

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ – PUCPR  
ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**ADRIANE BONIERSKI HEISLER**

**A INTERSEÇÃO DO MÉTODO DELIBERATIVO (COLETIVO) COM A  
TECNOCIÊNCIA EM VISTA À PROTEÇÃO DA DIGNIDADE DO RECÉM-NASCIDO  
PREMATURO**

**CURITIBA**

**2015**

**ADRIANE BONIERSKI HEISLER**

**A INTERSEÇÃO DO MÉTODO DELIBERATIVO (COLETIVO) COM A  
TECNOCIÊNCIA EM VISTA À PROTEÇÃO DA DIGNIDADE DO RECÉM-NASCIDO  
PREMATURO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo de Siqueira  
Co-orientador: Prof. Dr. Anor Sganzerla

**CURITIBA  
2015**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central

H473i  
2016

Heisler, Adriane Bonierski

A interseção do método deliberativo (coletivo) com a tecnociência em vista à proteção da dignidade do recém-nascido prematuro / Adriane Bonierski Heisler ; orientador, Anor Sganzerla. – 2016.

86 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
Curitiba, 2016

Bibliografia: f. 73-79

1. Prematuros. 2. Recém-nascidos – Assistência hospitalar. 3. Bioética.  
I. Sganzerla, Anor. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574

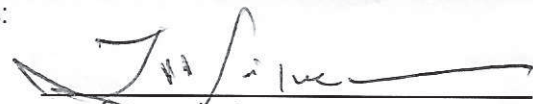
**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 15/2015**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética**

Aos vinte e dois dias do mês de outubro do ano de dois mil e quinze, às catorze horas, na sala 2 do Mestrado, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: **“A interseção entre o método deliberativo com a tecnociência em vista á proteção da dignidade do recém-nascido prematuro”** apresentada pela aluna **Adriane Bonierski Heisler** sob orientação do **Prof. Dr. José Eduardo Siqueira** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguinte membros:

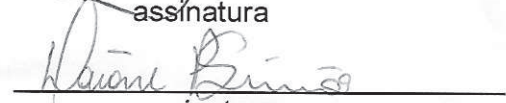
**Prof. Dr. José Eduardo Siqueira**  
PUCPR (Orientador e presidente)



\_\_\_\_\_

assinatura

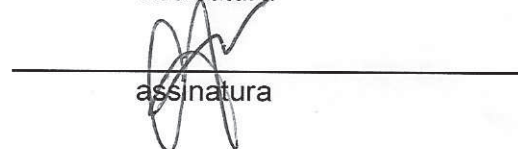
**Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Priscila Simão**  
PUCPR (Examinador interno)



\_\_\_\_\_

assinatura

**Prof. Dr. Elcio Luiz Bonamigo**  
Centro Universitário UNOESC (Examinador externo)



\_\_\_\_\_

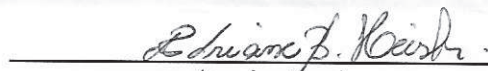
assinatura

Início: 13:55 Término: 15:20

Conforme as normas regimentais do PPGB e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado Aprovado (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

O aluno está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 90 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

**Aluno: Adriane Bonierski Heisler**



\_\_\_\_\_

(assinatura)



\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Mário Antonio Sanches  
Coordenador do PPGB PUCPR

Este estudo é dedicado aos recém-nascidos prematuros que de uma forma ou de outra sofreram e dependeram de condutas alheias para sobreviver, na esperança de que motive o ser humano a proteger cada vez mais estas vidas frágeis e indefesas.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo dom da vida.

Ao meu pai, que mesmo não estando presente de corpo, está presente em meu coração, agradeço aos ensinamentos e por ter me passado sua força e perseverança.

Ao meu esposo Marcelo, pelo incentivo e por estar sempre ao meu lado.

Ao Prof. José Eduardo de Siqueira, pelo acolhimento, orientação e ensinamentos.

Ao Prof. Mario Sanches, pela oportunidade, acolhimento e dedicação.

Ao Prof. Anor Sganzerla, pelo apoio e atenção.

À Sandra Lopes, pela atenção, eficiência e pronto atendimento.

À Prof<sup>a</sup>. Caroline Rosaneli pelo apoio.

Aos colegas do curso que dividiram momentos produtivos e compartilharam conhecimento.

Aos pais dos recém-nascidos entrevistados.

A Pontifícia Universidade Católica do Paraná PUCPR, pelo apoio, dedicação e ensino.

Ao Hospital Pequeno Príncipe pelo apoio e confiança.

A todas as pessoas que de uma forma ou de outra se fizeram presentes nesta trajetória.

*“A maior contribuição que a Bioética pode oferecer à evolução da prática médica é a de mostrar que as soluções de dilemas éticos cotidianos são revestidas de verdades transitórias e sempre devem guardar respeito incondicional à dignidade do ser humano enfermo”.*

(José Eduardo Siqueira)

## RESUMO

Mesmo com os avanços tecnocientíficos em vista às muitas vidas que foram salvas, o cenário que envolve a prematuridade ainda é marcado por altas taxas de mortalidade perinatal. Esses avanços em favor da vida prematura, não podem ser pensados de maneira dissociada às questões éticas e morais que envolvem essa realidade, o que faz com que a capacidade deliberativa dos atores envolvidos seja determinante para salvar a vida frágil do RN prematuro. É nessa perspectiva que a Bioética se faz tão necessária para zelar pela vida desse frágil ser. Diante desse panorama, essa pesquisa tem por objetivo, identificar a interseção dos avanços da tecnociência com a utilização do método deliberativo (coletivo) de Diego Gracia pelos atores envolvidos no atendimento aos recém-nascidos prematuros de modo a preservar a vida com dignidade. **Método:** Como metodologia, utilizou-se a revisão bibliográfica, embasando-se em artigos científicos da base SCIELO, livros e dissertações, e por método, optou-se pelo qualitativo para o desenvolvimento e aplicação da pesquisa de campo, a qual envolveu entrevista com pais dos RN prematuros internados em UTI Neonatal. Para alcançar essa meta, primeiramente a pesquisa identificou que o componente neonatal da mortalidade infantil está estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação e do nascimento do RN. Em segundo momento, percebeu-se que a assistência ao prematuro conta cada vez mais com novos e sofisticados procedimentos e terapêuticas e, as UTIs neonatais representam indiscutivelmente um favorecimento ao suporte de vida do RN prematuro. No terceiro momento o olhar voltou-se para os cuidados que os pais de filhos recém-nascidos prematuros precisam ter quando da alta hospitalar, bem como a promoção na interação entre pais/filhos. Para finalizar, utilizou-se dos fundamentos do método deliberativo de Diego Gracia, com o objetivo de que estes possam servir de auxílio ao progresso da ciência e da tecnologia visando permitir que os atores envolvidos com o RN prematuro possam deliberar em vista da vida e da dignidade desse ser. **Resultados:** No que tange os resultados, focou-se a parte primordial do estudo, demonstrando que a interseção entre os avanços da tecnociência com a capacidade deliberativa dos atores envolvidos na vida do RN prematuro é fundamental para assegurar sua própria sobrevivência. Os resultados apontaram que a maioria das mães tinham conhecimento quanto aos riscos que o RN prematuro sofre e da capacidade tecnocientífica de intervir para salvar sua vida. Percebeu-se também que os profissionais envolvidos na UTI neonatal buscam sempre o cuidado humanizado e individualizado tanto com o RN quanto aos pais, pois, os mesmos tem a consciência de que precisam somar esses quesitos com o conhecimento técnico-científico para discernir o fazer e como fazer. **Discussão:** Nesse estudo verificou-se que a deliberação revelou-se meio e instrumento, visando sistematizar o relacionamento entre a equipe multidisciplinar de saúde, paciente e os familiares, objetivando uma racionalidade que permita a participação de todos os implicados nos eventuais problemas, determinando que atingiram-se os objetivos desta pesquisa. **Conclusão:** Observou-se a necessidade da presença de diálogo na relação que envolve o atendimento de saúde, sugere-se a utilização de instrumentos que possam periodicamente avaliar a importância do diálogo e sua efetividade, no âmbito do atendimento ao paciente e a implementação da prática da deliberação como meio de aprimorar o atendimento ao RN prematuro.

**Palavras-chave:** Prematuridade – Tecnociência – Deliberação.



## ABSTRACT

Even with the techno-scientific advances in view of the many lives that have been saved, the scenario involving prematurity is still marked by high rates of perinatal mortality. These advances in favor of early life, can not be thought so dissociated from the ethical and moral issues surrounding this reality, which makes the decision-making powers of the actors involved is crucial to save the fragile life of premature infants. It is in this perspective that the Bioethics becomes so necessary to ensure the life of this fragile being. Against this background, this research aims to identify the intersection of techno-science advances with the use of deliberative method (collective) Diego Gracia by the actors involved in service to premature infants in order to preserve life with dignity. **Method:** The methodology used the literature review, to provide input on scientific articles SCIELO base, books and dissertations, and method, we opted for the qualitative to the development and implementation of field research, which involved interviews with parents of premature infants admitted to the NICU. To achieve this goal, first the research found that the neonatal infant mortality is closely linked to the care in the period of pregnancy and the birth of the newborn. Second time, it was noticed that the premature care increasingly includes new and sophisticated procedures and therapies and neonatal ICUs arguably represent a favor to the premature newborn life support. The third time the look turned to the care that parents of premature newborns need to have when discharge, as well as promoting the interaction between parents / children. Finally, we used the foundations of deliberative method of Diego Gracia, in order that they can be a help to the progress of science and technology in order to enable the actors involved in premature newborns to take a decision in view of the life and dignity that be. **Results:** Regarding the results, focused on the primary part of the study, showing that the intersection between the advances of technoscience with the deliberative capacity of the actors involved in the premature newborn's life is essential to ensure their own survival. The results showed that most mothers were aware of the risks that premature infants suffering and techno-scientific capacity to intervene to save his life. It was also perceived that professionals involved in neonatal ICU always seek humanized care and individualized with both the RN as parents, because they have the knowledge they need to add these questions with the technical and scientific knowledge to discern how and how to make. **Discussion:** In this study it was found that the resolution proved means and instrument, aiming to systematize the relationship between the multidisciplinary health team, patient and family, aiming a rationality that allows the participation of all those involved in any problems, determining that They reached to the objectives of this research. **Conclusion:** There is a need for the presence of dialogue in the relationship that involves health care, suggests the use of instruments that can periodically evaluate the importance of dialogue and its effectiveness in the context of patient care and the implementation of practical the resolution as a means of improving care for premature infants.

**Keywords:** Prematurity – Technoscience – Resolution.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

APMS	- Associação Paulista de Medicina-Santos
CFM	- Conselho Federal de Medicina
HBDF	- Hospital de Base do Distrito Federal
IG	- Idade Gestacional
INE	- Instituto Nacional de Estatística
ITU	- Infecção do Trato Urinário
NTISS	- Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System
ODM	- Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio
OMS	- Organização Mundial de Saúde
RN	- Recém-nascido
SBP	- Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS	- Sistema Único de Saúde
UCIN	- Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA</b> .....	<b>8</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 O RECÉM-NASCIDO E A PREMATURIDADE</b> .....	<b>14</b>
2.1 CONCEITO DE RECÉM-NASCIDO.....	15
<b>2.1.1 Classificação do RN</b> .....	<b>18</b>
2.2 CONCEITO DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO .....	20
2.3 FATORES DE RISCO À PREMATURIDADE.....	22
<b>3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA TERAPÊUTICA DO CUIDADO AO RN PREMATURO</b>	<b>26</b>
3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA NOS CUIDADOS COM RN .....	27
3.2 QUADRO EVOLUTIVO NOS CUIDADOS AO RN PREMATURO FRENTE AO USO DA UTIN.....	29
3.3 O USO DA TECNOLOGIA COM OS RN PREMATUROS NOS DIAS ATUAIS .....	34
<b>4 O OLHAR DOS PAIS VOLTADOS AO RN PREMATURO</b> .....	<b>37</b>
4.1 CUIDADOS GERAIS COM O RN APÓS A ALTA HOSPITALAR.....	38
<b>5 MÉTODO DELIBERATIVO</b> .....	<b>42</b>
5.1 A DELIBERAÇÃO COMO INSTRUMENTO .....	42
5.2 ETAPAS DO MÉTODO DELIBERATIVO .....	46
<b>6 METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	<b>56</b>
<b>7 RESULTADOS</b> .....	<b>58</b>
<b>8 DISCUSSÃO</b> .....	<b>61</b>
<b>9 CONCLUSÃO</b> .....	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>73</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA</b> .....	<b>80</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>81</b>
<b>ANEXO A – DECLARAÇÃO DE TORNAR PÚBLICO OS RESULTADOS</b> .....	<b>82</b>
<b>ANEXO B – DECLARAÇÃO DE USO ESPECIFICO DO MATERIAL E/OU DADOS COLETADOS</b> .....	<b>83</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR</b> .....	<b>84</b>
<b>ANEXO D – DADOS DO ESTUDO E PESQUISADOR</b> .....	<b>85</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Vive-se uma época de grandes conquistas tecnológicas e científicas. Embora esses progressos sejam inegáveis em toda a dimensão de nossa existência, nesta pesquisa pretende-se dirigir o olhar mais especificamente para os avanços da tecnociência em relação aos recém-nascidos prematuros. Essa escolha deve-se, sobretudo, pela experiência acumulada pela autora durante anos de trabalho em UTI neonatal. Esse conhecimento adquirido na profissão, permitiu identificar que os avanços na assistência tecnocientífica aos recém-nascidos prematuros muito avançaram nos últimos tempos, e desse modo, possibilitou salvar inúmeras vidas.

Embora se tenha muito o que comemorar com os avanços tecnocientíficos, em vista às muitas vidas que foram salvas, o cenário que envolve a prematuridade ainda é marcado por altas taxas de mortalidade perinatal, o que revela a necessidade de se avançar ainda mais nesses conhecimentos .

No entanto, o progresso tecnocientífico em favor da vida prematura, não pode ser pensado de modo dissociado das questões éticas e morais que envolvem essa realidade, o que faz com que a capacidade deliberativa dos atores envolvidos, tanto da parte dos pais como dos profissionais da saúde, seja determinante para salvar a vida frágil do recém-nascido prematuro. É nessa perspectiva que a Bioética, enquanto ética prática, que lida com ações que envolvem a vida e o viver, se faz tão necessária diante do cuidado pela vida desse frágil ser. Dessa forma, os cuidados com o RN prematuro estão completamente inseridos no âmbito da reflexão bioética, especialmente no que tange ao processo envolvido de tomada de decisões .

Para se alcançar a meta desejada, o trabalho foi dividido em partes. A etapa do referencial teórico, subdividiu-se em quatro momentos:

No primeiro momento buscou-se tratar da prematuridade, seus fatores de risco, e os conceitos de recém-nascido e de prematuro. Ou seja, a pesquisa voltou-se para identificar que o componente neonatal da mortalidade infantil está estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação e do nascimento do recém-nascido, na medida em que o adequado acompanhamento do pré-natal possibilita a identificação de problemas e riscos em tempo hábil para uma possível intervenção. Ressalta-se que ações de promoção, prevenção e assistência à saúde

dirigida a gestante e ao recém-nascido têm grande importância, pois, influenciam na condição de saúde do indivíduo, desde o período neonatal até a vida adulta.

Na segunda etapa buscou-se analisar historicamente a evolução terapêutica do cuidado com o recém-nascido prematuro. Nesse momento pretende-se mostrar que a assistência ao prematuro conta cada vez mais com novos e sofisticados procedimentos, diagnósticos e terapêuticos, garantindo a sobrevivência do RN prematuro. As UTIs neonatais representam indiscutivelmente um favorecimento ao suporte de vida do RN prematuro. Entretanto, faz-se necessário considerar que o uso desproporcional destas tecnologias pode gerar mais riscos que benefícios ao RN, embora esses recursos sejam indiscutivelmente necessários.

Existem muitos recursos a serem empregados ao RN na tentativa de manutenção para salvaguardar a vida. Cita-se como exemplo, a ventilação mecânica, a qual expõe o RN à grande risco, desde a manipulação durante a técnica até o desmame do respirador. No entanto, esse risco poderá proporcionar maior benefício ao ser empregado, superando possíveis prejuízos. O uso da tecnologia deve considerar os potenciais de riscos e benefícios, acendendo uma luz para novas alternativas de proteção em favor do RN. A importância de se permitir usufruir dessas tecnologias e recursos sem incorrer em injustiças, resgata o princípio da dignidade do RN, enquanto ser humano vulnerável, conforme propósito da Bioética.

No terceiro momento o olhar voltou-se para os cuidados que os pais de filhos recém-nascidos prematuros precisam ter quando da alta hospitalar. Ou seja, a pesquisa pretende analisar a prematuridade do RN, explicitando a atenção/cuidado que essa criança requer, abordando os aspectos mais relevantes ao acompanhamento do RN prematuro, considerando o processo de deliberação. Esse acompanhamento envolve os pais e a equipe multidisciplinar. Projetando o adequado crescimento e desenvolvimento do RN. Assim, a atenção prestada ao RN prematuro, deve ser direcionada tanto no contexto integral, abrangendo os cuidados corporais, de alimentação e de administração de medicamentos, entre outros, como no contexto que promova a interação entre todos os atores envolvidos, favorecendo assim, o estabelecimento de vínculos.

E por fim, a reflexão teórica tratou de analisar os fundamentos do método deliberativo de Diego Gracia, com o objetivo de que os mesmos fundamentos possam servir de auxílio ao progresso da ciência e da tecnologia, em vista de

permitir que os atores envolvidos com o recém-nascido prematuro possam deliberar em vista da vida e da dignidade desse frágil ser.

Ressalta-se que na deliberação coletiva<sup>1</sup>, os profissionais pensam conjuntamente, compartilham suas percepções com sua equipe e pais do RN, pondo em diálogo, diferentes sentidos morais. Na realidade, as diferentes perspectivas da realidade são de fato importantes para aprimorar o sentido moral. Nesse sentido, o procedimento deliberativo é um recurso que ajuda a ordenação das discussões em torno dos problemas éticos e morais, por meio de passos sequenciais, conforme serão apresentados no decorrer deste estudo.

A deliberação como forma de promover a autonomia de usuários e profissionais na clínica da atenção ao RN. Refere-se a humanização juntamente com a responsabilidade junto aos envolvidos. Nesse contexto, os profissionais utilizam a deliberação de uma forma coletiva como estratégia, visando uma melhor resolução dos problemas no cotidiano.

Diante desse panorama em que a vida humana se apresenta de forma frágil e vulnerável, esta pesquisa tem por objetivo geral “Identificar a interseção dos avanços da tecnociência com a utilização do método deliberativo (coletivo) de Diego Gracia pelos atores envolvidos no atendimento aos recém-nascidos prematuros de modo a preservar a vida com dignidade”.

E, por objetivos específicos, estabeleceu-se:

- Verificar se os pais receberam as informações prévias dos médicos sobre a prematuridade do filho;
- Descrever como os pais receberam a informação sobre a prematuridade do filho;
- Propor o ensino da deliberação moral na graduação e pós-graduação médica.

Quanto a metodologia, este trabalho utilizou-se a revisão bibliográfica de artigos científicos, livros, revistas, teses e dissertações, e do método qualitativo, com o desenvolvimento e aplicação de pesquisa de campo. As entrevistas com os

---

<sup>1</sup> **Coletivo**: “capaz de abranger um grande número de pessoas e/ou coisas. Que pode pertencer a um grande número de pessoas: trabalho coletivo”. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/coletivo/>> Acesso em: 07 abr. 2016. Na área da saúde, segundo Junges (2015, p. 266-267), o sujeito coletivo, se organiza “reflexivamente em vista do alcance de um objetivo comum, e se subjetivam a partir das interações desse coletivo. A equipe de atenção básica é um exemplo típico de um sujeito organizativo profissional, pois seus membros possuem: competência social comunicativa, organização estratégica para a consecução de um fim, e subjetivação a partir do seu coletivo”.

pais dos RN prematuros internados em UTI neonatal, respeitaram as normas em Comissão de Ética em Pesquisa.

