



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**José Antonio de Sá Neto**

**Enfermagem cuidando do recém-nascido na Unidade de Terapia  
Intensiva Neonatal: um olhar ético da ação profissional**

Rio de Janeiro

2009

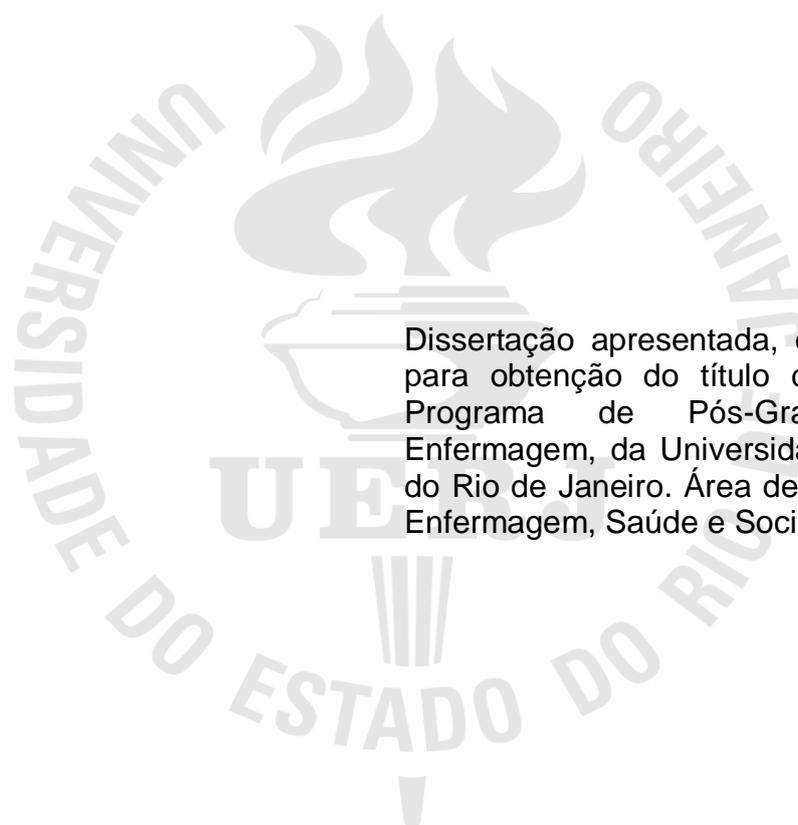
# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

José Antonio de Sá Neto

**Enfermagem cuidando do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva  
Neonatal: um olhar ético da ação profissional**



Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S111 Sá Neto, José Antonio de.  
Enfermagem cuidando do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um olhar ético da ação profissional / José Antonio de Sá Neto. - 2009.  
104 f.

Orientadora: Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Cuidados em enfermagem. 2. Neonatologia. 3. Tecnologia (Enfermagem). 4. Bioética. I. Rodrigues, Benedita Maria Rêgo Deusdará. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

---

Assinatura

---

Data

José Antonio de Sá Neto

**Enfermagem cuidando do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva  
Neonatal: um olhar ético da ação profissional**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 16 de dezembro de 2009.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Isabel Cristina dos Santos Oliveira  
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ivis Emilia de Oliveira Souza  
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Rio de Janeiro

2009

## DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação à responsável por minha existência, que me concedeu o dom da vida, a minha amada e querida mãe Maria Aparecida Ribeiro de Sá. Sempre estarás presente em minha memória, nas minhas vitórias e em meu coração.

*In memoriam*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por me acolher em sua morada, estando presente em todos os dias de minha vida, me mantendo forte nos momentos de fraqueza, feliz nos momentos de tristeza e vitorioso nas minhas derrotas. Obrigado Senhor, pelos ensinamentos, pelo desafio e pela grandiosidade deste momento, que por mais que tenha sido difícil, me fez acreditar na minha capacidade e potencialidade.

Ao meu pai Sylvio de Sá, minha irmã Greice de Sá, meu cunhado Rômulo e meus sobrinhos Iago, Ian e Iuri, que mesmo à distância, cuidaram de mim, me apoiando nos momentos difíceis com palavras de carinho e de afeto. Agradeço a vocês, minha família, pela constante presença em minha vida.

À querida e amada Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, obrigado pelo carinho, pelo respeito e pela paciência que teve comigo durante essa jornada. Sou grato por acreditar no meu potencial, pelas palavras amigas e incentivadoras, sendo mais do que orientadora, uma “mãe” que tive em todos os momentos.

À minha eterna amada Francimar Tinoco de Oliveira, por nossa história de vida, pela convivência e pelo caminho que percorremos juntos, que mesmo sem compreender as minhas angústias, me incentivou a participar da seleção do mestrado, compartilhando comigo este momento. Você sempre estará no meu coração.

À grande amiga, que considero extensão da minha família Márcia Calvert e minha afilhada Manuela, presença constante em minha vida, pelo convívio fraterno e compreensão nas minhas ausências.

À Minha irmã de coração Aline Cerqueira, por sua constante presença e preocupação. Agradeço por fazer parte da minha história, pelo cuidado e pela amizade que nos une. Você tem sido muito importante nessa fase da minha vida.

À Dulcimar de Oliveira, pela afinidade, pelo carinho e a pureza do seu coração. Você é muito especial.

À amiga Elisa Viegas, que soube preencher meu coração, principalmente nos momentos de solidão. Obrigado por ouvir minhas lamúrias, estando disponível em

todas as horas. Neste mundo de tantas incertezas, uma certeza sempre nos resta, a de que podemos contar com os verdadeiros amigos.

À enfermeira Mônica dos Santos, querida amiga, um exemplo de profissional. Agradeço por todo apoio e incentivo que recebi durante o mestrado, por ter tido a oportunidade de trabalhar ao seu lado, e principalmente pela sua amizade.

A Ms. Maria de Lourdes, querida Lourdinha. Obrigado pela amizade, carinho e atenção que me foi dispensada. Suas sugestões foram fundamentais na construção deste estudo.

A duas pessoas muito especiais, Denise Popin e Leila Ribeiro. Obrigado por escutarem minhas queixas, por compartilharem minhas ansiedades, minhas alegrias, minhas angústias e minhas conquistas. Obrigado pelas palavras de estímulo e de carinho.

A direção do Hospital Maternidade Fernando Magalhães, por ter me oportunizado a utilização do cenário como campo do estudo.

Aos meus colegas de trabalho que, através de suas ações, me motivaram a pesquisar esta temática. Agradeço por compreenderem as minhas ausências e meu cansaço. Cada um de vocês foi absolutamente único na construção da minha trajetória profissional.

Às chefes de Serviço de Enfermagem do Hospital Maternidade Fernando Magalhães Carla Beatriz, atualmente Simone Henriques e do Hospital Pró-Cardíaco Andrea Azeredo, por me oportunizar este momento, pelo carinho, pelas palavras de estímulo, pela confiança e pelo empenho em facilitar as minhas atividades profissionais, sempre que possível.

As enfermeiras Alessandra Santos, Analice Pereira, Angélica Silva, Aline Marinho e Tainá Lima por tudo que aprendi com vocês, pelo apoio dado nas trocas de plantão e por terem feito parte desta trajetória. Sem vocês com certeza isso não teria sido possível.

