado no fato da importância das incubadoras, assunto já amplamente discutido em material acadêmico na área em questão, que esse estudo tem por opção não se aprofundar em questões relacionadas ao equipamento e/ou detalhamentos sobre modelos e afins<sup>36</sup>.

Acompanhando o pensamento e entendendo a problemática da manutenção da temperatura corporal para o recém-nascido prematuro, respaldado pelos estudos de Budin (1907) e Hess (1922), tem-se as medidas apontadas à época com análise e discussão.

Quanto ao procedimento e a técnica de verificação de temperatura, Hess (1922) apontava para o uso de termômetro via retal para melhor aferição da temperatura. Nesse sentido, nota-se que a recomendação de verificação de temperatura retal permeou as orientações relacionadas aos cuidados do recém-nascido por meados do século XX, sendo ratificada pelo próprio Hess e Lundeen (1949) ao recomendarem a lubrificação prévia do termômetro com óleo, assim como descrição da técnica em passo a passo com orientações direcionando que este procedimento fosse realizado no momento da troca de fraldas, por exemplo, e trazia ainda observações visando minimizar a perda de calor e o excesso de manuseio.

No que concerne à frequência de verificação da temperatura corporal, alguns apontamentos foram feitos por Hess (1922) ao indicar que a mesma deveria ser registrada pela manhã e a noite, utilizando-se um termômetro individual para cada criança. Ressalta-se que tal orientação, quanto a frequência da verificação, já se fazia presente nos relatos de Budin (LIMA, 2016).

---

<sup>36</sup> Para se saber mais, sugiro a leitura da dissertação de Daiana Miranda Lima, que abrangeu este aspecto no século XIX, na França, intitulada Cuidados aos recém-nascidos na obra de Pierre Budin, com tradução e publicação nos Estados Unidos, em 1907.

Diferentemente, anos mais tarde, Hess e Lundeen (1949) passaram a afirmar que a temperatura do recém-nascido prematuro deveria ser observada a cada quatro horas nos primeiros três ou até seis dias de vida e, posteriormente, a cada oito horas. Portanto, em situações quando ela se mostrava inferior a 36,11°C e maior que 37,78°C, a temperatura deveria ser verificada com intervalo de quatro horas.

Na decorrência do tempo, não se pode negar que ocorreram diferentes apontamentos para a frequência de verificação de temperatura ditado pelos autores na consulta a documentação, mas é prudente inferir que o contexto de cada obra tendeu a influenciar essas afirmações.

Isto se deve ao quadro clínico do recém-nascido, incluindo o próprio peso de nascimento e a idade gestacional, que poderia influenciar, diretamente, nos valores da temperatura, além do local onde ele estaria acomodado, o manuseio e as demais peculiaridades que se compreendia a diversidade de parâmetros apontados. Além disso, era necessário considerar a qualificação/treinamento do pessoal que prestava o cuidado, tanto no que se refere aos aspectos quantitativo, como qualitativo, o que conduz à diversas reflexões que esgarçam o objeto de estudo, o que não temos a pretensão de fazê-lo aqui, deixando isto para outros pesquisadores.

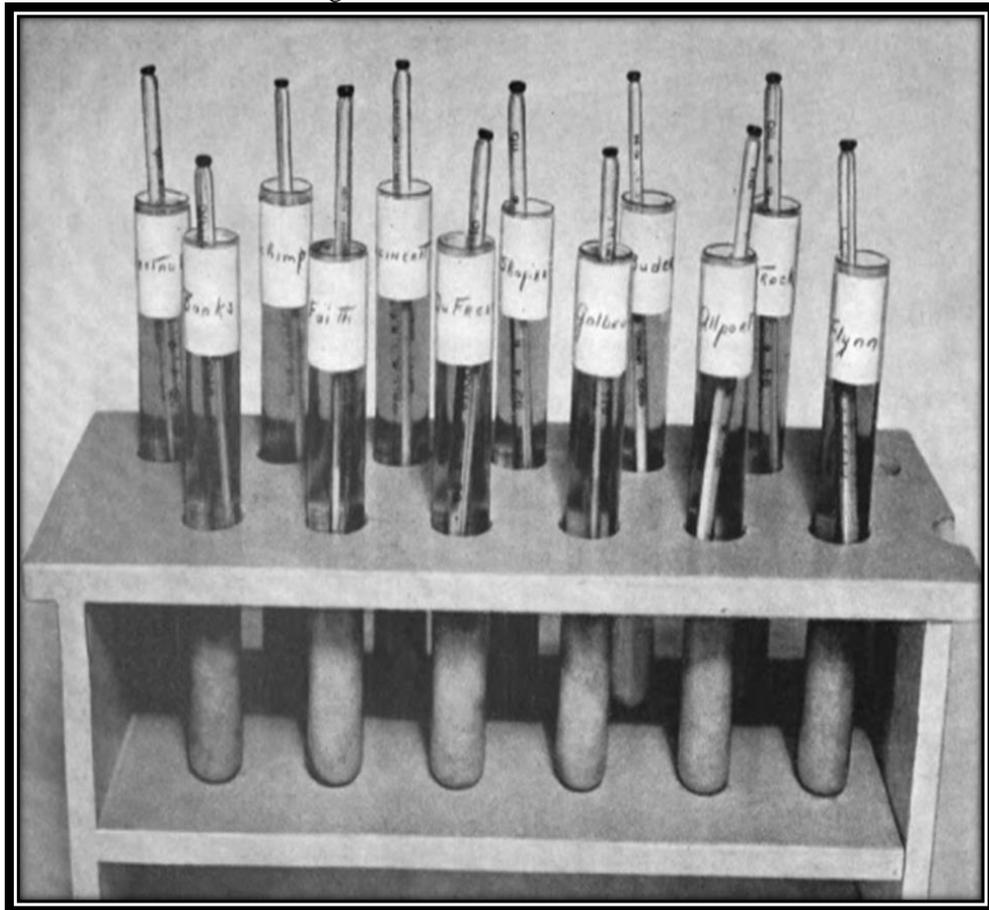
O uso de termômetros<sup>37</sup> individuais foi destaque nas duas obras de Hess (1922 e 1949). Para tanto, se recorreu à imagem do *fac-símile* n.24 para elucidação, quando se identifica doze tubos, com doze termômetros imersos em solução<sup>38</sup>. Cada tubo se encontra identificado, que acredita se tratar de marcação para o uso individual, possivelmente com o nome de cada recém-nascido. O suporte de sustentação deixa transparecer ser de madeira, no formato retangular, conforme aponta a obra de Hess e Lundeen (1949), o que deixa rastro sobre a preocupação da individualização do material articulado ao fato do apontamento feito pelos autores, no que tange que a substância no conteúdo dos tubos deveria ser trocada, diariamente, e o tubo, uma vez por semana.

---

<sup>37</sup> Os termômetros de mercúrio foram criados por Gabriel Daniel Fahrenheit, físico alemão, no ano de 1714, na mesma ocasião em que criou a escala termométrica que leva seu nome, ainda utilizada em alguns países (FREITAS, 2011).

<sup>38</sup> A obra não fazia menção ao tipo de solução utilizada.

Imagem n.24: Termômetros individuais



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949, p.10.

Desta forma, partindo-se do pressuposto que o procedimento de verificação de temperatura, anteriormente discutido, estava pautado na realidade de cada caso, cabe elucidar outro aspecto que influenciava esses valores: a temperatura do ambiente interno da incubadora quando a mesma estava em uso e a do ambiente externo.

Julius Hess (1922) apontava que a temperatura ideal mínima para um recém-nascido era de 36,11°C, o que considerava como o menor compatível para um bom desenvolvimento e crescimento. Outros autores apontam valores com intervalos distantes do que poderia ser considerado mínimo e máximo.

Considerações acerca da temperatura do ambiente externo também foram citadas. Hess (1922) ressaltou que a temperatura do berçário deveria estar entre 21,11°C e 23,89°C. Deprendemos que essas temperaturas referenciadas como ideais para o ambiente externo são plausíveis de alterações levando-se em consideração a obra e quem a descreve, visto que modificações climáticas em diferentes regiões e países interferem nas argumentações.

No que concerne ao uso de incubadoras e fontes de calor externo no âmbito do cuidado ao recém-nascido, Julius Hess fazia sugestões relacionadas a temperatura para os equipamentos. Em outras palavras, a temperatura interna do local onde se encontrava o recém-nascido também era considerada condição singular para a manutenção da temperatura corporal. Assim, com base no conhecimento de que a criança desenvolvia suas funções vitais e o aumento da gordura subcutânea, com o avançar nos dias de vida, a temperatura do leito para Hess deveria ser gradualmente reduzida para se assemelhar a do espaço físico.

Ainda com visão voltada para o atendimento da necessidade individual de cada bebê, Hess aconselhava a regulação da temperatura do “leito” com base na curva da temperatura retal, a qual poderia ser um bom norteador na aplicação de calor externo.

Destarte, ele enfatizou que para os pequenos prematuros com hipotermia evidente, poderiam se favorecer do controle da temperatura no interior do equipamento, com flutuação de 29,44° a 35°C, porém considerando os recém-nascidos mais maduros, valores de 23,89° a 26,67°C eram recomendados.

Mediante ao exposto, é plausível considerar que o conhecimento de dados para a determinação da temperatura ideal do recém-nascido, a partir do interior do equipamento utilizado, já era um saber à época, conforme mencionado por Budin (1907) que fazia referência aos valores de 30° a 32° C, para os recém-nascidos menores de 950 gramas e para os demais em torno de 25° a 26° C.

Considerando o dito até aqui, as preocupações com a manutenção da temperatura corporal ditadas por Hess, e previamente já elucidadas por Budin, tendo como norteadores as medidas de temperatura corporal do recém-nascido, do ambiente externo e do interior das incubadoras, depreende-se serem os primórdios do que mais tarde, em 1966, foi correlacionado para a construção da tabela de referência para a zona termoneutra do recém-nascido, elaborada por Scopes e Ahmed (1966), citada e recomendado atualmente no Manual do Ministério da Saúde sobre cuidados com recém-nascidos pré-termos (BRASIL, 2012).

Diante disto, é de se considerar que as observações feitas e os cuidados propostos por Hess à época, foram pertinentes e importantes para a redução da mortalidade de prematuros, principalmente ao se ter em mente que a hipotermia consistia em agravo e causa de mortes conforme mencionado em parágrafos anteriores. Ademais, atualmente, os cuidados inerentes a prevenção da hipotermia neonatal, continuam a suscitar discussões e planejamento de medidas pertinentes no dia a dia da UTIN.

Partindo do pressuposto da importância do conhecimento das temperaturas internas e externas, e do próprio recém-nascido, consideradas ideais na descrição do procedimento de verificação da temperatura corporal descritas e analisadas anteriormente sob à luz de Julius Hess, entendemos que é válido mencionar que outros cuidados faziam parte das discussões no que diz respeito à manutenção da temperatura, mas que optamos por abordá-las na seção posterior por entender que os mesmos eram realizados, diariamente, após a estabilização do recém-nascido.

#### **4.6 – PREVENÇÃO DE INFECÇÕES**

É cabível mencionar que todos os cuidados até aqui debatidos, foram tangenciados além de preocupações com hipotermia, por entendimentos referentes à prevenção de infecções, não só no que se refere a estrutura física, como abordado na seção 3, mas também os relacionados aos cuidados com os recém-nascidos.

Advertimos que não temos a intenção de análise e discussão sobre a infecção, mas ela será abordada como introdução, tendo por perspectiva a prevenção, devido à fragilidade do recém-nascido prematuro e aos cuidados a serem descritos analiticamente, na seção 5, na delimitação no manuseio, banho, cuidados com a pele, cuidados com as genitálias e vestimenta.

Seguindo este pensamento, as concepções norteadas pelo entendimento de que os prematuros eram mais facilmente expostos à infecção, bem como, menos resistentes em comparação aos nascidos a termo, direcionaram condutas pertinentes às vestimentas e às roupas de cama sujas, assim como garrafas, termômetros e todos os outros utensílios, considerando que estes deveriam ser tratados como material infectado (HESS, 1922).

Como medida primordial, a lavagem das mãos, incluindo antebraços, deveria ocorrer entre o manuseio de cada recém-nascido para prevenir a disseminação de infecções (HESS, 1922). De forma mais detalhada, Hess ratificou estes conceitos e observações anos mais tarde, em 1949, em conjunto com a enfermeira Evelyn Lundeen, ao trazer detalhes do procedimento de lavagem das mãos, a saber: a lavagem das mãos deveria ocorrer ao entrar no berçário, após o manuseio entre os recém-nascidos, espirrar ou tossir (o que era recomendado a não acontecer no interior do berçário), pegar qualquer coisa que tenha caído no chão e antes de proceder à alimentação do bebê.

Para tal, era recomendado o uso de sabão<sup>39</sup>, água e toalhas de papel, seguindo instruções como: fazer uma boa espuma para cobrir até o cotovelo, as unhas deveriam ser mantidas curtas, seguidas de eficiente enxágüe, procedendo ao fechamento da torneira com o cotovelo ou joelho. Após, as mãos deveriam ser secadas com duas toalhas de papel. Em situações como entrada no berçário, manuseio de recém-nascido em isolamento, manipulação de fraldas e/ou primeira alimentação, as mãos deveriam ser lavadas duas vezes (HESS e LUNDEEN, 1949).

A importância da enfermagem como fator importante no cumprimento das recomendações quanto a prevenção das infecções, foi pontuado por Hess (1922) ao destacar que a organização e limpeza de uma unidade de cuidado estavam ligadas a boa assepsia da equipe de enfermagem. Nesse sentido, também é perceptível o detalhamento da descrição no que concerne à lavagem das mãos contido na obra de Hess, junto a enfermeira Lundeen (1949), o que reforça o valor do cuidado da enfermagem direcionado ao prematuro no decorrer de cerca de vinte e sete anos entre as obras.

Cabe destacar que, anteriormente à publicação de Hess, com o intuito de evitar propagação das doenças contagiosas entre os recém-nascidos internados, algumas medidas foram citadas por Budin (1907), entre elas: orientação das amas de leite quanto à lavagem do rosto e mãos, bem como trocar seu uniforme a cada vez que for alimentar o bebê, além de isolar imediatamente qualquer criança com gripe. Ainda, a lavagem das mãos por parte dos cuidadores, o uso de termômetro individual, assim como atenção ao cordão umbilical e olhos já eram mencionadas (LIMA, 2016).

Fazendo uma conexão entre as obras de Budin (1907) e Hess (1922), destaca-se uma afirmação de Avery (1984):

As duas principais fontes de infecção do recém-nascido são a mãe e o meio ambiente do berçário. A infecção é adquirida da mãe através da placenta, no momento do parto, ou no período pós-natal. A criança pode adquirir infecção pós-natal de fontes do meio ambiente, tais como a equipe do berçário, equipamento respiratório, pias e incubadoras (AVERY, 1984, p. 724).

Pode-se inferir, que essa definição do ano de 1984 era semelhante às descritas por Julius Hess em sua obra, sessenta e dois anos antes, e também por Budin (1907). Assim, é

---

<sup>39</sup> Não havia especificações na referida obra.

pertinente destacar que a base do conhecimento para delimitar ações no cuidado ao recém-nascido com suspeita de infecções se assemelhava durante o século XX<sup>40</sup>.

Sendo a prevenção das infecções um dos fundamentos importantes no cuidado ao prematuro, fato que o próprio autor reforçava em seus apontamentos, é cabível considerar que durante o capítulo sete, *Care and Nursing of Premature Infants*, Hess parece não mencionar detalhes sobre as práticas executadas de maneira unificada. Em outras palavras, Hess mencionava a lavagem das mãos como fundamental, além de pontuar itens que mereciam atenção rigorosa como utensílios de uso diário, em um trecho no capítulo em apreço. No entanto, outros cuidados eram propostos, podendo-se entender que estavam “diluídos” ao longo do mesmo.

Fato ratificado ao se considerar o conteúdo imagético apresentado e analisado na seção 3, referente a estrutura física e suas descrições, assim como no decorrer desta seção, quando se traz à baila os cuidados propostos na perspectiva da prevenção da infecção, destacados no quadro n.04, a seguir. Os cuidados inerentes ao banho e pele, serão melhor descritos na seção seguinte.

Quadro n.04: Recomendações pertinentes para prevenção de infecções, 1922.

<b>Pontos a observar</b>	<b>Recomendações de Hess, 1922</b>
<b>Nascimento</b>	Local asséptico
<b>Incubadoras</b>	Asséptica
<b>Termômetros</b>	Uso individual
<b>Roupas limpas e sujas</b>	Local para guarda e dispensa, respectivamente
<b>Banho</b>	Local adequado, com toalha individual
<b>Local de cuidado</b>	Pias e lavatório em cada área com ventilação adequada
<b>Boca</b>	Evitar traumas
<b>Olhos</b>	Nitrato de prata a 1% ou Argylol a 25%
<b>Coto umbilical</b>	Curativo com álcool ou a seco <sup>41</sup>
<b>Banho</b>	Realizado após queda de coto umbilical
<b>Pele</b>	Evitar umidade prolongada, não realizar lubrificação corporal, lavagem adequada das fraldas.

Fonte: Hess, 1922

<sup>40</sup> Atualmente tem-se conhecimentos relacionados a importância da microbiota vaginal materna, a fim de proteger o recém-nascido de infecções.

<sup>41</sup> Sem uso de substâncias (HESS, 1922).