Com os resultados da pesquisa de campo, o trabalho buscará correlacionar as informações obtidas na pesquisa com o método deliberativo de Gracia a fim de identificar como esta teoria pode colaborar na tomada de decisão com prudência e responsabilidade, em vista aos diferentes valores éticos, morais e religiosos entre os participantes. A deliberação de problemas éticos é a consideração dos valores e deveres intervenientes nos fatos concretos, visando manejar a situação de conflito moral, de maneira razoável e prudente, por meio de discussões e decisões feitas no diálogo interpessoal. Nesse sentido, Gracia engloba a deliberação, sobre os fatos a serem esclarecidos, sobre valores a serem identificados, sobre deveres para se encontrar o melhor curso de ação para esse caso concreto, e, por fim, sobre as responsabilidades, submetendo esse melhor curso de ação para o problema, às provas de consistência, viabilidade e legalidade.

## 2 O RECÉM-NASCIDO E A PREMATURIDADE

Neste capítulo apresentar-se-á que o nascimento prematuro é considerado um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento infantil; sendo também uma causa importante na morbidade ao longo da vida dos prematuros sobreviventes. Para melhor compreensão desse tema, primeiramente conceitua-se o RN, após o RN prematuro e, por fim os fatores de risco que a prematuridade representa à saúde e desenvolvimento dos RNs.

Deve-se esclarecer que em todo mundo, nascem anualmente 20 milhões de crianças prematuras, e dessas, um terço acaba morrendo antes de completar 1 ano de vida. De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, “a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, mais comuns em crianças prematuras e de baixo peso” (SANTOS et al., 2012, p. 789).

Para o Ministério da Saúde:

[...] a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país. A maior parte das mortes infantis ocorre nos primeiros dias de vida da criança, e por causas consideradas evitáveis, como infecção, asfixia ao nascer e complicações da prematuridade (BRASIL, 2012, p. 7).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, junto ao Ministério da Saúde reforçam que:

[...] apesar dos avanços alcançados, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido em nossas leis. Os índices de mortalidade infantil – embora bastante reduzidos na última década – ainda são altos. Na maioria dos casos, os óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade (BRASIL, 2004, p. 6).

Conforme descrito acima, o componente neonatal da mortalidade infantil está estritamente vinculado aos cuidados no período da gestação e do nascimento. Daí a importância de estudar os fatores de risco a todos os nascimentos prematuros, visando sua proteção.



## 2.1 CONCEITO DE RECÉM-NASCIDO

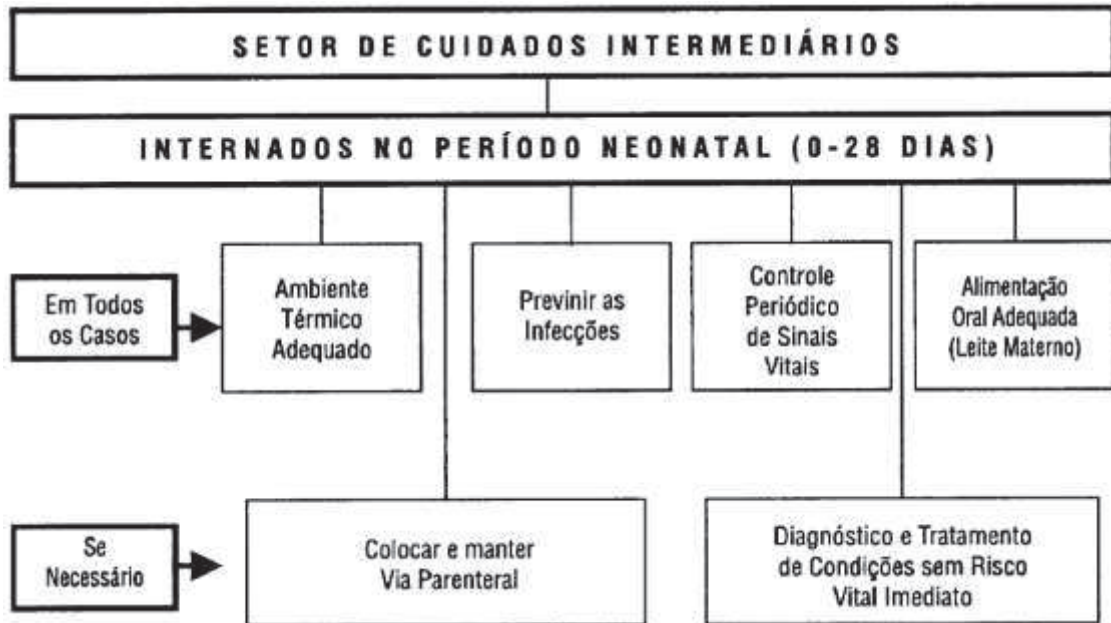
Considera-se RN normal ou de baixo risco “aquele que nasce com IG<sup>2</sup> entre 37 a 42 semanas, com boa vitalidade, crescimento intra-uterino adequado e ausência de patologias ou malformações evidentes” (SILVA, 2011, p. 1), conforme será detalhado no sub-tópico 1.1.1.

Segundo Rossetto et al. (2011, p. 1), após o nascimento, “o neonato necessita assumir suas funções vitais, as quais, durante a vida intrauterina, eram realizadas pela placenta”. Neste momento, o nascimento considera-se uma fase crítica, a qual exige adaptações fisiológicas repentinas e cruciais no sistema corporal do RN. A Coordenação Materno-Infantil da Secretaria de Assistência à Saúde ressalta que o atendimento ao recém-nascido, inicia-se na sala de parto, onde o pediatra é avisado pela enfermagem sobre o nascimento de todas as crianças (BRASIL, 1994, p. 33). Logo após, cabe ao médico no setor de neonatologia, proceder ao exame físico detalhado e preencher devidamente a ficha do RN, decidir se o RN irá para o setor de alojamento conjunto, setor de cuidados intermediários ou ainda, se deverá o mesmo ser transportado para um centro de maior complexidade (BRASIL, 1994, p. 34).

No fluxograma a seguir, apresentam-se as ações que devem ser seguidas no setor de cuidados intermediários, onde todos os RN que requeiram cuidados de enfermagem deverão permanecer. O objetivo deste setor é prestar assistência a fim de conseguir uma sobrevivência sem sequelas ao RN ali instalado (BRASIL, 1994, p.17). complementa-se que neste setor, deve estar presente além do Médico Neonatologista ou Pediatra com treinamento em neonatologia, enfermeira, auxiliar de enfermagem e auxiliar de serviço, tudo para assegurar a vida do RN.

---

<sup>2</sup> **Idade Gestacional (IG)** - É expressa em dias ou em semanas completas. As mensurações de crescimento fetal, que representam variáveis contínuas, são expressas em relação à semana específica da idade gestacional. Período de semanas completas decorridas desde o primeiro dia do último período menstrual normal até ao dia de nascimento; equivalente a duração da gravidez (Instituto Nacional de Estatística - INE. Estatísticas da Saúde. Disponível em: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Idade\\_gestacional](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Idade_gestacional)).



**Figura 1 – Ações a serem cumpridas no setor de cuidados intermediários**

Fonte: BRASIL (1994, p. 17).

Nesse aspecto, deve ainda os profissionais responsáveis pela assistência do RN ser habilitado para promover:

- A aproximação, o mais precocemente possível, entre a mãe o bebê, para fortalecer o vínculo afetivo, garantindo o alojamento conjunto, desde que possível;
- O estímulo ao reflexo de sucção ao peito, necessário para o aleitamento materno e para estimular a contratilidade uterina, logo que possível;
- A garantia de acesso dos cuidados especializados necessários para a atenção ao recém-nascido em risco (BRASIL, 2002, p. 16).

Dados no Manual de Atenção Humanizada ao RN esclarece que a humanização do nascimento ao recém-nascido, “deverá caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional e condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados” (BRASIL, 2002, p. 16). Portanto, essa atenção humanizada deve ser dada não somente ao RN, como também a mãe e sua família. Este é um trabalho importante desenvolvido pela equipe de saúde, onde a mesma possa oferecer um trabalho interdisciplinar com maior qualidade, visando a proteção da dignidade do RN prematuro.

Reforça a Sociedade Brasileira de Pediatria que a estadia hospitalar do RN, esta deve ser baseada em características únicas de cada binômio mãe-filho,

incluindo, desse modo, a saúde da mãe, a saúde e a estabilidade do RN, a capacidade, a habilidade e a confiança da mãe para cuidar de si e de seu RN, bem como, o adequado suporte em seu lar, o acesso a assistência profissional especializada. Nesse sentido, todos os esforços devem ser feitos para que a mãe e o RN tenham alta hospitalar juntos, e os profissionais que prestam assistência devem decidir, em concordância com a família, sobre o momento mais adequado da saída (SBP, 2001, p. 3).

No que tange a alimentação do RN, fica condicionada ao peso, as condições de sucção e deglutição, geralmente acontece através do método de gavagem ou parenteral, até o momento adequado de iniciar via oral ou sucção no seio materno. Vale ressaltar que o leite materno é o alimento ideal, no entanto, às vezes é necessário ser suplementado com tonificantes, contendo sódio, proteínas, cálcio e fósforo (BRASIL 1994, p. 69).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, enfatiza que “para iniciar bem a vida é fundamental e pode acontecer somente se houver condição favorável para a prática da alimentação saudável acompanhada pela afetividade e pelo bem-estar proporcionados pela amamentação” (BRASIL, 2004, p. 22). A amamentação traz inúmeras e inegáveis vantagens para a criança, sua mãe, a família e a sociedade. Quando praticada a amamentação de forma exclusiva “até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento” (p. 22), além do desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e também na idade adulta. Por essas e tantas outras razões, faz-se imprescindível o desenvolvimento das ações de promoção da amamentação.

Complementa a Coordenação Materno-Infantil da Secretaria de Assistência à Saúde que durante a permanência do RN no hospital, o profissional deve também explicar aos pais os cuidados que devem ser tomados com seu filho. Portanto, torna-se fundamental a participação da mãe nos cuidados rotineiros da criança, visando que no momento da alta, a mesma seja capaz tecnicamente de cuidar de seu filho (BRASIL, 1994, p. 21).

Após conceituar o RN e saber quais os cuidados que os mesmos necessitam, é imprescindível o esclarecimento quanto a sua classificação de acordo com o peso e a idade gestacional (IG). Conforme Dantas (2010), conhecer a classificação dos

RNs permite a antecipação de problemas relacionados ao peso e/ou à IG quando do nascimento, possibilitando o planejamento dos cuidados e tratamentos específicos, o que contribui para a qualidade da assistência.

### 2.1.1 Classificação do RN

Com a classificação dos RN informada abaixo, permitirá definir riscos de morbimortalidade neonatal para ações preventivas. Neste contexto, os critérios indicados a serem utilizados são: idade gestacional, peso ao nascer, relação peso e idade gestacional e estado nutricional (BORLANI, 2012, p. 31).

Ressalta-se que qualquer dos métodos usados para obter a idade gestacional permite classificar os RN em:

Pré-termo (Prematuros)	Idade gestacional inferior a 37 semanas
A termo (RN normal)	Idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias
Pós-termo	Idade gestacional igual ou maior que 42 semanas

**Quadro 1 – Classificação do RN por IG**

Fonte: Adaptado de BRASIL (1994, p. 38).

Ou seja, para ser considerada normal, uma gravidez deve durar de 37 semanas completas a 42 semanas incompletas, dando à luz um recém-nascido chamado "a termo". Quando a gestação dura mais de 20 semanas e menos de 37 semanas, o parto é denominado prematuro, ou seja, "pré-termo". Segundo a Associação Paulista de Medicina, "acredita-se que mais ou menos 12% dos partos são prematuros, sendo que na grande maioria dos casos o trabalho de parto é espontâneo ou devido à ruptura prematura das membranas amnióticas" (APMS, 2012, p. s/p). E, após o período normal de gestação, o considerado "pós-termo", pode ocorrer a diminuição de oxigênio e nutrientes, podendo neste caso, o bebê apresentar complicações respiratórias e nutricionais importantes no período neonatal.

O peso ao nascer refere-se à primeira medida de peso do feto ou RN obtida após o nascimento, preferencialmente à primeira hora pós-nascimento, antes que ocorra significativa perda de peso pós-natal. As referências para tanto são:

RN baixo peso	RN com peso < 2.500
RN muito baixo peso	RN com < 1.500g
RN de muito muito baixo peso	RN com < 1.000g

**Quadro 2 – Classificação do RN por peso após nascimento**

Fonte: Adaptado de BRASIL (1994, p. 39).

Para a Organização Mundial de Saúde, RN de baixo-peso é todo bebê nascido com peso igual ou inferior a 2.500 gramas. Como nessa classificação não se considera a IG, estão incluídos tanto os bebês prematuros quanto os nascidos a termo.

Complementa a Coordenação Materno-Infantil da Secretaria de Assistência à Saúde que o RN de baixo peso está incluído “tanto os prematuros quanto os RN de termo com retardo do crescimento intra-uterino” (BRASIL, 1994, p. 41). Estes neonatos geralmente apresentam alguns problemas comuns, por isso que podem ser assim classificados.

O recém-nascido normal, seja ele a termo ou prematuro, tem uma frequência respiratória entre 30 e 60 incursões/min. No entanto, faz-se necessário enfatizar que a respiração do RN normal, sem qualquer patologia, não é absolutamente regular, pois é “frequentemente interrompida por pausas respiratórias de curta duração (3 a 5 segundos)” (BRASIL, 1994, p. 68).

Destaca-se que o conhecimento e a compreensão da complexidade que envolve a gestação e o nascimento de um RN, são determinantes para a sobrevivência do prematuro. Desse modo, pode-se dizer que quanto maior for o grau de esclarecimento dos pais sobre o processo gravídico puerperal, maior serão os cuidados prestados ao RN e, maiores as suas chances de sobrevivência, pois suas ações poderão ser preventivas de recuperação e de manutenção da vida (RAMOS; CULMAN, 2009, p. 298).

Portanto, fica compreendido que o RN a termo atinge o grau de maturidade para permitir uma adaptação bem sucedida à vida extra uterina, enquanto o RN prematuro precisa fazer as mesmas adaptações, porém com imaturidade funcional, conforme será observado no tópico a seguir.

## 2.2 CONCEITO DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Conceitua-se por prematuridade todo RN vivo com “menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias) contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual” (RADES et al., 2004, p. 655). Esta incidência varia conforme características populacionais. Referidos autores acrescentam que:

[...] enquanto na Finlândia, França e Dinamarca a prematuridade representa 5% dos nascimentos, na Alemanha, Canadá, Japão e EUA é mais elevada, podendo estar presente em até 12,5%, como ocorre atualmente nos Estados Unidos; nestes, houve aumento de 27% desde 1981 (RADES et al., 2004, p. 655).

No Brasil, as informações sobre RN prematuros são mais escassas<sup>3</sup>, porém, Rades et al. (2004, p. 655-656) apresentam que:

[...] em São Paulo, a Fundação SEADE, em 2001, registrou 7,07% de partos prematuros na cidade de São Paulo. Na Clínica Obstétrica do HCFMUSP, em virtude da alta prevalência de gestações de alto risco e baixo nível socioeconômico, a incidência média de prematuridade entre os anos de 1993 e 2002 foi de 22%.

Em estudo realizado por Bettiol et al. (2010, p. 57), os autores afirmam que nos EUA “a prevalência de nascimentos pré-termo aumentou de 9,5%, em 1981, para 12,7%, em 2005, mantendo-se atualmente na faixa de 12 a 13%, enquanto na Europa estes valores variam entre 5 e 9%”.

No que tange o Brasil, referidos autores enfatizam que a taxa de RN prematuro variou de 3,4 a 15% nas regiões Sul e Sudeste, entre 1978 e 2004. Já nos estudos realizados na região Nordeste, entre os anos de 1984 e 1998 “mostraram taxas de 3,8 a 10,2%, também com tendência de aumento. Não foram encontrados estudos das regiões Norte e Centro-Oeste” (BETTIOL et al., 2010, p.57).

Já o Ministério da Saúde em 2013 reforça que no Brasil, a taxa de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano) teve expressiva queda nas últimas décadas, graças às estratégias implementadas pelo governo federal, como ações para diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da estratégia saúde da família,

<sup>3</sup> Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_27450.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_27450.htm)> Acesso em: 10 out. 2015.

ampliação das taxas de aleitamento materno exclusivo, entre outras. Segundo dados do IBGE (2010), “o número de óbitos foi diminuído de 47,1 a cada mil nascidos vivos em 1990, para 15,6 em 2010”. Entretanto, “a meta de garantir o direito à vida e à saúde a toda criança brasileira ainda não foi alcançada, persistindo desigualdades regionais e sociais inaceitáveis” (BRASIL, 2013, p. 7).

Os RN prematuros requerem atendimento imediato e especializado para sobreviver com o mínimo de sequelas. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), todos os fetos pesando pelo menos 500 g ou 25 cm de comprimento, devem ser considerados nascimentos e, portanto, registrados e notificados (BRASIL, 2009, p. 7).

Conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2001, p. 3), os pais devem estar informados e ter conhecimento sobre as vulnerabilidades a que estão expostos os prematuros, bem como a importância do monitoramento em relação ao ganho de peso, a icterícia e principalmente a apnéia.

Nesse contexto, Santos (2015) enfatiza que o RN prematuro assemelha-se ao RN a termo, porém, necessita de cuidados especiais. O quadro abaixo apresenta alguns pontos importantes a serem observados quanto aos cuidados reservados ao RN prematuro.

Peso/estatura	Menor que 2.500 kg
Cabeça	3 cm ou menos
Orelha	Mal desenvolvidas e podem ser dobradas facilmente
Planta do pé	Mais túrgida e pode ter apenas algumas finas rugas
Fontanelas	A anterior pode estar presente após o cavalgamento ósseo
Olhos	Estão sempre fechados e são proeminentes
Língua	Grande
Tórax	Caixa torácica menos rígida que o A TERMO
Abdome	Redondo e proeminente. As hérnias são comuns
Reflexos subcorticais	Fracos ou ausentes
Postura	Flexão da cabeça e dos membros que repousam sobre o tórax
Ao nascer	Coloração vermelha, brilhante, macia e lisa
2º e 3º dia	Rósea, descamativa e seca.
Turgor	Grande elasticidade
Cianose	Normal quando em mãos, pés e perioral (primeiras horas devido a circulação periférica mais lenta ou pela hipotermia – RN pré-termo). Quando generalizada+ ocorrência grave associada a distúrbios respiratórios ou circulatórios
Icterícia	Coloração amarelada da pele que evolui no sentido céfalo-caudal (fisiológica ou patológica-primeiras 36 horas)
Edema	De MI (observado em RNs prematuros devido as limitações cardíacas e renais devido a imaturidade dos órgãos).

**Quadro 3 – Cuidados especiais reservados ao RN prematuro**

Fonte: Adaptado de SANTOS (2015)

Conforme Anjos et al. (2012, p. 518), os RN prematuros “trazem consigo o emblema da fragilidade, da necessidade de cuidados especiais e de mecanismos de proteção diferenciados”. Desta forma, surgem questionamentos acerca da percepção materna sobre os cuidados com o seu filho prematuro, suas potencialidades e fraquezas para lidar com o filho imaturo. Outro aspecto que deve ser levado em conta é o estabelecimento de redes de apoio familiar e social, que são fundamentais para essas mães.

No contexto geral, percebe-se que o nascimento prematuro é uma realidade mundial atual que demanda articulações de estratégias, principalmente no que tange a participação das famílias no contexto hospitalar.

### 2.3 FATORES DE RISCO À PREMATURIDADE

O termo RN de risco refere-se “àquele exposto a situações em que há maior risco de evolução desfavorável, e que deve ser prontamente reconhecida pela equipe de saúde” (CASTILHO, 2012, p. 4). Neste caso, demanda-se maior atenção por ser um caso especial e prioritário, pois, pode acontecer tanto no nascimento como ao longo da vida da criança. O RN de alto risco merece ainda maior destaque, pois, além da necessidade de cuidados pela equipe da atenção básica de saúde, com muita frequência demanda atendimento especializado por profissionais habilitados. Sugere, o mesmo, os seguintes critérios para identificar o RN de alto risco: “RN com asfixia grave ao nascer (Apgar<sup>4</sup> < 7 no 5º min), RN pré-termo com peso ao nascer < 2.000g, RN < 35 semanas de idade gestacional, RN com outras doenças graves” (CASTILHO, 2012, p. 5).

Segundo a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, os RN de alto risco são:

---

<sup>4</sup> **Escala** ou **Índice de Apgar** é um teste desenvolvido pela Dra. Virginia Apgar (1909-1974), médica norte-americana, que consiste na avaliação de 5 sinais objetivos do recém-nascido no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 2, sendo utilizado para avaliar as condições dos recém-nascidos. (Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala\\_de\\_Apgar](https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Apgar)).