À toda equipe médica que me apoiou neste momento, em especial a Ana Tereza Antunes, que mesmo nos momentos mais ácidos, foi doce, me apoiando e me incentivando a continuar. Obrigado pela torcida...

Aos professores do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem UERJ, pelo aprendizado e conhecimento necessário para avançar nesta trajetória.

Aos Secretários da Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado da FENF/UERJ, Fabíola Cardoso Santos, José Renan Nunes da Silva e Marcello Rodrigues Soares, pelas informações quando solicitada, cordialidade e atenção a mim dispensada.

Às professoras Dr<sup>a</sup> Florence Romjin Tocantins, Dr<sup>a</sup> Isabel Cristina dos Santos Oliveira, Dr<sup>a</sup> Ivis Emília de Oliveira Souza, Dr<sup>a</sup> Suely Rezende Cunha, por aceitarem prontamente ao meu convite para participar da Comissão Examinadora. Obrigado pela disponibilidade, críticas e sugestões, fundamentais ao desenvolvimento do estudo.

A todos os amigos do mestrado, em especial a Fernanda Gorgulho, Glória Santos e Juliana Maciel, pela afinidade e aproximação que tivemos no decorrer desses anos. Agradeço pelo companheirismo, amizade e carinho que tiveram comigo, tendo a certeza que esses momentos deixarão saudades e marcas para o resto da minha vida.

À Flavia Camerini e Belchior Barreto, companheiros do mestrado, pelo convívio, pelos momentos de alegria e de parceria no decorrer desta caminhada.

A todo o corpo administrativo da Faculdade de Enfermagem da UERJ pela disponibilidade e pelo carinho que me receberam. Obrigado por tudo!

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Enfermagem da UERJ sempre solícitos, em especial as bibliotecárias Kalina Silva e Tânia Mello, pela gentileza e paciência que tiveram comigo.

Aos profissionais da equipe de enfermagem, anônimos Beatriz, F<sup>o</sup> de Ana Paula, Mariana, F<sup>o</sup> de Iolanda, F<sup>o</sup> de Miriam, João, Isabela, Paulo Gabriel, Vitória, Samuel, Ana Carolina, Daniel, Lucas, Lívia, Felipe e Caroline, pelas contribuições que deram para o estudo. Vocês foram imprescindíveis na construção e concretização deste estudo.

Aos recém-nascidos que me ensinaram a perceber suas necessidades e desejos, suas capacidades e limitações. Cuidar de vocês me faz sentir plenamente realizado, reforçando em mim o valor da minha profissão.

E, finalmente, a todas as pessoas que diretamente ou indiretamente fizeram parte desta trajetória, que de diferentes maneiras participaram para que pudesse chegar até aqui. O meu sincero agradecimento.

Não é o quanto fazemos, mas quanto amor colocamos no que fazemos. Não o quanto damos, mas quanto amor colocamos no doar.

*Madre Teresa de Calcutá*

## RESUMO

SÁ NETO, José Antonio de. **Enfermagem cuidando do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**: um olhar ético da ação profissional. Rio de Janeiro, 2009. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, sobre as ações experienciadas pela equipe de enfermagem no cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), tendo como objetivo apreender os aspectos éticos implícitos nas ações experienciadas pelos profissionais de enfermagem ao cuidar do recém-nascido (RN). Foram utilizados como referencial teórico-filosófico alguns autores renomados como: Mehry, Pegoraro, Pessini, entre outros. A abordagem metodológica aplicada no estudo foi a fenomenologia sociológica de Alfred Schutz, buscando, na intencionalidade das ações de enfermagem, a motivação que sustenta este cuidar. A aproximação face a face aos sujeitos do estudo deu-se solicitando o seguinte: *Fale-me sobre a sua experiência ao cuidar de um RN no cotidiano da UTI*. Para alcançar o objetivo proposto, utilizei as questões orientadoras da entrevista fenomenológica: *O que você tem em vista ao cuidar do RN na UTI? Em relação à ética, o que você pensa ao cuidar do RN?* As entrevistas foram realizadas com 16 profissionais da equipe de enfermagem da UTI de uma Maternidade Pública do Município do Rio de Janeiro, escolhidos de forma aleatória. Foram respeitados os critérios estabelecidos pela Resolução nº 196/96, garantindo a privacidade e o anonimato dos entrevistados, bem como aprovação do estudo pelo comitê de ética em pesquisa. A partir da análise das falas emergiram três categorias, que possibilitaram a apreensão dos aspectos éticos das ações de enfermagem na UTI como um típico. Esses profissionais têm em vista **realizar o melhor cuidado desejando a cura e a alta do RN**, apoiando-se na tecnologia para **valorizar a perspectiva humana do cuidado na UTI e na possibilidade de agir com ética**. Na realidade pesquisada, a tecnologia manifestou-se de maneira positiva no projeto intencional dos profissionais, mostrando uma enfermagem que acredita estar fazendo o seu melhor, envolvida com as questões éticas e humanas. A apreensão do típico da ação e compreensão do cotidiano da equipe de enfermagem permitirá uma avaliação crítica e reflexiva sobre a adequação da tecnologia no cuidado neonatal, bem como a adoção de medidas e estratégias que valorizem e respeitem a vida humana em toda a sua dimensão. Ratifica a sensibilidade, intuição e percepção do cuidador, propiciando um cuidado individualizado e personalizado ao RN e sua família. Além disso, contribui para se repensar novas maneiras de cuidar, utilizando a arte e a criatividade na adequação e humanização das tecnologias.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem. Neonatologia. Tecnologia. Bioética.

## ABSTRACT

This is a qualitative study about experienced actions in the daily routine of the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) by the nursing staff. It aims to understand implicit ethical aspects in experienced actions of nurses concerning the newborn care. Mehry, Pegoraro, Pessini and others renowned authors were used as theoretical and philosophical reference. The sociological phenomenology of Alfred Schutz was the methodological approach of the study as it seeks the motivation that confirms this care by the intention of nursing actions. The face-to-face approach to people of this study asked the following: Tell me about your experience in taking care of newborns in a NICU routine? Guiding questions of the phenomenological interview were used to achieve the proposed objective: What do you have in mind about taking care of newborns in a NICU? What do you think about when taking care of a newborn in relation to ethics? Sixteen professionals chosen at random of the nursing staff of a public hospital in the city of Rio de Janeiro carried the interviews out. The established criteria of the 196/96 resolution ensured the privacy and anonymity of the respondents and approves the study by the ethics committee on research. Three categories emerged from the analysis of the discourse and they allowed the understanding of ethical aspects of typical actions of the nursing staff in an Intensive Care Unit. These professionals aims to achieve the best care as they wants the newborn left the hospital well. So, they rely on technology in order to value the human perspective of care in the NICU and the ability to act ethically. The research proved that technology is a positive instrument in the intentional design of the nursing staff as it shows professionals who believe that ethical and human aspects help them to do their best. To better understand typical actions and the routine of the nursing staff will enable a critical and reflective evaluation about the appropriateness of technology in the neonatal care as well as the adoption of measures and strategies for the value and the respect of the human life entirely. Ratification of the sensitiveness, intuition and perception of the caregiver provides an individualized and personal care to the newborn and its family. Moreover, it contributes to rethink new ways of care by using art and creativity in adapting and humanizing technologies.