É possível inferir, ao final da seção, que os cuidados direcionados ao recém-nascido prematuro após o seu nascimento, foram pautados em pilares importantes como a prevenção da hipotermia e a prevenção de infecções. Estes dois cuidados nortearam as demais condutas como a recepção e cuidados com as vias aéreas, incluído aspiração de secreções, bem como cuidados com os olhos e a prevenção de oftalmia neonatal, cuidados com o coto umbilical e prevenção de complicações infecciosas. Permeando o raciocínio tem-se ainda que estes cuidados foram alcançados com embasamento nos responsáveis pelo cuidado, por meio de observações e registros realizados, assim como por estudos anteriores com Budin, que passaram a nortear as condutas, como a realização de banho, manuseio, entre outros a serem discutidos posteriormente.

## SEÇÃO 5

### CUIDADOS DIÁRIOS AOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

#### 5.1 – INTRODUÇÃO

Mediante ao abordado nas seções anteriores, norteado pelo cuidado ao prematuro sob a ótica do pediatra Julius Hess em sua obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*, introduziremos a presente seção considerando os cuidados diários aos recém-nascidos. Para a denominação desta seção, entendemos como cuidados diários, ao que Julius Hess se referia aos realizados como rotina, delimitados em suma como manuseio, pesagem, banho, cuidados com a pele, genitália e eliminações, perpassando por orientações de vestimentas e alta.

Seguindo esse raciocínio, é importante salientar que os cuidados elencados nas seções anteriores servem como norteadores para os que serão descritos aqui, entendendo, sobretudo, a relevância da manutenção da temperatura corporal e prevenção de infecção.

Ainda, finalizando a seção, far-se-á necessário trazer um entendimento dos efeitos gerados pelos cuidados propostos e a dimensão dos mesmos, como também, discorrer sobre os efeitos do cuidado ao prematuro em meados do século XX, entendendo a pertinência do papel da enfermagem nos êxitos alcançados, o que será abordado ao final desta seção.

#### 5.2 - MANUSEIO

O manuseio com o recém-nascido era uma preocupação apontada por Julius Hess, devido a exposição ao frio, conseqüentemente, a hipotermia, bem como no que tange ao estresse do recém-nascido por manipulações excessivas. Em outras palavras, o entendimento e aceitação do mínimo manuseio para o cuidado do recém-nascido prematuro para ele parecia ser um ponto importante.

Hess sinalizava que o recém-nascido deveria ser pouco manipulado durante a assistência prestada, entendendo as necessidades individuais. Recomendava indicação precisa, a saber: para higiene, incluindo o banho (que não era diário, o que será mais adiante descrito, analiticamente) e o exercício (entendido como massagem suave após a primeira ou segunda semana), advertindo que para a alimentação, esta poderia ser realizada sem a retirada do bebê do leito, exceto quando administrada por cateter ou em alguns casos de cianose. Isto implicava no manuseio mínimo, entendido também como manuseio planejado ou gentil, o que

conduzia a evitar o manuseio excessivo, o que foi ratificado, em 1949, em sua obra em parceria com a enfermeira Evelyn Lundeen.

Entretanto, se faz necessário ressaltar que as teses do século XIX já sinalizavam para este tipo de conduta, com o intuito de evitar o comprometimento dos órgãos do neonato (FREITAS e PORTO, 2011).

É oportuno, neste momento, ratificar que o entendimento da importância do mínimo manuseio sob a vertente do pensamento de Julius Hess à época de sua publicação ocorriam com base na argumentação, em especial, da manutenção da temperatura corporal do prematuro. Isto implicava no planejamento da pesagem e da higiene corporal, dentre outros procedimentos, os quais serão descritos, analiticamente, a seguir.

Em contrapartida, outro ponto a sinalizar, diz respeito ao fato de que apesar do autor em 1922, valorizar o mínimo manuseio, o mesmo não cita questões relacionadas ao toque materno e/ou derivações dos benéficos do toque no sentido acolhedor.

### **5.3 - PESAGEM**

Sobre a pesagem, Hess registrou que deveria ser realizada com o recém-nascido despido, diariamente, como parte da rotina geral. Além disso, apontava que o melhor momento para a realização do procedimento deveria ser antes do banho, considerando os registros dos intervalos da última alimentação e eliminação de fezes, especialmente para os prematuros com dificuldade na alimentação. Por outro lado, para as crianças mais velhas, o procedimento não era indicado.

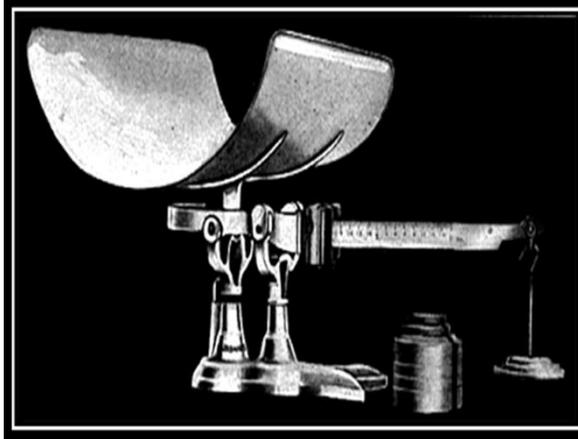
Ele chamava a atenção para os recém-nascidos amamentados. Estes deveriam ser pesados antes e depois da amamentação/leite administrado, quando os valores deveriam ser registrados para serem considerados com os outros parâmetros, conforme mencionado anteriormente e, em 1949, na publicação em parceria com a enfermeira, eles ressaltaram que a pesagem deveria acontecer antes da higiene ou banho (HESS e LUNDEEN, 1949).

Na imagem do *fac-símile* n. 25, o instrumento para se mensurar o peso do recém-nascido é apresentado segundo Hess (1922). A balança se caracterizava por possuir uma base larga de apoio, na lateral direita uma régua graduada a cada quatro gramas e tipo pêndulo em sua extremidade distal, visando o ponto de equilíbrio ao se mover o pequeno cursor para a

marcação do peso. Isto implicava em posicionar o recém-nascido sobre a parte côncava, em sua lateral esquerda, antes de tarar o equipamento.

Quanto a descrição do procedimento em si, somente em 1949, Julius Hess e Evelyn Lundeen relataram a rotina de pesagem que a ser adotada, utilizando-se da descrição em etapas.

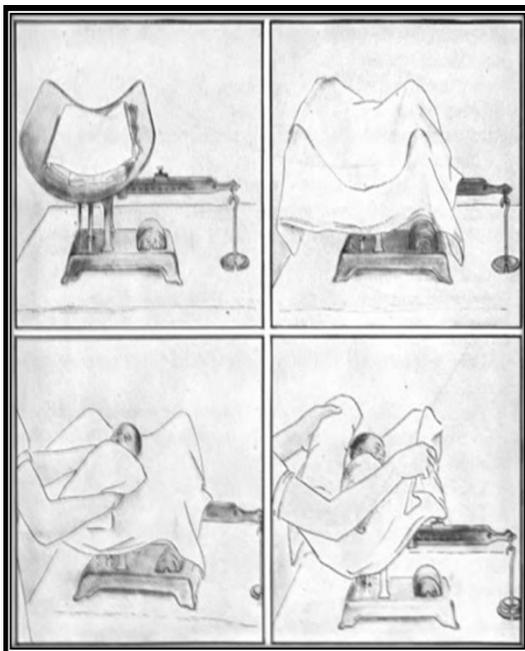
Imagem n. 25: Balança para a pesagem do recém-nascido.



Fonte: HESS, 1922.

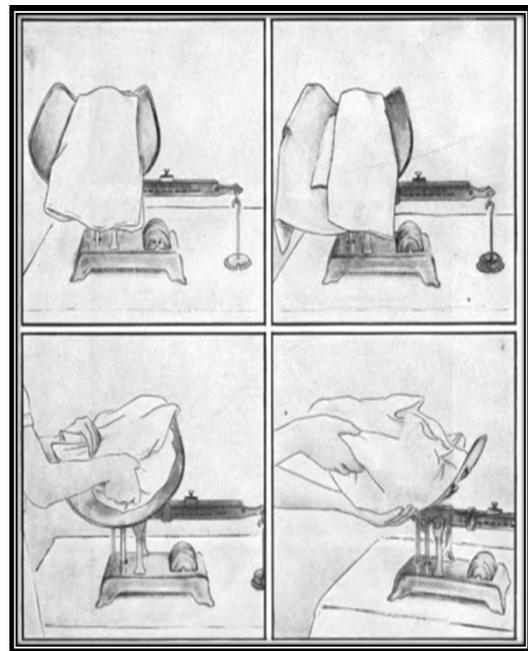
Considerando o paralelismo entre as obras de Hess (1922) e a dele em parceria com a enfermeira Lundeen (1949), apresentamos as imagens dos *fac-símiles* n.26 e n.27, que constituem a demonstração do passo a passo do procedimento.

Imagem n. 26: Realização de pesagem do recém-nascido.



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949

Imagem n. 27: Finalização de pesagem do recém-nascido.



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949

Nas imagens dos *fac-símiles* n.26 e n.27, tem-se a demonstração da pesagem do recém-nascido, por meio de oito quadrantes. Nestes, podemos identificar que, primeiramente, o lençol é colocado sobre a balança manual e posteriormente, o lençol tem seu peso descontado no valor total, para em seguida o recém-nascido, segurado pelas duas mãos da cuidadora, ser conduzido até a balança envolto em outro lençol. Após ser acomodado na balança, o neonato é então coberto pelo primeiro lençol colocado na superfície do instrumento. Em seguida, passando para imagem n.23, aponta-se para o momento em que, possivelmente, se aguarda a estabilização do valor referente ao peso, para, posteriormente, o recém-nascido, ainda envolto no lençol, ser retirado da balança. Nota-se que para a retirada do recém-nascido a cuidadora apoia o mesmo em sua mão esquerda e depois utiliza a mão direita para finalizar a sustentação.

Cabe destacar que o passo a passo, demonstrado pelo conteúdo imagético apresentado, direciona as considerações importantes. Apesar da obra *The Premature Infant: its medical and nursing care*, de Hess e Lundeen (1949), não ser o objeto de análise deste estudo, entende-se as similaridades entre esta e a publicação *Premature and Congenitally Diseased Infants* (1922) e portanto, sob as vertentes do mínimo manuseio e prevenção da hipotermia, utilizamos as imagens n.26 e n.27 para discorrer o apontamento de que o recém-nascido era o constituinte direto de preocupação durante o procedimento e não o equipamento, comprovado pelo número de quadrantes em que o mesmo está em foco, bem como pela predominância de oito quadrantes sinalizando para o uso do lençol – tanto para proteção de perda de calor<sup>42</sup> como para a organização do recém-nascido. A presença da cuidadora em quatro dos oito quadrantes, também demonstra a preocupação com a segurança na técnica a ser realizada envolvendo a enfermagem ou a responsável pelo cuidado.

Apesar dos apontamentos anteriores, não se pode abster do fato de que estas preocupações envolvendo o procedimento de pesagem do recém-nascido, apesar de estarem mencionadas na obra de Hess, em 1922, envolvendo cuidados de mínimo manuseio e prevenção de hipotermia, como anteriormente mencionado, foi somente na publicação junto a enfermeira Lundeen, em 1949, que estas se tornaram explicitadas, descritas em detalhes, seja sob a forma imagética ou textual. Mais uma vez, se pode comprovar a importância da inserção

---

<sup>42</sup> Percebe-se a preocupação envolvendo os quatro conceitos de perda de calor, a saber: evaporação (quando fluidos como água e fluidos pulmonares se tornam vapor no ar seco), condução (quando a pele entra em contato direto com um objeto mais frio, por exemplo, a balança), convecção (quando ocorre a perda de calor da superfície corporal para o ar circunjacente mais frio) e radiação (quando uma superfície sólida mais fria sem contato direto com o neonato está presente como as paredes) (KLAUS E FANAROFF, 1995).

da enfermeira para a descrição e a execução dos cuidados direcionados ao recém-nascido prematuro em meados do século XX.

Ainda, detalhamentos quanto ao uso de lençóis para envolver o recém-nascido antes de colocá-lo na balança, também foram apontados por Budin em sua obra publicada em 1907 (LIMA, 2016), fato que direciona novamente ao pensamento de que Hess propunha cuidados oriundos de seus antecessores.

#### **5.4 – BANHO**

A utilização de banhos era uma recomendação feita por Hess, tanto com a função de tratamento de hipotermia, intervenção em casos de asfixia e reanimação, bem como no entendimento de limpeza corporal. Para fins de tratamento de correção da hipotermia ou higiene, a água deveria ser quente, com temperatura de 39,44° a 41,11°C. No entanto, o banho somente era aconselhado após os primeiros três dias de vida.

Outrora, na perspectiva de resolução para a hipotermia, o banho, segundo a obra de Budin (1907), poderia ser realizado com a temperatura da água a 38°C, fazendo a imersão do recém-nascido por 15 a 20 minutos, mediante verificação da temperatura retal, a qual deveria atingir valor de 37,5° C, para em seguida posicionar o recém-nascido na incubadora<sup>43</sup>.

Hess chamava a atenção para a possibilidade de dúvidas quanto à conveniência de dar o banho morno inicial, recomendando que fosse melhor omiti-lo por causa do risco de causar algum prejuízo, caso o recém-nascido não estivesse em condições de recebê-lo. Isto pode ser articulado à recomendação do mínimo manuseio, como benéfico para recém-nascido prematuro para amenizar o consumo de energia. Ademais, em contrapartida, estavam as orientações para a realização do mesmo, ao citar os casos de asfixia e manobras de ressuscitação.

Em situações de possível resfriamento do recém-nascido, Hess aconselhava a variação do banho. Em outras palavras, a realização da higiene corporal de forma parcial, era preconizada, desde que fosse realizada no interior da incubadora, lavando-se o rosto, nádegas e genitália.

---

<sup>43</sup> Verificações posteriores da temperatura retal deveriam ser feitas para se avaliar a eficácia do banho quente. Em caso de insucesso da intervenção, outra forma de tratar a hipotermia consistia em imergir a criança em água com temperatura maior que 1°C, tendo por parâmetro a temperatura retal do momento e, caso fosse necessário, aumentar, progressivamente, a temperatura da água até atingir 38°C por tempo máximo de 20 minutos, quando o recém-nascido seria transferido para a incubadora (BUDIN, 1907).

Nesse sentido, nota-se mais uma vez a preocupação com a questão do mínimo manuseio para a manutenção da temperatura corporal, como critério relevante na assistência ao prematuro por parte de Julius Hess.

Quanto a descrição do procedimento em si, Hess descrevia que o banho de imersão deveria ser realizado, rapidamente, em sala com temperatura mínima de 23,89°C. Isto era justificado em virtude das condições climáticas dos Estados Unidos para não colocar em risco a vida do recém-nascido, o que era argumento para que o banho fosse omitido<sup>44</sup>. Ademais, sob nenhuma circunstância dever-se-ia realizar o banho sem que a temperatura da água<sup>45</sup> e do ambiente fosse previamente verificada (HESS, 1922).

Para corroborar com tal ação, ele reforçava que os primeiros banhos deveriam consistir no uso de uma esponja com água na temperatura de 40,56°C, quando parte do corpo do neonato deveria ser exposta, por vez, evitando-se o resfriamento. Para as crianças mais maduras e estáveis, elas poderiam ser banhadas na modalidade de imersão ou pulverizadas com água aquecida a 37,78°C, quando a temperatura da água poderia ser gradualmente reduzida a 35,0°C.

De forma similar, mais de duas décadas depois, Hess e Lundeen, em 1949, ratificavam a recomendação do banho de imersão somente quando o recém-nascido estivesse em boas condições físicas e que esta higiene corporal completa poderia aguardar de duas a quarenta e oito horas, como prevenção de acometimentos desnecessários em prol de sua sobrevivência.

Ainda, na obra com Lundeen, em 1944, os valores apontados para a temperatura da água do banho era de 37,78°C a 40,56° C para imersão, e 40,56°C a 43,33°C quando ele era realizado com esponjas. Ademais, afirmavam que o momento da realização do banho deveria possibilitar uma observação mais completa com exposição mínima do recém-nascido, priorizando-se a realização do exame físico (HESS e LUNDEEN, 1949).

Igualmente à abordagem da pesagem do recém-nascido, em parágrafos anteriores, se faz pertinente trazer à baila, visando aproximação do leitor para o contexto à época, as informações contidas na obra *The Premature Infant: its medical and nursing care*, de Hess e Lundeen (1949), entendendo que os conceitos de exposição mínima do recém-nascido,

---

<sup>44</sup> As recomendações sobre quando o banho deveria ser realizado, entende-se ir para além das condições fisiológicas do recém-nascido, pois não se pode esquecer que a localização geográfica de onde Hess observava e registrava sua prática tinha a influência climática, o que carece de relativização se fosse um autor de país tropical.

<sup>45</sup> A obra não faz referência a qualidade da água utilizada para a higiene corporal ou banho de imersão.

destacados por Hess em 1922, permaneceram nos preceitos descritos no passo a passo da técnica, que apresentam-se nas imagens dos *fac-símiles* n. 28 e n.29.

Imagem n. 28: Posições sugeridas para a realização do banho.



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949, p. 69.