[...] crianças que, além do cuidado ofertado pela equipe de saúde da família e unidade básica de saúde, demandam atenção especializada e atendimento multiprofissional, como: neurologia, oftalmologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, dentre outros (BRASIL, 2004, p. 63).

Esta assistência deverá estar desenhada de forma que permita o acesso e promova a qualidade de vida para esses bebês. As equipes de saúde da família tem a responsabilidade de manter sobre essa população de maior risco a continuidade do cuidado, desenvolvendo ações de vigilância à saúde (BRASIL, 2004, p. 63).

De acordo com Carvalho e Prochnik (2001, p. 20), são vários os fatores que envolvem o nascimento prematuro, dentre eles, os fatores biológicos e sociais. Entre os fatores biológicos destacam-se a hipertensão materna, aborto e partos prematuros anteriores, baixa estatura e baixo peso materno e gestações múltiplas. No que tange os fatores sociais, são: baixo nível socioeconômico e de escolaridade materna, idade materna inferior a 18 anos ou superior a 40 anos, uso de drogas, fumo e álcool, gravidez indesejada e falta de assistência pré-natal. Deve-se ainda considerar-se outros fatores como a desnutrição materna, a carência ou a ausência de assistência médica, destacando-se a assistência pré-natal e a falta de planejamento familiar.

Na mesma linha, Salge et al. (2009, p. 643), reforça que os fatores de risco no parto prematuro associam-se aos fatores demográficos e obstétricos, como:

[...] a idade materna menor que 21 ou maior que 36 anos, o baixo nível sócio-econômico, a estatura materna inferior a 1,52 m, a gestação gemelar, o sangramento vaginal no 2º trimestre, o amadurecimento cervical e também o aumento da atividade uterina antes da 29ª semana de gestação.

No parecer de Menezes et al. (2009, p. 03), o risco mais alto de mortalidade neonatal se dá em crianças que nascem com peso inferior a 1.000g e em gestações com menos de 30 semanas.

Em meio a tantas complicações, a prematuridade torna-se um fator de risco muito importante, principalmente os que nascem com peso inferior a 1.500g, sendo que somente 5% a 10% dos casos clássicos da doença acontecem em recém-nascidos a termo. Rades et al. (2004, p. 656) reforça que mesmo a “sobrevida ter melhorado nos últimos anos, principalmente nos centros terciários, a prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo responsável por 75% das mortes neonatais”.

Ramos e Cuman (2009, p. 298) reforçam essa ideia, observando que a prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Com isso exige-se da “estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis [...] pois afetam diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade”.

Em seus estudos, Bettiol et al. (2010, p. 58) analisaram que muitos fatores de risco clássicos como infecções, partos múltiplos, hipertensão induzida pela gravidez, tabagismo materno e uso de drogas ilícitas na gravidez, trabalho extenuante, baixo índice de massa corpórea, ganho de peso insuficiente na gravidez, reprodução assistida, colo uterino curto, intervalo interpartal curto, baixa escolaridade, raça negra e história anterior de nascimento pré-termo, são os responsáveis por apenas 1/3 dos partos prematuros.

Referidos autores, ao pesquisarem sobre a evolução dos RN prematuros no país, encontraram nos estudos de Silveira et al. que entre os fatores de risco do RN pré-termo:

[...] o baixo peso materno pré-gestacional, extremos de idade materna, história prévia de natimorto, tabagismo na gravidez, ganho de peso materno insuficiente, hipertensão arterial, sangramento vaginal, infecção do trato geniturinário e cinco ou menos consultas no pré-natal, distress materno, baixa escolaridade materna, mãe pertencer à força de trabalho e trabalhar em pé. O parto pré-termo também pode se associar à determinação incorreta da idade gestacional baseada em exames ultrassonográficos e a baixa qualidade da assistência pré-natal, falhando no controle de infecções que levam à ruptura prematura das membranas (BETTIOL et al., 2010, p.58).

Para se estimar com maior precisão o risco do RN apresentar determinadas patologias ou de morrer, faz-se imprescindível a análise de duas variáveis em conjunto: a idade gestacional e o peso, conforme expresso acima. De acordo com dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2012, 15 milhões de neonatos nascem muito cedo todos os anos. Além disso, “mais de 1 em cada 10 bebês nascem prematuros, afetando famílias em todo o mundo e mais de 1 milhão de crianças morrem a cada ano devido a complicações de parto prematuro” (SANTOS et al., 2012, p. 789).

Neste caso, tornam-se necessárias medidas urgentes visando enfrentar este problema de saúde pública, mesmo porque as taxas de nascimentos prematuros estão aumentando a cada ano. Para se alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em relação ao RN prematuro, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável afirma que: “Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar” (ONU-BR, 2015, Art. 3.4). complementa a Agenda 2030 que, acabar com as mortes de RN e menores de 5 anos, objetiva a redução “da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos” (ONU-BR, 2015, Art. 3.2).

Conforme exposto, as condições mencionadas acima representam um conjunto de fatores de risco que engrossam as estatísticas de partos prematuros e de nascimentos de baixo peso. Dessa forma, para corrigir os agravos ocasionados pela prematuridade o uso da tecnologia acaba sendo inevitável, existindo ainda com frequência a necessidade do internamento do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), conforme será apresentado no capítulo a seguir.

### 3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA TERAPÊUTICA DO CUIDADO AO RN PREMATURO

A preocupação com a assistência ao RN não se baseia exclusivamente a sobrevivência do mesmo, mas também na qualidade de vida, assegurando desta forma, uma sobrevivência à mãe e ao neonato.

Em meio aos avanços tecnológicos/científicos, o campo de trabalho médico tem aumentado progressivamente, promovendo a tendência de determinar o surgimento contínuo de novas especialidades. A Pediatria é um exemplo, isto é, uma especialidade que vem formando subgrupos de conhecimentos específicos, entre esses, destaca-se a neonatologia, como uma especialidade que se dedica à atenção do recém-nascido sadio ou enfermo.

Por anos o recém-nascido e a criança ficaram desamparados pela saúde, não existindo um cuidado específico destinado às crianças, porém, no decorrer dos tempos houve uma mudança de valores e sentimento do adulto em relação às crianças. A evolução da ciência despertou interesse para com as crianças, surgindo então a Pediatria<sup>5</sup>, como uma especialidade dentro da Medicina, iniciando assim, um tratamento específico onde a criança é vista em sua singularidade e peculiaridade, bem como suas enfermidades e tratamentos (BRASIL, 2011, v. 4).

De acordo com Costa e Padilha (2011, p. 249), a preocupação com a assistência ao recém-nascido na área da saúde surgiu como um prolongamento da obstetrícia. Inicialmente, acrescentam os autores, “as unidades de atendimento ao recém-nascido tinham por finalidade a manutenção e restauração das condições de vitalidade do recém-nascido, a prevenção de infecções e a diminuição da morbimortalidade”. Essas unidades tinham por objetivo “promover a sobrevivência de bebês debilitados em sua adaptação à vida extra-uterina, justificando os investimentos econômicos e sociais para redução da mortalidade infantil e o novo poder-saber médico da neonatologia” (2011, p. 249).

---

<sup>5</sup> Após a metade final do século XIX houve necessidade de maior resolutividade médica, pois os índices de mortalidade infantil estavam muito altos, além disto ter uma especialização agria como inibidor da concorrência profissional. A partir disto surgiu a Pediatria como uma especialidade. A sociedade do Rio de Janeiro foi fundada em 1910 e possuía somente 67 sócios, mas era para os residentes no estado do Rio de Janeiro, somente em 1951 é que se nacionalizou a sociedade e passou a ser considerada Sociedade Brasileira de Pediatria. (Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Pediatria>> Acesso em: 08 abr. 2016).

### 3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA NOS CUIDADOS COM RN

No processo evolutivo, com o passar dos anos, percebeu-se que não deveria somente considerar-se os aspectos biológicos e tecnológicos, mas também a qualidade de vida. De acordo com Costa e Padilha (2011, p. 249) “as transformações no processo de trabalho visaram não só atender a necessidade social de diminuição da morbimortalidade, mas também, assegurar uma sobrevivência de melhor qualidade à mãe e ao neonato”.

Com o propósito de humanizar o nascimento, promover o aleitamento e trazer o bebê para junto da mãe, em 1946, Edith Jackson criou o projeto “Alojamento Conjunto”, tendo resultados positivos e com grande repercussão entre os pais, a comunidade médica e a sociedade em geral. No Brasil, a primeira experiência de implantação e utilização do Alojamento Conjunto ocorreu em 1971, no Primeiro Hospital Distrital de Brasília (hoje HBDF<sup>6</sup>), por Ernesto Silva (OLIVEIRA et al., 2015).

No que se trata do Alojamento Conjunto, historicamente, a literatura aponta para esta prática desde 1880. Neste período os hospitais eram construídos sem berçário, o RN era colocado ao lado da mãe, que cuidava dele e o alimentava. Em 1896 ocorreu a “primeira mudança quanto à assistência ao RN e à mãe, utilizando-se a incubadora para atendimento ao prematuro. Com isso, em quatro décadas, conseguiu-se a recuperação de 5.000 RN, mesmo sem a participação das mães nos cuidados prestados” (BERETTA et al., 2000, p. 60).

Segundo Beretta et al. (2000, p. 59), o Alojamento Conjunto trata-se de um sistema onde o RN fica ao lado da mãe desde o momento do parto até a alta da maternidade, tornando-se um local de ensino e aprendizagem, pois, “a permanência do RN ao lado do leito materno permite que sejam dadas orientações e que essas sejam checadas, quando a mãe executa a tarefa de cuidar de seu filho”.

---

<sup>6</sup> HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal. Inaugurado em 12 de setembro de 1960, é referência em diversas especialidades, como oncologia e medicina nuclear. Além disso, também é referência em transplantes e no tratamento de esclerose múltipla e epilepsia. O HBDF é o segundo na região Centro-Oeste em número de leitos (Disponível em: <<http://sindsaude.org.br/portal/noticias-hbdf/hbdf-mais-uma-pagina-no-ar.html>>).

Para melhor compreensão quanto à questão do Alojamento Conjunto, segue quadro evolutivo deste sistema.

PERÍODO	DESCRIÇÃO
1893	Primeiro berçário foi construído em Paris, destinado aos bebês "débeis", criado pela Madame Henry, enfermeira chefe da "Casa de Partos". Anos mais tarde este berçário tomou impulso com o obstetra francês Pierre Budim, considerado um dos pais da Neonatologia.
Início do século XX	Já havia promissoras fórmulas lácteas para alimentar RN internados e progressos satisfatórios foram conseguidos com as incubadoras, visando isolar e aquecer os recém-nascidos. Essas novas técnicas deram credibilidade às instituições, havendo então, disseminação de medidas rigorosas de isolamento, com o intuito de reduzir o manuseio, as visitas e, conseqüentemente, a contaminação dos RN, o que levou a um definitivo afastamento entre mães e filhos, até mesmo dos considerados saudáveis.
Anos 40	Já existia nos Estados Unidos da América, porém, foi abandonada devido aos surtos infecciosos maternos. A sociedade estava se voltando para a saúde mental e, Pediatras e Psiquiatras, apresentaram trabalhos sobre distúrbios psicológicos da mãe e bebê, confirmando a suspeita de que a separação logo após o nascimento deixam as mães despreparadas para cuidar e amamentar seus filhos, bem como bebês insatisfeitos, com repercussão em seu desenvolvimento emocional futuro.
1946	Criado o projeto "Alojamento Conjunto", por Edith Jackson, no Grace New Haven Hospital, com o propósito de humanizar o nascimento, promover o aleitamento e trazer o bebê para junto da mãe. Esse experimento teve resultados positivos com grande repercussão entre os pais, a comunidade médica e a sociedade em geral.
1971	No Brasil, Ernesto Silva faz a primeira experiência de implantação e utilização do Alojamento Conjunto, no Primeiro Hospital Distrital de Brasília (hoje HBDF), apesar de já existirem Santas Casas de Misericórdia nas cidades do interior, que mantinham os bebês com as mães.
1977	5ª Reunião de Perinatologia do Ministério da Saúde recomendou que os bebês sem risco deveriam ficar ao lado de suas mães, e não mais em berçários.
1982	I Encontro sobre Alojamento Conjunto, em Brasília, criando as normas básicas para a organização do sistema de Alojamento Conjunto a serem cumpridas por todas as unidades hospitalares do País.
1993	Feita a Portaria Ministerial (MS/GM nº. 1.016, de 26 de agosto) publicada no Diário Oficial da União nº. 167, de 01/09/1993 aprovando as normas básicas para a implantação do sistema de alojamento conjunto em todo o território nacional.

**Quadro 4 – Quadro evolutivo nos cuidados com RN**

Fonte: Adaptado de OLIVEIRA et al. (2015, p. 1-2).

Partindo dessa linha cronológica, percebeu-se que vários pediatras vêm dando uma importância especial no aspecto psicológico, no que tange o contato entre mãe e seu bebê.

Fulchignoni e Nascimento (2004, p. 32) apresentam em seu estudo como principais vantagens decorrentes do Alojamento Conjunto:

1. a possibilidade de colocar os profissionais de saúde frente a um novo plano assistencial materno-infantil, no qual o binômio não é considerado como paciente, mas como coparticipante que requer seus direitos nas atividades assistenciais;

2. o pronto atendimento às necessidades afetivas e de socialização do recém-nascido e da mãe e o estabelecimento de um relacionamento favorável entre eles;
3. a aquisição de maior confiança, satisfação, realização e habilidade da mãe para cuidar de seu filho sempre que ele solicitar, além de favorecer uma maior interação afetiva entre mãe e filho, a melhoria das atividades paternas, a diminuição da ansiedade e maior participação nos cuidados com o seu filho;
4. a prevenção de desordens neurológicas e problemas de comportamento na criança;
5. a redução da ansiedade da mãe e conseqüente diminuição do choro do bebê;
6. o rápido aumento ponderal do recém-nascido e redução do risco de infecção cruzada; e
7. a integração das equipes de neonatologia e obstetrícia

O Alojamento Conjunto é um setor educativo que deve ser considerado prioritário, porém, a adoção do mesmo não representa de forma alguma a extinção do berçário, pois, este torna-se imprescindível à assistência ao RN que apresenta riscos na sua adaptação à vida extrauterina, bem como aos que tenham condições patológicas, cujas mães não lhe possam prestar cuidados (BERETTA et al., 2000, p.60). Este setor de alojamento deve estar localizado próximo aos demais setores da internação perinatal, pois desse modo, facilita o funcionamento coordenado, uma vez que possibilita com que alguns membros da equipe possam cumprir funções nos diferentes setores da área, sem precisar de grandes deslocamentos.

### 3.2 QUADRO EVOLUTIVO NOS CUIDADOS AO RN PREMATURO FRENTE AO USO DA UTIN

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) trata-se de uma área hospitalar restrita ao atendimento de pacientes graves ou de risco para morte, dispondo de equipe multidisciplinar, tendo assistência médica e de enfermagem ininterruptas, equipamentos específicos próprios e adequados, recursos humanos especializados, e acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e a terapêutica no período neonatal. Destina-se RN portadores de peso inferior ao recomendado (aproximadamente > 1.200g), alterações das funções vitais, insuficiência respiratória, instabilidade hemodinâmica, distúrbios metabólicos graves,

pacientes que necessitem de cirurgia, cateterismo central, nutrição parenteral, entre outras (BRASIL, 2011, p.1).

Na sequência, baseando-se nos estudos de Rodrigues e Oliveira (2004), criou-se um quadro da evolução histórica terapêutica quanto ao tratamento dispensado ao RN prematuro, primeiramente no exterior, para posteriormente, enfatizar essa evolução no Brasil.

Meados séc. XIX	As crianças eram ignoradas pelos médicos, não existiam instituições que se dedicassem aos cuidados com as crianças, eram altas as taxas de mortalidade infantil, principalmente entre os recém-nascidos prematuros.
1870 e 1920 (Europa)	Diante as altas taxas de mortalidade adicionadas a queda nas taxas de natalidade, a população européia ficou receosa. Criou-se nesse período um movimento pela saúde da criança. Este movimento tinha por objetivo preservar a vida de todas as crianças e, ficou registrado como um dos primeiros momentos da medicina neonatal. O cuidado preventivo passou a ser praticado, maternidades foram ampliadas e incubadoras foram fabricadas.
Final do séc. XIX	Outras evoluções ocorreram no tratamento obstétrico e neonatal, as incubadoras estavam sendo utilizadas no tratamento de crianças prematuras com sucesso.
Década de 20	Ocorreu a consolidação e organização dos avanços tecnológicos. Em 1922 foi inaugurada a primeira e única unidade para crianças prematuras do Sarah Morris Premature Center, o pediatra Julius Hess publica seu compêndio intitulado “Doenças de crianças prematuras e congênitas”.
Década de 30	ressalta-se a criação do “Box de Oxigênio Hess”, desenvolvido, pelo pediatra Julius Hess em 1934 e utilizado para o tratamento de distúrbios respiratórios.
Década de 40	Os avanços no armazenamento de sangue e nas pesquisas de patologias proporcionaram o desenvolvimento de novas terapias para enfermidades como a eritroblastose fetal.
Década de 50	Também foram marcados pelas descobertas relacionadas aos distúrbios do trato respiratório.
Década de 70	Os pediatras, cirurgiões e anesthesiologistas infantis defenderam a idéia do agrupamento de lactentes com patologias severas em unidades especiais, visando o tratamento mais eficaz. As maternidades para prematuros passam a ser denominadas maternidade de tratamento especial, e desta para unidade de tratamento intensivo para recém-nascido.

**Quadro 5 – Evolução histórica terapêutica no cuidado com o RN prematuro no exterior**

Fonte: Adaptado dos estudos de Rodrigues e Oliveira (2004, p. 287-289).

Agora, reportando-se ao Brasil, devido ao aumento desencadeado de RN, a criação de um espaço para a assistência aos neonatos. Segundo Tronco et al. (2012, p. 131), em 1960, “a Neonatologia foi instituída como subespecialidade da Pediatria, repercutindo diretamente na sobrevivência de neonatos prematuros”. Prossegue os autores que isso ficou evidenciado devido ao “sistema de informação de nascidos vivos, que revela, desde a década de 1980, um declínio na mortalidade infantil” (p. 131).



Oficialmente no Brasil, a UTI neonatal surgiu década de 1980, sendo que a primeira unidade foi instalada no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) em Florianópolis/SC. Porém, essa UTI neonatal foi inaugurada somente em 1987, por entender que muitos dos saberes e práticas instituídas no cuidado ao RN de risco neste estado foram influenciados pelo atendimento nesta unidade (COSTA; PADILHA, 2011, p. 249).

Em 1882 aconteceu a inauguração da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, que possuía um consultório infantil e realizava cursos sobre doenças das crianças. Em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência a Infância do Rio de Janeiro, foi criado pelo médico Arthur Moncorvo Filho, tendo seu funcionamento efetivo iniciado no ano de 1901 (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004, p. 289-290).

Complementa Silveira (2012, p. 3) que todo RN prematuro, especialmente aqueles de muito baixo peso, deve seguir um programa de seguimento durante a internação hospitalar. Esse programa segue os protocolos assistenciais na UTIN, os quais capacitarão e qualificarão o seguimento, respondendo aos resultados das práticas adotadas na UTIN.

No Brasil, o índice de mortalidade neonatal das UTIs, ainda é considerado alto:

[...] as Instituições que atendem tais crianças precisam investir em melhoras para que tais índices estejam equivalentes aos países desenvolvidos. A esse respeito ressalta-se que a mortalidade neonatal geral na América Latina é de 25 óbitos por 1.000 nascidos vivos, o que representa quatro vezes os valores alcançados pelos países norte-americanos. A letalidade de crianças com peso inferior a 1.500g em alguns centros do Brasil é de 29,3%, chegando a 61,3% para os recém-nascidos abaixo de 1.000g (MENEZES et al., 2009, p. 03).

Silva et al. (2009, p. 685), afirmam que a crescente visibilidade de taxas de morbimortalidade neonatal tem sido um “desafio mundial de saúde pública, pois anualmente, em torno de 20 milhões de bebês nascem com baixo peso (abaixo de 2.500g), a maioria destes nos países em desenvolvimento”, e, os fatores predominantes neste caso são nascimento de prematuro e retardo do crescimento intra-uterino. Porém, nos países desenvolvidos, com os avanços técnico-científicos no campo da neonatologia, bem como implantações de ações na área perinatal, obtêm-se maior sobrevivência desses RN.