Keywords: Nursing Care. Neonatology. Technology. Bioethic.

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	12
1	<b>SITUAÇÃO ESTUDADA</b> .....	16
1.1	<b>Relevância do estudo</b> .....	25
2	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	28
2.1	<b>Ação assistencial ao RN: cuidado tecnológico ou tecnologia do cuidado</b> .....	28
2.1.1	<u>Perspectiva Histórica</u> .....	28
2.1.2	<u>Perspectiva Tecnológica</u> .....	32
2.2	<b>Referencial teórico-filosófico sobre a ética e o cuidado neonatal</b> .....	37
3	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	46
3.1	<b>Fenomenologia como Método</b> .....	46
3.2	<b>A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz</b> .....	48
4	<b>TRAJETÓRIA DO ESTUDO</b> .....	51
4.1	<b>Cenário do Estudo</b> .....	51
4.2	<b>A realização das entrevistas</b> .....	53
5	<b>ANÁLISE COMPREENSIVA</b> .....	57
5.1	<b>Caracterização dos atores sociais</b> .....	57
5.2	<b>Apresentando o “motivo para” das ações de enfermagem na UTI Neonatal</b> .....	60
5.3	<b>Contexto vivencial da equipe de enfermagem ao cuidar do RN na UTI Neonatal</b> .....	67
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	80
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	85
	<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	98
	<b>APÊNDICE B - Carta de autorização institucional</b> .....	100
	<b>APÊNDICE C - Carta ao Comitê de Ética</b> .....	101
	<b>ANEXO A - Roteiro de entrevista fenomenológica</b> .....	102
	<b>ANEXO B – Folha de rosto da CONEP</b> .....	103
	<b>ANEXO C – Carta de aprovação do CEP SMCDS-RJ</b> .....	104

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Meu interesse pela Neonatologia surgiu no curso de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) quando me deparei pela primeira vez com uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal). Foi neste ambiente, onde a tecnologia seduz o profissional sobrepondo-se a suas ações, que me aproximei do Recém-Nascido (RN) e sua família. Nessa trajetória, inúmeros professores da Faculdade de Enfermagem, em especial os da área materno-infantil foram importantes, influenciando a minha escolha profissional.

Após a conclusão do curso, ingressei como residente de Enfermagem em Neonatologia no Instituto Fernandes Figueira (IFF), Hospital da Fundação Oswaldo Cruz, referência no atendimento à mulher e à criança, o que me permitiu uma aproximação maior com o ambiente da terapia intensiva e com o recém-nascido prematuro, pelos quais sempre tive especial interesse. Fui adquirindo novos conhecimentos técnico-científicos e uma importante experiência prática, desenvolvendo ações assistenciais ao neonato de baixo, médio e alto risco, atividades administrativas e educativas direcionadas para a família.

Ao término da residência, fui admitido através de concurso, em uma maternidade pública, sendo lotado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Inicialmente mantive minhas atividades como enfermeiro assistencial, e após quatro anos, fui convidado a fazer parte da rotina de enfermagem<sup>1</sup> da UTI. A partir desta nova experiência, pude ampliar a minha visão administrativo-gerencial na área intensivista, agregando novas habilidades que me despertaram para uma observação detalhista tanto na prática profissional quanto na qualidade do cuidado prestado em uma unidade com tantas peculiaridades.

Nesse cenário, onde o cotidiano da equipe de enfermagem é caracterizado por ações rotineiras, a tecnologia revela, por vezes, um atendimento mecânico, frio e impessoal, sobrepondo-se às questões relacionadas com a vida e o ser humano. Desvelar essa situação que aponta o intervencionismo tecnológico em oposição ao

---

<sup>1</sup>Nota do autor: Rotina de Enfermagem: Atividades administrativas, assistenciais e de ensino desenvolvidas pelo enfermeiro diariamente, no horário de 07 às 13 horas, que visa à organização setorial, a supervisão do trabalho da equipe, a participação nas decisões gerenciais entre a chefia de Enfermagem e Médica das Unidades Neonatais e o desenvolvimento de práticas acadêmicas e treinamento em serviço, com o objetivo de oferecer uma assistência de qualidade ao RN e a sua família.

cuidado ético e humanizado, associados aos meus valores e princípios morais que adquiri no decorrer da minha formação pessoal e profissional, determinou em mim o desejo do desenvolvimento desta pesquisa.

Vale ressaltar que o progresso da Neonatologia tem sido atribuído ao desenvolvimento de novas e mais modernas tecnologias capazes de favorecer a sobrevivência de bebês de extrema prematuridade. Entretanto, tamanha evolução tecnológica nos encaminhou a outro tipo de questão: Estamos salvando bebês cada vez menores, porém, essas crianças em seu processo de crescimento e desenvolvimento poderão ser portadoras de disfunções importantes e apresentar dependências que irão modificar toda a sua vida e a de sua família.

Tais considerações expressam a preocupação existente em um contexto de maior amplitude: o retorno à sociedade de crianças com elevado custo e grau de dependência, denominadas Crianças Dependentes de Tecnologias (CDTs). O'Brien (2001) e Wong (2006) consideram que tal clientela representa um conjunto de crianças com incapacidade crônica, que demandam cuidados especiais de saúde, de natureza temporária ou permanente, porém com uma pluralidade de diagnósticos e dependência dos serviços de saúde.

No que se refere à possibilidade de promover maior qualidade de vida possível, Kolpeman (2004) afirma que a elevação das taxas de sobrevivência de recém-nascidos obtidas com os avanços tecnológicos nem sempre vem acompanhada de boa qualidade de vida. Esse grupo, com elevada fragilidade clínica e vulnerabilidade social apresenta inúmeros desafios para a equipe de saúde, em especial a Enfermagem, no que diz respeito à forma como a equipe presta os cuidados, podendo influir no processo de saúde-doença e interferir no crescimento e desenvolvimento do neonato. (VERNIER; CABRAL, 2006).

Considerando a aplicação da tecnologia, como uma das facetas do profissional intensivista nos cuidados neonatais, a sua utilização deve ser realizada de maneira criteriosa, a fim de minimizar possíveis efeitos desastrosos, que possam trazer prejuízos para a saúde destas crianças (OLIVEIRA, 2002). Nesse sentido, faz-se necessário uma avaliação crítico-reflexiva sob o emprego desta tecnologia e suas implicações do ponto de vista ético, dos benefícios, malefícios, limitações e adequações às necessidades do RN. Essas reflexões e a percepção da responsabilidade profissional levaram-me a desenvolver este estudo, que tem como

tema o cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sob a perspectiva ética.

Geralmente, quando os profissionais se referem à tecnologia, associam este termo às Unidades de Tratamento Intensivo, atribuindo-o “a máquinas e equipamentos” (MEHRY, 2007, p.44). Esse conceito reducionista e simplista por vezes cria uma barreira muito grande entre o que é humano e o que é artificial. O próprio aspecto de um RN em uma incubadora muitas vezes evidencia os equipamentos de tal forma que podem transformar o bebê em apenas um detalhe.