No passo a passo do banho, a imagem do *fac-símile* n.28 demonstra a lavagem da cabeça do recém-nascido em um primeiro momento, a partir da sugestão de duas posições para isso. À esquerda da imagem, tem-se o corpo do recém-nascido envolto em tecido apoiado no antebraço esquerdo da cuidadora, com a região da cabeça amparada pela palma da mão esquerda da mesma, direcionados sobre uma bacia com água. Nota-se a preocupação com a proteção do ouvido do recém-nascido. Com a mão direita, utilizando-se de uma esponja ou tecido molhado, procede-se a lavagem da cabeça do recém-nascido.

À direita da imagem, outra posição recomendada também tinha como princípio o recém-nascido embrulhado em tecido, a fim de evitar o resfriamento desnecessário, apoiando-o entre a face anterior do antebraço e região de hipocôndrio e flanco esquerdo da cuidadora. De forma semelhante, a posição proposta à esquerda também se demonstra a cabeça do recém-nascido, acima da bacia, amparada pela mão esquerda da cuidadora, com proteção da região auricular e uso da mão direita para a lavagem da cabeça.

Destaca-se a preocupação em expor somente partes do corpo durante a realização do banho, visto que Hess (1922) apontava que a lavagem da cabeça deveria ocorrer primeiramente, com o restante do corpo protegido, e, antes da imersão do corpo, a cabeça deveria ser completamente seca.

Na sequência imagética (imagem do *fac-símile* n. 29), tem-se as orientações de como o banho deveria prosseguir, observando, portanto, que à esquerda da imagem se tem um recém-nascido segurado pelas duas mãos da cuidadora, sendo a mão esquerda utilizada para o apoio da região do pescoço e da cabeça, quando a face anterior do polegar toca o pescoço e o

queixo, e a face anterior dos dedos indicador e anelar, dão sustentação às regiões escapulares (mão em formato de C). Os dedos da mão direita dão apoio aos pés, situados entre os dedos polegar, indicador e médio. Observa-se que à esquerda, o recém-nascido ainda não estava imerso na água, porém toda a superfície corporal encontrava-se exposta. A seguir, conforme mostrado à direita da imagem n.29, o neonato encontra-se imerso na água, com a região da cabeça, pescoço e ambos os ombros, assim como ambas as mãos, fora da água. Nessa posição, o recém-nascido está sustentado pela mão esquerda da cuidadora, disposta em formato de C, dando apoio a cabeça.

Imagem n. 29: Recomendação para imersão do recém-nascido.



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949, p. 69.

Apesar da proposta do passo a passo, é possível destacar que algumas etapas do procedimento do banho não constavam no conteúdo imagético, a saber: verificação da temperatura da água, retirada do tecido que envolvia o recém-nascido na imagem do *fac-símile* n.28, secagem da cabeça, assim como o término do procedimento. No entanto, as três últimas pontuações foram mencionadas na parte textual da descrição na obra de Hess e Lundeen (1949).

Redundante afirmar novamente que, apesar dos apontamentos quanto à realização do banho e seus desdobramentos na obra *Premature and Congenitally Diseased Infants* (1922), foi somente em 1949, junto a enfermeira Lundeen, que Hess traz em publicação uma descrição mais completa, em texto e imagens, no que tange à realização do banho do prematuro.

Cabe destacar que avaliações pertinentes às condições clínicas, envolvendo temperatura e peso, além de outras características peculiares ao recém-nascido, deveriam ser verificadas antes da execução do banho. Em outras palavras, ratifica-se o quão importante era entendido os parâmetros de temperatura e peso como norteadores do cuidado, visto que as

orientações para a realização do banho eram baseadas conforme abordado por Hess (1922) nestes aspectos. Isto posto, ele apontava que quando fosse possível realizar o banho sem expor o recém-nascido ao risco de resfriamento, o mesmo deveria ser feito em crianças com peso igual ou maior a 1.500 gramas com o objetivo de manter a pele limpa.

Outro fato importante diz respeito à permanência do coto umbilical, já abordado na seção 4, mas cabe mencionar que o mesmo ditava as condutas com relação à realização do banho nos primeiros dias de vida. Hess fazia menção de que era recomendado aguardar a queda do coto para a realização do banho de imersão, salvo exceções, como nos ataques de cianose e asfixia (HESS, 1922).

Há de se esclarecer que os materiais referentes à realização do banho, bem como o local ideal à realização dele, foram apontados por Hess (1922), e descritos na seção 3 deste trabalho ao abordarmos aspectos relacionados à estrutura física da unidade neonatal. No entanto, cabe destacar que em 1949, Hess e Lundeen apontavam que para o banho de imersão, utilizavam-se água e sabão.

Apesar dos cuidados propostos por Hess nos anos de 1920 do século XX, não se pode sucumbir o fato de que discussões acerca da realização do banho em recém-nascido permeavam não só os estudos médicos e de enfermagem, bem como os hábitos religiosos em meados do século XIX:

A higiene corporal do recém-nascido era, provavelmente, uma das maneiras de combater outros hábitos inapropriados de higiene com base em crenças populares no sentido de proteção religiosa para afastar as doenças. Exemplo disso era a defumação e os banhos de proteção dos recém-nascidos com a finalidade de abençoá-los e protegê-los. A explicação para este fato deve-se às condições religiosas de cada localidade como maneiras de se cuidar dos recém-nascidos (NETO et ali, 2013, p. 193-194).

Além do embasamento religioso para a realização do mesmo em meados do século XIX, o banho foi também apontado por Budin no início do século XX, conforme pontuado ao iniciarmos esta discussão. Nesse sentido, é importante destacar que Hess, principalmente em parceria com a enfermeira Lundeen, descreveu detalhadamente, de forma textual e imagética, a realização do banho e informações pertinentes a ele, em meados do século XX.

Após entendermos a discussão quanto a realização do banho no prematuro, cabe, por conseguinte, apontar as considerações relacionadas aos cuidados com a pele do recém-nascido, também alicerçadas pelas preocupações com a manutenção da temperatura corporal e prevenção de infecções.

## 5.5 – CUIDADOS COM A PELE, GENITÁLIA E ELIMINAÇÕES

Hess (1922) trazia em sua publicação conceitos fisiológicos importantes para os cuidados destinados à pele do prematuro, e a definia como sendo muito delicada e coberta com lanugem e glândulas sebáceas proeminentes<sup>46</sup>. Para o autor, havia uma grande tendência para a mesma se tornar seca, com rachaduras e descamação, assim como o desenvolvimento de erupções. Todas essas condições exigiriam uma modificação da rotina diária envolvendo discussões quanto a realização de banhos, bem como dos cuidados da pele em si.

O cuidado diário da pele deveria, portanto, incluir a prevenção de trauma e exposição às infecções secundárias durante o banho e manuseio da criança. Sem maiores detalhamentos, o autor apontou para a questão da lubrificação do corpo do recém-nascido como não recomendada. Ressalta-se que o autor também não faz apontamentos quanto ao vérnix caseoso (HESS, 1922).

Hess e Lundeen, anos mais tarde, sob o mesmo conhecimento quanto à fragilidade da pele do recém-nascido, sobretudo do prematuro, apontavam para o uso do óleo, previamente aquecido, de forma esporádica, pois em uso contínuo causava seborréia. Além disso, apontavam para o uso de sabão e água para a realização do banho, os quais deveriam ser realizados após a estabilização do recém-nascido, conforme discutido anteriormente, além de destacarem que a retirada do vérnix caseoso não era recomendada até no mínimo o sétimo dia de vida, a fim de evitar escoriações na pele (HESS e LUNDEEN, 1949).

Para o cuidado com a genitália, a obra de Julius Hess (1922) trazia novamente à tona as recomendações de mínimo manuseio, e destacava que o prematuro deveria ser manipulado o menos possível. Para ele, a genitália, mais especificamente a vulva em meninas, deveria ser manuseada com extremo cuidado para evitar trauma e infecção. Nesse sentido, aconselhava que os órgãos genitais devessem ser cuidadosamente limpos com uma solução de ácido bórico ou água estéril sem causar traumatismos. O mesmo era válido para as nádegas. Após a limpeza, um pequeno chumaço de algodão era aplicado nos órgãos genitais e nádegas.

Ainda, este algodão poderia ser aplicado nos órgãos genitais e nádegas com a finalidade de absorver as fezes e a urina, com troca frequente, para evitar irritação da pele. Aconselhava-se que por meio da utilização dos chumaços de algodão, a mudança frequente de fraldas poderia ser evitada (HESS, 1922).

---

<sup>46</sup> Na seção 3 estão as descrições sobre as características da pele do prematuro.

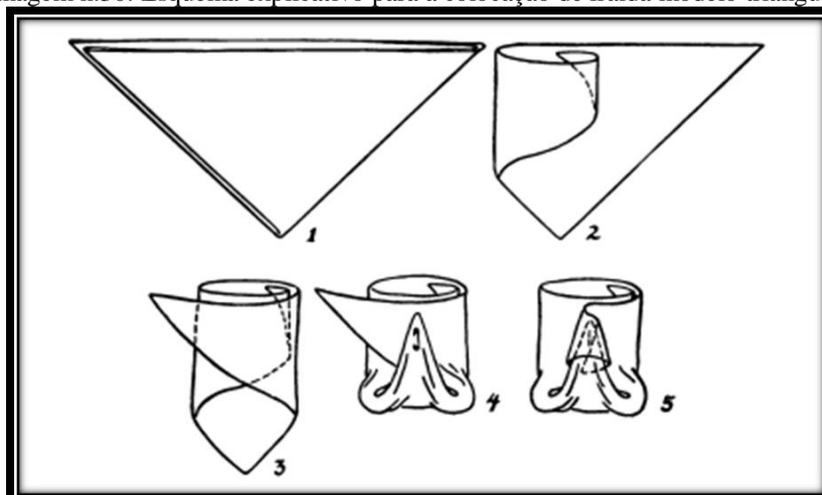
Pode-se inferir que com essa afirmação, Hess pontuava mais uma medida prática no sentido de evitar o manuseio excessivo do recém-nascido, visto que se somente o algodão fosse trocado, a manipulação de membros inferiores se fazia desnecessária, podendo assim somente o mesmo ser trocado e a higiene realizada.

Outras recomendações foram pontuadas por Hess e Lundeen, em 1949, a saber: uso de óleo mineral entre os pequenos e grandes lábios vaginais na menina, aplicado com um cotonete a fim de retirar qualquer acúmulo de secreção e, uso de álcool a 40% por meio de fricção para manter a pele em condições consideradas adequadas à época. Seguindo os cuidados com a genitália, Hess pontuava sobre a troca de fraldas quando necessário, sinalizando que a umidade prolongada na região seria danosa ao recém-nascido e que a cada troca, uma limpeza do local deveria ser feita com água ou ácido bórico. Ademais orientava que a limpeza das nádegas deveria ser com algodão e não com a própria fralda suja.

É cabível mencionar que a fralda utilizada nos cuidados propostos por Hess era de pano, porém o autor não trazia maiores especificações quanto ao formato ou mesmo maneira de colocação no recém-nascido. Anos mais tarde, Hess e Lundeen (1949) sinalizavam ainda para o uso da fralda de pano e descreviam cuidados relativos ao material, bem como traziam a sequência considerada ideal para sua colocação. Cabe ressaltar que os autores recomendavam o uso de ácido bórico para a higiene da região no momento da troca de fraldas, igualmente na obra de Hess (1922).

Com intuito de mais uma vez aproximar o leitor para o contexto à época, tem-se a imagem do *fac-símile* n.30, ilustrada na obra de Hess e Lundeen (1949), a qual consta do passo a passo para a colocação da fralda de pano de modelo triangular no recém-nascido.

Imagem n.30: Esquema explicativo para a colocação de fralda modelo triangular.



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949, p. 79.

Observa-se na imagem do *fac-símile* n.30, as cinco etapas para a colocação da fralda de pano, segundo os autores. No canto superior esquerdo, primeira etapa, o tecido encontra-se dobrado de modo a formar um triângulo isóscele (dois lados iguais), com o lado maior voltado para cima. No canto superior direito da imagem, a etapa 2 demonstra que a ponta a esquerda da fralda deveria ser direcionada ao centro do tecido, indo de encontro a ponta da direita, sinalizado na etapa 3. Nota-se que as duas pontas ficam transpassadas uma sobre a outra, restando a aba inferior. Na etapa 4, esta aba inferior é posicionada para cima, ficando ao centro da união das pontas anteriormente cruzadas. Um alfinete é utilizado, para fixá-la. Percebe-se, ainda na etapa 4, que a ponta direita da fralda fica solta, e então a mesma é presa voltando-a sobre o alfinete (etapa 5).

É possível empreender que o detalhamento para a forma de colocação da fralda no recém-nascido não foi descrito na obra de Hess em 1922, fato que somente foi aclarado no contexto da obra com a enfermeira Lundeen.

Outras recomendações relacionadas às fraldas englobavam a lavagem das mesmas. Na visão de Hess (1922), o uso de detergentes em pó, retirados de maneira indevida de fraldas enxaguadas, poderiam levar a uma rápida decomposição da urina, com conseqüente lesão de pele chamada de intertrigo.

Não obstante o conteúdo das teses de medicina do século XIX já apontavam para tal feito e afirmavam que as fraldas deveriam ser lavadas cuidadosamente, “evitando-se deixar resíduos de materiais acumulados dos excrementos ou de sabão, na lavagem” (NETO et ali, 2013, p. 195).

No que concernem os cuidados relacionados à eliminação de diurese, Hess (1922) ressaltou características peculiares ao recém-nascido, onde o retardo de até vinte e quatro horas na micção é frequente, e que na ausência de qualquer patologia adicional não deve ser motivo de grande preocupação, visto que uma pequena quantidade de urina incolor pode secar e passar despercebido. Todavia, algumas medidas foram apontadas, visando facilitar a eliminação espontânea de urina, como a aplicação de uma almofada quente e úmida colocada sobre a parte inferior do abdome e da pelve, ou mesmo um banho quente.

Quanto os cuidados relacionados à eliminação de fezes, Hess (1922) sinalizava que o ânus deveria ser cuidadosamente inspecionado pouco depois do nascimento para determinar a presença ou ausência de anomalias. O atraso na passagem das primeiras fezes poderia ter

muitas causas, como o peristaltismo atrasado, fraqueza da parede abdominal, esfíncter contraído e acúmulo de fezes mais comumente no sigmóide ou ceco.

Além disso, o autor aconselhava a tentativa de se promover uma evacuação antes do início das mamadas, e para tal um enema como solução salina ou o uso de supositório de glicerina poderiam produzir os efeitos desejados. Uma vez que a permeabilidade do trato intestinal fosse estabelecida as evacuações intestinais seriam geralmente espontâneas (HESS, 1922). Ainda, no que tange as eliminações, Hess e Lundeen (1949) destacavam a importância da verificação do primeiro episódio de diurese e eliminação de mecônio, ratificando o dito em 1922.

## 5.6 – VESTIMENTAS

Outra medida, visando sobretudo a manutenção da temperatura corporal, referia-se ao uso de vestimentas, explicado pelo fato de que o corpo do prematuro deveria ser isolado por roupa adequada (HESS, 1922).

As justificativas para o uso de roupas em recém-nascidos também pautavam as recomendações feitas por Budin (1907), ao apontar para o uso de tecidos de lã envolvendo cabeça, membros e tronco na prevenção da hipotermia. Da mesma forma, segundo Neto et ali (2013, p. 195), no artigo intitulado “Cuidados prestados ao recém-nascido: higiene e roupa, no século XIX”, as preocupações pertinentes ao enxoval do recém-nascido envolviam características quantitativas e qualitativas, quando era considerado “bem vestido ao usar uma touca e duas vestes amplas e bem longas, a inferior de pano fino e macio, a superior de lã mais ou menos fina, conforme a estação, juntando-se a isto os sapatinhos de lã”.

O uso da touca, por exemplo, era recomendado com a finalidade de “fazer compressão da cabeça para se evitar deformações acompanhadas de alienação mental”. Recomendava ainda que a mesma deveria ser de material leve, com poros com a finalidade de aquecer a cabeça, “não produzindo aquecimento excessivo aos órgãos contidos na calota craniana e chamava a atenção que o descuido poderia conduzir para convulsão, meningites e afecções do couro cabeludo” (NETO et ali, 2013, p. 195).

Nessa perspectiva, as recomendações quanto as vestimentas, abordado nesta seção, fazem menção ao uso tanto para os recém-nascidos acomodados em berços ou incubadoras. Hess (1922) aconselhava o planejamento de um guarda-roupa antes do trabalho de parto. As roupas deveriam se ajustar ao corpo confortavelmente, fornecendo apenas uma fina camada

de ar entre o corpo e a vestimenta. Além disso, o material deveria ser selecionado com algum conhecimento sobre o método pelo qual o calor externo era fornecido. A cabeça e as extremidades, exceto o rosto, devem ser igualmente protegidas.

Conforme já mencionado na seção 3, o bebê ao nascer seria recebido em um cobertor quente e imediatamente colocado em um berço aquecido ou incubadora. Segundo Hess (1922), se um vestuário especial não estivesse disponível, a criança precisaria ser imediatamente envolvida em um pequeno cobertor de lã com capuz – considerado um vestido, ou em uma combinação de algodão, que poderia ser fixado sobre o corpo frouxamente por bandagens ou alfinetes de segurança. A maior desvantagem de tal vestido, para Hess (1922), seria a limitação dos movimentos do corpo, que era de considerável importância mesmo nessas crianças. Toda pressão e constrição deveriam ser evitadas. Nesse sentido, pode-se inferir a visão do autor na questão do desenvolvimento físico e muscular, visto a importância dada a movimentação de membros e do corpo como um todo.