Rodrigues e Oliveira (2004, p. 290), declaram que a tecnologia influenciou e muito nos cuidados com o RN prematuro. A importação das incubadoras trouxe ao Brasil notáveis resultados nos cuidados com o RN prematuro. No entanto, mesmo com o significativo avanço na medicina e tecnologia, a prevalência de nascimentos prematuros ainda é bastante preocupante em todo mundo.

Nesse sentido, considera-se que a UTIN é uma referência significativa do avanço da tecnologia e ciência, dispondo cada vez mais de equipamentos, drogas, medicamentos e técnicas mais eficientes. No entanto, é importante considerar a vulnerabilidade biológica dos prematuros e de baixo peso ao nascer, somados aos riscos relacionados aos procedimentos de alta complexidade e o período de internamento prolongado, pois, os torna ainda mais suscetíveis às infecções e a outras enfermidades (BRASIL, 2011, p. 1).

Silva et al. (2009, p. 686) reforçam que o ambiente de UTIN se configura como um ambiente tecnológico onde os avanços e intervenção profissional, nos mais diferenciados graus de complexidade, se voltam principalmente para recuperação do bebê, e nesse “ambiente de urgência e imediatismo, tão dominado pela especialização, muitas vezes a equipe está voltada para dominar e manipular as tecnologias”. Assim, o desafio premente é perceber a tecnologia de ponta em sua verdadeira dimensão no processo de cuidado, isto é, analisar que de fato a tecnociência pode auxiliar na atenção à saúde e ao bem-estar da criança, sendo esta, o sujeito primeiro da dedicação e cuidado. No que tange esse “cuidado”, Pessini e Bertachini (2011, p. 88) reforçam quanto ao reconhecimento e valorização do significado da vida, pois, essa ultrapassa o “foco de ser olhado apenas pela possibilidade de sobrevivência e na esfera pessoal [...] pois, as relações são construídas e decorrentes das experiências e vivências com os outros”.

Deve-se lembrar que a chegada de um novo integrante a um núcleo familiar demanda diversas reorganizações de todos os seus membros, incluindo os níveis emocional, interpessoal, de papéis e de funções (MAGALHÃES et al., 2013, p. 185). Referidos autores continuam ressaltando que a humanização em neonatologia compreende ações que envolvem desde o pré-natal até o seguimento ambulatorial do RN, considerando a “individualidade e as necessidades biopsicossociais da mãe, do bebê e do grupo familiar”. Ressalta-se que o RN de alto risco merece ainda maior destaque, pois, além da necessidade de cuidados pela equipe da atenção básica de

saúde, com muita frequência demanda atendimento especializado por profissionais habilitados.

Torna-se fundamental nesse caso, a interlocução entre os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, acordos para o funcionamento dos serviços e definição de atribuições e responsabilidades dos profissionais. Pois, somente será possível uma atenção integral se houver continuidade da assistência, promovendo assim, a redução da mortalidade por causas evitáveis e/ou sequelas que possam comprometer a vida das crianças.

De acordo com Silva et al. (2009, p. 686), muitas vezes, observa-se na equipe de profissionais a dificuldade em compreender as diferentes reações relacionadas ao estresse vivido pela família, e, quando há incompreensão por parte da família, os profissionais agem com distanciamento emocional, “relutando em perceber o sofrimento dos pais junto ao filho”. Por outro lado, o atual panorama da produção do conhecimento em enfermagem neonatal, reforça a cultura histórica na divisão social de papéis entre homens e mulheres, já que os estudos focalizam em sua maioria a participação materna no cuidado ao prematuro, tanto no âmbito hospitalar, quanto doméstico. Assim, é preciso incorporar na prática clínica a visão ampliada de família como um sistema complexo em mútua interação, que demanda a articulação de estratégias por parte dos profissionais de saúde, já que a experiência da doença e hospitalização de um de seus membros afeta a sua integridade e funcionamento como um todo (SANTOS et al., 2012, p. 789).

Na UTIN, os profissionais de saúde precisam ter a dimensão da importância referente à agilidade e destreza para realizar procedimentos, adquirir um conhecimento técnico-científico para um cuidado adequado, discernindo o fazer e como fazer, enxergando mais além do que os olhos veem, dialogando, tocando, sabendo ouvir e percebendo a linguagem não-verbal dos bebês. Em se tratando dos profissionais de saúde, Siqueira (2012, p. 303), complementa que:

(...) persegue-se a ideia de que todo mal que aflige o paciente pode ser esclarecido pela tecnologia e os jovens estudantes são orientados a operar sofisticados aparelhos, mas não são educados para reconhecer o ser humano como unidade biopsicossocial e espiritual.

Percebe-se, portanto, que os profissionais necessitam ser motivados e sensibilizados para o cuidado amoroso ao bebê, devendo cultivar o envolvimento, a

flexibilidade e a singularidade para olhar as situações, buscando uma relação harmônica onde ambos na busca do bem-estar (COSTA; PADILHA, 2011, p. 253).

Num contexto geral e analisando os fatores que envolvem o internamento de um RN na UTIN, há de se considerar que, o recém-nascido desde sua concepção foi assistido e cuidado segundo valores éticos e de responsabilidade, não sendo vítima de negligência. Percebeu-se que usufruir da UTIN é uma maneira digna de salvar vidas, onde a equipe trabalha em conjunto com a família, contribuindo para reforçar esse laço. Portanto, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, deve garantir a partir dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade; o respeito, a proteção e a dignidade de todos, priorizando aqueles que se encontram mais vulneráveis, no caso, os RN, de modo a eliminar os riscos que possam levar o prematuro ao óbito.

### 3.3 O USO DA TECNOLOGIA COM OS RN PREMATUROS NOS DIAS ATUAIS

Mesmo com o avanço na medicina e da tecnologia, em todo mundo a prevalência de nascimentos prematuros ainda é bastante preocupante. Segundo Costa e Padilha (2011, p.249), em países desenvolvidos, como a “França (2004), a taxa é ainda de 6%, enquanto que nos Estados Unidos (2005), essa taxa é de 11%. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil (2005), a prevalência de prematuros é de aproximadamente 7%”. Diante destes números, percebe-se que a redução da mortalidade neonatal é um desafio mundial.

Destaca Silva et al. (2009, p. 685) que os novos diagnósticos, as sofisticadas terapias e os procedimentos têm garantido a chance de vida aos RN prematuros. Com esse desenvolvimento de recursos tecnológicos modernos e profissionais especializados, houve uma progressiva carga para os sistemas de saúde e seguridade social de todo o mundo. No entanto, nos países em desenvolvimento ocorre ainda uma grande escassez desses recursos tecnológicos, acrescida da carência de profissionais qualificados.

Ainda a respeito das dificuldades impostas pelos países em desenvolvimento, as tecnologias utilizadas no tratamento de RN prematuros envolvem uma alocação considerável de recursos financeiros, e, a análise de custos da assistência neonatal

“pelos gestores públicos e privados está cada vez mais voltada para a redução desses custos, baseando-se na utilização de recursos disponíveis, sem prejuízo da obtenção dos melhores resultados clínicos” (MENDES et al., 2006, p. 372). E, quando a escassez dos recursos se torna uma realidade inevitável, a tomada de decisão se torna ainda mais complexa, pois além da vida que precisa ser protegida, os valores éticos morais também influenciam na decisão. Por isso, conforme recomenda Gracia (2010, p. 103), se deve estar preparados para poder deliberar corretamente de modo a assegurar além da vida, a dignidade de todos os envolvidos.

O uso da tecnologia deve considerar os potenciais riscos e benefícios, acendendo uma luz para novas políticas de proteção em favor do vulnerável. De acordo com Gomella (2006, p. 200), novas tecnologias tornam-se disponíveis, e, “os médicos tendem a empregá-las independentemente de qualquer vantagem real que possam apresentar”. Nesse sentido, Siqueira (2012, p. 304) questiona:

Ante a crescente substituição do raciocínio clínico pelas informações fornecidas por sofisticados aparelhos da hodierna tecnologia médica, alguns pacientes questionam se, em futuro próximo, os profissionais de saúde não poderão ser substituídos por computadores programados para realizar diagnósticos e propor condutas terapêuticas.

Portanto, cabe-se refletir quanto à importância de se permitir usufruir desses recursos sem incorrer em injustiça, resgatando o princípio da dignidade do RN prematuro, enquanto ser humano vulnerável. O fato de introduzir essas tecnologias de suporte vital, não necessariamente significa oferecer melhor qualidade de vida ao RN prematuro, pois, o uso desproporcional da tecnologia pode impor mais que benefícios.

Seguindo esse parâmetro, deve-se lembrar que além da tecnologia, deve-se estar atento quanto aos direitos humanos. Nesse sentido, ressalta-se que o conceito de dignidade se encontra presente em todas as declarações sobre direitos humanos. Pessini e Bertachini (2011, p. 2) defendem que “os efeitos da tecnociência são notória e abundantemente proclamados pela mídia, e até mesmo endeusados. Deparamo-nos diuturnamente com ambientes tecnicamente perfeitos, nas sem alma e ternura humana” (p. 2). Explica referidos autores que o ser humano deixa de ser o centro das atenções passando a ser instrumentalizado em função de um

determinado fim, esquecendo-se de que as pessoas têm dignidade e clamam por respeito.

É nesse sentido, que a Bioética é convocada a contribuir junto aos profissionais da saúde, assim como os usuários do serviço de saúde, para refletir sobre questões de valores relativas à gestão da vida, da saúde e da doença. Gracia afirma que a Bioética deve assumir sua responsabilidade de ser o “foro de debate dos problemas de valor relativos à administração do corpo humano e da vida. Trata-se de um campo que carece de mudanças profundas, por parte não só dos profissionais, mas também da sociedade” (GRACIA, 2010, p. 103).

Matsumoto (2012, p. 26) expressa que “não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação”. Ou seja, esta é uma abordagem que inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano, onde a família é assistida também após a morte do paciente, no período de luto. Nestes casos, não se fala em impossibilidade de cura, mas sim, na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando assim, a ideia de “não ter mais nada a fazer”.

Conforme estudos de Bifulco e Lochida (2009, p. 93), quando não houver a possibilidade de cura ao paciente, “o único enfoque médico disponível nesses casos é atenuar os sintomas, retardar e, quando possível deter o rápido declínio físico e mental”, ajudando o paciente e sua família a manter uma perspectiva positiva neste momento delicado da vida.

Siqueira (2012, p. 302) pronuncia-se que “nunca foi tão importante reafirmar que educar não consiste simplesmente em ‘instruir’, mas sim formar o caráter de uma pessoa, dotando-a de conhecimentos sobre valores” (p. 301). Prossegue referido autor que considerando essa perspectiva, o ensino da Bioética “deve ser considerado como a boa nova capaz de servir como instrumento para melhor preparar os estudantes no reconhecimento de valores morais dos pacientes”.

No próximo capítulo será apresentado aos pais os cuidados pertinentes aos RN prematuros, ressaltando também a importância do Médico Neonatologista e/ou Pediatra nesse período de adaptação entre a pais/bebê, pois, são esses profissionais que devem ter o conhecimento e sensibilidade para ver o melhor momento quanto as orientações referentes à alta hospitalar, bem como explicar aos pais e familiares quanto aos cuidados que precisam ter para favorecer o adequado crescimento e desenvolvimento do RN.

#### 4 O OLHAR DOS PAIS VOLTADOS AO RN PREMATURO

No período em que o RN se encontra no hospital, é muito importante reforçar o estabelecimento de um vínculo afetivo entre os pais e o bebê. Essa relação trará grandes benefícios a todos. Este é um tempo também de orientação multiprofissional junto à família para que esta compreenda as necessidades e se prepare para receber o novo componente familiar (SANTOS, 2015, s/p).

Os pais devem lembrar-se que a alta hospitalar somente será efetiva quando os profissionais acharem que o RN está apto para esse grande passo, pois, a identificação do momento apropriado e seguro para a alta do prematuro é essencial para garantir o sucesso da transição entre o hospital e o domicílio, visando reduzir o risco de morte e de morbidades. Esse momento ocorre assim que o bebê começa a coordenar sucção e deglutição, alimenta-se via oral sem sonda e controla bem a temperatura corporal, mesmo que ainda não tenha peso suficiente para ir para casa (SILVEIRA, 2012, p. 7).

Para melhor tranquilidade e segurança dos pais, os profissionais de saúde devem oferecer orientações claras e detalhadas quanto a assistência/cuidado ao RN, pois, a intenção é “prevenir os principais problemas dos dias subsequentes à alta e garantir a continuidade dos cuidados gerais e de saúde à criança” (SILVEIRA, 2012, p. 14). Complementa referida autora que as principais orientações devem ser fornecidas também por escrito, devido ao grande volume de informações, além de receitas, exames laboratoriais e rotina de consultas.

Aos olhos dos pais, a ida do RN prematuro para casa é um momento muito almejado, porém, a ansiedade e insegurança tomam conta dos mesmos. Por isso, é fundamental que os pais sintam confiança quanto aos cuidados que devem ter com o bebê, “de forma a promover o estabelecimento de relações afetivas e a facilitar a adaptação da criança à família” (SANTOS, 2015, s/p).

Silveira (2012, p. 7) complementa que o melhor acompanhamento do RN prematuro, de forma supervisionada e interdisciplinar, garantirá o investimento em sobrevivência anteriormente realizado com esses pacientes nas unidades de tratamento intensivo: menores taxas de re-hospitalizações, menor índice de infecções nos primeiros anos de vida dessas crianças, melhores taxas de crescimento e

neurodesenvolvimento, adequada inclusão na escola e potencial de aprendizado e inserção na sociedade na vida adulta.

Deve-se entender o RN prematuro “como um ser complexo, que necessita do contato com sua família para seu crescimento/desenvolvimento saudáveis, é compreender que a assistência vai além dos cuidados de rotina na UTIN” (MELO et al., 2012, p. 221). No entanto, se faz necessário a implantação de ações que possibilitem uma interação integralizada entre RN, pais e profissionais de saúde, com vistas a efetividade do cuidar.

Por ser um acontecimento inesperado, a internação do RN prematuro na UTIN muitas vezes tende a provocar uma desestruturação do núcleo familiar. Segundo Melo et al. (2012, p. 221), “mesmo quando é permitida a aproximação dos pais ao filho internado, há diferentes reações perante a situação vivenciada”. Ressaltam referidos autores que algumas mães se entregam completamente ao filho, mantendo um intenso envolvimento, porém, a maior parte delas, desenvolve um processo mais lento, “expresso por insegurança, medo, tristeza, ansiedade, sentimentos de culpa e, por vezes, de rejeição, desencadeado pelo risco da morte do filho e pela perda do bebê imaginário, idealizado até o momento do parto”.

Portanto, essa atenção prestada pelos pais ao RN prematuro, “deve ser direcionada tanto em um contexto integral, abrangendo os cuidados corporais, de alimentação e de administração de medicamentos, dentre outros” (COUTO; PRAÇA, 2012, p. 20), tendo por objetivo, promover a interação destes pais com seus bebês, favorecendo assim, o vínculo entre ambos.

E, aliada aos recursos tecnológicos e às políticas governamentais, é necessário que a equipe multiprofissional que assiste o RN prematuro esteja sempre em constante atualização para poder oferecer um diagnóstico seguro ao RN, como consequência, uma melhor orientação aos pais e familiares (COUTO; PRAÇA, 2012, p. 20).

#### 4.1 CUIDADOS GERAIS COM O RN APÓS A ALTA HOSPITALAR

Silveira (2012, p. 14) explica que na alta hospitalar, o RN “já estará maior, mais amadurecido e pronto para iniciar uma vida normal ao lado da sua família”. No



entanto, os cuidados com o RN devem ser iniciados na UTI neonatal, como por exemplo, as mães realizar tarefas como trocas fraldas, banhos e vestir seu filho. Essas são medidas que auxiliam no vínculo e transmitem segurança. Outros cuidados importantes a se ressaltar são as vacinas; todas recomendadas devem estar atualizadas antes da alta.

Segundo a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004) não existe uma estratégia específica para os cuidados com os RN prematuros, pois, cada ser é diferente do outro, bem como seu desenvolvimento também. Referidas autoras destacam alguns objetivos para os cuidados individualizados com o RN prematuro:

- Proporcionar conforto e manipulações sensíveis;
- Proteger a estabilidade fisiológica;
- Proteger o desenvolvimento neurológico e sensorial em função das capacidades individuais, da idade gestacional e da situação clínica;
- Proteger o desenvolvimento postural;
- Proteger o sono;
- Proporcionar oportunidades de relação entre os pais e o bebê e o desenvolvimento das capacidades sociais e comunicativas;
- Promover a participação ativa dos pais nos cuidados, o colo, a partilha de amor.

Silveira (2012, p. 15) complementa que dentre os cuidados gerais, ter bom senso sempre predomina, devendo-se evitar locais fechados e com muita circulação de pessoas. No momento do banho, por exemplo, deve ser em local “sem correntes de ar, sabonete neutro, secando a criança com toalha macia, evitar uso de óleos, talco e perfumes”.

Quanto à alimentação, “o aleitamento materno exclusivo deve ser incentivado pelo máximo de tempo possível. A introdução de alimentos posteriormente iniciada com a orientação do pediatra no seguimento” (SILVEIRA, 2012, p. 15). Nesse sentido, Santos (2015, s/p) ressalta que o leite materno é o melhor alimento para o bebê, pois, o mesmo protege de múltiplas doenças, nomeadamente das infecções e alergias, sendo este, “o alimento nutricionalmente mais adequado às suas necessidades”. Além de todas essas qualidades, lembra a autora que a

amamentação, favorece a ligação afetiva entre mãe/bebê, a qual é de extrema importância para o desenvolvimento físico e emocional do recém-nascido.

Silveira (2012, p. 15) complementa que normalmente os RN prematuros são mais sonolentos, precisando ser acordados para a amamentação. Deve-se observar que entre uma mamada e outra não pode ultrapassar de quatro horas. E, neste caso, assegura Santos (2015, s/p), a participação do pai é de extrema importância para o estabelecimento da amamentação, ajudando nos cuidados com a mãe e o bebê, sendo esta também uma oportunidade de participar efetivamente deste momento.

Outro fator importante é a comunicação entre pais/bebê. O choro é a forma que o bebê tem de comunicar, podendo este, ser por vários motivos, como: fome, fralda suja, sono, desconforto, cólicas, dor, excesso de estimulação. Nesse momento, cabe aos pais, certificar-se que as necessidades básicas estão satisfeitas: está alimentado, com fralda limpa e confortável. No caso de cólicas, “é importante que os pais mantenham a calma. Deve-se envolver o bebê com uma mantinha ou abraçá-lo, mantendo contato pele a pele, caminhando com ele. Poderá ser útil uma massagem circular na barriga no sentido dos ponteiros do relógio” (SANTOS, 2015, s/p).

A higienização para os cuidados com o RN prematuro também é um fator muito importante. Os pais precisam saber que os prematuros são imunodeprimidos e, portanto, suscetíveis a infecções. Por isso, deve-se evitar ambientes fechados e aglomerados de pessoas, manter a casa arejada, evitar contato com pessoas doentes (gripes, resfriados), “lavar as mãos antes de tocar na criança e antes de alimentá-la, manter a higiene corporal adequada, lavar regularmente utensílios e roupas da criança e manter o esquema de vacinação em dia” (SILVEIRA, 2012, p.16).

Ao obter a alta hospitalar, os pais devem ser informados a respeito das vacinas que o bebê já recebeu durante a internação. “O prematuro deve ser vacinado de acordo com sua idade cronológica, seguindo o calendário oficial, nas mesmas doses e intervalos das crianças maiores, devendo-se evitar atraso vacinal durante a longa permanência na UTI” (SILVEIRA, 2012, p. 16).

Necessitam ainda os pais receber orientações quanto a possibilidade de seu bebê “apresentar atrasos no desenvolvimento, por ser prematuro, e da eventual necessidade de acompanhamento por profissionais especializados em estimulação

e correção de vícios posturais que possam ocorrer” (SILVEIRA, 2012, p. 17). A autora afirma ainda que o “acompanhamento fisioterápico deve ser mantido durante todo o primeiro ano de vida do prematuro ou mais, se indicado pelo fisioterapeuta” (p. 17). Fato esse que é apresentado por Santos (2015, s/p), onde ressalta que os pais não devem deixar de fazer o acompanhamento multidisciplinar em consultas de várias especialidades como: Neonatologia, Medicina Física e Reabilitação, Pediatria do Desenvolvimento, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, entre outras. Esse acompanhamento se faz de extrema importância, pois, essas consultas programadas é que asseguram o desenvolvimento correto dos RN prematuros.