Nesse sentido, Barchifontaine (2004, orelha) afirma que:

A tecnociência torna-se desumanizante quando reduz o ser humano a mero objeto despersonalizado de uma investigação fria e objetiva. Um hospital pode ser nota dez do ponto de vista tecnológico e ser desumano e sem alma no atendimento. Isso acontece quando os seres humanos são cuidados como simples objetos de intervenção técnica.

O termo tecnologia é definido como um conjunto de ações, as quais incluem métodos, procedimentos, técnicas, equipamentos e outros instrumentos, aplicados com conhecimento científico, envolvendo diversos saberes e habilidades que implicam no quê, por que, para quem e no como fazer (ARONE; CUNHA, 2007). No contexto da UTI Neonatal, considero a tecnologia do cuidado como o conjunto de técnicas, ferramentas e saberes científicos aplicados nas ações de enfermagem.

A UTI Neonatal é um local apropriado ao tratamento de bebês doentes e/ou prematuros e que apresentam algum tipo de problema ao nascimento e durante o seu desenvolvimento até o período neonatal (28º dia de vida). Nessa unidade, essas crianças são assistidas por uma equipe intensivista formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros profissionais de saúde.

O ambiente é formado por pessoas e máquinas ao redor do RN, concentrando no mesmo espaço, recursos humanos e tecnológicos indispensáveis ao suporte de vida destas crianças. Kamada, Rocha e Barbeira (2003) consideram a UTI Neonatal como uma unidade de alta complexidade assistencial, pela gravidade das condições de vitalidade dos recém-nascidos e pelo uso da tecnologia de ponta.

A criança que nasce prematura ou doente necessita na maioria das vezes, para sobreviver, ser atendida numa unidade de cuidados intensivos neonatais, sendo afastada de seus pais logo após o nascimento. O ingresso de uma mãe pela primeira vez na UTI Neonatal pode fazer com que ela se sinta num santuário íntimo

e proibido do hospital. A área física intensamente iluminada, cheia de sons, ocupada por profissionais de saúde que correm de incubadora para incubadora, manipulando equipamentos complicados, passando grande tempo debruçados sobre os bebês, com expressões sérias em seus rostos, que sugerem atividades sinistras e um ar de grande tensão. (STEVENS, 1981; KLAUSS; KENNEL, 1993).

Dessa forma, o RN permanece por um período mais ou menos longo, num ambiente que, embora imprescindível pela tecnologia sofisticada que lhe assegura a vida, é também hostil pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos aos quais são submetidos. Essas atividades, embora necessárias, podem transformar o profissional, tornando-o insensível, racional e desumano, evidenciando o empoderamento da ciência e da técnica sobre o homem. Nesse sentido, Heidegger apud Santos e Pokladek (2004, p. 23) aponta para a possibilidade de o “homem perder-se na técnica, esquecendo seu modo originário de ser”.

A UTI Neonatal é um local repleto de máquinas, sendo comum nos depararmos com situações em que a tecnologia impera sobre as relações interpessoais, trazendo impessoalidade, frieza e desvalorização do cuidado. Nesse sentido, o limite entre a ciência e a tecnologia não é bem definido, perdendo a sua importância se não estiver vinculado aos valores éticos e humanos da vida que cuidamos. Esse pensamento é reforçado por Bettineli, Waskiewicz e Erdmann (2004, p.99) quando afirmam que:

Humanizar o processo do cuidado se resume na responsabilidade profissional, no esforço de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas; estimulando suas potencialidades; e considerando sua autonomia nas escolhas. Por fim, entende-se que a humanização não pode ser entendida somente como uma técnica, um artifício [...].

No que diz respeito à humanização do cuidado neonatal, o Ministério da Saúde preconiza ações que respeitem e valorizem a individualidade e dignidade humana através de atitudes éticas e solidárias, garantindo a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam o recém-nascido, mas que podem expo-lo a situações de risco. (BRASIL, 2002).

## 1 SITUAÇÃO ESTUDADA

O progresso tecnológico e clínico nos últimos anos tem propiciado a sobrevivência de prematuros e de crianças com problemas de saúde graves, portadoras de enfermidades congênitas, de doenças metabólicas, com malformações de órgãos vitais ou com severos danos neurológicos, caracterizando um novo grupo de crianças que Vernier e Cabral denominam como “herdeiros da tecnologia”. Muitos desses problemas podem decorrer da ação humana, representando um conjunto de crianças que demandam cuidados especiais de saúde, sejam eles de natureza temporária ou permanente, porém com diagnósticos diferentes, requerendo um acompanhamento regular e sistemático da criança pelo sistema de saúde. (VERNIER; CABRAL, 2006; O'BRIEN 2001).

No Brasil, o advento tecnológico, na década de 80 do século XX, contribuiu para a redução da taxa de mortalidade infantil. Entretanto, não reduziu a alta taxa de afecções perinatais, representando uma incidência de 50 % de morbimortalidade entre crianças menores de 01 ano.

A melhoria das condições ambientais e nutricionais das crianças entre um e cinco anos e a implementação do Programa de Imunização foram fatores determinantes para a mudança do perfil epidemiológico infantil. No entanto, as causas perinatais, incluindo aquelas relacionadas às condições de parto e nascimento, tais como infecções neonatais, hipóxia neonatal, malformações congênitas, prematuridade e doenças sindrômicas, tornaram o componente neonatal uma das principais causas de morbimortalidade infantil. (VERNIER; CABRAL, 2006; BRASIL, 2004).

Indicadores epidemiológicos de morbidade e mortalidade no período neonatal mostram uma redução progressiva no número de mortes anuais. Em 1979, ocorreram 77.139 óbitos neonatais em todo o país; em 1989, 51.809 mortes no ano; em 1999 foram registrados 43.942 óbitos, e em 2004 foram notificados 35.890 óbitos neonatais. (BRASIL, 2004).

Levando-se em consideração a mortalidade proporcional por idade para crianças menores de um ano, no limiar do atual milênio, esses dados mostraram que 64% morreram no primeiro mês de vida, o que corresponde à mortalidade neonatal (precoce e tardia), enquanto 36% morreram com 28 dias ou mais.

Dos nascidos vivos, 7,70% tinham baixo peso ao nascer, e em relação à prematuridade registrou-se um percentual de 70% das mortes que ocorreram no primeiro ano de vida. Araújo (2003) refere que a prematuridade é responsável por cerca de 70% das mortes que ocorrem no primeiro ano de vida e por 50% das sequelas neurológicas do recém-nascido.

O Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), local onde o estudo foi realizado, é referência em gestação de risco no município do Rio de Janeiro, atendendo mulheres grávidas e RNs de alto risco. No ano de 2007, foi registrado um total de 3959 crianças nascidas vivas. Destas foram internadas no complexo neonatal 625 crianças, das quais 64% foram admitidas na UTI Neonatal, sendo a média de prematuridade 80%.

Esses dados indicam que, embora a tecnologia tenha reduzido a morte de RNs pré-termo, a sobrevivência dessas crianças tem criado um novo grupo com novas demandas de saúde, tais como: reinternações frequentes de crianças com doenças evitáveis que se tornam crônicas; afecções perinatais que levam um longo tempo de tratamento intensivo e que determinam sequelas complexas; malformações congênitas que resultam da necessidade de acompanhamento regular e sistemático pela rede de saúde. (CABRAL et al., 2004).