Anteriormente à obra de Hess, Budin (1907) recomendava o uso de vestimentas leves, de modo a não restringir os movimentos, com o benefício de conservar o calor, principalmente em situações de possíveis falhas na troca de água quente das incubadoras à época.

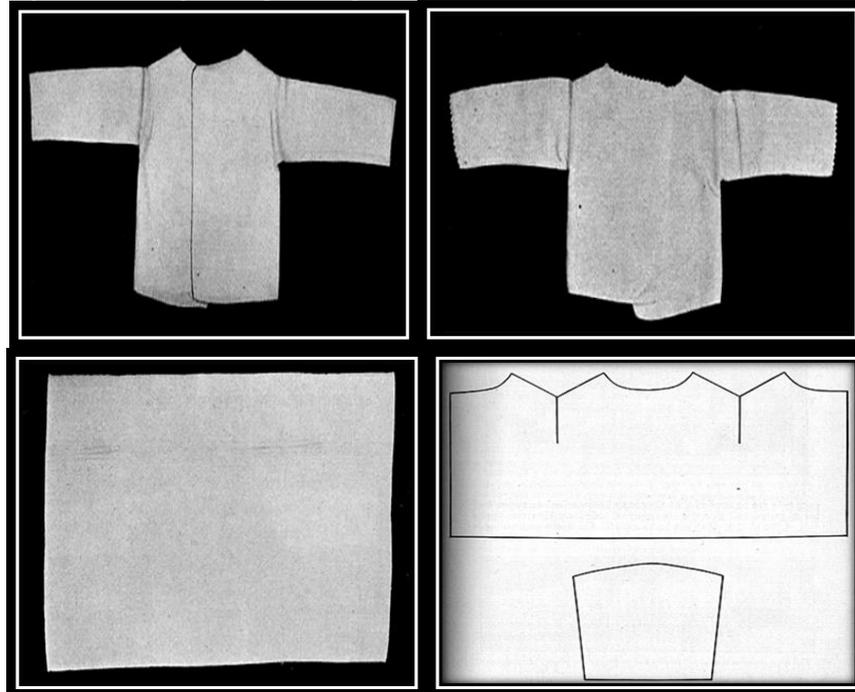
Hess mencionava que os elementos essenciais das vestimentas seriam: manter bom isolamento térmico, oferecer proteção contra as alterações de temperatura, estar limpo, e ser de fácil aplicação e remoção com uma manipulação mínima da criança. Em situações de emergência e em crianças muito pequenas e doentes, estas indicações deveriam ser atendidas temporariamente, por um envoltório completo de algodão, porém, assim que seguro e conveniente, o recém-nascido deveria ser vestido com trajes simples e facilmente aplicado, preferencialmente com peças separadas para os membros superior e inferior. Para a troca de fraldas sujas, somente a metade inferior das roupas necessitariam ser removidas. Do mesmo modo, para esses pequenos recém-nascidos que apresentassem episódios de vômitos, o uso de peças individuais também era vantajoso. E dessa forma, somente para a realização do banho é que se deveria despir completamente o recém-nascido.

Quanto aos modelos e tipos de vestimentas, Hess pontuava que diversos modelos deveriam ser fornecidos. Fazia, para tal, diferenciações de acordo com o leito no qual o recém-nascido estava acomodado, entendendo por incubadoras e berços.

A partir dessa concepção, ele definiu que para berços<sup>47</sup>, todas as peças de vestuário, exceto as fraldas, deveriam ser feitas de flanela leve. E assim, um conjunto de roupa deveria ser composto de: bandas de lã de tamanho pequeno, camisolas de lã, camisa de mangas longas, saias, meias de lã, fraldas, almofadas, babadores e um saco de lã, que seria uma peça única, com uma fenda ao longo da parte superior na parte frontal para permitir a passagem sobre a cabeça. O saco deveria ser aberto na parte inferior para permitir que a troca de fraldas fosse realizada, bem como os cuidados gerais da criança. A camisa de mangas longas deveria ser um pouco mais comprida e maior do que a camisola e poderia ser feita de material referido como pique francês, que, segundo o autor, era menos impermeável ao ar se comparado a flanela. Na ausência de um saco de dormir, o bebê poderia ser envolvido em um cobertor de flanela, aplicado de modo que a parte superior formasse um capuz. Para os recém-nascidos acomodados em uma incubadora, o saco de dormir e o cobertor seriam desnecessários.

A imagem do *fac-símile* n.31 ilustra a sugestão apontada na obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*, para o vestuário do recém-nascido.

Imagem n. 31: Sugestões para roupas a serem utilizadas no recém-nascido em 1922.



Fonte: HESS, 1922.

No canto superior à esquerda da imagem do *fac-símile* n. 31 tem-se uma camisa aberta ao centro, de mangas compridas, entendidas no contexto da obra como (camisa “de dentro”), em virtude de por cima desta, ser recomendada a colocação de uma segunda peça,

<sup>47</sup> Entendido como berços sem aquecimento externo.

representada no canto superior a direita, de mangas um pouco mais compridas que a anterior (camisas “de fora”), entendendo que ambas as peças protegeriam o tronco do recém-nascido. Uma terceira peça, mostrada no canto inferior esquerdo da mesma imagem, consta de um tecido de pique francês, de formato quadricular, o qual era fixado às camisas, com o intuito de proteger os membros inferiores. Em seguida, um molde para as camisas e mangas está demonstrado no canto inferior à direita da imagem em apreço.

Para melhor elucidar a terceira peça descrita anteriormente, entendida como um cobertor ou saia para a proteção da parte inferior do recém-nascido, as imagens do *fac-símile* n.32 e n.33, ilustram um recém-nascido antes e após o uso da mesma, respectivamente. Observa-se que os membros superiores, tanto na imagem n.32 como na de n.33, estavam contidos com alguma restrição do movimento, fato que contradiz o dito pelo próprio autor ao destacar os objetivos das vestimentas.

Imagem n.32: Recém-nascido, trajando camisas de mangas compridas



Imagem n.33: Recém-nascido, trajando camisas de mangas compridas e cobertor para os membros inferiores



Fonte: HESS, 1922.

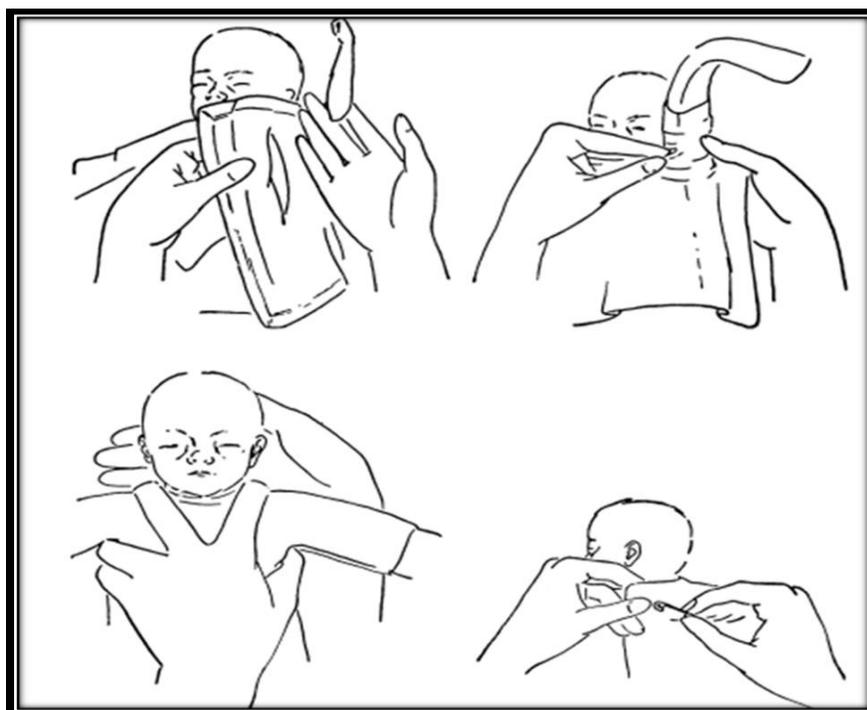
É pertinente destacar, mais uma vez, que anos mais tarde, Hess junto a enfermeira Lundeen (1949), também traziam detalhamento semelhante quanto às vestimentas necessárias ao recém-nascido, incluindo, contudo, as mesmas imagens trazidas nos *fac-símiles* n. 32, n.33 e n.34.

Essa assertiva corrobora para depreendermos que, no que tange o uso de vestimentas e as orientações voltadas para tal, poucas alterações foram feitas no hiato dos vinte e sete anos entre as obras *Premature and Congenitally Diseased Infants* e *The Premature Infant: its medical and nursing care*. Contudo, há de se pontuar que o embasamento para o uso das

vestimentas pautado na prevenção da hipotermia teve antecessores como Budin, no início do século XX.

Quanto ao modo de vestir o recém-nascido, Hess (1922), mencionava que a roupa deveria ser colocada rapidamente, sem excesso de exposição. Anos mais tarde, junto a Lundeen (1949), esse apontamento ganhou uma ilustração, conforme mostrada na imagem do *fac-símile* n. 34.

Imagem n. 34: Descrição ilustrativa do passo a passo de como vestir o recém-nascido



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949, p.76.

Nota-se que a imagem n.34 ilustra quatro momentos, entendidos como etapas a serem cumpridas quando se veste um recém-nascido. No canto superior esquerdo da imagem tem-se um bebê com o membro superior esquerdo levantado, amparado entre o dedo indicador e médio, da mão direita, de quem o veste. A mão esquerda da cuidadora responsável pela colocação da vestimenta segura parte desta roupa, que podemos inferir ser o que se assemelha a manga. No segundo momento, no canto superior direito da imagem, a cuidadora utilizando as duas mãos, o bebê tem então a manga passada por seu membro superior esquerdo. É cabível destacar que o lado direito do recém-nascido já está vestido conforme se apresenta a seguir no canto inferior esquerdo da imagem n.34, quando, após a colocação do membro esquerdo na vestimenta, a cuidadora posiciona a palma da mão esquerda sobre o tórax anterior do recém-nascido e parte da mão direita dá suporte a região dorsal da cabeça. Depreende-se

que este posicionamento permitiria virar o recém-nascido para a posição de decúbito ventral, conforme aludido no canto inferior direito da imagem, no intuito de finalizar a colocação da vestimenta utilizando um alfinete.

Percebe-se que, no que se refere ao uso de vestimentas nos recém-nascido, poucas alterações foram traçadas durante meados do século XX, sendo as mesmas idéias ratificadas por Hess e Lundeen, em 1949, seja pelo uso textual ou imagético.

## 5.7 – ALTA DO RECÉM-NASCIDO

Diante dos cuidados propostos na obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*, descritos até o momento, é oportuno elucidar quanto ao preparo de alta deste recém-nascido que ficou internado, sob a realidade e modelo norte-americano. Com base na obra, pequenos trechos apontavam que o ambiente da casa deveria ser preparado para situações de nascimentos fora do âmbito hospitalar, e, paralelo a isso, a estrutura a ser montada deveria ser semelhante à do hospital a fim de prestar todos os cuidados necessários, principalmente no que tange a prevenção da hipotermia.

A menção mais direta da alta na vertente hospitalar, cabia a realização do exame físico, o qual tinha a recomendação de ser feito no próprio dia da alta, com necessidade de orientações direcionada à mãe, pertinentes a alimentação e fontes de calor externo. Em contrapartida, em todo trecho selecionado para o presente estudo, a presença da figura materna e paterna no interior das unidades de cuidado foi minimamente citada, exceto para cuidados com a mama e alimentação (HESS, 1922). Essa assertiva nos leva a refletir acerca da dificuldade, à época, em inserir esta mãe nos cuidados do recém-nascido no âmbito de casa, influenciado, sobretudo, pelo vínculo possivelmente não criado entre ela e seu filho.

A priori, merece destaque que as orientações voltadas para a alta do recém-nascido passam a ser pontuadas com maior destaque em 1949, ao que parece ser mais um indício da presença da enfermeira na obra. Isto posto, as orientações para alta pautavam-se no cuidado referentes ao manuseio, realização do banho, colocação de vestimentas e prevenção da hipotermia, envolvendo o ensino da verificação da temperatura. Sob supervisão da enfermeira, a mãe deveria realizar estas atividades ao menos uma vez, antes da alta propriamente dita, e, para isso, ficaria no hospital junto ao filho de um a cinco dias, entendendo que desta forma a mesma poderia cuidar do recém-nascido em casa, menos apreensiva.

Em suma, a concepção ditada na obra de Hess junto a Lundeen, permeava as ideias no cuidado pós-alta, envolvendo a preocupação com o desenvolvimento do recém-nascido após sua saída do hospital. Para isso, consultas ao domicílio eram promovidas pela enfermeira Lundeen, no intuito de prestar orientações que viessem a ser necessárias com foco principalmente na alimentação (BULLOUGH e SENTZ, 2000).

É possível apontar que a partir da preocupação com o prognóstico do recém-nascido diante de sua alta hospitalar, tinha-se o entendimento de que a qualidade da alta também estaria implicada nessas concepções, vislumbrando-se no contexto, a dimensão do cuidado envolvido na casuística de não causar danos. Tal assertiva pode ser corroborada pelo fato de que, Julius Hess (1922), no fechamento de sua obra, trazia um capítulo destinado somente as conclusões de prognósticos e resultados após a alta hospitalar, abordando características do desenvolvimento físico, motor e neurológico, sobretudo do prematuro. Esta preocupação, nos leva a inferir que as altas verdadeiramente aconteciam, visto que os resultados obtidos serviam de guias para a proposta de novos cuidados, no entanto não se tinha descrito, mais uma vez, o papel da mãe e a orientação para casa.

## **5.8 – EFEITOS DO CUIDADO**

Mediante aos enxertos abordados ao longo das seções anteriores e suas subdivisões é inegável que as medidas e cuidados propostos por Julius Hess em sua obra *Premature and Congenitally Diseased Infants* objetivaram melhorias nos índices de mortalidade, sobretudo em solo norte-americano, pautado por princípios como prevenção de hipotermia e infecções. Fato também que estes direcionamentos, envolvendo erros e acertos inerentes à prática à época, foram alicerçados por conhecimentos adquiridos de seus antecessores como Pierre Budin, assim como outros mencionados em estudos no século XIX. Não obstante é possível empreendermos que certo êxito foi alcançado no decorrer do século XX, os quais podem ser corroborados por dados estatísticos apresentados nos prefácios da primeira e segunda edição do livro *The Premature Infant: medical and nursing care*, escrito por Hess e tendo como co-autora a enfermeira Evelyn Lundeen.

Assim, os dados apresentados na tabela n.02 e 03, apontam respectivamente para o aumento da taxa de natalidade entre os anos de 1930 e 1947, em Illinois e Chicago, justificado por melhorias no pré-natal, principalmente face ao controle da sífilis. Ademais, é plausível

ressaltar os índices decrescentes na taxa de mortalidade neonatal entre os anos de 1930 e 1947, fruto da assistência prestada aos prematuros e congenitamente doentes.

Tabela n.02: Taxa de natalidade por 1000 habitantes

LOCALIDADE / ANO	1930	1940	1947
Illinois	20,5	15,6	23,3
Chicago	17,2	15,0	23,1

Fonte: HESS e LUNDEEN, 1941 e 1949

Tabela n.03: Taxa de mortalidade neonatal por 1000 nascidos vivos

LOCALIDADE / ANO	1930	1940	1947
Illinois	56	35,1	28,4
Chicago	53,4	28,8	27,2

Fonte: HESS e LUNDEEN, 1941 e 1949

Pela vertente dos dados apresentados, é plausível apontar que êxitos no aumento da natalidade, aliados à redução da mortalidade neonatal foram alcançados. No entanto, como anteriormente mencionado, estes feitos tiveram influências francesas, ao se considerar obras e publicações reconhecidas como a de Pierre Budin. Entendendo que o conhecimento é algo a ser aprimorado constantemente, depreende-se que Hess “colocou em prática” o aprendido, por meio certamente da obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*.

Apesar da interferência francesa nos preceitos norte-americanos, na proposta dos cuidados direcionados ao prematuro é destarte apontar que Julius Hess firmou a prática destes cuidados na temporalidade de sua obra, almejando o alcance visualizado pelos dados anteriormente explanados. Sob esta perspectiva, sua obra foi um marcador temporal, que, por sua vez, também influenciou outras publicações, a saber: duas obras, de autoria de Ethel Dunham, pediatra americana: *Standards and recommendations for Hospital Care of Newborn Infants*<sup>48</sup>, de 1943 e *Premature Infants: a manual for physicians*<sup>49</sup>, de 1948.

Nesse recorte temporal, cabe ratificar que a obra *Premature and Congenitally Diseased Infants* e, por conseguinte a proposta de cuidado explanada, por si só, também subsidiou o conteúdo compreendido nas publicações do próprio Hess em parceria com

<sup>48</sup> Normas e recomendações para o cuidado hospitalar de recém-nascidos, a termo e prematuro.

<sup>49</sup> Prematuros: um manual para médicos.

Lundeen, conforme mencionamos por diversas vezes ao longo deste estudo, tanto na primeira como na segunda edição de *The Premature Infant: medical and nursing care*. Obviamente, como também já dito, a presença/inserção da posição da enfermeira ditando estes cuidados pode caracterizar-se como outro marcador em meados do século XX.