Outro cuidado a ser tomado é reconhecer os principais sinais e sintomas diante dos quais deverão procurar atendimento médico de urgência, dentre eles, estão a hipoatividade, o choro fraco ou excessivo, a irritabilidade intensa, mudança de coloração da pele, apneia, dificuldade respiratória, sucção fraca ou recusa alimentar, regurgitações ou vômitos frequentes, distensão abdominal, tremores ou convulsões, hipo ou hipertermia. Nesses casos, deve-se procurar o setor de emergência do hospital (SILVEIRA, 2012, p. 20).

A seguir, será analisado como o modelo deliberativo sugerido por Diego Gracia pode contribuir para desenvolver uma comunicação efetiva que favoreça a interação social entre o profissional de saúde com os pais dos filhos RN prematuro em vista de proteger a vida.

## 5 MÉTODO DELIBERATIVO

Nesta etapa da pesquisa, pretende-se abordar a proposta de Diego Gracia com seu método deliberativo, dando ênfase neste estudo, a forma coletiva de deliberação, envolvendo a coletividade entre profissionais da saúde e a família dos RN prematuros. Analisar-se-á também se esse método pode contribuir na orientação dos pais com filhos RN prematuros e os profissionais de saúde na tomada de decisão frente à vida desse ser.

### 5.1 A DELIBERAÇÃO COMO INSTRUMENTO

Para Diego Gracia (1992, p.12) os médicos sabem, de modo geral, como proceder instrumentalmente na tomada de decisões de caráter técnico clínico comuns, pois, neste caso, há um conjunto de diagnósticos e terapêuticas os quais permitem enfrentar com confiança e segurança o problema em questão. Esse tipo de saber, por sua vez, está voltado ao conhecimento teórico, que poderá ser alcançado com o uso da técnica.

A deliberação como método proposta por Gracia, por sua vez, não está no campo teórico, mas sim na esfera prática, como uma racionalidade prática capaz de tomar a decisão correta, de deliberar bem diante de uma realidade contingente. Trata-se de uma capacidade de considerar e avaliar as circunstâncias do ato e as possíveis consequências, de modo que a decisão possa ser prudente. Esta prudência por sua vez, vai muito além da cautela, pois se trata da capacidade do profissional tomar a decisão certa perante a família do RN envolvido. Diante desse ponto de vista, torna-se possível refletir que quando o profissional necessita de uma ação diante de um conflito, além de todos os riscos inerentes, ele torna-se vulnerável ao julgamento. No entanto, o método de deliberação mencionado acima e descrito no decorrer da pesquisa, se praticado no coletivo e no cotidiano no âmbito de trabalho, poderá contribuir para reduzir os riscos de uma escolha ineficiente e um julgamento precipitado.

Conceitua-se deliberação segundo Nora et al. (2015, p. 117), como um “processo de ponderação dos valores e deveres envolvidos em determinada situação concreta, a fim de que seja encontrada a solução ótima, ou, quando não for possível, que se encontre a solução menos prejudicial”. Em outras palavras, a deliberação tem por finalidade analisar diferentes cursos de ação em busca de um caminho mais adequado para a resolução das situações de conflito moral, de forma razoável/prudente. Complementa os referidos autores que a deliberação “foi descrita como processo de autoeducação, quase autoanálise, proporcionando transformações na prática profissional e mudança de atitudes, permitindo que se identifiquem, interpretem e abordem os problemas éticos” (NORA et al, 2015, p.117).

Gracia relata que por ser aprendizado, existem muitos profissionais que não sabem proceder à deliberação, e outros, a consideram desnecessária. Ressalta-se também que há profissionais de saúde que apelam para o “olho clínico”, tomando decisões em ato reflexo, sem mesmo passar por uma avaliação detalhada do paciente, achando que sabem a resposta sem precisar da deliberação.

Nesse contexto, Gracia afirma que “a deliberação não é somente uma metodologia; é também uma pedagogia, uma ética”<sup>7</sup> (2002, p. 37, traduzido pela autora). Prossegue que a Bioética é deliberativa, ou melhor ainda, a bioética tem de ser, uma escola de deliberação” (2002, p. 37, traduzido pela autora).<sup>8</sup>

De acordo com Nora et al. (2015, p. 117), evidenciam-se dois tipos de deliberação: a clínica e a ética. “A deliberação clínica é a que o profissional de saúde realiza em sua prática cotidiana, ao atender os usuários. A deliberação ética consiste na análise dos problemas éticos cada vez que o profissional presta atendimento a um usuário” (p. 117). Os dois tipos citados podem se dar no âmbito individual ou coletivo. No que tange o coletivo, o profissional delibera com os membros da equipe, usuários e/ou familiares para tomar a decisão; já no âmbito individual, o profissional decide sozinho na tomada de decisões, tendo como base sua experiência. No entanto, a opinião dos familiares e usuários deve ser levada em consideração em qualquer um desses casos. Destaca-se que a deliberação ética é a “abordagem apropriada para os problemas éticos nos cuidados de saúde prestados

---

<sup>7</sup> *“la deliberación no es solo una metodología; es también una pedagogía, una ética y hasta una ascética”.*

<sup>8</sup> *“o mejor aún, la bioética es, debe de ser, tiene que ser una escuela de deliberación”.*

por equipes multidisciplinares, porque possibilita conhecer as diversas experiências e perspectivas dos envolvidos no processo” (NORA et al., 2015, p. 117).

Afirma Gracia (1992, p. 17), que o homem pode viver sem alguns problemas, no entanto, ele não pode viver sem buscar certas respostas a certos problemas. Desse modo, o homem é impulsionado a buscar caminhos ou soluções, um método como era concebido pelos gregos. O processo deliberativo, afirma Zoboli (2012, p.54), requer um itinerário.

Inicia-se com a deliberação sobre os fatos (apresentação do caso e esclarecimento dos fatos); deliberação sobre os valores (identificação dos problemas morais do caso; indicação do problema moral fundamental e identificação dos valores em conflito); deliberação sobre os deveres (identificação dos cursos de ação extremos, intermédios e do ótimo); deliberação sobre as responsabilidades (submeter o curso ótimo de ação às provas de consistência de tempo, publicidade e legalidade).

Assim sendo, a metodologia da deliberação proposta por Gracia parte de fatos reais, com seus valores éticos e morais, mas que exige dos atores envolvidos uma capacidade de deliberar bem frente a essa necessidade, de modo a assegurar o respeito mútuo e a dignidade dos participantes. Siqueira (2012, p.314), reafirma que “mais do que reflexão sobre valores, seria imprescindível que as tomadas de decisões a serem adotadas, o fossem, após longa deliberação entre profissional de saúde, paciente e familiares”.

Diante de um fato e/ou uma situação real que impõe a necessidade de uma tomada de decisão empregada, busca-se reconhecer possibilidades de intervir junto ao processo deliberativo, por um meio de diálogo respeitoso, o mérito de buscar a melhor solução possível para o caso. Dessa forma é importante aprimorar-se no exercício do diálogo de forma a respeitar os diferentes pontos de vista, mesmo que discordantes, para que se possa encontrar, se não o consenso, ao menos decisões razoáveis e prudentes (ZOBOLI, 2012, p.54).

Pessini et al. (2012, p. 151) nesse contexto complementa que “a deliberação não cabe em todos os âmbitos da vida humana [...]. Não se delibera sobre o que acontece sempre da mesma maneira, por necessidade, natureza ou qualquer outra coisa semelhante” (p. 151). Portanto, a deliberação é um processo do qual visa discutir questões e tomar decisões de forma interpessoal, conforme a Bioética o entende.

Na deliberação sobre os valores ocorre a identificação de todos os problemas morais que os participantes percebem, a linguagem deve ser precisa, o que facilita encontrar os valores em conflito, e evitar o comprometimento do processo deliberativo por um conflito de valores mal definido. Zoboli (2012, p. 53) afirma que em relação aos valores há coisas que não dependem apenas das preferências de cada um, porque há gostos que merecem ser contestados. Por outro lado, “há valores que devem ser assumidos por todos. Por exemplo, a liberdade, a solidariedade e a beleza que permitem acondicionar o mundo para que possamos viver plenamente como pessoas”. E acrescenta a autora que no território dos valores é essencial que se identifique com a maior precisão possível a natureza dos conflitos morais para que a deliberação seja conduzida a bom termo. Quando uma pessoa participar de um processo deliberativo, expressa também sua maneira de ser, sua forma de se relacionar com as pessoas, com o mundo, com o planeta, o que é essencial para um bom relacionamento, seja ele no âmbito profissional, social ou familiar.

Na prática médica, a elaboração do diagnóstico se baseia em dados objetivos extraídos do exame físico do paciente. Dessa etapa, extrai-se os fatos científicos, elementos que permitiram ao médico realizar hipóteses diagnósticas. O passo seguinte é identificar eventuais conflitos morais apresentados pelo paciente e seus familiares. Segundo Pessini et al. (2012, p. 151), “Os conflitos morais podem ser tratados como problemas ou dilemas éticos. Compreender esta diferenciação e tomar as questões éticas como problemas é essencial na proposta deliberativa de Diego Gracia”. Portanto, essa identificação de fatos e valores são essenciais na etapa final de tomada de decisões, pois, aumenta a qualidade da atenção à saúde.

Os profissionais decidem com base em fatos e valores, mas como nem sempre incluem a discussão sobre os valores nos atendimentos, acabam decidindo com base nos fatos clínicos e em seus próprios valores, desconsiderando os pacientes. Por isso, nos encontros de cuidado é preciso dar espaço para a conversa sobre valores (ZOBOLI, 2012, p. 53). Conforme Siqueira (2008, p. 93), quanto a reflexão Bioética da prática clínica, “é sempre dinâmica e fundamenta-se no olhar interessado, simultaneamente, na pessoa enferma e em toda a humanidade”, ou seja, a Bioética nutre sempre a expectativa de que na prática clínica, a pessoa deve ser privilegiada em sua unidade biopsicossocial e espiritual. Desse modo, a história clínica deve ser minuciosamente elaborada, considerando inclusive relatos, fatores

relativos às condições sociais, familiares, religiosos, culturais, educacionais pertinentes ao paciente.

Outro elemento importante para a prática deliberativa é o consenso da equipe, considerando a probabilidade de certeza do diagnóstico e prognóstico, com a padronização das condutas e com as normas institucionais. Todo esse processo deve ser compartilhado entre a equipe multidisciplinar de saúde, o paciente e sua família.

## 5.2 ETAPAS DO MÉTODO DELIBERATIVO

Para adentrar nas etapas do método deliberativo proposto por Diego Gracia, faz-se importante especificar como a deliberação se faz possível no âmbito da clínica, pois, o objetivo desta pesquisa é identificar a utilização do método deliberativo (coletivo) de Diego Gracia pelos atores envolvidos no atendimento ao RN prematuro, ou seja, profissionais da saúde/família. Para isso, no quadro abaixo, será expresso resumidamente as fases que o processo deliberativo precisa passar.

Deliberação sobre os fatos	1. Apresentação do caso 2. Esclarecimento dos fatos do caso
Deliberação sobre valores	3. Identificação dos problemas morais do caso 4. Indicação do problema moral fundamental 5. Identificação dos valores em conflito
Deliberação sobre os deveres	6. Identificação dos cursos de ação extremos 7. Identificação dos cursos de ação intermediários 8. Identificação dos cursos de ação ótimo
Deliberação sobre as responsabilidades	9. Aplicação das provas de consistência ao curso de ação ótima: tempo, publicidade e legalidade 10. Decisão final

**Quadro 6 – Fases do processo deliberativo proposto por Gracia**

Fonte: Adaptado de Zoboli (2012)

### – Identificação do Problema

Os problemas são descobertos e não fabricados e/ou inventados. A primeira condição para haver um problema, qualquer que seja, é que exista um objeto, o fato real. E os problemas morais “dizem respeito à eleição frente a um objeto



contraditório em termos morais, ou seja, no âmbito dos valores e deveres” (ZOBOLI, 2012, p. 50).

Para identificar o problema, parte-se do suposto que a realidade é complexa e, por isso, é impossível apreendê-la totalmente. Na clínica sempre há pelo menos duas pessoas envolvidas: o paciente e o profissional. Na visão de Siqueira (2012, p.312), cabe aos profissionais da saúde “[...] identificar os problemas básicos de saúde do indivíduo e da sociedade, ter flexibilidade profissional que lhes permita ser eficientes e considerar os valores, direitos e a realidade socioeconômica de seus pacientes”. Nesse sentido, a postura ética deste profissional permitirá que este tome decisões adequadas com o ser humano, procurando ativamente construir seus próprios conhecimentos.

Complementa Zoboli (2012, p. 50) que a “deliberação moral na prática clínica requer um diálogo que possibilite a troca de fatos, emoções, sentimentos, crenças, valores, e não só a informação sobre sinais, sintomas e resultados de exames”. Faz-se neste caso, essencial a escuta, o reconhecimento do vínculo, os afetos e o respeito pela diferença e diversidade, mantendo o respeito mútuo entre paciente e profissional.

Complementa-se ainda que normalmente quem indica o problema moral fundamental é a pessoa que apresentou o caso, pois se compreende que foi ela quem o reconheceu como problema.

#### – **Clareza na Análise dos Fatos**

Conceitua-se “fato” todo dado de percepção, algo objetivo, contundente, impositivo, observável por qualquer pessoa. Afirma Zoboli (2012, p. 52) que “sobre os fatos, fazemos juízos descritivos, ou seja, reproduzimos o dado perceptivo que a realidade mostra”.

De acordo com Siqueira (2012, p. 312), aprender métodos científicos e postura ética permite ao profissional de saúde “tomar decisões adequadas que, expressas no trabalho clínico, serão eficientes e respeitadas ao ser humano e seu ambiente e ter formação que lhes possibilite aprender fazendo e aprender a aprender”.

Na deliberação, proposta por Diego Gracia, os preceitos morais constroem-se pelo encadeamento de fatos, valores e deveres. Esses âmbitos da experiência moral constituem etapas do procedimento deliberativo, onde a ética não vem dada, mas é

construída em três momentos: cognitivo, dos valores e o da realização, que é o mais propriamente moral. A moral envolve os fatos (faculdades cognitivas), os valores (emocional) e os deveres (volitiva) da inteligência humana. A fundamentação fica no nível dos fatos, porém, a argumentação está no âmbito dos valores, pois, são os valores que nos obrigam moralmente e não os fatos, embora esses sejam suportes dos primeiros (ZOBOLI, 2012, p. 52).

Diego Gracia expressa que a centralidade do fato, levou ao positivismo que, com o domínio na produção científica moderna, acabou por influir também nas teorias éticas. Estas, foram perdendo o sentido emocional, fazendo-se mais racional, pois, a moral deveria submeter-se às leis do positivismo. Continua Gracia explicitando que “a ‘moral positiva’ identifica o bom com o útil nos âmbitos pessoal, familiar a social. O critério objetivo era fazer triunfar os ‘instintos de simpatia e solidariedade’ sobre os puramente egoístas, instaurando o ‘amor universal’” (2008, p. 347).

Desta forma, não restava a Filosofia alternativa que não fosse tomar os princípios morais ou supremos de uma pessoa e/ou grupo social como proposições fáticas, estabelecendo um sistema dedutivo que permitisse ordenar lógica com as normas morais. Afirma Gracia que “a ética utilizaria, pois, tanto a linguagem emotiva ou evocatória que não poderia ser aprendida pelas técnicas da lógica formal, como outra, cognitiva e expressiva, que, sim, seria passível de formalização” (2008, p.348).

Destaca-se que não se pode confundir fatos com valores (GRACIA; POSE, 2006). Os fatos se percebem e os valores se estimam. Conforme Zoboli (2012, p.52) para se chegar ao juízo moral, “é necessário o juízo de fato, pois esse permite apurar o conhecimento da realidade”.

#### – **Identificação dos Valores Implicados**

Novamente explicita-se que os fatos sem os valores são cegos e os valores sem fatos são vazios, ou seja, os valores ancoram-se nos fatos. De acordo com Zoboli (2012, p. 52), “dos valores decorrem os juízos valorativos, que, por sua vez, se apoiam nos juízos de fato. Os valores não se veem; não se tocam; não são dados concretos da sensação ou percepção”. Porém, mesmo que os valores sejam mais influenciados pelos sentimentos em uma construção individual, estes, incorporam facetas sociais, históricas e culturais.

Gracia propõe que uma boa maneira de identificar valores é fazendo um experimento mental: “pense em algo que considera um valor, pense que esse desapareceu da face da Terra”. Pensar que perdeu alguma coisa extremamente preciosa para sua vida, esse algo, será verdadeiramente um valor, ou seja, “um valor é algo que não existe, estaria faltando alguma coisa importante; um valor é o que é essencial. A verdade é que a importância dos valores é apenas indicada.”<sup>9</sup> (2006, p. 13, traduzido pela autora).

Gracia reforça afirmando que pelos valores, vivemos, morremos e matamos. “Pelos fatos somos iguais, pelos valores nos diferenciamos e nos enriquecemos. Com os valores é que forjamos as nossas vidas, é com o que nós construímos nossos sonhos e, por fim, com o que projetamos nosso mundo de deveres.”<sup>10</sup> (2006, p. 14, traduzido pela autora).

Mesmo o valor permeando na vida humana, muitas vezes, torna-se difícil defini-lo, por não conseguirmos expressá-lo de maneira inteligível, porque o mesmo está claro para o espírito como objeto de intuição emocional, porém, não como objeto lógico. Segundo Zoboli (2012, p. 52), na Bioética clínica, “reconhecer essa dificuldade ajuda compreender as diferenças entre as lógicas do profissional e do paciente ao valorar questões relativas à saúde”. Na ética clínica, a inclusão dos valores na tomada de decisão aumenta a qualidade da atenção à saúde, onde os profissionais decidem com base em fatos e valores, onde os valores conferem conteúdo aos deveres.

#### – Identificação dos Valores em Conflito

No caso deste tipo de identificação, quanto mais adequada à realidade e quanto mais precisa for a pergunta, mais fácil será encontrar os valores em conflito. Conforme relato de Zoboli (2012, p. 55):

[...] a resposta que buscamos na deliberação: o ‘deve realizável’. Nem todas as ‘perguntas-problema’ listadas corresponderão a um ‘verdadeiro’ problema ético, isto é, somente algumas das perguntas-problema dirão respeito a situações de conflitos de valores.

<sup>9</sup> “un valor es aquello que si no existiera, faltaría algo importante; un valor es aquello que se hace imprescindible. La verdad es que la importancia de los valores es apenas señalada”.

<sup>10</sup> “Por los hechos somos iguales, por los valores nos diferenciamos y nos enriquecemos. Con los valores es con que lo forjamos nuestras vidas, con lo que construimos nuestros sueños y, al fin, con lo que proyectamos nuestro mundo de deberes”

Contudo, faz-se pertinente que a lista de perguntas-problema não seja muito reduzida para não excluir os verdadeiros problemas éticos, porém, uma lista extensa pode ser repetitiva.

Deve-se estar atento, pois, um conflito de valores mal definido poderá comprometer o restante do processo deliberativo, pois se perde a essência do caso. Zoboli (2012, p. 55) defende que na identificação dos valores em conflito, “é indispensável usar linguagem bastante clara e precisa. Isso requer atenção redobrada, pois os valores se expressam em uma linguagem mais abstrata, mais propícia às imprecisões e à qual não estamos habituados”. Neste contexto, trabalhar com muitos valores de uma só vez, poderá levar a dispersão, por isso, deve-se trabalhar com dois ou quatro no máximo, para serem alvo de deliberação.