A ausência de dados epidemiológicos ou a invisibilidade desse grupo representa um problema para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde para Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES). No Rio de Janeiro, estima-se que essas crianças correspondam a 74,2% entre os egressos das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTINs) e 6,3% da Terapia Intensiva Pediátrica (TIP). (VERNIER; CABRAL, 2006; CABRAL et al., 2004).

Embora os estudos sejam expressivos do ponto de vista epidemiológico, não apontam para a qualidade de vida dessas crianças durante o seu crescimento e desenvolvimento, sugerindo a realização e aprofundamento de novas pesquisas desta natureza.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p.12), qualidade de vida é a “[...] capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade”. Esses autores ressaltam que os profissionais atuam na qualidade de vida do indivíduo influenciando diretamente, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e

desconfortos, seja para evitá-los, seja minimizando consequências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los.

Observa-se que, embora tenha ocorrido uma diminuição da taxa de mortalidade neonatal no Brasil e no mundo a partir da década de 60 do século XX, em decorrência dos avanços técnico-científicos e do surgimento das primeiras UTINs, o tempo de vida de muitos RNs vulneráveis tem sido prolongado e a morte, conseqüentemente postergada, cabendo aos seus representantes o poder de decisão sobre a sua real condição de sobrevivência.

Nesse sentido, Almeida (2007) afirma que a condição de vulnerabilidade da criança, em específico do RN, está relacionada à sua incapacidade de tomar decisões, em processos que envolvem a conduta terapêutica e as questões vitais para sua sobrevivência. Torna-se mais vulnerável à medida em que não possui a capacidade de se autodefender, sendo alvo fácil no que diz respeito à sua autonomia, à sua dignidade e à sua integridade física.

Sapienza e Pedromônico (2005) consideram que a vulnerabilidade do RN está associada à sua fragilidade e suscetibilidade aos fatores de risco relacionados à prematuridade, aos avanços tecnológicos e com o ambiente da UTI, aumentando a ocorrência de algum efeito indesejável no seu desenvolvimento e a predisposição a algum dano e ferimento. Kottow (2003, p.465) salienta que “O ser humano é essencialmente vulnerável, pois sua existência, como humano, não é dada, mas sim construída”.

Toda essa tecnologia tem permitido rebaixar o limite de viabilidade ao redor de 24<sup>a</sup> semana de gestação, duplicando as chances de sobrevivência de bebês que nascem com pouco mais de meio quilo. Superado o obstáculo da sobrevivência, existe o desafio de minimizar o impacto das complicações do uso da tecnologia no desenvolvimento psico-neuromotor da criança. Nesse contexto, Oliveira (2002) afirma que a tecnologia não é boa nem ruim, mas a aplicação humana é que determina a sua natureza.

Entretanto, se por um lado toda essa tecnologia possibilitou manter esses RNs vivos, ela criou, por sua vez, uma barreira muito grande entre o homem e a máquina, colocando de lado o profissional humano. Assim, esse ambiente tecnicista, sem calor humano pode tornar-se desumanizante, reduzindo o RN a mero objeto despersonalizado da ação humana. (CAPRA, 1994).

O cuidado por sua própria natureza é a ação da enfermagem que, além de procedimentos técnicos e conhecimentos, engloba atitudes que possibilitam atender o outro com dignidade humana. A dignidade humana é definida como “valor particular que tem todo o homem como homem, isto é, como ser racional e livre como pessoa.” Assim, todo ser humano deve ser tratado com a dignidade da pessoa humana e não como coisa. (DICIONÁRIOS..., c2009).

Kant apud Queiroz (2005) diferencia pessoa e coisa, definindo que os seres irracionais, cuja existência não depende em verdade da nossa vontade, mas da natureza como um valor relativo, se chamam coisas. Os seres racionais, pensantes, cuja natureza os distingue como um fim em si mesmo, como algo que não pode ser usado como um simples objeto, se chama pessoas.

Considerando todo ser racional como pessoa, ao cuidarmos do RN não devemos tratá-lo como objeto do nosso fazer, mas perceber que esse ser frágil e indefeso é uma pessoa, e como tal deve ser tratado com dignidade humana. Nesse sentido, Coelho e Rodrigues (2009) afirmam que o avanço técnico-científico nos últimos cinquenta anos trouxe um empoderamento e atitudes paternalistas sobre o ser cuidado, deixando de lado a dignidade humana, princípio moral baseado na finalidade humana e não na sua utilização como meio.

Corroborando com esses pensamentos, Watson apud Coelho e Rodrigues (2009) enfatiza que cuidar é o componente moral da enfermagem, de dever sem obrigação, que tem como finalidade proteger, melhorar e preservar a integridade e dignidade humana.

Desse modo, cuidar não se limita apenas em realizar uma tarefa ou um procedimento, é mais que um ato, é uma atitude que denota atenção, cautela, desvelo, zelo, é, na realidade, uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado. (REMEN, 1993; BOFF, 1999; WALDOW, 2006). Nesse sentido, o cuidado é uma atitude que revela a natureza humana e a maneira mais concreta de ser humano (BOFF, 1999).

Cuidar do Ser Recém-Nascido Humano resgata a nossa sensibilidade e intuição de perceber o outro em toda a sua integralidade, privilégios que foram delegados a aparelhos e aos procedimentos técnicos, a fim de garantir a eficácia de um tratamento.

Assim, as ações, atitudes e intencionalidades ao cuidar de um ser extremamente dependente e vulnerável, devem ter como base o conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, com o intuito de promover, manter e recuperar a sua integralidade. Nesse sentido, o cuidado ético requer ações de enfermagem que considerem a individualidade e a subjetividade do ser cuidado, aliviando sua condição de vulnerabilidade, decorrente do seu estado de fragilidade e adoecimento, o que compromete sua autonomia, dignidade e integridade. (COELHO; RODRIGUES, 2009).

Para se cuidar de um RN na UTI Neonatal, é necessário principalmente, um olhar diferenciado para o ser humano que vai ser cuidado, não nos esquecendo que, antes de tudo, estamos cuidando de uma pessoa, que sente e se expressa de várias formas. Portanto, a humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde, capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível, com respeito ético e humano.

Reforçando o papel da enfermagem na UTI neonatal, Araújo et al. (2005, p.27) afirmam que “a assistência e o cuidado de enfermagem devem ser considerados como a mola propulsora para humanizar o ambiente do CTI”.

Para Lima apud Reichert, Lins e Collet (2007, p.205):

Humanizar não é uma técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda a atividade das pessoas que assistem o paciente, procurando realizar e oferecer o tratamento que ele merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento no hospital.

No entanto, não podemos esquecer que é o cuidado que utiliza a tecnologia e não este que direciona o cuidado, ou seja, não é a máquina que o determina. Quando existe tal compreensão, o cuidado de enfermagem torna-se mais eficiente, direcionado para as reais necessidades do ser cuidado. (Rocha et al., 2008).