Isto posto, pode ser justificado pelas posteriores publicações que passam a mencionar a obra de Julius Hess e Evelyn Lundeen como intermediário da prática dos cuidados propriamente dito, exemplificado pela obra de Dunham, em 1948, quando se fazia menção à primeira edição do livro de Hess e Lundeen (1941), empregando-a para embasamento na descrição de cuidados com a manutenção da temperatura corporal utilizando vestimentas.

Havia, portanto, a necessidade de trazer à baila não somente apontamentos médicos, mas também embasamentos inerentes ao cuidado manual e direto ao recém-nascido, a julgar de propriedade das enfermeiras. Obras que ratificam o dito são: *Tratado de Pediatria*, de Nelson, datado de 1956 e *Enfermeria Obstetrica*, de Bookmiller e Bower, em 1959. Fato a ressaltar é que ambas as obras supracitadas, não foram publicadas em solo americano, mas sim na Espanha e México, respectivamente, o que sinaliza o alcance dos cuidados propostos a época.

Ainda, cabe assinalar um terceiro marcador, entendido como produto da proposta americana de cuidados aos prematuros, balizado pela obra de 1922 de Hess, que condiz ao firmamento e importância dos preceitos da enfermagem em meio acadêmico, empreendido no certame da obra *Care of the premature infant*, tendo como autora principal Evelyn Lundeen, em 1958.

Conclui-se que os cuidados propostos em *Premature and Congenitally Diseased Infant*, à luz de Julius Hess, tiveram seu reconhecimento entendidos, seja por meio dos dados estatístico, por resultados descritos em publicações nacionais e internacionais, pela similitude destas propostas em documentos de maior abrangência como o Plano de Chicago, além do paralelo do qual não se pode declinar, visto que muitos dos cuidados proposto à época, ainda são empregados na prática atual na UTIN, ou mesmo, busca fazê-los, na concepção de assistência humanizada e de qualidade.

Em suma, os efeitos dos cuidados propostos, embasados pela perspectiva dos estudos históricos são infindáveis, entendendo que proporcionam reflexões no presente a cerca de onde viemos e o que fazemos, além de suscitar questões, que sem conhecer o passado, tais assertivas construídas no presente ficam fragilizadas.

## CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS (VISÃO DO PREMATURO)

### “Carta ao século XXI”

Illinois, Segunda-feira, 2 de abril de 1923.

Prezado leitor,

Venho contar e descrever o contexto do meu nascimento. Não contarei à toa, sem propensão. Contarei porque entendo que o meu viver, ou melhor, o meu nascer e a abordagem para a minha sobrevivência ajudará outros autores, pesquisadores e profissionais da área, assim como outros bebês nascidos antes do tempo previsto a receberem um cuidado mais direcionado e humanitário.

Um pouquinho da minha história...

Meus pais trabalhavam em uma indústria, aqui em Chicago, cidade de Illinois, nos Estados Unidos. Eles possuíam uma carga horária dura de trabalho, algo influenciado pelo momento pós 1ª Guerra Mundial e pela cultura que se instalava à época nos Estados Unidos. Minha mãe, com 20 anos, era casada com meu pai, um afro-americano, há 2 anos e resolveram que seria hora de ter um bebê e aproveitar o bom momento econômico que viviam.

Infelizmente, minha mãe tinha sífilis, doença que assolava muitas mulheres no século XX, possivelmente, pela doença e pelo excesso de trabalho, eu nasci antes do tempo.

Nesta época, era notório o grande investimento para que eu e todos os outros bebês em situações semelhantes, que viessem a nascer antes do tempo, tivéssemos boas condições para sobrevivermos. Não sou bobo, entendi muito bem que não seria bom para a população dos Estados Unidos que eu tivesse alguma sequela e influenciasse, negativamente, as características da população, bem como o crescimento econômico à época. Também, já havia escutado de meus avós falando que na França algo parecido acontecia, mas que lá havia a intenção de aumentar a taxa populacional e de natalidade, para que quando os bebês como eu, crescessem, pudessem lutar na Guerra... Pensamentos de gente adulta!!

Enfim... Nasci aos 13 dias do mês de janeiro do ano de 1923, era um sábado. Chovia e fazia muito frio no inverno rigoroso, no estado de Illinois. Minha mãe passou mal em casa e foi encaminhada ao *Hospital Michael Reese*, onde trabalhava um médico chamado Julius Hess e minha mãe dizia que ele possuía experiência no cuidado aos prematuros.

Segundo meus pais, ele tinha acabado de publicar um livro importante nos Estados Unidos chamado *Premature and Congenital Diseases Infants* e trabalhava em parceria com a Evelyn Lundeen, enfermeira bastante séria e comprometida com o serviço – essas eram as palavras de minha mãe.

Chegando ao hospital, após algumas perguntas e anotações iniciais, minha mãe foi encaminhada a uma sala montada e preparada para me receber. Algumas horas depois, mamãe sentindo muitas dores, deu um gemido e eu nasci. Muito assustado, eu não respirei. Lembro-me de um ambiente meio em penumbra e uma enfermeira me embrulhando em uma grande toalha tipo flanela bem quentinha, que tinha um capuz para proteger a minha cabeça. Nesse momento, o médico cortou um cordão que me ligava a minha mãe. Ouvi falar que isso aconteceu, quando não sentiram mais os batimentos do meu coraçãozinho, nesse cordão...Coisa estranha, mas depois mamãe me explicou que era normal.

Ainda sem chorar, me colocaram em uma superfície também aquecida. Que bom! Mas logo em seguida... Ops!! Senti algo dentro do meu nariz e boca. Coisa estranha... O que é isso? Depois fiquei sabendo que era uma borracha para retirar secreção do meu nariz e boca.

Depois desse susto, resolvi chorar. Neste momento, minha mãe e as outras pessoas devem ter ficado aliviadas. Não sei o porquê, mas por vezes ouvi falar que eu era muito pequeno, fraco, fracote e imaturo.

Assim, eu, um menino americano, cheguei ao mundo pesando 1.100 gramas, tendo ficado 7 meses e meio na barriga de minha mãe, e agora estava prestes a passar pelos cuidados em uma unidade para prematuros, onde quem de verdade cuidaria de mim não seria minha mãe e nem meu pai, mas enfermeiras, estudantes de enfermagem e demais pessoas treinadas e com disponibilidade e dedicação para tal.

Depois que, finalmente, chorei, permaneci enrolado em uma capa de flanela, com pequenos chumaços de algodão em minha genitália. Além disso, foi colocado um tal de nitrato de prata a 1%, uma gota em cada olhinho meu. Posteriormente fui acomodado em uma caixa quentinha, que era chamada de incubadora e com frequência, alguém vinha me olhar e fazia anotações.

No segundo dia após meu nascimento, eu continuava na incubadora. Comportei-me bem. Mantive uma temperatura retal de 98° F (36,6°C), por maior parte do período, e por isso a enfermeira fez uma higiene corporal em mim e fiquei limpinho. Ouvi falar que o banho mesmo só depois que eu crescesse um pouco. Achei legal isso! Só foi estranha a sensação de algo bem gelado no meu umbigo, mas era álcool. Ganhei vestimentas, me senti acolhido e protegido, vestindo a camisa de mangas longas.

A cada três horas passavam uma borracha na minha boca para eu comer. Essa é a parte chata... Não por comer, mas pelo desconforto dessa borracha. O bom é que recebia leite que minha mãe retirava por ordenha manual. Caso ela não estivesse presente, outras mães doavam leite para bebês como eu. Essas mulheres eram chamadas de amas de leite.

Alguns dias se passaram e eu continuava internado, mas melhorando e ganhando peso, como as enfermeiras falavam. Minha mãe vinha me visitar algumas vezes e eu ficava contente por isso...

Tinha um homem, de cabelo branquinho e de óculos, era o Julius Hess... Ele passava com frequência pelas incubadoras e discutia com outros médicos o meu caso e de outros bebês internados. As enfermeiras e mulheres que cuidavam de nós participavam desse momento, entendi que, por vezes, elas tinham mais experiências que os médicos novos, recém-chegados.

Uma delas – acho que era Evelyn Lundeen – sempre falava para mexerem pouco em mim e nos meus amiguinhos internados. Dizia que quanto menos fossemos manipulados, melhor!! O banho e a verificação de peso não aconteciam todos os dias... E eu adorava!! Dessa forma, conseguia ficar quietinho e calmo por um bom tempo e assim aproveitava para observar...

Via a preocupação de todos com a lavagem das mãos e o uso de roupas específicas, toucas e máscaras antes de cuidarem de mim. Aliás, como minha mãe tinha sífilis, eu estava acomodado em um lugar diferente de outros bebês que, também, nasceram antes do tempo, mas que suas mães não tinham doença alguma. Chamam de berçário de isolamento – acho que é isso!

Dois meses se passaram... Comecei a ouvir às pessoas passarem algumas informações para a minha mãe sobre como ela deveria cuidar de mim, quando eu fosse para casa. Falava-se muito do cuidado com o frio e a alimentação. E meu pensamento era: - Já já vou embora!!!

Então, quase 80 dias depois que nasci, estava indo para casa. Posso dizer que nascer nos Estados Unidos, em pleno início do século XX, foi “emocionante”! Vi coisas erradas acontecendo, amiguinhos morrendo por erros!! Vi investimentos financeiros acontecendo e pessoas sendo treinadas para executar o cuidado de melhor qualidade e segurança. Sim... Segurança já era discutida quando nasci... por isso eu tinha pulseira e cartão de identificação. Aprendi que o “menos era mais”.

Parecia que os grandes aparelhos só funcionavam bem e de forma correta, porque tinham pessoas comprometidas e entendidas ali por perto. Parecia que a preocupação com a tecnologia, apesar do grande incentivo ao desenvolvimento à época, era um segundo plano, e que o mais importante era que eu ficasse calmo e tranquilo. Desta forma, recebi alta para casa com minha mãe, apesar de poucas orientações, pesando 2.300g.

Queria ter a certeza de que daqui a 90 anos, lá pelo século XXI, próximo a 2016 talvez, tudo possa estar melhor para que bebês prematuros, como eu, sobrevivam. Espero, também, que os médicos, enfermeiros e todos que cuidam de bebês, entendam que nenhum equipamento e/ou tecnologia sofisticada substitui a minha mãe, nem o carinho e o afago de uma mão apoiada sobre mim.



J. P.G.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência direcionada ao recém-nascido, sobretudo ao prematuro, ainda, constitui uma das preocupações dos profissionais da área da saúde sob muitos aspectos, sejam eles humanitários e/ou desenvolvimentistas, apesar de avanços descritos na área da tecnologia de equipamentos e aperfeiçoamentos em cuidados e tratamentos, aliados à melhoria na assistência durante o pré-natal, com o intuito de minimizar a ocorrência do parto prematuro e suas consequências.

É plausível, com base em literaturas nacionais e internacionais sobre a temática, compreender o emprego de terapias como, o corticóide antenatal e o surfactante exógeno, extraído de fontes bovinas e suínas, objetivando a redução da morbimortalidade dessa população.

Medidas como estas, certamente, influenciaram e influenciam condutas com a redução das taxas de mortalidade de recém-nascidos cada vez mais prematuros. Neste sentido, o investimento em prematuros com idade gestacional cada vez menor, coloca a assistência neonatal no foco para a responsabilidade de se refletir e discutir a morbidade como fator preponderante para a organização do dia a dia do cuidado prestado.

A reflexão acerca da assistência prestada articulada à discussão com relação ao cuidado, permeia os estudos atuais em diversas áreas do conhecimento, envolvendo respaldos e condutas sob a vertente de legislações cabíveis, voltadas ao favorecimento da relação mãe e filho como precursor, com o intuito de minimizar os agravos do ambiente hostil que pode ser uma Unidade de Tratamento Neonatal.

É intrínseco pensar na unidade neonatal como ambiente necessário ao cuidado do recém-nascido prematuro. No entanto, o desafio é permitir e tornar este local “similar” ao ambiente intrauterino. Em outras palavras, é possibilitar que a UTIN seja um ambiente calmo, sem ruídos, com momentos de penumbra, com o objetivo de estimular o ciclo de cortisol e de sono e vigília, associado ao mínimo ou desnecessário manuseio, provocando hiperestimulação, o que se apresenta como um conjunto de estímulos negativos ao desenvolvimento ao recém-nascido.

O conceito de favorecer o desenvolvimento neurocognitivo permeia os cuidados prestados. Porém, o mesmo se configura como um desafio atual na prática assistencial no âmbito da UTIN, quando por vezes, o excesso de trabalho e o reduzido número de

profissionais de enfermagem destinados ao cuidado são fatores que dificultam o emprego das medidas anteriormente citadas. Além disso, a possível descrença que o cuidado para além do aparato tecnológico possa surtir algum efeito, bem como a dificuldade em se visualizar a morbidade gerada por uma falta desses apontamentos, em virtude da inexistência de um *follow-up* de acompanhamento em boa parte das instituições hospitalares, principalmente as de caráter privado, também contribuem para o exposto.

Estas reflexões são próprias, a partir de minha experiência como enfermeira especialista em cuidados neonatais, atuando há mais de dez anos em UTIN e posso inferir que estas fazem parte do panorama atual da realidade. Posto isto, o presente estudo possibilitou, entre outras conclusões, inferir os quão similares e ao mesmo tempo diferentes são os cuidados abordados como prática em meados do século XX.

É sabido que a assistência voltada ao recém-nascido e ao prematuro teve início ao final do século XIX, quando por inúmeras questões políticas e sociais, ocorreu o direcionamento para que esta população pudesse ter atendimento especializado. Anteriormente, acreditava-se, por exemplo, que uma seleção natural trataria por levar a óbito, recém-nascidos e crianças considerados menos capacitados à sobrevivência.

Sob a mesma perspectiva, pesquisadores e literaturas referenciam que no início do século XX, os prematuros considerados como fracos não teriam condições fisiológicas e maturidade para sobreviverem fora do ambiente intra-uterino. Com base neste panorama, duas potências despontaram para o interesse em investir na área do cuidado ao recém-nascido, sobretudo o prematuro, a saber: França e Estados Unidos.

A França, como precursora dos cuidados voltados ao recém-nascido, se colocou com a preocupação de elevar a taxa populacional, a qual estava comprometida, devido a óbitos ocorridos em conflitos anteriores. Nesse momento, o investimento para possibilitar a sobrevivência desta população vulnerável – os prematuros, em longo prazo, poderiam levar a formação de indivíduos destinados a lutar pela sua nação em futuras guerras.

Aliado a isso, obstetras à época passaram a entender que conceitos atrelados a prevenção da hipotermia, à alimentação e prevenção de infecções seriam norteadores para a busca na qualidade do cuidado prestado. Foi, justamente, no domínio desses conceitos que a ideia de adaptar uma incubadora para ovos de aves ao cuidado do recém-nascido, que precisavam de um suporte extra para a manutenção da temperatura corporal, pode-se inferir

ter sido um “ponto de partida” importante, no que concerne ao cuidado para a sobrevivência de prematuros.

Em contrapartida, é cabível avançar na reflexão crítica desse momento. Para conclusões posteriores, a priori, é preciso enfatizar que apesar deste trabalho não ter se aprofundado no uso do equipamento propriamente dito – a incubadora, literaturas embasam o fato de que o advento dela não foi em particular o que alterou o panorama da assistência ao prematuro. A alta mortalidade relatada nas primeiras tentativas de organização de berçários para prematuros direciona à crítica, entendendo que, apesar da existência e aprimoramento deste equipamento, severos questionamentos sobre o investimento nesta clientela, nas incubadoras e no cuidado ao prematuro foram feitos. Neste sentido, a mão de obra especializada no cuidado precisaria ser valorizada.

Somado a estes aspectos havia, indiretamente, a barreira criada pelo uso das incubadoras que começou a se tornar questionáveis pelos pesquisadores à época, em virtude dela ser usada como possível substituto de mães.

Do mesmo modo, literaturas que retratam à época, nos faz inferir que a solução tecnológica que envolvia a incubadora, em diversas ocasiões, pode ter sido um recurso estratégico para trazer o foco ao recém-nascido, versando no intuito de arrecadação de ajuda monetária para aprimoramento e aperfeiçoamento do equipamento. Deduzimos que tal fato pode ser ratificado pelas Feiras de Exposições promovidas no início do século XX, as quais eram consideradas como grandes eventos nos locais onde eram realizadas, gerando recursos financeiros por parte dos envolvidos, assim como, os possíveis espectadores e visitantes.

Críticas foram pontuadas envolvendo as exposições dos prematuros e os riscos que tal situação denotava, principalmente porque era entendido que para ela funcionar de modo adequado e seguro, médicos pediatras deveriam fazer parte do corpo clínico, o que inicialmente não ocorria, ficando ela, prioritariamente, sob a organização de obstetras.

No entanto, o fato é que o aprimoramento dos equipamentos ocorreu de forma pontual com auxílio de pesquisadores obstetras, aliados a estudos estatísticos como os realizados por Pierre Budin. Esses estudos também foram demonstrados em suas publicações, dentre elas: *The Nursling: the feeding and hygiene of premature and full term infants*, datadas de 1900 e 1907, e trouxeram conceitos primordiais para o cuidado neonatal como os referentes à alimentação e à manutenção da temperatura corporal. Não obstante, estes dois conceitos, ainda, permeiam as atuais ações nas UTIN, como anteriormente discutidas. Isto implicou

trazer à baila que o direcionamento e o foco das ações de Pierre Budin acabaram por tangenciar o grupo de prematuros entre 2000 a 2500 gramas.