No que se refere a razão moral, destaca-se que os conteúdos da moral tem caráter dinâmico e provisório, ou seja, os mesmos serão superados. Por esse fato a razão moral torna-se problemática. Gracia explica neste caso que:

[...] a razão tem de desenvolver a lei moral. Para que se precisa analisar racionalmente os fatos morais, considerando e pesando todas as determinações, condições e circunstâncias do ato e não na apreensão, mas sim no mundo real. Por isso também as regras moral ou racional são "problemáticas", enquanto a estimativa meramente não é. Nem estimativa nem a avaliação são "problemas" no sentido preciso que Zubiri da a este termo. Por outro lado, porém, uma coisa é certa: porque não estimar a valorização, se as coisas podem converter-se em problemas morais, obrigando-me a encontrar uma solução racional (2008, p. 382, traduzido pela autora).<sup>11</sup>

Na Bioética clínica, existem casos clínicos que não interpõem dificuldades aos profissionais, pois a decisão a ser tomada não interfere em nada moralmente. Nesse sentido, Siqueira (2012, p. 314) ressalta que “os conflitos morais não se resolvem simplesmente com a imposição de normas ou por meio da adoção de alguns referenciais éticos sem que sejam levados em conta os interesses de todos os envolvidos no caso”. No entanto, o problema começa quando o caso incorpora algum assunto em que o profissional descobre como conflitivo, contraditório. Como exemplo, cita-se uma decisão inesperada do paciente, devido ao contexto em que

<sup>11</sup> “[...] la razón ha de elaborar la moral normativa. Para lo cual tiene que analizar racionalmente los hechos morales, ponderando e sopesando todas las determinaciones, condicionamientos y circunstancias del hecho ya no en la aprehensión, sino en la realidad del mundo. Por eso también la moral normativa o racional es ‘problemática’, en tanto que la meramente estimativa no lo es. Ni la estimación ni la valoración son ‘problemas’ en el preciso sentido que Zubiri da a este término; la inversa, sin embargo, sí es cierta: porque hay estimación y valoración, las cosas pueden convertirse en problemas morales, y obligarme a buscarles una solución racional.”

vive sua doença. Neste caso, o profissional de saúde descobre um caso clínico como moralmente problemático, ou seja, encontra-se diante de uma situação que paralisa sua atividade prática, percebendo o caso como conflituoso, impede-o de continuar com seu trabalho diário, necessitando do auxílio de alguém para resolver o problema. Aí surgem as saídas morais, onde os cursos de ação podem ser incompatíveis ou os profissionais não saber por qual optar (ZOBOLI, 2012, p. 51).

Nora et al. (2015, p. 115) também enfatizam que o “progresso da ciência biomédica e das práticas de saúde tem levado ao aumento e surgimento de novos problemas éticos”. E, acrescenta o autor que, os problemas éticos são os desafios encontrados que propõem a solução para determinado problema, exigindo deliberação e ponderação, visando encontrar o melhor caminho, porém, necessita ser continuamente reavaliado, “de modo a abrir novas alternativas de soluções, tendo em vista a excelência ética da prática da atenção à saúde” (p. 115).

Portanto, para uma decisão prudente, faz-se necessário esclarecer o que há por trás das várias saídas morais, identificando em que medida cada uma contribui ou não para a realização dos valores em conflito.

#### – **Identificação do Conflito de Valor Fundamental**

Segundo Zoboli (2013, p. 395) quem normalmente elege o problema ético fundamental “é o profissional que apresentou o caso à comissão de bioética, pois foi quem reconheceu o caso clínico como problema ético”. Para identificar os valores em conflito, primeiramente deve-se verificar se a pergunta escolhida como problema moral fundamental representa, de fato, um conflito de valores. Se o caso referido for afirmativo, segue-se o procedimento com a identificação dos valores em conflito, se o caso for contrário, retoma-se ao contexto a que se refere o conflito para indicar outro problema ético fundamental.

De acordo com Gracia (2009, p. 8), a deliberação como forma de promover a autonomia de usuários e profissionais na clínica da atenção básica, refere-se a humanização juntamente com a responsabilidade junto a área da saúde. Já a deliberação coletiva pode “auxiliar o profissional a reconhecer e perceber os cursos de ação possíveis” (NORA et al., 2015, p. 117). Nesse caso, o próprio profissional que tem de enfrentar o caso, tomando as decisões pertinentes.

– **Identificação do Curso Extremo de Ação**

Identifica-se como curso de ação extremo o qual opta por um dos valores em conflito e o realiza, à custa do aniquilamento do outro. No entanto, por ser o tipo mais imprudente, o curso de ação extremo deve ser evitado, e, para evitá-lo, precisa o mesmo ser bem esclarecido. Zoboli (2012, p. 55) nestes termos comenta que “evitar os extremos não é tarefa fácil, porque a tendência da mente humana é pender, ‘naturalmente’, para os extremos, reduzindo problemas a dilemas e vislumbrando somente duas vias possíveis para a solução dos conflitos”.

– **Identificação dos Cursos Intermédios**

Este curso identifica-se a partir da compreensão das diversas possibilidades da realidade, ou seja, se movem entre os polos extremos. “Partem dos extremos, rumo ao centro, ao ‘justo meio’, onde está a prudência” (ZOBOLI, 2012, p. 55). Nesse caso, fica clara a racionalidade problemática a qual fundamenta a deliberação. E, somente a análise minuciosa e concreta dos problemas éticos viabiliza a elucidação dos cursos de ação intermédios.

– **Análise do Curso de Ação Ótimo**

Dentre os cursos intermédios, elege-se o curso ótimo, o qual realiza ao máximo, ou prejudica o menos possível, todos os valores envolvidos no conflito. “A escolha do ‘curso ótimo’ requer o exercício delicado e atencioso de comparação das opções. Esse passo do procedimento deliberativo configura o momento moral propriamente dito” (ZOBOLI, 2012, p. 55). Este curso equivale-se à alternativa mais prudente e responsável, entretanto, atuar segundo ele não significa que não teremos resultados negativos, pois, em caso de falha, às vezes, a solução extrema faz-se necessária, porém, poder-se-á aplicá-la somente após o esgotamento de todos os cursos intermédios.

Siqueira (2012, p. 316) explicita que no caso de se esgotar todas as possibilidades de entendimento entre as partes, “pode o médico, desde que muito bem fundamentado, recorrer à objeção de consciência e propor a transferência do caso para outro profissional, desde que essa atitude não represente risco à saúde do paciente”. Zoboli (2012, p. 55) reforça que “antes de optar pelo extremo, convém que se reanalise a situação, pois, as circunstâncias podem ter mudado, tornando possível encontrar novos cursos intermédios”. Destarte, um problema ético pode não

ter solução, seja ela extrema e/ou intermédia, porém, só após o processo de deliberação poderá ser percebido.

#### – Tomada de Decisão

Numa tomada de decisão, sempre se deve partir do princípio de que a mesma não seja precipitada, impulsiva ou excessivamente movida pelas emoções, pois, qualquer um dos casos citados, impediria sua prudência. Conforme Zoboli (2012, p.56), “a legalidade lembra que há decisões morais que são ilegais. A prova da publicidade visa a verificar se a decisão é passível de argumentação pública, responsável e justa”. Portanto, a decisão mais cautelosa é a que passa por essas três provas.

Segundo Diego Gracia, a tomada de decisão torna-se mais difícil conforme aumenta o número de possibilidades, sendo assim, imprescindível a deliberação, requerendo-se a maturidade de todos os envolvidos. Prossegue afirmando que:

[...] o ponto final da deliberação é a prudência, portanto, as proposições que dela decorrem, as proposições deliberativas, são prudentes e imprudentes, ao contrário das apodícticas, que são verdadeiras ou falsas. Antes de decidir, cada um de nós delibera consigo mesmo (GRACIA, 2009, p. 8).

Normalmente, quem toma a decisão final, são sempre os envolvidos no caso, independente qual seja, e não o comitê de Bioética consultado para assessoria deliberativa, ou seja, a decisão final é sempre de quem descobriu o caso como um problema moral. A bioética neste caso segundo Zoboli (2012, p. 56), “visa eleger como agir para realizar os valores que condicionam a realidade para que possamos viver como pessoas”, e, “somente a escuta cuidadosa e a abertura para o diálogo poderá oferecer aos profissionais de saúde o caminho adequado para tomada de decisões que melhor atendam as expectativas do paciente” (SIQUEIRA, 2012, p.314-315).

#### – Critérios de Segurança na Decisão Tomada

Para uma tomada de decisão precisa, é essencial que o profissional tenha um treinamento e conhecimento, permitindo ponderação e reflexão quanto às razões e os problemas, alcançando-se as decisões mais prudentes. Nesse contexto, a qualidade das decisões tende a melhorar, fazendo com que os envolvidos fiquem

mais seguros e satisfeitos, desde os profissionais, os pacientes e os familiares (ZOBOLI, 2013, p. 396).

Como exemplo, cita-se a situação de um paciente que se nega à transfusão de sangue devido a suas crenças religiosas. De pronto, a equipe percebe como saídas: fazer a transfusão à força para salvar o paciente ou respeitar sua decisão e deixá-lo morrer. Neste caso, nenhuma é prudente, porém, sem a identificação dos valores por trás de cada uma, não será possível vislumbrar outras saídas morais. Siqueira (2012, p. 316) destaca que dentre tantas variáveis, deve o profissional “estar preparado para estabelecer com todos os envolvidos no caso, um processo dialógico que lhe permita orientar as condutas clínicas”. Lembra referido autor que se não for possível obtendo decisões consensuais e discordância do paciente, torna-se prudente considerar a opção de ouvir uma segunda opinião de profissional de outra equipe.

Zoboli (2012, p. 51) nesses termos ressalta:

[...] de um lado estão os valores ‘saúde’ e ‘vida’, pelos quais os profissionais de saúde costumam optar. Do outro, em conflito, está o ‘respeito à vontade do paciente’. A opção por salvar os valores ‘vida’ e ‘saúde’, fazendo a transfusão à força (ainda que às escondidas do próprio paciente), lesa totalmente o valor ‘respeito à vontade do paciente’. A escolha pelo ‘respeito à vontade do paciente’, não realizando a transfusão, lesa ‘vida’ e ‘saúde’, o que costuma ser bastante angustiante para os profissionais.

Ao analisar mais profundamente o caso, percebe-se que ao optar por respeitar de modo absoluto a vontade do paciente, no fundo, o profissional pode acabar por permitir sua morte, e o paciente, na verdade, não quer morrer, só quer que não lhe transfundam, porque isso é contra suas crenças e seus valores. Cabe neste caso, a busca de saídas intermédias que permitam realizar ao máximo os valores em conflito (ZOBOLI, 2012, p. 51).

Seguindo nessa expectativa, Siqueira (2012,p. 316) complementa que deve o profissional “estar atento para o grau de compreensão dos pacientes sobre as informações que ele lhes prestou sobre o diagnóstico, métodos de investigação e alternativas terapêuticas”.

Portanto, faz-se necessário conhecer os valores pessoais, pois, esses possuem conteúdos cognitivos, no entanto, é comum argumentar-se que a sociedade humana perdeu seus valores essenciais. No que se refere aos valores, Gracia explica que:



[...] dos valores, surgem os juízos valorativos, que se apoiam nos juízos de fato, ou de percepção. Quando dizemos que 'a verdura está cara' ou que 'a temperatura pela manhã está agradável' estamos fazendo e expressando juízos de valor. Esses, embora os mais sutis, são os mais importantes, pois são os que dão sentido e motivam nossas vidas (2006, p. 13).

Os valores são essenciais à vida, os seres humanos mesmo que nunca tenham estudado teorias dos valores, em um momento ou outro fazem juízos de valor. Os valores por certo não se vêem, se estimam, se apreciam. Desta maneira, a deliberação consiste, precisamente, no conhecimento do princípio moral, do que deveria ser, e também na ponderação de todos os fatores que concorrem para situação concreta, com o objetivo de verificar se o que deveria ser, deve ou não ser feito.

Em se tratando da deliberação de princípio moral, “um grupo de profissionais se reúne para refletir sistematicamente sobre determinada questão moral surgida a partir de um caso clínico concreto, advindo da prática” (NORA et al., 2015, p. 118). Portanto, cabe aos profissionais que reflitam sobre o caso moral, melhorando a qualidade do atendimento, discutindo sobre o significado de ser bom profissional, refletindo sobre questões institucionais e organizacionais, por fim, aprimorando a qualidade dos cuidados.

Percebeu-se no decorrer da estratégia proposta por Diego Gracia, que o papel do facilitador pode ser assumido por “especialista em ética ou profissional de saúde capacitado para a promoção do diálogo sincero e construtivo entre os participantes” (NORA et al., 2015, p. 118).

A função do profissional de saúde é de estimular o respeito e o entendimento entre os profissionais, articulando as várias perspectivas envolvidas nos casos, devendo este, colaborar na inclusão dos diferentes pontos de vista, estimulando a interação dialógica entre os profissionais. Siqueira (2012, p. 316) finaliza ressaltando que para concluir todas as etapas apresentadas acima, é imprescindível que o profissional “disponha de tempo e vontade para construir um sólido vínculo de confiança com o paciente e seus familiares”.

## 6 METODOLOGIA DA PESQUISA

Com o propósito de analisar como é possível a interseção entre o método deliberativo (coletivo) de Diego Gracia com os avanços da tecnociência, de modo a desenvolver uma capacidade deliberativa dos atores envolvidos a fim de assegurar a dignidade do recém-nascido prematuro, esta pesquisa utilizou-se da metodologia qualitativa.

Segundo Minayo (2006, p. 22-23), a pesquisa qualitativa pode ser entendida como aquela capaz de incorporar a “questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. Neste tipo de pesquisa, permite-se “descrever, interpretar e se aproximar de uma compreensão maior da totalidade do ser humano, da sua unidade de vida como ser de liberdade e participação, responsável por suas vivências” (BIFULCO; IOCHIDA, 2009, p. 95), favorecendo aprofundar os significados das ações e relações humanas, dentre estas, valores, atitudes e crenças.

Este é um estudo descritivo, com tratamento qualitativo de dados, utilizando-se de um roteiro temático, conforme apresentado no APÊNDICE A. A escolha de questionário como instrumento de coleta de dados decorreu-se por ser uma ferramenta desejável para coletar informações, e também pelo pesquisador estar convencido da clareza e especificidade dos questionamentos.

A entrevista, em forma de questionário com quatorze questões, contou com a colaboração de 20 (vinte) participantes, de um hospital público de São José dos Pinhais. Este hospital destina-se ao atendimento de diferentes especialidades, tendo como filosofia, a prática de assistência de qualidade a seus pacientes, aliada a proposta de integração do ensino a estas ações.

Os participantes da pesquisa se referem aos pais que possuem filho(a) prematuro na UTIN. A decisão de incluir os pais dos RN prematuros em UTIN foi baseada no fato de existir um número expressivo de parto prematuro e que, além de ser um direito legal dos pais participarem das ações que contemplem a saúde e desenvolvimento da criança, é evidente as dificuldades deles em lidar com a situação de ter um filho prematuro e, diversas vezes, não sabem como e quando

participar, não conseguem expressar as inúmeras dúvidas que permeiam a realidade naquele momento.

A tarefa de incluir os pais no atendimento ao RN além de ser um desafio, é essencial, pois esse laço entre a equipe de saúde e a família, permite evidenciar necessidades de desenvolver ações que atinjam a totalidade de eficiência na assistência, cumprindo com o objetivo de atender o paciente na sua integralidade.

O contato com os esses pais foi na própria UTI, no período em que seus filhos se encontravam hospitalizados. As entrevistas foram realizadas entre os meses de março e abril de 2015.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Diante das questões propostas, a entrevista foi realizada aos pais, utilizando como técnica, uma conversa informal, por meio de uma entrevista semi-dirigida a partir de uma sequência de perguntas, na qual o entrevistado foi previamente esclarecido da pesquisa em questão, e de sua liberdade de aceitar ou interromper a entrevista no momento que desejasse.

A entrevista realizou-se a partir de gravação de áudio, com perguntas formuladas, conforme Apêndice A. Após a coleta e interpretação, os dados foram degavados. A entrevista realizou-se na antessala da UTIN, com os pais de RN prematuros internados durante a visita dos pais, sem critérios de exclusão.

Turato (2003, p. 78) defende a ideia de que a entrevista semi-dirigida permite que ambos os integrantes possam dar alguma direção à entrevista, o que representa um ganho para reunir os dados segundo os objetivos propostos. O referido autor menciona que este tipo de entrevista é usado quando o pesquisador conhece a maioria das questões a perguntar, mas não pode predizer as respostas. É útil porque sua técnica garante que o pesquisador obterá todas as informações requeridas, enquanto ao mesmo tempo, dá ao participante a liberdade para responder e ilustrar conceitos.

Após a coleta de dados, realizou-se um agrupamento das respostas dos participantes, para uma melhor análise e interpretação dos significados apreendidos nos depoimentos, e estes, demonstraram-se suficientes para a compreensão tema em questão, conforme serão apresentados nos resultados abaixo.

## 7 RESULTADOS

Foram entrevistados no total 16 mães e 04 pais de RN prematuros. As questões referentes às perguntas serão descritas em ordem numérica com a representação inicial da letra alfabética “Q”.

A primeira questão apresentada à entrevistada foi que a mãe relatasse sobre como havia ocorrido à evolução da gestação (Q1). Com base nas respostas, percebeu-se que 80% foram gestações tranquilas, sem intercorrências até o dia do parto. Somente 20% referiram pouquíssimas queixas ou intercorrências, dentre essas, algumas infecções, principalmente ITU<sup>12</sup>, além de contrações no final da gestação.

A respeito do número de consultas realizadas no decorrer da gestação (Q2), 30% das entrevistadas responderam que tiveram 08 consultas no decorrer da gestação, 40% das entrevistadas responderam que tiveram 05 consultas no decorrer da gestação e, 30% das entrevistadas responderam que tiveram 04 consultas no decorrer da gestação.

Ao serem questionadas para descrever a consulta médica (Q3), das 20 entrevistadas, 85% avaliaram entre 0 a 10 uma média “07”, considerando o acolhimento por parte dos profissionais de saúde e, os 15% restantes responderam notas aleatórias.

Quanto os locais onde foram realizadas as consultas (Q4), 90% das entrevistadas responderam que realizaram suas consultas na Unidade de Saúde, perfazendo o maior índice, enquanto que somente 10% realizaram em consultório.

Quando as entrevistadas foram questionadas se tiveram oportunidade de partilhar informações pertinentes à gestação pelo número de consultas realizadas (Q5), 60% respondeu que não, 15% respondeu que sim, 25% respondeu que não saberia responder a pergunta no momento.

Ao reportar-se quanto ao tempo da consulta, se foi o suficiente para solucionar as dúvidas (Q6), obteve-se diferentes respostas, entre elas: que o tempo

---

<sup>12</sup> **Infecção do trato urinário (ITU)** é a infecção ou colonização do trato urinário (uretra, bexiga, ureter e rins) por micro-organismos. A infecção pode ser causada por vírus ou fungos, mas na grande maioria dos casos a infecção é causada por bactérias. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Infec%C3%A7%C3%A3o\\_do\\_trato\\_urin%C3%A1rio](https://pt.wikipedia.org/wiki/Infec%C3%A7%C3%A3o_do_trato_urin%C3%A1rio)>.

variava; o médico nem sempre avaliava completamente, tornando a consulta mais rápida; a consulta durava um tempo com o médico e outro tempo com a enfermeira; ou ainda, que o médico era considerado rápido pela entrevistada.

A respeito das orientações realizadas pelo médico(a) (Q7), primeiramente destaca-se que 86% das entrevistadas relataram que as orientações eram feitas tanto pelos médicos, quanto pelas enfermeiras, e, 14% disseram não ter orientações, que as consultas transcorriam sem muita conversa. Dentro das orientações propriamente ditas se referiam a: medicamentos, exames, alimentação, exercícios e vacinas.

As entrevistadas foram questionadas se o número de consultas foi bom e se o(a) médico(a) que realizava as consultas era na maioria das vezes o mesmo (Q8). Como resposta das 20 entrevistadas, obteve-se que 75% das consultas foram realizadas com o mesmo médico e, somente 25% não tiveram o mesmo médico nas consultas.

Quanto a questão de ser ou não a primeira gestação (Q9), 60% das entrevistadas afirmaram que não era a primeira gestação, 5% não soube responder, 35% afirmaram ser a primeira gestação.

A próxima pergunta tratou das questões do parto. Como foi o parto? (Q10). Das entrevistadas 45% relataram sofrimento durante o parto, por dor prolongada, 35% relataram que o parto transcorreu no centro cirúrgico e não houve sofrimento, apenas dor moderada antes do procedimento; e, 20% responderam apenas que o parto foi difícil.

Quanto às primeiras informações sobre o RN prematuro e quem forneceu essas informações (Q11). Nos resultados, 93% das entrevistadas receberam as primeiras informações na própria UTI neonatal, pelos profissionais de saúde envolvidos (médicos e enfermeiras), 5% receberam as primeiras informações através de parentes, 2% receberam as primeiras informações na sala de parto.