Estes mesmos autores, ressaltam que:

O cuidado e a tecnologia possuem aproximações que fazem com que o cuidado de enfermagem, resultante do trabalho vivo em ato, sistematizado e organizado cientificamente, favoreça a manutenção da vida, proporcione conforto e bem estar e contribua com uma vida saudável ou uma morte tranquila. (ROCHA et al. 2008, p.115).

Humanizar o cuidado tem se tornado um grande desafio para os profissionais, demandando atitudes às vezes individuais e pessoais contra todo um sistema tecnológico dominante. Embora a relação interacional tenha se tornado cada vez impessoal, não devemos abrir mão do contato face a face, do envolvimento e

compromisso que temos para com o outro, da nossa percepção, sensibilidade e intuição no momento desse encontro.

Considerando o cuidado de enfermagem como uma forma de se relacionar que resulta em ações e atitudes individuais, o Ministério da Saúde considera o bebê, principal foco do cuidado da equipe “estabelece com os seus cuidadores uma relação muito especial” e que “cuidar de um bebê tão pequeno muitas vezes traz exigências, solicita muito, requer uma grande atenção”. (BRASIL 2002, p. 61). Nesse sentido, ouvir, perceber e comunicar-se com o RN tornam-se ferramentas chaves para melhor compreendê-los e facilitar esse processo interativo, ou seja, o verdadeiro encontro.

A aproximação do cuidador com o RN, quando estabelecida, favorece a relação de cuidado e como uma oportunidade de interação e reciprocidade, que passa a ser percebido como uma extensão da comunicação. Essa relação acontece num espaço dotado de subjetividade, onde o processo de aprendizagem constante e a conscientização de dever cumprido e moral dos profissionais possibilitam uma melhor compreensão da comunicação e das reais necessidades do neonato (SIMSEN; CROSSETTI, 2004).

Durante muitos anos acreditou-se que o RN era imaturo neurologicamente, um ser limitado, com a capacidade de desenvolver somente suas funções vitais e fisiológicas, incapaz de interagir com o outro. Somente em meados da década de 60 do século XX, estudiosos descobriram que o cérebro do neonato era maturo o suficiente para receber e registrar as informações sensoriais, de forma a sentir e perceber o mundo que o rodeia. (KLAUSS; KENELL, 1993; FABRE-GRENET, 1997).

Para Schutz (1997), no mundo da vida, toda ação humana é uma ação social, logo envolve sempre uma relação interpessoal que nos coloca em relação uns com os outros. Nesse sentido, as relações sociais são sempre constituídas e compartilhadas com seus semelhantes, vivenciado e interpretado pelo outro.

Ao interagir com a criança, é necessário que os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, seja capaz de compreender os sinais de comunicação verbal e não verbal do RN, que, frente aos estímulos confortáveis e desconfortáveis ao qual é submetido, apresenta sinais orgânicos e de comportamento que necessitam ser observados e avaliados pelo cuidador.

Vários estudos vêm sendo realizados com o interesse de identificar e descrever os padrões de comportamento do RN que incluem a irritabilidade ou

emoção, níveis de atividade, intensidade das reações e responsividade aos estímulos físicos e sociais. Entre eles destaco a Escala Neonatal de Brazelton e a Teoria Síncrono-ativa do Desenvolvimento (TSAD).

Brazelton, em 1973, observou e identificou seis estados comportamentais do bebê, a saber: sono profundo; sono ativo; sonolência; alerta tranquilo; despertar ativo; e choro intenso. Quando a escala passou a ser utilizada em bebês prematuros e pequenos para a idade gestacional (PIG), a doutora H.Als observou que esses bebês eram menos organizados do que os a termo, desenvolvendo a TSAD. (GASPARETTO; BUSSAB, 1995; HNIKER; MORENO, 1994).

De acordo com os autores supracitados, a teoria é descrita como o funcionamento dos seguintes subsistemas de desenvolvimento: O subsistema autônomo, responsável pelas funções vitais; o subsistema motor, que compreende os movimentos voluntários e involuntários; o subsistema de organização, responsável pelos estados de vigília e sono, de atenção e interação social. Foi definida como TSAD porque a cada estágio do desenvolvimento do bebê, os subsistemas vão se desenvolvendo independentemente, ao mesmo tempo que interagem entre si e com o meio ambiente.

As reações do RN e a sua interação com as pessoas e com o meio que o cerca vai depender do grau de maturidade do seu sistema nervoso central e da permanência ou variação dos estímulos aos quais são submetidos. Para tal, é necessário que o cuidador perceba e identifique os sinais de conforto e desconforto do RN, através das alterações orgânicas e comportamentais do neonato, tais como: a expressão facial; o movimento corporal; os estados de consciência e de alerta; do choro, entre outros. Reconhecer e compreender esses sinais sensoriais são imprescindíveis, tornando o cuidado mais seguro e agradável ao RN.

O cuidado ao RN envolve muito mais do que a habilidade técnica e o conhecimento científico, resgata a essência do ser humano, expressa a sua sensibilidade, demonstrando sentimentos de afeto, carinho, compaixão e amor, características fundamentais que determinam maneiras distintas de cuidar e de se relacionar com o outro. Assim estabelece-se a relação EU-TU, descrita por Buber apud Oliveira (2001) como uma maneira autêntica de relacionar-se, um em favor do outro, estando disponível cognitivamente e emocionalmente.

O relacionamento interpessoal se inicia quando um responde ao outro através de: atitudes comportamentais; expressões corporais e faciais; gestos e sentidos, em

busca de compreender e atender às reais necessidades do outro. Nessa relação interativa, o cuidador estabelece uma comunicação efetiva e afetiva com o RN, expressando sentimentos que influenciarão as diversas formas de cuidar. Para que essa interação aconteça é necessária presença, “qualidade de estar aberto, perceptivo, pronto e disponível”, características individuais e indispensáveis ao cuidador. (OLIVEIRA, 2001, p.6)

Para a autora, o que se deseja alcançar nessa relação é:

[...] um cuidado que vá além da objetivada execução das técnicas, favorecendo o estabelecimento de uma relação autêntica entre enfermeiro-cliente, num processo dialógico, que envolva encontros, relacionamentos e presenças, com chamados e respostas, numa demonstração de carinho, respeito e amor em que seres humanos, profissionais de enfermagem e clientes, possam conviver, cuidando e sendo cuidados. (OLIVEIRA, 2001, p. 41).

Os recém-nascidos são seres especiais que nos chamam e respondem com gestos e atitudes, estabelecendo neste processo interativo um encontro inter relacional. Segundo M. H. Klaus e P. H. Klaus (2001), a compreensão dos variados estados de consciência do recém-nascido, bem como a intuição e sensibilidade dos profissionais de saúde para percebê-los, irão proporcionar uma nova compreensão do recém-nascido, levando a uma série de efeitos positivos no seu desenvolvimento social, físico e mental.

A sensibilidade é uma característica fundamental da enfermagem que determina maneiras distintas de cuidar do neonato. Representa a ocasião real do cuidado e a capacidade do cuidador em captar as reais necessidades do outro. Relaciona-se com a capacidade sensitiva, intuitiva e emotiva do cuidador, que se manifesta através das relações interpessoais e dos sentimentos afetivos que estabelece com o ser cuidado. Essa capacidade é intrínseca, perceptiva, está na formação pessoal de cada indivíduo, na sua integridade como pessoa e ser humano. Por vezes, pode causar sentimentos que se misturam com papéis sociais. (SIMSEN; CROSSETTI, 2004; RIBEIRO, 2007).