É possível inferir que os estudos e experiências de Pierre Budin e seus seguidores atravessaram outros países. A possibilidade de investir na população neonatal com perspectivas futuras, também, passou a despertar interesse de outros grupos – os pediatras. Além disto, o conceito de que o cuidado ao recém-nascido deveria ir além daqueles prestados em sala de parto, tangenciou considerações maiores de que a unidade neonatal merecia, portanto, um olhar direcionado e/ou especializado.

Sob estas vertentes, o surgimento e a entrada dos Estados Unidos na conjuntura do cuidado voltado ao prematuro passaram a ser representativos. À época, início do século XX, havia a preocupação dos Estados Unidos com o “futuro da nação”. Após a 1ª Guerra Mundial, abarcado pelo crescente esforço político e econômico para que houvesse crescimento industrial e seu destaque como potência financeira, era preciso investir, conseqüentemente, em mão de obra, sobretudo, para dinamizar estas idealizações.

Em meio ao pensamento de que a qualidade era melhor que a quantidade, era preciso ter massa populacional inteligente, competente e com capacidade para atuação em setores economicamente importantes no país. Assim, pode-se deduzir que não seria interessante para os Estados Unidos, familiares com indivíduos acometidos por algum agravo ou consequência do nascimento prematuro sem assistência devida. Dito de outra maneira, era realidade à época as ocorrências de partos prematuros por excesso de trabalho e doenças maternas como a sífilis, gerando números significativos de recém-nascidos nessa situação.

Outras possibilidades podem ser apontadas para compreender a entrada dos Estados Unidos nessa disputa pelo cuidado ao recém-nascido, qual seja: o fato das apresentações das Feiras de Exposição do continente europeu para o americano. Neste caso, depreendemos que isto pode ter culminado, possivelmente, no despertar para os investimentos. Aliado a este pensamento, para que as feiras acontecessem de modo seguro, após algumas críticas, como em outro ponto mencionado, deveria haver um pediatra para respaldar a segurança da realização das mesmas.

Nesse contexto, sob as mãos do pediatra americano Julius Hess, os cuidados ganharam força. Isto posto, é pertinente o entendimento de que ele se aproveitou dos conceitos difundidos, anteriormente, para promover melhorias em seus próprios estudos e métodos assistenciais, por meio de publicações e conceitos aplicados. Entendemos, portanto, que este

fator não minimiza a importância de seus apontamentos, haja visto, inclusive, no meio acadêmico, justificado pelas inúmeras publicações lançadas, estudos difundidos e bons índices, sobretudo na redução da mortalidade e aumento na natalidade ao longo dos anos de atuação no *Hospital Sarah Morris* a citar.

Não é possível declinar da informação que o foco do cuidado direcionado aos menores de 2000 gramas, possivelmente alavancaram a entrada de Julius Hess no campo neonatal, visto que o conceito e os cuidados propostos, advindos da França, por Budin, estavam apontados para um grupo situado entre 2500 e 2000 gramas de peso no nascimento.

Em suma, é possível que estes aspectos, envolvendo estratégias populacionais, a introdução das feiras de exposição e o investimento na melhoria da sobrevivência dos prematuros como perspectiva para resolução dos problemas políticos e sociais do país, bem como o “novo” foco do grupo de prematuros a receberem investimentos, possibilitaram êxitos nas ações de Julius Hess, tanto em nível acadêmico como assistencial.

Atrelado a isso, é fato mencionar que o interesse de Julius Hess foi embasado e favorecido pelo apoio financeiro que recebeu da *Infant's Aid Society*, permitindo investimentos próprios, direcionados ao aperfeiçoamento de equipamentos, como as incubadoras de transporte e as acopladas ao oxigênio.

Nesta perspectiva, se faz necessário retomar a reflexão de que Julius Hess entendia a incubadora como um equipamento para a assistência aos prematuros no ambiente domiciliar e hospitalar. No entanto, depreendemos diferenciar o cuidado prescrito por ele, exemplificado pela obra em apreço, o fato de que o mesmo vislumbrava que a incubadora por si só não se traduzia em “resolução dos problemas”. Ao contrário, expressava o fato de que o equipamento e seu bom funcionamento deveriam estar atrelados ao contexto de apoio e, nesse ínterim, a enfermeira ganhou destaque.

Nota-se, com base na obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*, que os cuidados propostos permeavam conceitos relevantes. Porém, muitos destes dissociados do uso absoluto da incubadora. Neste ponto, pode-se mencionar o pensamento reflexivo para a ação, em contraponto ao dito operacional e tecnológico, exemplificado pela preocupação com estrutura física e qualificação de mão-de-obra para cuidar do prematuro. A incubadora se tornou, naquele contexto, somente um item ilustrativo para objetar o dito entre a tecnologia e o cuidado manual e/ou operacional.

E sob estes aspectos, a obra em apreço discorreu em todo seu conteúdo e mais especificamente no sétimo capítulo, o qual foi escolhido como objeto de análise, sobre os cuidados definidos pelo autor como iniciais e diários voltados para o recém-nascido prematuro.

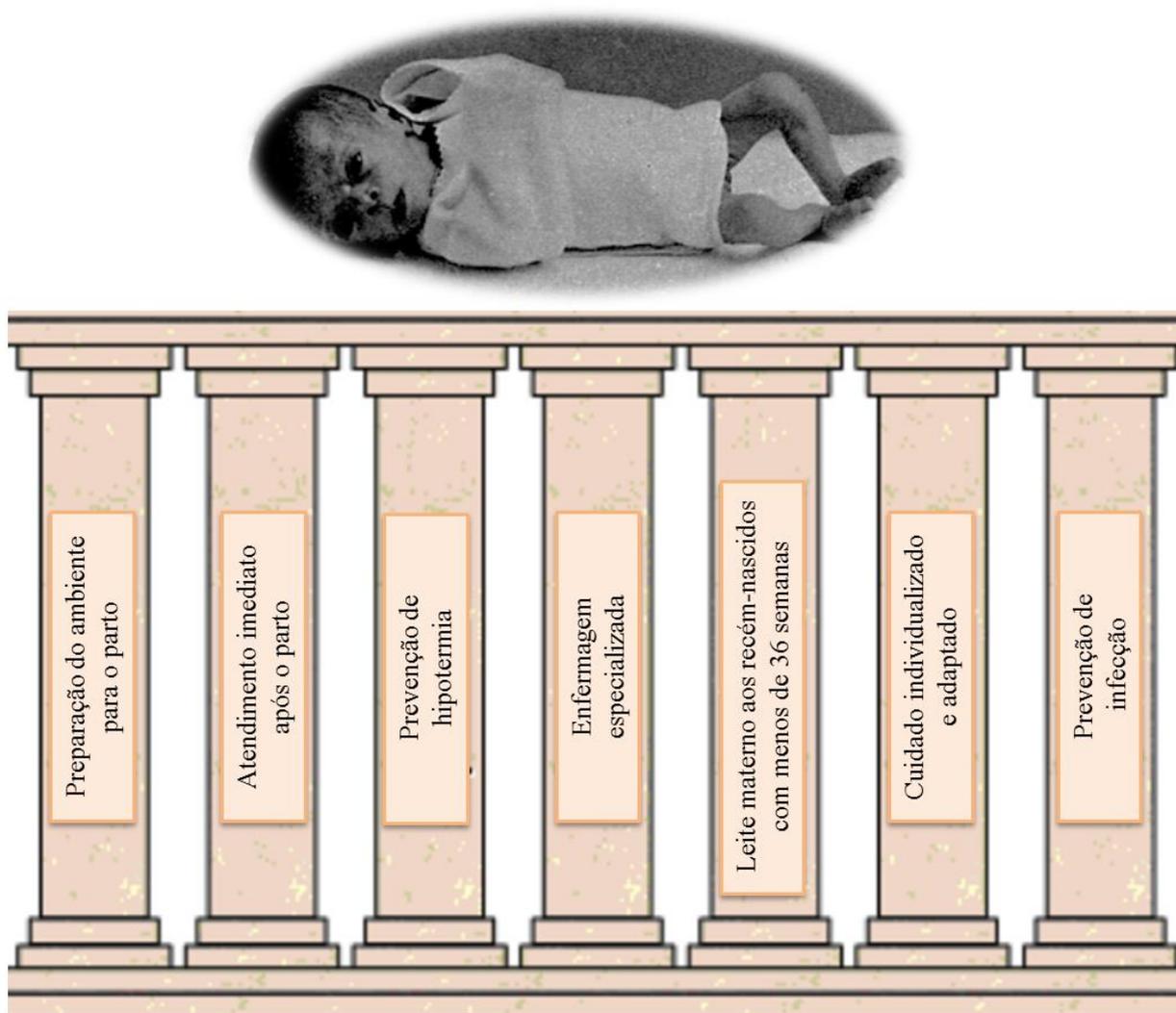
Estes deveriam envolver medidas antecedendo o seu nascimento, entendendo o momento do parto como crucial, tanto no que concernem os aspectos físicos, organizacionais como os conceitos de assepsia e prevenção da hipotermia, bem como os cuidados para recepção em local aquecido e utilização de vestimentas adequadas, aspiração de vias aéreas, clampeamento do cordão umbilical no momento em que cessassem as pulsações, aplicação de nitrato de prata a 1% em ambos os olhos, mínimo manuseio, realização de banho somente em ocasiões recomendadas e estabilidade de sinais vitais como a temperatura corporal aferida por via retal, entre outros.

Ainda, conclui-se que envolvendo os cuidados citados, destacavam-se dois conceitos para os direcionamentos pontuados, a saber: os pilares da assistência e indicadores, os quais surgiram nas discussões apresentadas nas seções 3, 4 e 5. Sobre os pilares da assistência, concluo que havia ao menos sete no conteúdo da obra, demonstrados por meio de um esquema sinóptico no diagrama n.02, com o intuito de corroborar para a assertiva de que os sete pilares contidos na obra *Premature and Congenitally Diseased Infants* foram os alicerces para a construção do possível modelo para o cuidado direcionado ao recém-nascido doente e para o prematuro.

Há de se acrescentar que este modelo de assistência norteou a confecção do Plano de Chicago, em 1934, visto a similitude de suas vertentes e diretrizes, bem como tangenciou os cuidados propostos e ilustrados em outras publicações de Julius Hess, sejam as descritas só por ele ou em parceria com a enfermeira Evelyn Lundeen, em meados do século XX.

Não seria exagero, também, direcionar a conclusão de que algo semelhante a estes pilares conduz aos cuidados contidos em diversas publicações, periódicos e obras no meio acadêmico e prático-assistencial nos dias atuais no século XXI.

Diagrama n.02 - Pilares para o atendimento ao prematuro

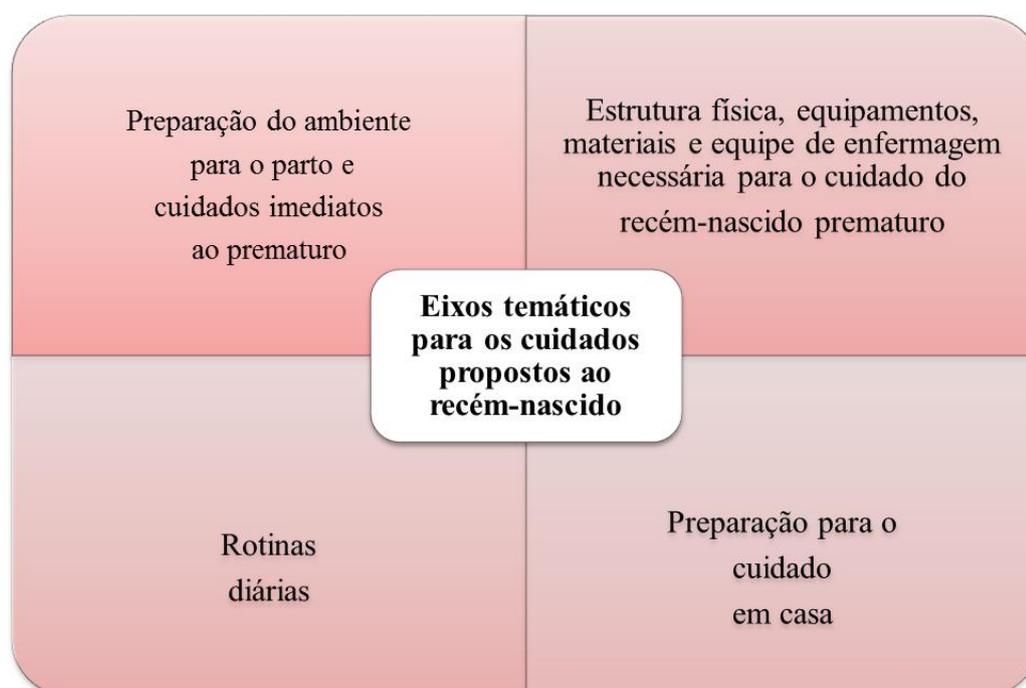


Os conceitos assinalados nos sete pilares para o atendimento ao prematuro direcionaram os cuidados propostos por Julius Hess. Ao longo deste trabalho, estes conceitos foram discutidos com base em diversas literaturas que abordavam a temática, situadas temporalmente, entre os séculos XIX e XXI, com o intuito de melhor esclarecer o objeto de estudo.

É pertinente fazer um adendo em torno do exposto no diagrama n.02, em virtude de que a recomendação e discussão sobre o uso de leite humano para menores de 36 semanas, não teve enfoque neste trabalho, por não fazer parte do objeto de análise, mas é fato que sua importância é apontada por Hess, ao se apreciar à obra em sua totalidade.

Na discussão dos pilares para o cuidado do prematuro, especificamente, na obra *Premature and Congenitally Diseased Infants*, entendemos que estes foram agrupados em quatro eixos temáticos para fins didáticos de compreensão e aplicabilidade do leitor. Os eixos estão representados pelo esquema sinóptico contido no diagrama n.03.

Diagrama n. 03–Eixos temáticos para o atendimento ao prematuro.



Ao se analisar a obra em apreço, percebemos o uso dos conceitos existentes nos sete pilares, como direcionadores para as medidas e cuidados propostos por Julius Hess nestes eixos temáticos.

Da mesma forma, é possível perceber a conexão entre eles e trazer à baila que, prioritariamente, dois deles direcionavam os demais, quais sejam: a prevenção da hipotermia e a prevenção de infecções. Cabe destacar o fato de que estes dois conceitos constituíram alicerces para a prática e estudos de Pierre Budin, na França e seus seguidores ao final do século XIX e início do século XX. Da mesma forma que embasaram as demais obras de Julius Hess, incluindo mais uma vez o Plano de Chicago, importante documento e norteador do cuidado ao prematuro norte-americano.

Sobre este aspecto, é plausível concluir que, independentemente do “pano de fundo” – francês, norte-americano e quiçá brasileiro, estes dois pilares norteiam e seguem em paralelismo as discussões e as preocupações em neonatologia atual e, apesar do advento dos cuidados ao recém-nascido, mais substancialmente no início do século XX, é possível capilarizar a informação de que mais de 100 anos se passaram e o desafio permanece, sendo circunstanciar o cuidado sob o amparo destas mesmas vertentes.

De mesmo modo, sobre os cuidados propostos pela obra, pode-se inferir que seguiam o direcionamento a fim de atender perspectivas positivas para o desenvolvimento de prematuros. Como exemplo, a realização de banhos de imersão, somente, era recomendada, com o conhecimento do peso, levando-se em consideração os valores recomendados e aceitáveis para a execução da rotina, bem como sob a condição de uma temperatura retal mantida dentro da normalidade esperada à época.

Não será engano deduzir que o caminho, até a obtenção de algum êxito, foi permeado por erros e incertezas, reforçados por ajustes em detalhes vislumbrados, por exemplo, pelo controle de temperaturas ideais *versus* ganho de peso, temperatura retal de nascimento *versus* mortalidade nas primeiras 24 horas.

Em síntese, ao descrever e analisar a obra em apreço, com o alicerce do contexto socioeconômico à época, bem como pela metodologia do estudo vislumbrado pela ótica da micro-história e dos conceitos de tradução e transcrição por utilizar o texto em língua inglesa, concluímos que a assistência e as preocupações para com o recém-nascido prematuro tiveram objetivos determinados, entendidos até o momento como “ponto de partida”. No entanto, qualquer que seja este ponto, ele objetivou a busca por ganhos e melhorias para, de forma pontual, alcançar a redução, tanto da morbidade, como da mortalidade em solo americano.

Partindo da premissa de que os cuidados propostos por Julius Hess trouxeram mudanças para a assistência direcionada ao recém-nascido, sobretudo ao prematuro, tem-se a indagar: Poder-se-ia inferir razões para o alcance dos êxitos demonstrados?

A resposta cabe reflexão, mas, dentre as considerações, há de se ressaltar os cuidados prestados pela enfermagem na perspectiva dos americanos aos prematuros, como consta no prefácio da segunda edição da obra *The Premature Infant: medical and nursing care*, a saber:

There are incorporated in this second edition of *The Premature Infant* many advances in our knowledge of subjects intimately related to the care of the premature infant. Outstanding among these are (...) chapter devoted to the teaching procedures in the nursing care of the premature and full-term

infants. Since it is our conviction that there is no substitute for untiring, unremitting nursing care of the premature infant, great recognition has been given to the nursing phase, including the hospital and home care of these infants, the management of a hospital station, and general teaching procedures<sup>50</sup> (HESS e LUNDEEN, 1949).