A respeito do diálogo com o profissional de saúde no momento em que este informou sobre o estado de saúde do RN prematuro – se houve ou não a oportunidade de conversar sobre o assunto (Q12). Das 20 entrevistadas 85% relataram que houve sim a oportunidade de diálogo com o profissional, 10% disseram que não houve oportunidade de diálogo e, 5% não souberam responder.

A respeito dos conflitos éticos ou morais (Q13), as entrevistadas não se posicionaram a respeito de conflitos éticos ou morais, 100% disseram não ter tido conflito religioso com a equipe de saúde.

Quando questionadas sobre a possibilidade de usar da tecnologia para salvar a vida de seu filho (com procedimentos complexos, doloridos, invasivos) (Q14) sem a sua permissão, e se isso representa desrespeito, 70% das entrevistadas disseram que depositam total confiança e esperança nessas tecnologias; 30% se sentem incapazes de dar uma opinião a respeito.

## 8 DISCUSSÃO

Primeiramente, após realização da pesquisa de campo, identificou-se que a possibilidade de intercâmbio de experiências e informações sobre diferentes vivências das mães e pais, permite uma compreensão de como a mãe vê e sente o processo de gestação e pós-gestacional, bem como a importância de inserir a família nesse processo.

Contando sua história em relação à experiência gestacional e do parto prematuro, percebeu-se através de um diálogo franco e uma ausculta aberta sem julgamentos e preconceitos, que os entrevistados não esperavam somente participar da pesquisa, mas também, de uma forma geral buscavam esperança e conforto espiritual no simples ato de quem os ouvia.

O estudo apontou que a experiência do parto exige grande responsabilidade para todos os envolvidos, sendo importante que se reconheça que cada parto é único e acontece de uma forma diferente. Por exemplo, um parto vaginal, é uma opção de parto, mas a evolução deste ou de outro tipo de parto, acontece de maneira diferente para cada mãe, inclusive uma mãe poderá ter mais de uma gestação no decorrer de sua vida, cada gestação ocorrerá de maneira diferente, requerendo cuidados específicos em cada situação. Isso tudo ficou constatado na coleta das informações, pois, cada entrevistado relatou um acontecimento único, diferentes entre si.

Observou-se entre os 20 entrevistados que o número de consultas de pré-natal realizadas, em 40% ficou abaixo do recomendado pela OMS, a qual orienta que o número total de consultas não deve ser inferior a seis consultas, no período de nove meses. Infelizmente essas mães tiveram um número deficiente de consultas de pré-natal. Fato preocupante. Possivelmente não existiram exames e dados suficientes para uma avaliação integral e completa do RN, prejudicando o desempenho do neonatologista.

Uma das principais características relatadas quanto a consulta médica, foi de que o tempo de duração das consultas era muito curto, não havia muito tempo para expressar as dúvidas. Segundo a entrevistada I.D., *“seria excelente se o médico pudesse atender as consultas de forma tranquila, até mesmo para termos a*

*segurança/confiança em seus diagnósticos, até mesmo porque às vezes, pela rapidez, nem é feita uma consulta completa. Não dá tempo da gente perguntar as dúvidas”.* Nos casos relatados, percebeu-se que o pouco tempo de duração das consultas não oportunizou um esclarecimento das informações necessárias, demonstrando que as mesmas manifestaram desejo de que a consulta fosse mais prolongada. Uma mãe relatou que sentia vontade de falar, mas *“o médico ia examinando e falando, e dizia que não era para se preocupar que estava tudo bem, quando eu via já estava chamando outra paciente”.*

A consulta médica de pré-natal tem como objetivo promover ações que zelem pela saúde da mãe e do bebê. Através da consulta de pré-natal, é possível acompanhar a gestação, avaliar as condições do feto, as condições maternas, tanto do ponto de vista clínico quanto psicológico, social e/ou qualquer outro fator que possa interferir no desenvolvimento do bebê ou comprometer a saúde da mãe. Esse acompanhamento permite identificar problemas e elaborar estratégias em tempo oportuno, salvaguardando a saúde do binômio mãe e filho.

Existem vários tipos de fatores geradores de risco para o nascimento de um RN prematuro, sendo que alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. A presença de um ou mais desses fatores não significa a necessidade imediata de recursos propedêuticos com tecnologia mais avançada, mas representa a necessidade de um processo de deliberação. Como exemplo, uma gestante tabagista que poderia apresentar complicações durante a gestação, e principalmente comprometimento da saúde do bebê. Nessa situação por intermédio do processo de medidas educativas, a equipe de saúde delibera com a mãe, que cessando com o hábito de fumar, protege sua saúde e de seu bebê. Gracia (2010) explicita nesses termos que o processo deliberativo é educacional, atuando como oportunidade educativa em um processo de autoeducação, levando a revisão e aprimoramento do comportamento e desempenho da pessoa envolvida. Complementa ainda que aprender a deliberar, leva a conhecer-se a si próprio e a um respeito mais profundo ao próximo.

Dessa forma, é possível afirmar que a consulta exige no mínimo um tempo adequado para estabelecer um diálogo favorável tanto para compreensão do profissional de saúde quanto para o entendimento da mãe. Na presente pesquisa ficou evidente que o tempo de duração da consulta demonstrou-se inadequado, em vista de ter ocorrido em curto tempo. Conforme refere a entrevistada I.D *“Seria*



*excelente se o médico pudesse atender as consultas de forma tranquila, até mesmo para termos a segurança e confiança em seus diagnósticos, até mesmo porque, pela rapidez, nem é feito uma consulta completa, porque nem dá tempo da gente perguntar as dúvidas”.*

O pré-natal foi realizado por mais da metade das mães na UBS, apenas 10% das mães realizaram a consulta em consultórios privados. Embora nas últimas décadas a cobertura de atenção ao pré-natal tenha aumentado e garantir a sua qualidade é um desafio. Para tanto, a Organização Mundial de Saúde divulga como recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal: que o cuidado deve ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referências de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário. A justificativa da prevalência das mulheres pelo atendimento a UBS permeia a exigência existente pelo próprio sistema regional.

Em paralelo a isso, observou-se a ligação entre qualidade de atendimento e bom relacionamento entre o paciente e o médico pré-natalista. Quando os entrevistados foram questionados se pelo número de consultas realizadas houve oportunidade de partilhar informações pertinentes a gestação, a maioria respondeu que o diálogo acontecia sempre muito rápido. A principal complicação é a possibilidade de não compreensão das informações, das orientações recebidas pelo profissional de saúde, além de influenciar na confiança no momento do parto e na prática do aleitamento materno.

Considerando o leite humano essencial para a saúde de todas as crianças, ele é especialmente importante para aquelas que nasceram antes da maturidade completa de todos os órgãos. A dificuldade de sucção frequentemente resulta no insucesso da amamentação materna. Pesquisadores como Beretta et al. (2000), Costa e Padilha (2011), dentre tantos outros, alertam para o fato de que recém-nascidos são geralmente encaminhados ao alojamento conjunto com a mãe, e nem sempre essas mães recebem treinamentos necessários para corrigir as falhas na prática do aleitamento materno. Uma possível abordagem sobre o assunto durante a consulta de pré-natal poderia contribuir para a eficiência e sucesso no objetivo do atendimento.

De acordo com as informações coletadas, a maioria das mães recebeu durante a consulta informações relacionadas ao uso de medicamentos, exames, alimentação, exercícios e vacinas, mas não receberam informações por exemplo,

informações sobre a importância do aleitamento materno, da possibilidade do bebê necessitar de internamento na UTI logo ao nascer.

Mais da metade das entrevistadas foram atendidas na consulta de pré-natal pelo mesmo médico, e o número de consultas realizadas se dividiu em satisfatório e insuficiente. Duas entrevistadas relataram impossibilidade de comparecer na consulta. Observou-se que o número de consultas realizadas, está expressamente vinculado com a dependência da gestante em procurar atendimento de saúde.

As gestantes eram doze primigestas e sete múltiparas, sendo que um entrevistado não soube responder a pergunta. História de abortos anteriores, foram confirmados.

Observou-se que independente de ser ou não a primeira gestação as mães sempre ficam inseguras com a gestação.

Na maioria dos casos ocorreu parto vaginal, o sofrimento prolongado durante o parto foi uma queixa expressiva e dez dos entrevistados relataram espontaneamente que o parto não ocorreu na data prevista.

A primeira informação sobre a condição de saúde do RN teve uma variância nas formas que aconteceram, alguns pais foram informados pelo médico, outros pelo enfermeiro e pelo próprio parente. A falta de informação prévia da possibilidade de internamento na UTI acentua o desespero vivenciado pela família. A informação em alguns casos demorou à chegar, sendo então, antecipada por um familiar que não conhecia a versão em sua totalidade e realidade, além de possivelmente não ter a devida habilidade para transmitir essas informações que demandam profissionalismo. O processo que envolve a comunicação requer habilidade, exige deliberação, pois se cada caso é único, faz-se necessário refletir sobre cada situação.

O atendimento a saúde deve ser multidisciplinar, contando com a participação de diferentes especialidades, deve ser integral levando em consideração as necessidades intelectuais, emocionais, sociais, culturais, contemplando a família e não apenas os fatores biológicos. Dentro desse contexto, trabalham juntos diferentes especialidades profissionais, todos de uma forma ou de outra acabam se relacionando entre si e por isso, é comum que exista a necessidade de interação entre eles, assim, é possível refletir sobre a necessidade de deliberação no sentido coletivo. Quando todos se conscientizam de que formam uma equipe e necessitam deliberar de forma coletiva, a assistência contempla uma diversidade de

profissionais trabalhando por uma mesma causa, ao contrário, pode tornar-se uma desordem, um conflito de interesses, onde os maiores prejudicados são o paciente e a sociedade.

Deliberar pode parecer fácil, mas quando envolve diferentes pontos de vista, torna-se complicado até mesmo diante de um pequeno conflito. Por exemplo, uma mãe solicitou à enfermeira que proibisse a visita paterna, pois este era agressivo. A enfermeira penalizada acatou o pedido da mãe, sem deliberar com a equipe, fixou na incubadora a proibição. Seria esse um ato correto. Essa situação gerou um conflito e poderia ser conduzida de forma diferente, ou seja, antes de anexar a proibição, a enfermeira poderia deliberar com a equipe, identificando o problema e juntos chegariam a uma tomada de decisão prudente. De fato o pai não era agressivo, a mãe sofria de transtorno psicológico e o RN corria risco de vida, ficando sozinho com essa mãe. O caso foi posteriormente resolvido, no entanto, o pai sofreu grande constrangimento ao ser proibido de visitar o filho.

Nesse contexto Pessini e Bertachini (2011, p. 91) lembram que “esquecemos muitas vezes a ética no cuidado, de sorte que o comércio da doença se sobrepõe à dignidade das pessoas”.

Aos profissionais da saúde, o estabelecimento de um processo efetivo de reflexão, discussão e ponderação, torna-se um desafio, com vistas ao melhor curso de ação para cada problema, pois, tal processo envolve elementos subjetivos, crenças, valores, princípios, como também conhecimento técnico. Siqueira (2012, p.311) enfatiza que frente a qualquer problema moral, “as sessões clínicas passaram a ser conduzidas com a finalidade de identificar os problemas éticos existentes”.

Quanto a oportunidade de diálogo no momento em que se recebe a informação do estado de saúde do RN, os entrevistados relataram que houve oportunidade de diálogo, que tiveram uma boa receptividade pelos profissionais de saúde, mas que naquele primeiro momento muito pouco era entendido.

Um pai relatou ter feito a mesma pergunta ao profissional de saúde várias vezes, e quando conversou com a psicóloga, ficou tranquilo porque ela disse que isso era normal, ele já estava se sentindo desorientado, porém, com ajuda profissional qualificado para atendê-lo naquele momento, ele foi se reestabelecendo.

Diante das diferentes necessidades apresentadas, observou-se a importância de diferentes especialidades dentro desse setor.

Os vinte entrevistados não se posicionaram a respeito de conflitos éticos e morais, mas a maioria frisou significativa a presença de um capelão. A mãe MS.S assim relatou: *“Eu estava muito nervosa, sentia medo, tristeza, não conseguia parar de chorar, o pastor chegou e ele dividiu a fé dele comigo, logo me acalmei, mas eu sou católica e naquele momento eu reconheço que nada era mais importante que a fé, não tinha religião”*.

Evidenciando-se que a religião está ligada ao atendimento espiritual, que o capelão embora seja um religioso, não professa nenhuma religião durante sua visita. Quando está no hospital, ele acaba exercitando sua própria fé, desempenhando a função de amar ao próximo como a si mesmo, de acolher, oferecendo conforto espiritual ao paciente independente da religião, tanto do capelão quanto do paciente.

Observou-se nas entrevistas que, durante as visitas religiosas, o apego religioso passou a ser um suporte para a aceitação deste momento, contribuindo para a existência e manutenção de grupos religiosos e/ou de orações nos alojamentos conjuntos e nas UTI neonatais, pois, estes servem de apoio emocional para estes pais e familiares. Constatou-se também que os sentimentos de medo e solidão, foram amenizados. De acordo com Siqueira (2012, p. 317) é necessário buscar-se “a outra margem de nós mesmos para poder alcançar o outro, nosso paciente, e somente assim estaremos cumprindo o preceito hipocrático”.

Quando questionados sobre a possibilidade de usar da tecnologia para salvar a vida do RN, 70% dos entrevistados responderam que depositam total confiança e esperança no uso da tecnologia. Em contra partida, a outra parte dos entrevistados se julgaram incapazes de responder a essa pergunta. No entanto, todos relataram que se sentem reféns, dependentes do uso da tecnologia.

Segundo a OMS o atendimento deve ser baseado na tecnologia apropriada, o que se define como sendo o conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver um problema específico. Esse princípio é direcionado a reduzir o uso excessivo de tecnologia, a aplicação de tecnologia sofisticada ou complexa, ou quando os procedimentos mais simples podem ser suficientes, ou ainda superiores. O cuidado deve ainda levar em conta a tomada de decisão das mulheres, respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres.

Estes princípios confirmam o interesse em garantir a qualidade no atendimento. No entanto, observou-se que esses recursos requerem deliberação,

que conforme diz Gracia (2010), para dar conta da sutileza, complexidade e amplitude dos problemas éticos vividos pelos profissionais de saúde, deve-se ter um amadurecimento moral das pessoas, investindo-se nos relacionamentos de escuta e respeito mútuos para lidar com os problemas, pois deliberar se aprende deliberando.

Sabe-se que a mortalidade é inversamente proporcional à idade gestacional no momento do nascimento. O risco de óbito inerente as diferentes complicações que envolvem a prematuridade é expressivo, isso significa que a deliberação diante dos inúmeros e diferentes conflitos que englobam o atendimento influenciam no resultado da assistência.

Um pai durante a entrevista diz *“Eu tinha certeza que ele ia viver, eu acreditava que ele iria sair dessa. Quando o medico me procurou e disse que meu filho iria para cirurgia, que precisava muito fazer a cirurgia, eu fiquei com muita raiva dele, pois ele disse que meu filho poderia não resistir. E foi isso que aconteceu, ele não aguentou. Ah se ele não me avisasse eu acho que matava esse médico. Antes do meu filho ir para cirurgia a enfermeira me chamou para ver meu filho.”*

Atendendo ao critério de deliberação proposta por Gracia, após análise de fatos, valores e deveres, avaliou-se a especificação dos princípios, caso a caso. Verificou-se no decorrer, que mais do que o método e suas etapas, o que mais ressalta é a disposição dos envolvidos, as condições que assegurem tempo, espaço e clima organizacional propícios ao diálogo, bem como a cooperação e compreensão mútuas, para aderirem à deliberação. Segundo Siqueira (2012, p.314), além das reflexões sobre valores, “seria imprescindível que as tomadas de decisões a serem adotadas, o fossem, após longa deliberação entre profissional de saúde, paciente e familiares perfazendo sempre o direito de ‘cuidar’, respeitando-se a proteção e dignidade do RN”.

A concentração das respostas foi voltada como um elemento a mais para a compreensão da deliberação moral e ética na clínica em atenção básica, já que o estudo é de natureza qualitativa. Nesse contexto, a deliberação revelou-se meio e instrumento, visando sistematizar o relacionamento entre a equipe multidisciplinar de saúde, os familiares e o paciente, objetivando uma racionalidade que permita a participação de todos os implicados nos eventuais problemas.

Por fim, Siqueira (2012, p. 314) expressa que “todo ser humano constitui uma realidade complexa de integração entre recepção, interpretação e representação de todas as experiências acumuladas ao longo de sua vida”.

Nesse contexto, a deliberação promove clima ético positivo, permitindo aos profissionais se envolver num processo de reflexão trazendo resultados positivos na prevenção/redução do sofrimento moral, bem como aos pacientes, com a melhoria da qualidade quanto ao cuidado.

## 9 CONCLUSÃO

Ao término dessa pesquisa pode-se concluir que o ser humano carrega consigo a sua história e essa, é individual e intransferível. Embora existam muitos casos clínicos semelhantes, nenhum é igual, pois, cada um revela uma história diferente, com uma necessidade diferente, um percurso diferente e um fim diferente.

Nem todas as mães conseguiram realizar a consulta de pré-natal de acordo com as orientações recomendadas pela OMS. Algumas delas relataram que não buscaram atendimento médico porque não poderiam deixar de trabalhar, pois tinham outros filhos para alimentar e não possuíam registro empregatício. Outra relatou que não buscou atendimento desde o início da gravidez, porque desconhecia a gravidez até aquele momento. As razões pelas quais se justificam o não acompanhamento adequado diferem entre as respostas coletadas, demonstrando que existem conflitos sociais presentes.

A descrição da consulta médica teve uma característica bastante expressiva no que se refere ao tempo de duração. Foi referido de uma forma generalizada que o tempo era insuficiente para apresentação de possíveis dúvidas, ou um diálogo entre ambos. Chamou à atenção o relato de uma mãe ao dizer que antes de sair da sala de atendimento o médico já chamava outra paciente.

As diretrizes de políticas de saúde evidenciam interesse pela saúde pública e oferecem atendimento em unidades básicas de saúde e hospitais capacitados, com profissionais multidisciplinares, programas de assistência a gestante e ao RN. No entanto, quando a procura por esse sistema é elevada, pode sobrecarregar a unidade, isso pode ocorrer em um único dia, em vários dias ou sempre. Dessa forma, a deliberação entre a equipe multidisciplinar frente a um conflito é de extrema relevância, chega a ser uma necessidade, pois, se cada profissional entra no serviço, exerce sua função e vai embora, sem analisar o contexto que envolve seu trabalho, o sistema fica exclusivamente dependente da coordenação. Esta individualmente, não conseguira visualizar minuciosamente as necessidades de aprimoramento para oferecer um serviço de qualidade. Se existe a necessidade da consulta ter um tempo de duração curto, talvez seja necessário esclarecer isso para à gestante, de uma forma que a mesma possa compreender a dinâmica. Tendo em vista que esse fato as fez sentirem-se de alguma forma prejudicadas.

Ressalta-se a necessidade de que logo que se tenha o conhecimento da gravidez, que a gestante busque atendimento, realizando um acompanhamento adequado. Quando as mães possuem certos conhecimentos sobre os riscos, elas acabam buscando ações de prevenção e promoção de saúde, tanto para ela como para o bebê.

Observou-se que a avaliação da qualidade de atendimento à saúde é bastante complexa e, em geral, além de estar ligada aos recursos disponíveis, com a eficiência da técnica e do conhecimento científico, percebeu-se também estar relacionada com a comunicação entre os envolvidos. Nesse contexto, é preciso que o ouvinte (paciente/família) ouça do outro (profissional), palavras de seu reconhecimento, objetivando que a linguagem venha a ser assertiva.

No caso da prematuridade, o cuidado ao RN se estender após a alta hospitalar e, nesse momento, o conhecimento dos pais em relação à vulnerabilidade da vida do RN prematuro é fundamental para garantir-lhe a proteção de sua vida. É necessário que os pais saibam da importância do monitoramento em relação à alimentação, ao ganho de peso, a icterícia e das possibilidades de apneias, pois, somente na posse desses conhecimentos poderão proteger o RN prematuro. Dessa forma, se justifica a necessidade da comunicação, pois, esta poderá gradualmente se aperfeiçoar na medida em que o profissional pratica a deliberação com os colegas de trabalho, nas diferentes situações, uma vez que para deliberar é necessário o diálogo, o respeito ao valor que cada ser humano agrega dentro de si. Sob esse ponto de vista, a deliberação além de contribuir nas tomadas de decisões contribui no resgate interior das qualidades pessoais.