Quanto às relações dos cuidadores com o neonato, o estudo de Santos (2000) sobre as representações dos papéis de enfermeiras-mães que cuidam de RNs internados na UTI Neonatal e sua influência sobre esse cuidado constatou uma mistura de sentimentos relacionados com o papel profissional e o papel de mãe., revelando solidariedade e humanidade nas suas ações, tornando sensível a prática assistencial. Nesse sentido, a experiência com a maternidade modifica a atividade

profissional das enfermeiras, desejando ao RN indiretamente o que há de melhor para os seus próprios filhos.

Vale ressaltar que o sujeito quando se socializa o faz através das suas experiências de vida. Ele se constitui em um campo subjetivo particular, que, mesmo experienciado por outros sujeitos, lhe confere significados diferentes, construídos a partir da intersubjetividade. Schutz (1979) afirma que a intersubjetividade se constitui num mundo compartilhado por todos, constituído pelas experiências em comum.

Em outro estudo, Simsen e Crossetti (2004) evidenciaram um instinto maternal dos cuidadores em enfermagem ao cuidar do RN, condição existencial da mulher atribuído ao gênero feminino, quando comparam o cuidado dispensado ao RN como se fosse o do próprio filho. Percebeu-se uma preocupação dos cuidadores em dar carinho, conforto e afeto durante os cuidados prestados, cuidando do neonato como se fosse seu e como gostariam que cuidassem dos seus. Pode-se então afirmar que “o processo e a vivência da maternidade interferem de forma favorável na atividade de Enfermagem, de maneira transformadora e humana.” (SANTOS, 2000, p.98).

Nesse sentido, Coelho e Rodrigues (2009) afirmam que cuidar é uma ação social, constituída através da relação entre o ser cuidado e o cuidador, marcada pela intersubjetividade que se traduz na relação eu-tu, permeada por processos interiores constituídos pelos próprios sujeitos. Considerando as concepções de Alfred Schutz (1970), a intersubjetividade se constitui em um mundo compartilhado através das relações interpessoais, estruturando-se a partir das suas experiências de vida.

Assim, toda pessoa ou um determinado grupo social tem uma situação biográfica, que implica em experiências e vivências passadas, que o impulsionam a fazer ou não fazer algo. Logo, no mundo social, toda ação tem um propósito que fundamenta o agir. Portanto, entendo que a equipe de enfermagem, ao cuidar do RN na UTI Neonatal sob a perspectiva ética, age visando atingir algo.

Esse pensamento encontra apoio em Schutz (1997) que considera a ação social como uma conduta humana conscientemente projetada pelo ator envolvendo uma ordem voluntária e intencional. Compartilhando essas concepções, Popim e Boemer (2005, p.679) descrevem ação social como:

[...] uma ação projetada pelo ator de maneira consciente. Tem em si um significado subjetivo que lhe dá a direção, podendo se orientar para o passado, presente ou futuro. Com sua bagagem de conhecimento e a posição que ocupam na sociedade, os indivíduos têm interesses que lhe são próprios e que os motivam e os direcionam.

Para compreender melhor a dimensão da ação social do cuidar, através do conhecimento do “mundo vivido”, o mundo tal como ele é vivido pela equipe de enfermagem no seu cotidiano, optei pela fenomenologia sociológica de Alfred Schütz, delimitando como objeto de estudo **as ações experienciadas pela equipe de enfermagem ao cuidar do RN na UTI Neonatal.**

Para dar conta do objeto de estudo, elaborei o seguinte objetivo:

**Apreender os aspectos éticos implícitos nas ações experienciadas pelos profissionais de enfermagem ao cuidar do RN.**

### 1.1 Relevância do estudo

A indústria neonatal é a que mais cresce nos últimos anos com um investimento de U\$ 5,6 bilhões/ano, dos quais 90% desses recursos são destinados ao desenvolvimento tecnológico. Na capa da revista Newsweek foi publicada a seguinte frase: “Há 5 anos, salvar um bebê de 2000g era memorável. Hoje o milagre começa com 500g”. A revista Life publicou uma edição histórica sobre a neonatologia com o título “Hightec – máquinas que permanecem RN vivos”. Na edição da Revista Veja, em 2008, foi editada uma matéria sobre a sobrevivência dos Bebês Prematuros com até 300 gramas e as suas sequelas ao nascer antes do tempo. (CARVALHO, 2000; SEGATTO; ANAURATE; BUSCATO, 2008).

Esses dados são preocupantes e alarmantes, revelam a responsabilidade ética e moral das nossas ações, gerando questionamentos e reflexões sobre aspectos éticos em relação ao RN, tanto no exercício da assistência quanto no processo de investigação científica.

Nesse sentido, o estudo se justifica na tentativa de compreender a ação assistencial da equipe de enfermagem na UTI Neonatal como uma ação diferenciada, em que o RN é percebido pelos profissionais de maneira muito especial, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de uma assistência individualizada, com qualidade e mais humanizada.

Considerando entre os princípios fundamentais da Enfermagem o respeito à vida, à dignidade humana e aos direitos humanos, acredita-se que essas colocações

fundamentam-se na Resolução nº 41/95 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

No que diz respeito aos direitos da criança e do adolescente hospitalizados destaco:

Item 14- Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.

Item 15- Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral. (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1995).

Em relação aos deveres e responsabilidades, os profissionais de Enfermagem devem:

Artigo 5º- Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Artigo 12º- Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou impudência. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Nortea a assistência de enfermagem aos RNs internados na UTI Neonatal, permitindo compreender como os profissionais agem diante do cuidado oferecido a essas crianças, contribuindo para uma relação real e concreta, onde o RN aparece em toda a sua vulnerabilidade e fragilidade, necessitando de cuidados especializados e de uma tecnologia para manutenção da vida.

Levando-se em consideração que “a criança é uma pessoa em desenvolvimento, independente da sua fase de desenvolvimento é uma pessoa, portanto um ser de direito, e como tal deve ser protegida de toda e qualquer forma de tratamento que despreze a sua autonomia e as suas necessidades”, o estudo possibilita uma aproximação com as concepções da bioética no processo de cuidar, proporcionando uma reflexão sobre as suas ações. (ALMEIDA, 2007, p.345).

Considero ainda, que este estudo será importante para a pesquisa e o ensino, contribuindo para a construção de novas produções científicas sobre a temática e para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da saúde da criança, bem como contribuir para a formação acadêmica, desenvolvendo um olhar diferenciado para as questões que envolvem a tecnologia e os cuidados neonatais, como propõem Elsen e Marcon (1999, p. 21):

Para enfrentar os novos desafios impostos pela chamada sociedade moderna, que é tecnologicizada, mas que também busca ser ecológica, exige-se dos profissionais uma diversificação de enfoques teóricos e práticos em todas as áreas do conhecimento humano.