A enfermagem americana contava à época, com a figura singular de Evelyn Lundeen, amparada por vertentes do conhecimento científico, aliados a evidências empíricas. Ela tangenciava os cuidados, não somente para a preocupação com a sobrevivência, mas também com fatores relacionados à morbidade, pregando paradigmas de que era preciso desenvolver mentes e corpos saudáveis, sobretudo amparados com cuidados com oxigênio, incentivo ao aleitamento materno, prevenção de hipotermia e infecções (BELLOUGH e SENTZ, 2000).

Esses conhecimentos foram registrados em três publicações, como mencionados na seção 3, mas que cabe ratificação por ora: em *The Premature infant; its medical and nursing care* assumindo a co-autoria da obra, tanto na primeira quanto na segunda edição, nos anos de 1941 e 1949, do século XX respectivamente, e no livro intitulado *Care of the premature infant*, como autora principal, em 1958.

Trazer esse contexto à baila se faz pertinente para direcionar o pensamento para o fato de que a entrada da figura da enfermeira como responsável pelo cuidado ao prematuro, incluindo funções de gerência, ensino e assistência propriamente dita, além de pesquisa com a vertente para o meio acadêmico, modificou o panorama da assistência. Além disso, cabe o entendimento de que à época da obra e suas descrições, tem-se indícios da formação da equipe de enfermagem, fato comprovado pelos apontamentos de Hess, de que mulheres treinadas, mas sem formação de enfermagem, poderiam ser responsáveis pelo cuidado do recém-nascido.

A obra de 1922 de Julius Hess, sem parceria em suas descrições, objetivou delimitar os cuidados como proposta a ser empregado, e, sendo assim, o fez. No entanto, possivelmente a “saída do papel” para vias de execução propriamente dita, com posteriores abrangências práticas, se deu na vigência do trabalho em conjunto com a enfermagem, fato ratificado pelo Plano de Chicago e pelas duas edições de *The Premature Infant: medical and nursing care*,

---

<sup>50</sup> Tradução aproximada: Foram incorporados nesta segunda edição muitos avanços no conhecimento relacionado com o cuidado da criança prematura. Entre estes estão (...) um capítulo dedicado ao ensino dos procedimentos sob os cuidados de enfermagem dos recém-nascidos prematuros e de termo. É nossa convicção de que não há nenhum substituto para o incansável trabalho da enfermagem, no cuidado da criança prematura, Grande reconhecimento foi dado à enfermagem, incluindo a atuação no hospital e no atendimento domiciliar bem como no gerenciamento de uma unidade hospitalar e ensino.

que constavam de ilustrações e esquemas de passo a passo das técnicas do cuidado ao recém-nascido.

Apesar do presente estudo não ser enquadrado como um estudo comparativo, se faz sobressaltar que as imagens apresentadas na obra de Julius Hess, em conjunto com a enfermeira Evelyn Lundeen, apontam para o cuidado descritivo e detalhado, com características técnicas do saber-fazer na enfermagem, contrapondo-se ao *Premature and Congenitally Diseased Infants*, que almejou propor o cuidado a ser feito.

Ainda, sobre as considerações entre as obras, diversos exemplos poder-se-iam apontar como viés de facilitar e tornar palpável a execução do cuidado propriamente dito, a saber: a organização e identificação dos termômetros individuais, a descrição da paisagem e da realização do banho, bem como o passo a passo para vestir o recém-nascido. Tais cuidados foram abordados na obra de 1922, sob as mesmas justificativas que em anos mais tarde, em 1949. No entanto, o detalhamento na descrição, por meio da escrita e da imagem apresentada na obra, corroborava para a assertiva.

Apesar disso, é possível depreendermos que poucos avanços foram instituídos durante a primeira metade do século XX, principalmente, se considerarmos que preocupações referentes à manutenção da temperatura corporal e prevenção de infecções continuaram permeando as discussões científicas. Estas inferências podem ser fundamentadas pelo trecho contido no artigo intitulado *Experiences gained in a thirty year study of prematurely born infants*, publicado em 1953 por Julius Hess:

If were to discuss with you the general subject of the premature infant, I would probably bring you little that is new since most of us have gained similar results through our experiences. However, our greatest contribution lies in the fact that we are presenting a long range life history of our smallest graduates in a broad review of the results to date, leaving a more detailed description of the individual infants for future publication<sup>51</sup> (HESS, 1953).

Práticas executadas no curso da inauguração da unidade de prematuros de Hess, em 1922, e pontuadas na obra de mesmo ano, depois de passados trinta anos continuavam a ser relevantes para salvaguardar a vida dos bebês nascidos prematuramente. Ele exemplifica a afirmação com a assertiva de que, nos anos de 1953, ainda dever-se-ia dar ênfase no aleitamento materno, visto ser de extrema importância para os prematuros. Destaca ainda que

---

<sup>51</sup> Tradução aproximada: Se fosse discutir sobre o tema geral do prematuro, provavelmente traria pouco do que é novo, já que a maioria dos resultados obtidos através de nossas experiências são semelhantes. No entanto, nossa maior contribuição reside no fato de que estamos apresentando uma história de vida com ampla revisão dos resultados até a data, para alcance dos graduados e uma descrição mais detalhada para futura publicação.

tal ação e os êxitos obtidos foram possíveis pelo uso de leite extraídos das mães e pela estratégia das amas de leite à época.

Neste ínterim, é sabido que um dos investimentos traçados por Evelyn Lundeen foi o incentivo ao aleitamento materno, tanto no âmbito hospitalar, como quando da alta destes recém-nascidos, por entender que a assistência e cuidado deveriam abranger o pós-alta.

Para corroborar, Evelyn Lundeen teve êxitos no cuidado ao prematuro, constado no trecho do artigo publicado em 1953, por Julius Hess, quando ele faz menção, em agradecimento, aos feitos realizados durante os vinte e oito anos de atuação dela, como chefe da unidade de cuidados.

Não obstante, com base no exemplo anterior, é plausível denotar a relação que existia entre o que era prescrito e o executado, no sentido de mão dupla, quando não somente o médico ordenava a ação, mas a enfermeira trabalhava em prol, pelo fato de vislumbrar os benefícios a curto e longo prazo, o que nos leva a ratificar o valor dos fundamentos propostos, como um explanar do cuidado de enfermagem.

Ademais, corroborando ao dito, pode-se levantar questões relativas ao gênero do prestador do cuidado, demonstrando que a assistência era prestada, prioritariamente, por mulheres, o que poderia ser justificada pelo entendimento de que o autor da obra – médico, homem – era o responsável direto pela “prescrição” do cuidado ao recém-nascido no escopo intelectual do fazer, enquanto que a enfermeira ou responsável pelo cuidado – mulher – seria a pessoa destinada a colocar em prática e “operacionalizar” o “prescrito”.

Esta assertiva se traduz embasada pelas publicações posteriores de Julius Hess, em conjunto com Evelyn Lundeen em *The Premature Infants: its medical and nursing care*, nos anos de 1941 e 1949, entendido como publicações que operacionalizaram de forma textual e/ou imageticamente, o cuidado proposto.

Além disso, ao se mencionar a obra *Care of the premature infant*, tendo como autora principal, a enfermeira Evelyn Lundeen, em 1958, também podemos pontuar a construção do discurso de demarcação de ensino de enfermagem, implicando no firmamento e na importância dos preceitos da enfermagem no meio acadêmico, dissociados da figura emblemática do médico.

De certo, a obra *Premature and Congenitally Diseased Infants* cumpriu a proposta de propor os cuidados aos prematuros e afirma-se com marcador temporal para a história dos

cuidados, em especial para a neonatologia, sendo referenciada por neonatologistas em pleno século XXI, como Gordon Avery, que enfatiza o papel primordial da obra e seu autor.

De mesma forma, é preciso compreender que a obra, em apreço, não se trata de referência ultrapassada, seja por meio de compra e venda virtual ou para consulta em domínio público. Ademais, conduziu, até o momento, a possibilidade de discussões acerca dos cuidados proposto à época e, por conseguinte, traçar interseções entre o passado e o presente, na perspectiva de melhorias para o futuro na prática do cuidado ao prematuro, tão atual, um século depois.

Considerações envolvendo o cuidado e quem o realizava colocam em pauta o principal foco deste estudo: o recém-nascido. Não será imperioso inferir que a visão de cuidado de Julius Hess parecia ir para além do instrumental e tecnológico. Em outras palavras, apesar do investimento que se fazia à época, priorizava-se o cuidado manual e individual ao prematuro, a fim de atender as suas necessidades, como sujeito determinante.

Não obstante, não podemos abster de concluir que algumas afirmações pontuadas se tornaram contraditórias ao utilizarmos as imagens dos *fac-símiles* como contribuintes nas reflexões críticas, como exemplificadas pelas vestimentas que restringiam os movimentos e pela ausência em incluir a mãe no âmbito do cenário do cuidado perpassando pelo toque materno e o mínimo manuseio.

Ademais, esta análise foi fundamentada por outros estudos desenvolvidos pela autora e demais membros dos grupos de pesquisa: Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem (LAPHE), Laboratório de Abordagens Científicas na História da Enfermagem (LACENF) e LACUIDEN e, alicerçadas pelas reflexões críticas, estimuladas e cultivadas ao longo do processo do mestrado acadêmico. Neste sentido, há o vislumbramento que esta linha de pensamento crítico poderá, futuramente, ser desdobrada em uma elaborada hipótese para outro estudo, envolvendo similitudes e divergências no cuidado ao recém-nascido baseadas em imagens de obras do século XX e XXI.

O presente estudo encontra-se em aberto para que possa ser refutado por outros pesquisadores, entendendo que, desta forma, serão gerados novos frutos e conhecimentos para o advento de novas perspectivas, aliando o presente às vertentes do passado, propulsionando o futuro a ser questionado, fazendo com que o aprendizado e as pesquisas nas abordagens históricas não sejam entendidas como narrativas do passado e de registros de nostalgia, mas como uma das estratégias para vigilância epistemológica.

## REFERÊNCIAS

ARIES, P. **História social da criança e da família**. 2ª edição. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.

AULETE, C. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexikon Editora digital LTDA, 2012.

EVERY, G. B. **Neonatologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1984.

\_\_\_\_\_. **Neonatologia**. Fisiopatologia e tratamento do Recém-nascido. 4ª edição. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

BAKER, J.P. The Incubator and the Medical Discovery of the Premature Infant. **Journal of Perinatology**. 2000 (5): 321-328.

BARREIRA, I. A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 1999, 7 (3).

BARROS, J.A. **Sobre a feitura da micro-história**. OPSIS. 2007. 7 (9): 167 – 185.

BENJAMIM, W. **Escritos sobre mito e linguagem (1915-1921)**. Belo Horizonte: Editora 34, 2011.

BOOKMILLER, M. M.; BOWEN, G. L. **Enfermeria Obstetrica**. México: Editorial Interamericana, 1959.

BRAGA, P. P.; SENA, R. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. **Revista Rene**. 2010. Vol 11, número especial. 142 – 49.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Manual de Atenção à Saúde do Recém-nascido. **Cuidados com o recém-nascido pré termo**. 2ª edição. Volume 4. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BUDIN, P. **The Nursling**: the feeding and hygiene of premature and full term infants. London: Caxton Publishing CO, 1907.

BULLOUGH, V. L.; SENTZ, L. **American Nursing**: a biographical dictionary. New York: Springer Publishing Company, volume 3. 2000.

CERTAU, M. **A escrita da história**. Rio de Janeiro. Forense Universitária.1982.

CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologias do cuidado de enfermagem neonatal: a dor e o estresse do recém-nascido durante procedimentos dolorosos. **Anais do VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. Teresina/PI, 2009.

CLOHERTY, J. P., STARK, A.R. **Manual of Neonatal Care**. Boston: Little, Brown and Company. 5ª ed. 1980.

DUNHAM, E. C. **Standards and recommendations for hospital care of new born infants, full-term and premature**. Washington: U.S. Dept. of labor, Children's Bureau, 1943.

DUNHAM, E. C. **Premature Infants: a manual for physicians**. Washington: Federal Security Agency. U.S. Dept. of labor, Children's Bureau, 1948.

DUNN, P. M. Julius Hess, MD (1856-1955) and the premature infant. **ArchDisChild Fetal Neonatal** Ed 2001; 85: 141-144. Disponível em <http://www.fn.bmj.com/content/85/2/F141>. Acesso em 12 Ago, 2015. 00:01.

EBAY. Disponível em <http://www.ebay.com/itm/Vintage-Apothecary-Pharmacy-Drugstore-A-C-Barnes-Co-Argyrol-10-Original-c-1920-/262230750657?hash=item3d0e2bb5c1:g:BgAAOSwZG9Wlq8r>. Acesso em: 06jun2016, 09:45pm

FIALHO, F. A. **A arte de cuidar em enfermagem: tecnologias aplicadas no cuidado neonatal**. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Juiz de Fora. Setor Ciências da Saúde. Juiz de Fora. 2012

FONSECA, Elaine Franco Ribeiro. **A imagem pública da enfermeira-parteira do Hospital Maternidade Pró-Matre do Rio de Janeiro no período de 1928-1931: (des) construção de uma identidade profissional [Dissertação mestrado]** - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

FREITAS, A. A. G. **Avaliação da temperatura corporal de crianças com diferentes termômetros de uso clínico**. [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em saúde da criança e do adolescente. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2011

FREITAS, T. M.; PORTO, F.. Cuidados com o cordão umbilical do recém-nascido, no século XIX. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 2011 Out/Dez; 19 (4): 524-29.

GERONIMO, V. **A teoria de transcrição de Haroldo de Campos: o tradutor como recriado**. Qorpus. Santa Catarina. Editorial 013, 2014. Disponível em <http://qorpus.paginas.ufsc.br/como-e/edicao-n-013/a-teoria-da-transcriacao-de-haroldo-de-campos-o-tradutor-como-recriador-vanessa-geronimo/>. Acesso em 17 Mai, 2015. 22: 08.

GINZBURG, C. **A micro-história e outros ensaios**. Lisboa/Rio de Janeiro. Difel Bertrand Brasil, 1991.

HESS, J. H. **Premature and Congenitally Diseased Infants**. Lea &Febiger Philadelphia and New York, 1922.

\_\_\_\_\_. Heated Bed for Transportation of Premature Infants. **Journal of the American Medical Association**. Chicago. 80(18):1313, 1923.

\_\_\_\_\_. Chicago Plan for Care of Premature Infants. **Journal of the American Medical Association**. Chicago. 146(10):841-893, 1951.

\_\_\_\_\_. Experiences gained in a thirty year study of prematurely born infants. **Pediatrics**. 1953, 5 (11):425-34

HESS, J. H.; LUNDEEN, E. C.: **The Premature Infant: its medical and nursing care**. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1949.

JOHNSON, S. **De onde vêm as boas ideias**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

JOSÉ, A. C. K.; BRANCO, B. C.; OHKAWARA, L. E.; YU, M.C.Z.; LIMA, A. L. H. Uso ocular de água boricada: condições de manuseio e ocorrência de contaminação. **Arq Bras Oftalmol**. 2007;70(2):201-7

KARNAL, L.; PURDY S.; FERNANDES L. E.; MORAIS M. V. **História dos Estados Unidos**. Das origens ao século XXI. São Paulo: editora Contexto, 2007.

KELLY, L. Y.; JOEL, L. **A dimensions of professional nursing**, 8ª ed, McGraw-Hill, New York, 1999, 756p.

KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto Risco em Neonatologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

LACUIDEN. LACENF. EEAP. **Cuidados com o Recém-Nascido no século XIX**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6BVqY6cQnQg>. Acesso em: 06 jun. 2016. 15:37 pm.

LAMY FILHO, F. **Carga de trabalho e falhas inespecíficas de processos nos cuidados intensivos neonatais**. [Tese de doutorado]. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2001.

LAMY, Z. C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de RN internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. [Dissertação de mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 1995.

\_\_\_\_\_. **Unidade Neonatal: um espaço de conflitos e negociações**. [Tese de doutorado]. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2000.

**LEI Nº 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências, 1998.

LIMA, D. M. **Cuidados aos recém-nascidos na obra de Pierre Budin**, [Dissertação de mestrado]. Curso de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

LOURO, G. R. Trans-criar: a poética da tradução de Haroldo de Campos. **Revista eletrônica de Cosmologia e Cultura Cosmo e Contexto**. Nº 14, jan 2013. Disponível em <http://www.cosmosecontexto.org.br/?p=1914>. Acesso em: 01/10/2015, 11:33 am.

LUSSKY, R. C. **A Century of Neonatal Medicine**. Minnesota Medical Association. 1999. Volume 82. Disponível em <http://mnmed.org/publications/MnMed1999/December?Lusky.cfin?PF=1>. Acesso em 01 de setembro de 2014.

**MERTHIOLATE**: digliconato de clorexidina. São Paulo: Cosmed, [201?]. Bula de remédio. Disponível em [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=2364062015&pIdAnexo=2517277](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=2364062015&pIdAnexo=2517277). Acesso em 06 jun. 2016. 16:22 pm.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M.; CARVALHO, M. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

NELSON, W. E. **Tratado de Pediatria**. Spain: Salvart Editores S.A. 3ª ed. Volumes 1 e 2. 1956

NETO, M. **A produção da crença na imagem da enfermeira da Cruz Vermelha Brasileira no período da Primeira Guerra Mundial (1917- 1918)**. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

NETO, M.; NASAR, P. R.; FREITAS, T. M.; PORTO, F. Cuidados prestados ao recém-nascido: higiene e roupa, no século XIX. **Revista de Enfermagem da UERJ**. 2013, 21 (2): 192 – 6.