Tendo em vista que quando o profissional de saúde atende repetidamente o mesmo paciente, acaba o conhecendo melhor e, conseqüentemente, a história desse paciente e sua família. A pesquisa demonstrou que o atendimento do pré-natal foi realizado na maioria das vezes pelo mesmo médico e embora a incidência das consultas tenham sido positivas, vale ressaltar que para entender as necessidades do paciente, é preciso muito mais que examiná-lo fisicamente, avaliá-lo laboratorialmente. É muito importante ouvi-lo, conhecer um pouco da sua história de vida e de seus valores internos.

Os entrevistados demonstraram-se acolhidos pelo serviço de capelania hospitalar. Foram atendidos por padres e pastores, agradeceram por encontrar



essas pessoas. Observou-se que a fé supera a religião, que é possível promover conforto apenas com as palavras ou simplesmente com a presença.

A terapia dirigida aos que nascem prematuros está associada ao uso da tecnologia, e os entrevistados reconheceram algumas das possíveis consequências básicas desse recurso e entenderam que se não fosse esse recurso, não haveria probabilidade de vida. Em geral sentem-se reféns, dependentes do uso da tecnologia.

Após o estudo sobre o modelo deliberativo sugerido por Diego Gracia, o qual busca ajudar com o instrumento metodológico para determinar decisões que respeitem a objetividade dos fatos científicos e contemplem igualmente os componentes morais, foi possível concluir que o modelo tem por objetivo de mapear respostas, as quais sejam eficazes para procedimentos médicos, alcançando assim seu objetivo, como por exemplo, a prevenção e integridade do RN prematuro. Portanto, a deliberação objetiva diminuir a incerteza dos profissionais na tomada de decisão ética, pois, a mesma envolve a reflexão, discussão e ponderação dos fatos, crenças, valores e princípios envolvidos nas questões éticas.

O marco teórico-metodológico da pesquisa foi o modelo deliberativo proposto por Diego Gracia, onde se utilizou os seus pressupostos epistemológicos, como referencial teórico-filosófico do estudo como instrumento metodológico para organização e análise dos dados. Os resultados apontaram que o modelo deliberativo destina-se a manter processos educativos permanentes em ética, objetivando o desenvolvimento de habilidades práticas, competência e sensibilidade éticas, visando conduzir processos de reflexão, discussão e resolução prudente quanto aos problemas éticos. E, por ser abordagem apropriada à complexidade das situações eticamente problemáticas e considerar as circunstâncias específicas de cada caso, a deliberação diminui a incerteza dos profissionais na tomada de decisão ética, compartilhado assim, o diálogo, a reflexão, a discussão e a ponderação dos fatos envolvidos nas questões pertinentes.

A revisão de literatura apresentou que para implementação efetiva da deliberação como parte do processo de trabalho dos profissionais, é imprescindível o apoio da equipe multidisciplinar, viabilizando a inserção da deliberação no cotidiano dos serviços de saúde. Portanto, o processo deliberativo requer que os profissionais guiem suas ações pelo desejo de compreender, cooperar e colaborar

nas tomadas de decisão, com boa vontade, argumentação e abertura, visando a modificação e ampliação nas visões, bem como nas opiniões.

E, em decorrência da percepção da necessidade da presença de diálogo na relação que envolve o atendimento de saúde, sugere-se a utilização de instrumentos que possam periodicamente avaliar a importância do diálogo e sua efetividade, no âmbito do atendimento ao paciente. Além de sugerir a implementação da prática da deliberação como meio de aprimorar o atendimento ao RN prematuro.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, L.S. et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Rev. bras. enferm.** [online]. v. 65, n. 4, p. 571-577, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext &pid=S0034-71672012000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

APMS. Associação Paulista de Medicina – Santos. O parto e o recém-nascido pré-termo. Publicado em: 21 fev. 2012. Disponível em: <<http://apmsantos.org.br/sua-saude/219-o-parto-e-o-recem-nascido-pre-termo>> Acesso em: 15 mar. 2016.

BERETTA, M.I.R.; FRASSON, D.A.; PACÍFICO, L.H.R.; DENARI, F.E. Avaliação do sistema de alojamento conjunto na maternidade D. Francisca Cintra Silva da Santa Casa de São Carlos-SP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 59-66, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12400.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2015.

BETTIOL, H. et al. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 32, n. 2, p. 57-60, 2010.

BIFULCO, Vera Anita; IOCHIDA, Lúcia Christina. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Rev. Bras. Educ. Med.**[periódico na internet], v. 33, n. 1, p. 92-100, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-5502200900100013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-5502200900100013&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 23 mar. 2016.

BORLANI, B. **Manual do Internato de Neonatologia**: manual do internato na área de neonatologia – cartilha do interno. Universidade Federal do Paraná. Faculdade de Medicina, 2012.

BOTLER, A.M.H. **A Escola como Organização Comunicativa**. 299p. (Tese de Doutorado) Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2004.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa**. Artigo 277. Disponível em: <[WWW.senado.gov.br/legislacao/const/con1998](http://WWW.senado.gov.br/legislacao/const/con1998)> Acesso em: 13 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Coordenação Materno-Infantil. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 177p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0104manual\\_assistencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0104manual_assistencia.pdf)> Acesso em: 24 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido nascido de baixo peso: método mãe-canguru**. 1. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção a saúde do recém-nascido – guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011. v.1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido guia para os profissionais de saúde: problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011. v. 3. Disponível em: <[http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn\\_v3.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v3.pdf)> Acesso em: 23 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido – guia para os profissionais de saúde: cuidados com o recém-nascido pré-termo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 4.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido – guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 4 v. : il.

CARVALHO, M.R.; PROCHNIK, M. **Método canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDS, 2001.

CASTILHO, C. **Relatório de conclusão de estágio curricular III – Rede Hospitalar**. 29p. (TCC) Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, 2012.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre/RS, v. 32, n. 2, p.248-255, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a06v32n2.pdf>> Acesso em: 24 jun. 2015.

COUTO, F.F.; PRACA, N.S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 1, p. 19-26, 2012.

DANTAS, Karol. **Classificação dos recém-nascidos**. São Paulo, 2010.

FULCHIGNONI, S.; NASCIMENTO, M.J.P. Promovendo a saúde através da educação das mães em um alojamento conjunto. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v. 4, n. 1, jul. 2004. Disponível em: <[http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol4-n1/v.4\\_n.1-art3.revis-promovendo-a-saude-atraves-da-educacao-das-maes.pdf](http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol4-n1/v.4_n.1-art3.revis-promovendo-a-saude-atraves-da-educacao-das-maes.pdf)> Acesso em: 21 ago. 2015.

GOMELLA, T. **Neonatologia**: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GRACIA, D.; POSE, C. **Introducción a la bioética**: origen, fundamentación y metodo. Madrid: Universidad Complutense, 2006.

GRACIA, D. **Pensar a bioética**: metas e desafios. São Paulo: Loyola, 2010.

\_\_\_\_\_. **Deliberación moral**: el papel de las metodologías en ética clínica. Madrid: Universidad Complutense, 2009.

GRACIA, D. El derecho a prohibir y El derecho a consumir [conferencia de clausura]. In: **Congreso Hablemos de Drogas**: familias y jóvenes, juntos por la prevención; 2009 jun 3-5; Barcelona, ES [evento en Web]. Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2009.

**Fundamentos da Bioética**. Madrid: Editorial Triacastela, 2008. 605p.

\_\_\_\_\_. **De la bioética clínica a la bioética global**: treinta años de evolución. *Acta Bioet*, v. 8, n. 1, p. 27-39, 2002.

\_\_\_\_\_. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. *Med Health Care Philos*, v. 4, n. 2, p. 223-32, 2001.

\_\_\_\_\_. **Ética y vida**: estudios de Bioética. v.2. Bioética Clínica. Santa Fé de Bogotá, DC: Editorial El Búho, 1998.

\_\_\_\_\_. Métodos de analisis de problemas éticos en la clinica humana. In: **Anales de la Real Academia Nacional de Medicina**. Madrid: Universidad Complutense, 1992.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Número de óbitos dos nascidos vivos de 1990 à 2010**. 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/)> Acesso em: 15 mar. 2016.

MAGALHÃES, M.; RODRIGUES F.P.M.; GALLACCI C.B.; PACHI, P.R.; CHOPARD, M.R.T.; NETO, T.B. **Guia de Bolso de Neonatologia**: serviço de neonatologia do departamento de pediatria da santa casa de São Paulo. São Paulo: Atheneu, 2013.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios – parte 1. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Fonseca. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2.ed. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. 585p.

MELO, R.C.J.; SOUZA, I.E.O.; PAULA, C.C. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filhoprematuro na unidade intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal. *Esc Anna Nery*, (impr.), v. 16, n. 2, p. 219-226, abr-jun 2012.

MENDES, C.M.; ALMEIDA, R.T.; MOREIRA, M.E. Use of technology as an evaluation tool of clinical care in preterm newborns. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 82, p. 371-6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n5/v82n5a11.pdf>> Acesso em: 24 jun. 2015.

MENEZES, M.J.B.; ROCHA, A.M.; RESENDE, V.F. Análise dos eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de gestão da qualidade da assistência de enfermagem. **Enferm. glob.**, n.17, 2009. ISSN 1695-6141.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2006.

NORA, C.R.D.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M.M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bioét.**, (Impr.), v. 23, n. 1, p. 114-23, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231052>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

OLIVEIRA, C.M.; LESSA, N.P.; MARINHO, R.C. **Alojamento conjunto para bebês saudáveis e de cuidados especiais/ unidade canguru**. 2015. Disponível em: <[www.ebah.com.br/.../assistencia-ao-recem-nascido-risco-04-1-alojament...](http://www.ebah.com.br/.../assistencia-ao-recem-nascido-risco-04-1-alojament...)> Acesso em: 20 ago. 2015.

ONU-BR – Nações Unidas no Brasil. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. ONU-BR, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>> Acesso em: 21 mar. 2016.

PESSINI, L. et al. **Ética e bioética clínica no pluralismo e diversidade**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012. 500p.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011. 344p.

RADES, E.; BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [online], v. 26, n. 8, p. 655-662, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n8/a10v26n8.pdf>> Acesso em: 24 jun. 2015.

RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. Prematuridade e fatores de risco. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09>> Acesso em: 23 jun. 2015.

RIBEIRO, M.A. C. **Aspectos que Influenciam a termorregulação**: assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo. (Monografia) Graduação em Enfermagem, Faculdade JK, Taguatinga-DF, 2005.

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**, v. 06, n. 02, p. 286-291, 2004.

ROSSETTO, M.; PINTO, E.C.; SILVA, L.A.A. Cuidados ao recém-nascido em terapia intensiva: tendências das publicações na enfermagem. **VITTALLE**, Rio Grande, v. 23, n. 1, p. 45-56, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.furg.br/vittalle/article/viewFile/1830/2418>> Acesso em: 23 jun. 2015.

SALGE AKM, V.A.V.C.; AGUIAR, A.K.A.; LOBO, S.F.; XAVIER, R.M.; ZATTA, L.T.; CORREA, R.R.M.; SIQUEIRA, K.M.; GUIMARÃES, J.V.; ROCHA, K.M.N.; CHINEM, B.M.; SILVA, R.C.R. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf.**, [online], v. 11, n. 3, p. 642-6, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

SANTOS, V. (Dra. Pediatra). **Cuidados ao bebê prematuro**. Publicado em 22 de maio de 2015. Disponível em: <<http://www.janela-aberta-familia.org/pt/content/cuidados-ao-beb%C3%A9-prematuro>> Acesso em: 17 ago. 2015.

SANTOS, L.M.; SILVA, C.L.S., SANTANA, R.C.B., SANTOS, V.E.P. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 788-94, set./out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/11.pdf>> Acesso em: 24 jun. 2015.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. In: Dra. Cleide Suguihara, Diretora do Laboratório de Fisiologia Neonatal da Universidade de Miami, Flórida (EUA) e Dra. Shahnaz Duara, Diretora da Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. Temas discutidos no XVII Congresso Brasileiro de Perinatologia. Tecnologia e bom senso para salvar vidas. **SBP Notícias**, Florianópolis/SC, p. 3, nov. 2001. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=88&id\\_detalhe=678&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=88&id_detalhe=678&tipo_detalhe=s)> Acesso em: 20 jun. 2014.

SILVA, A.S. Enfermagem atuando no exame físico do recém-nascido. **Saúde e Beleza**, 10 mar. 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/enfermagem-atuando-no-exame-fisico-do-recem-nascido/60968/>> Acesso em: 23 jun. 2015.



SILVA, L.J.; SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 684-689, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a26v43n3.pdf>> Acesso em: 25 jun. 2015.

SILVEIRA, R.C. **Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. 1. ed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012.

SIQUEIRA, J.E. Educação bioética para profissionais da saúde. *Revista Bioethikos*, Centro Universitário São Camilo, v. 6, n. 1, p. 66-77, 2012 (ARTIGO ORIGINAL). Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a07.pdf>> Acesso em: 17 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Educação bioética para profissionais da saúde. In: PESSINI, Léo et al. **Ética e bioética clínica no pluralismo e diversidade**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012. Cap. 17 – p. 299-318.

\_\_\_\_\_. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. *Revista Bioética*, v. 16, n. 1, p. 85-95, 2008. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/pdf/artigo\\_completo\\_jose\\_eduardo.pdf](http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/pdf/artigo_completo_jose_eduardo.pdf)> Acesso em: 20 ago. 2015.

TRONCO, C.S. et al. Repercussões da internação do recém-nascido de baixo peso à mãe e sua família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 131-7, dez. 2012.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 2. ed. Petrópolis, 2003.

ZOBOLI, E. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. **Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo**, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2012. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a05.pdf>> Acesso em: 24 jun. 2015.

ZOBOLI, E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Rev. Bioét.**, (Impr.), v. 21, n. 3, p. 389-96, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a02v21n3.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2015.

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

**Instrumento de pesquisa:** Ficha de identificação do participante:

1. Comente como ocorreu a evolução de sua gestação.
2. Qual o número de consultas realizadas no decorrer de sua gestação?
3. Descreva a consulta médica.
4. A consulta era realizada em consultório, hospital, unidade de saúde; através de plano de saúde, particular ou gratuita?
5. Você acha que pelo número de consultas realizadas, teve oportunidade de partilhar informações pertinentes a sua gestação?
6. Quanto tempo durava a consulta? E o tempo da consulta foi o suficiente?
7. Quais orientações eram feitas pelo médico (a)?
8. Achou que o número de consultas é bom? E o(a) médico(a) que realizava a consulta era o mesmo na maioria das vezes?
9. Esta é a primeira gestação?
10. Comente sobre como foi o parto.
11. Em que momento você recebeu pela primeira vez, após o nascimento, informações sobre a condição de saúde de seu filho (a)? Quem e como informou sobre o estado de saúde do seu filho(a)?
12. Houve oportunidade de diálogo neste momento?
13. Você saberia dizer se tiveram algum conflito ético, moral e religioso com a equipe de saúde após o nascimento do bebê?
14. Você aceitaria o uso da tecnologia para salvar a vida de seu filho (com procedimentos complexos, doloridos, invasivos) sem a sua permissão? Você acha que isso representa desrespeito?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a), está sendo convidado (a) por ADRIANE BONIERSKI HEISLER a participar do estudo intitulado A INTERSEÇÃO DO MÉTODO DELIBERATIVO COM A TECNOCIÊNCIA EM VISTA À PROTEÇÃO DA DIGNIDADE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO, o qual comporá um trabalho de dissertação de conclusão de curso de mestrado em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. O objetivo deste estudo é analisar a conscientização dos pais em relação a prematuridade à partir do modelo deliberativo proposto por Diego Gracia. Se o SR.(a) aceitar a participar do estudo, terá que responder a algumas perguntas feitas pelo pesquisador em uma área restrita no Hospital, a qual será gravada para assegurar a fidedignidade dos dados.

A pesquisadora Adriane Bonierski Heisler é a pessoa responsável pelo estudo e pode ser localizada pelo telefone (41)8845-0155.

A sua participação neste estudo é voluntária e o SR.(a) terá liberdade de recusar-se a participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção da assistência ao seu filho(a) na UTI. A sua participação não trará qualquer risco a sua saúde, porém é possível que você experimente algum desconforto ou emoção ao responder algumas perguntas, no entanto suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Caso as informações relacionadas ao estudo forem divulgadas em publicações, não aparecerá seu nome e nem o nome de seu filho(a), pois este será codificado para que a confidencialidade seja mantida. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_, li o texto e compreendi o objetivo do estudo ao qual fui convidado a participar. Estou ciente que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar, minha decisão e sem que esta decisão implique em interrupção do tratamento prestado ao meu filho(a). Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo e que minha entrevista seja gravada.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da pesquisadora

Curitiba, de \_\_\_\_\_ de 2014.

## **ANEXO A – DECLARAÇÃO DE TORNAR PÚBLICO OS RESULTADOS**

### **Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**

#### **Declaração de Tornar Público os Resultados**

Eu Adriane Bonierski Heisler, aluna do Curso de Mestrado em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná PUC-PR, autora da pesquisa intitulada A INTERSEÇÃO DO MÉTODO DELIBERATIVO COM A TECNOCIÊNCIA EM VISTA À PROTEÇÃO DA DIGNIDADE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO.

Realizado no Hospital São José, de .....a ..... de 2014 declaro que,

De acordo com as práticas editoriais e éticas, serão publicados os resultados da pesquisa em revistas científicas médicas, ou apresentados em reuniões científicas.

Curitiba, ..... de junho de 2014.

---

Aluna do Curso de Mestrado em Bioética  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

**ANEXO B – DECLARAÇÃO DE USO ESPECIFICO DO MATERIAL E/OU DADOS  
COLETADOS**

**Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
Declaração de uso Especifico do Material e/ou Dados Coletados**

Eu Adriane Bonierski Heisler, aluna do Curso de Mestrado em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, autora da pesquisa intitulada A INTERSEÇÃO DO MÉTODO DELIBERATIVO COM A TECNOCIÊNCIA EM VISTA À PROTEÇÃO DA DIGNIDADE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO realizada no Hospital São José, no período de....., declaro que os dados coletados serão de uso especifico para o desenvolvimento da pesquisa em questão.

Curitiba, de de 2014.

**ANEXO C – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR****Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos****TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR**

Eu Adriane Bonierski Heisler, aluna do Curso de Mestrado em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, autora da pesquisa intitulada A INTERSEÇÃO DO MÉTODO DELIBERATIVO COM A TECNOCIÊNCIA EM VISTA À PROTEÇÃO DA DIGNIDADE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO responsabilizo-me em dar continuidade a este estudo de acordo com os Direitos Humanos, a Resolução 196/96 MS, bem como informar a este Comitê de Ética qualquer alteração, efeitos adversos, inclusões, exclusões, emendas e conclusão.

---

Aluna do Curso de Mestrado em Bioética – PUC-PR

Curitiba, de de 2014.

**ANEXO D – DADOS DO ESTUDO E PESQUISADOR**

**Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PUC-PR  
CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA**

**Título: A INTERSEÇÃO DO MÉTODO DELIBERATIVO COM A TECNOCIÊNCIA  
EM VISTA À PROTEÇÃO DA DIGNIDADE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO**

**Nome do Pesquisador Responsável:** Adriane Bonierski Heisler.

**CPF:** 016.582.749-11

**Endereço:** Av. João Gualberto, nº 1137  
Bairro Alto da Glória – Curitiba/PR – CEP: 80030-000

**Nome do Orientador:** Dr. José Eduardo de Siqueira.

**Nº Registro nº** \_\_\_\_\_

Curitiba, de de 2014.

## Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

### Pesquisa Simples

Senhor Coordenador  
Dr. Mario Antonio Sanches.

Encaminho a Vossa Senhoria a Proposta de pesquisa de **Dissertação**, como requisito parcial de avaliação para conclusão do Curso de Mestrado em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, intitulada **A INTERSEÇÃO DO MÉTODO DELIBERATIVO COM A TECNOCIÊNCIA EM VISTA À PROTEÇÃO DA DIGNIDADE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO** sob minha responsabilidade para análise e parecer, sob a orientação do Prof. Dr. José Eduardo de Siqueira.