NETTO, A. A.; GOEDERT, M. E. Avaliação da aplicabilidade e do custo da profilaxia da oftalmia neonatal em maternidades da grande Florianópolis. **Revista Brasileira de Oftalmologia**. 2009, 68 (5): 264-70.

NIGHTINGALE, F. **Anotações de Enfermagem**. O que é, e o que não é. Florence Nightingale: Tradução Janaina Belém. São Paulo: Rideel, 2010.

NCEI - **National Centers for Environmental Information**. Disponível em <http://www.ncdc.noaa.gov/cag/time-series>. Acesso em: 06 jun, 2016. 17:20 pm.

OLIVEIRA, M. A. C; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. 2000. 34 (1): 9-15.

OLIVEIRA, I. C. S.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937 –1979). **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**. 2005 14 (4): 498-505.

PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. História da enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinariedade. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**. 2006, dez 10 (3): 532-8.

PASSOS, A. F.; AGOSTINI, F. S. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Revista Brasileira de Oftalmologia**. 2011, 70 (1): 57-67.

PHILIP, A. G. S. The evolution of Neonatology. **Pediatrics**. 2005. 58 (4): 799- 815.

PORTO, F. **Os ritos institucionais e a imagem pública da enfermeira brasileira na imprensa ilustrada: o poder simbólico no click fotográfico (1919-1925)**. [Tese Doutorado]. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

REVEL, J. Microanálise e construção do social. In: \_\_\_\_\_ (org). **Jogos de escalas: a experiência da microanálise**. Rio de Janeiro: FGV, 1998, pp. 16 e 17.

RIBEIRO, J. R. História e ensino de história: perspectivas e abordagens. **Revista Educação em foco**. 2003, 9 (7): 1-7.

ROAF, S. FUENTES, M. THOMAS-REES, S. **Ecohouse**. A casa ambientalmente sustentável. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2014.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2004. 6 (2). Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 01 de setembro de 2014.

SANFELICE, J. L. História de instituições escolares e microhistória. **Revista HISTEDBR on-line**. Campinas, n 39, p. 32-41, set 2010.

SANTAELLA, L. Transcriar, Transluzir, Transluciferar. A teoria da Tradução de Haroldo de Campos. In: MOTTA, L. T. (Org.). **Céu acima – Para um Tombeau de Aroldo de Campos**. São Paulo: Perspectiva, 2005, p.221-232.

SCOPES, J. W.; AHMED, I. Range of critical temperatures in sick and premature newborn babies. **Arch. Dis. Child.**, [S. 1.], v. 41, p. 417-419, 1966.

SILVA, L. G; ARAÚJO, R.T; TEIXEIRA, M. A. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 jul/sep;14(3):634-43. Disponível em [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n3/pdf/v14n3a21.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a21.pdf)\_ Acesso em: 24 de maio de 2016.

SILVEIRA, E. S. Estudo de caso e Micro-história: distanciamentos, características e aproximações. **Revista História em Reflexão**: Vol. 4 n. 8 – UFGD - Dourados jul/dez 2010.

TRAGANTE, C. R.; CECCON, M. E.; FALCÃO, M. C. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo do tempo. **Revista Pediatria**. São Paulo. 2010, 32 (2): 121-30.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica**. Elementos essenciais à intervenção efetiva. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

**APÊNDICE A – Tabela de Conversão de termométricos equivalentes**

<b>Grau Celsius</b>	<b>Graus Fahrenheit</b>	<b>Grau Celsius</b>	<b>Graus Fahrenheit</b>	<b>Grau Celsius</b>	<b>Graus Fahrenheit</b>
<b>0</b>	32,0	<b>18</b>	64,4	<b>36</b>	96,8
<b>1</b>	33,8	<b>19</b>	66,2	<b>37</b>	98,6
<b>2</b>	35,6	<b>20</b>	68,0	<b>38</b>	100,4
<b>3</b>	37,4	<b>21</b>	69,8	<b>39</b>	102,2
<b>4</b>	39,2	<b>22</b>	71,6	<b>40</b>	104,0
<b>5</b>	41,0	<b>23</b>	73,4	<b>41</b>	105,8
<b>6</b>	42,8	<b>24</b>	75,2	<b>42</b>	107,6
<b>7</b>	44,6	<b>25</b>	77,0	<b>43</b>	109,4
<b>8</b>	46,4	<b>26</b>	78,8	<b>44</b>	111,2
<b>9</b>	48,2	<b>27</b>	80,6	<b>45</b>	113,0
<b>10</b>	50,0	<b>28</b>	82,4		(...)
<b>11</b>	51,8	<b>29</b>	84,2		
<b>12</b>	53,6	<b>30</b>	86,0		
<b>13</b>	55,4	<b>31</b>	87,8		
<b>14</b>	57,2	<b>32</b>	89,6	<b>98</b>	208,4
<b>15</b>	59,0	<b>33</b>	91,4	<b>99</b>	210,2
<b>16</b>	60,8	<b>34</b>	93,2	<b>100</b>	212,0
<b>17</b>	62,6	<b>35</b>	95,0	<b>110</b>	230,0

**FÓRMULA PARA CÁLCULO:**

$$\frac{\theta_C}{5} = \frac{\theta_F - 32}{9}$$

APÊNDICE B – Álbum Fotográfico<sup>52</sup>




**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**ENFERMAGEM – MESTRADO**




Tecnóloga em Enfermagem, no cargo de Enfermeira Normal, no Instituto Fernandes Figueira / Fundação Cecília Cruz (IFF/FPOCKLIZ). Enfermeira inscrita pelo Programa de Pós-Graduação (PPGENF), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Membro do grupo de pesquisas LACUIDEN e LAPE: [ati.oliveira@unirio.br](mailto:ati.oliveira@unirio.br)

Doutora em Enfermagem com Pós-doutorado pela USP. Professora da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, PPGENF, PGENBIO da UNIRIO. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Presidente da Academia Brasileira em História da Enfermagem (ABRAHENE). Membro dos grupos de pesquisa, LAESHE, LACENF e líder do LACUIDEN. [raquelortiz@openlink.com.br](mailto:raquelortiz@openlink.com.br)

**CUIDADOS PROPOSTOS AO RECÊM-NASCIDO PREMATURO, SOB À LUZ DE JULIUS HESS (SÉCULO XX)**

Imagem: Pediatra Julius Hess.



Fonte: DUNN, 2001.

Imagem: *Premature and Congenitally Diseased Infants.*



Fonte: HESS, 1922.

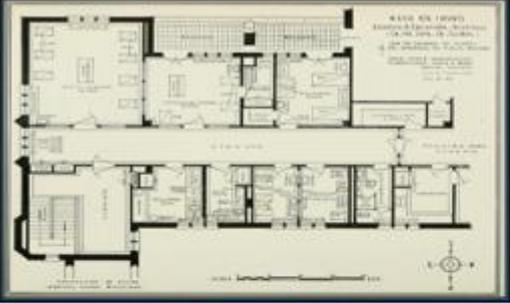
Imagem: Local para a realização do banho.



Fonte: HESS, 1922.

**AMBIENTE, FORMAÇÃO E REGISTRO PARA O CUIDADO DO RECÊM-NASCIDO**

Imagem: Planta física do Hospital do Estado de Illinois.



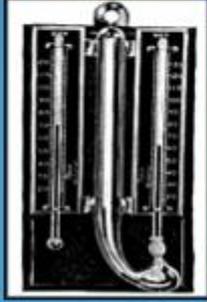
Fonte: HESS, 1922, p. 136.

Imagem: Enfermeira Evelyn Lundeen.



Fonte: BULLOUGH e SENTZ, 2000.

Imagem: Higrômetro.



Fonte: HESS, 1922.

Imagem: Termômetro para 24 horas.



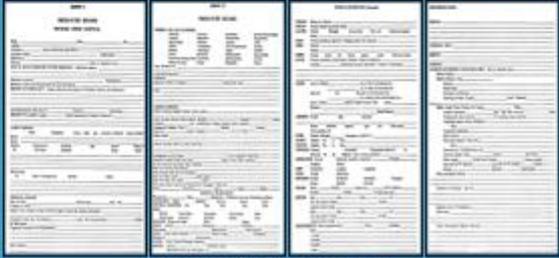
Fonte: HESS, 1922.

Imagem: Mapa contendo informações referentes a temperatura do leito e do ambiente.



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949.

Imagens: Primeira a quarta página da folha da história do recém-nascido utilizada no Michael Reese Hospital



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949.

Banner 1: Parte inicial (Seções 1, 2 e 3) com imagens de fac-símiles contidas no relatório final da Dissertação de mestrado.

<sup>52</sup> Fotografias geradas no dia 4 de julho de 2016, nas dependências do Instituto da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, no Anfiteatro A. Tais imagens são fruto do produto da defesa final da Dissertação de Mestrado.

### CUIDADOS INICIAIS AOS RÉCEM-NASCIDOS PREMATUROS

Imagem: Combinação de gaze e algodão com capuz para uso emergencial.



Fonte: HESS, 1922.

Imagem: Recém-nascido vestido com roupa para situações de emergência.



Fonte: HESS, 1922.

Imagem: Cobertor com capa.



Fonte: HESS, 1922.

Imagem: Modelo Hess para incubadora aberta em 1922.



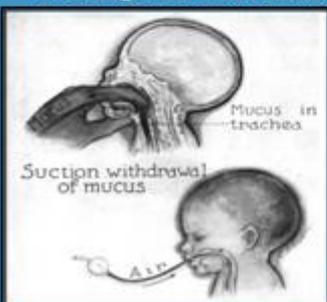
Fonte: HESS, 1922.

Imagem: Modelo Hess de incubadora portátil.



Fonte: HESS, 1923.

Imagem: Remoção de muco na cavidade orotraqueal com dedo envolto na gaze ou com o uso de cateter para aspiração.



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949.

Imagem: Embalagem e frasco de Argylol a 10%.



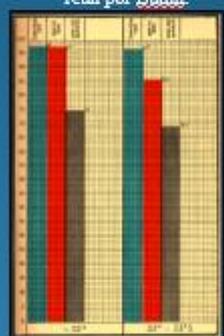
Fonte: Ebay.com

Imagem: Corte do cordão umbilical.



Fonte: LACUIDEN. LACENF. EEAP

Imagem: Gráfico de Mortalidade X Peso X Temperatura retal por Budin.



Fonte: BUDIN, 1907.

Imagem: Termômetros individuais.



Fonte: HESS e LUNDEEN, 1949.

Quadro : Recomendações pertinentes para prevenção de infecções, 1922.

Fatores a observar	Recomendações de Hess, 1922
Nascimento	Local asséptico
Incubadora	Asséptica
Termômetros	Uso individual
Roupa limpa e seca	Local para guarda e disponsa, respectivamente
Banho	Local adequado, com toalha individual
Local de cuidado	Fitas e lavatório em cada área com ventilação adequada
Soca	Evitar traumas
Oftos	Nitrato de prata a 1% ou Argylol a 25%
Coto umbilical	Curativo com álcool ou azeite
Banho	Realizado após queda do coto umbilical
Fala	Evitar unidade prolongada, não realizar lubrificação corporal, lavagem adequada das fraldas.

Fonte: HESS, 1922.

Banner 2: Imagens de fac-símiles da Seção 4, contidas no relatório final da Dissertação de mestrado.





Exposição das peças em réplicas – vestimentas e um suporte para termômetros – existentes nas obras de Julius Hess (1922) e Julius Hess e Evelyn Lundeen (1949). Para melhor compreensão, foi utilizado um porta-retratos com as imagens originais e legendas.





Exposição das peças em réplicas – vestimentas e um suporte para termômetros – existentes nas obras de Julius Hess (1922) e Julius Hess e Evelyn Lundeen (1949). Para melhor compreensão, foi utilizado um porta-retratos com as imagens originais e legendas.

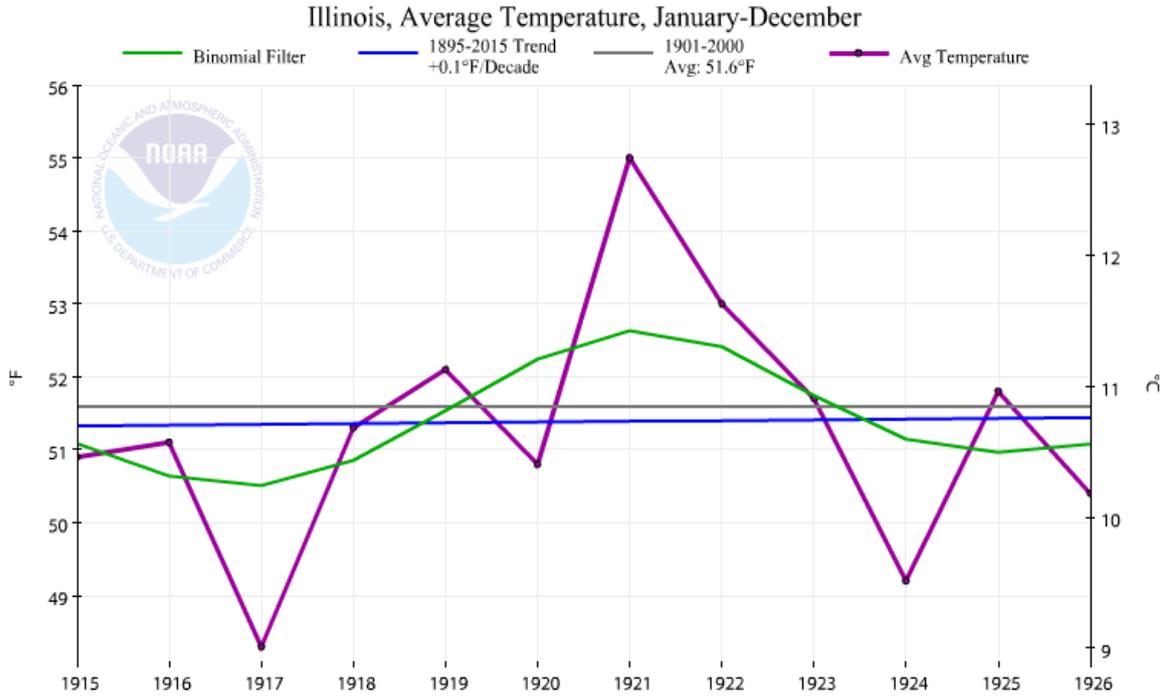




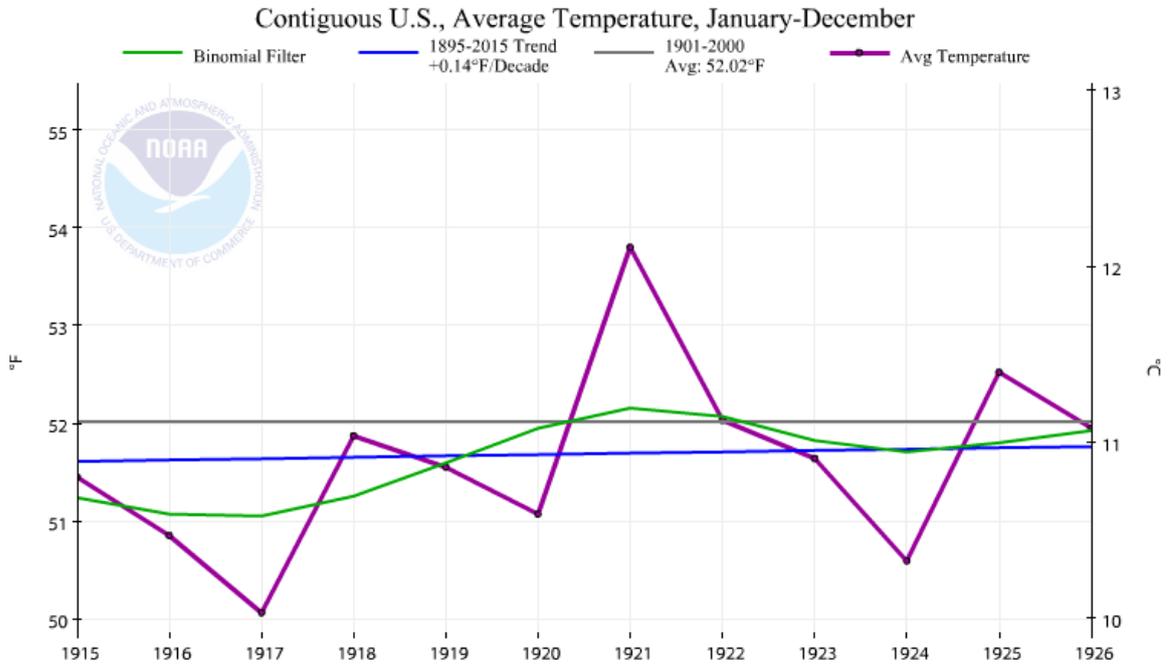
Exposição das peças em réplicas – vestimentas e um suporte para termômetros – existentes nas obras de Julius Hess (1922) e Julius Hess e Evelyn Lundeen (1949). Para melhor compreensão, foi utilizado um porta-retratos com as imagens originais e legendas.



**ANEXO A – Gráficos com as flutuações de temperaturas entre os anos de 1915 e 1925 do século XX, em Illinois.**



Fonte: <http://www.ncdc.noaa.gov/cag/time-series>



Fonte: <http://www.ncdc.noaa.gov/cag/time-series>