Na instituição, cenário do estudo, contribui para a sedimentação de novos conhecimentos que favorecem uma assistência de enfermagem, priorizando o RN e

sua família, proporcionando o seu crescimento, desenvolvimento e recuperação, além de minimizar os efeitos nocivos provocados pela tecnologia e contribuir para a qualidade de vida destas crianças.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Ação assistencial ao RN: cuidado tecnológico ou tecnologia do cuidado

#### 2.1.1 Perspectiva Histórica

Durante muitos séculos, a criança não foi reconhecida como parte integrante da sociedade. Consideradas um “ser sem alma, sem forma reconhecida pelo corpo” (ÁRIES, 1981, p.171), eram tratadas com indiferença, sendo comuns a prática do aborto, do abandono e do infanticídio.

Do século XIII até o final do século XVII, eram altas as taxas de mortalidade infantil e de prematuros, pois não existiam estabelecimentos voltados para os cuidados dessas crianças. Segundo Avery (2007, p. 3):

[...] esperava-se que as crianças nascidas prematuramente fossem ao êxito letal, assim como também aquelas nascidas com malformações. Havia um sentimento de que a seleção natural se encarregaria das crianças ‘menos adaptadas’ à sobrevivência, tal como o sugerido pelo termo ‘fracote’ atribuído às crianças prematuras.

A descoberta da infância como representação de vida de uma criança teve início no século XVIII, sendo mais significativo a partir do século XIX, com a revolução industrial, na qual a idéia do “desperdício”: “sensação de que para se ter um filho era necessário cultivar muitos” desapareceu e cada filho passou a ser insubstituível nas famílias (ÁRIES, 1981, p.23).

A partir do século XIX começa a se observar uma mudança de valores e sentimentos relacionados à criança, despertando uma preocupação da ciência com a família e posteriormente com os filhos. Surge, então, a Pediatria, como especialidade da Medicina, e a criança passa a ser vista de forma específica, com as suas particularidades, bem como as suas enfermidades e tratamentos.

Com o decorrer dos tempos e com os avanços técnico-científicos, a pediatria ganha um subgrupo de conhecimentos específicos, que se denomina neonatologia. Avery (2007) conceitua a neonatologia como o conhecimento do recém-nascido humano; não um sistema, mas um todo que precisa ser tratado dessa forma.

Os cuidados neonatais modernos surgiram na França, com a invenção da incubadora, em 1880, realizada pelo obstetra Stephane Etienne Tarnier. Porém, Pierre Budin, discípulo de Tarnier, foi o primeiro a escrever sobre os cuidados com prematuros<sup>2</sup>, sendo considerado o primeiro neonatologista da era moderna (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Os obstetras acima citados baseavam-se no controle e manutenção da temperatura, na prevenção das infecções hospitalares, no aleitamento materno e na permanência das mães nos cuidados aos prematuros. (PACHECO, 2000).

Em 1896, Martin Couney, aluno de Budin, foi enviado a Berlim para exposição da incubadora modificada de Tarnier, onde os prematuros eram exibidos à população. Nogueira (1999) aponta o interesse mórbido que os neonatos despertavam na população, no entanto, as crianças que conseguiam sobreviver não atraíam mais curiosidades, causando desinteresse e rejeição pela família. Couney viajou com essa exposição para os Estados Unidos, sendo considerado o primeiro especialista a oferecer cuidados ao prematuro, cuidando de mais de cinco mil prematuros com sucesso. (LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVERA, 2004).

Em 1914, após uma exibição em Chicago, de prematuros, em uma destas demonstrações de Couney, o pediatra Julius Hess, com o apoio da enfermeira Evelyn Lundeen, cria o primeiro centro de tratamento para recém-nascidos prematuros, chamado Hospital Michael Reese. (KLAUS; KENNEL, 1993).

Na década de 20 do século passado, com a evolução do conhecimento científico, ocorre a consolidação e organização dos avanços tecnológicos. Novos centros são criados, garantindo aos RNs um cuidado especializado de enfermagem, bem como equipamentos próprios para o controle e manutenção da vida dessas crianças.

Nesses berçários, eram admitidas somente crianças prematuras, com o mínimo de intervenção e manuseio por parte dos profissionais, que tinham como objetivo a prevenção de infecções e recuperação do organismo através de medidas de controle de “temperatura, descanso, higiene, nutrição, quietude e outros”, citados por Nightingale apud Avery (2007, p.3). Essas medidas, embora necessárias,

---

<sup>2</sup> Prematuro- É todo Recém-Nascido vivo que nasce antes de completar 37 semanas de gestação ou com peso de nascimento inferior a 2500 gramas. A prematuridade pode estar associada as seguintes condições maternas: Idade extrema; condição sócio-econômica ruim; estado nutricional precário; pré-natal deficiente; trauma pré-parto, infecção ou hipertensão específica da gravidez; anomalias congênitas; gemelaridade; história de parto prematuro prévio, entre outras. (CLOHERTY; STARCK, 2000).

privavam os pais de um contato mais íntimo, intenso e duradouro com o seu bebê, interferindo no vínculo afetivo entre eles. Nesse sentido, (KLAUS; KENNEL, 1993) chamam a atenção para a maior incidência de maus tratos entre crianças que foram afastadas de suas mães por algum tempo devido à internação neonatal.

Com o avanço técnico-científico, surgiram estudos sobre a alimentação e a prematuridade, e foram introduzidos novos tratamentos como o uso do nitrato de prata e da administração de oxigênio. São adotadas medidas de controle de temperatura e de infecção hospitalar, com isolamento restrito do recém-nascido, reduzindo-se as taxas de mortalidade neonatal. (LUSSKY, 2002).

É importante ressaltar que a Enfermagem teve papel importante no desenvolvimento da neonatologia, reconhecido pelo pediatra Julius Hess, que publicou um artigo falando sobre os melhores resultados nos cuidados ao recém-nascido prematuro realizados por enfermeiras bem treinadas. Surge, a partir desse período, a necessidade de preparar uma equipe de enfermagem especializada voltada para o cuidado ao prematuro. No Centro de Prematuros de Chicago, foi criado um fundo de investimento para o treinamento de enfermeiras na área de neonatologia. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

A partir da década de 60 do século XX ocorreram grandes progressos no cuidado neonatal no Brasil, dando origem às primeiras Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. A administração da dieta após 72 horas de vida passou a ser realizada nas primeiras horas de vida, novos conhecimentos, equipamentos, tais como monitores, respiradores, berços aquecidos e incubadoras umidificadas foram introduzidos no cuidado neonatal e novos tratamentos, como o uso do surfactante exógeno, do CPAP nasal<sup>3</sup>, do óxido nítrico e outros passaram a ser utilizados frequentemente, contribuindo para a diminuição da taxa de mortalidade neonatal, conseqüentemente para um aumento da sobrevivência dos RNs. (PACHECO, 2000; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Em 1960, surge, em Yale, Estados Unidos, a primeira UTI Neonatal. Este marco importante culminou no nascimento de Patrick Bourier Kennedy em 1963, filho do Presidente John Kennedy dos EUA, prematuro de 34 semanas e com 2100 g, vindo a falecer por Doença da Membrana Hialina, fato que trouxe um grande

---

<sup>3</sup> CPAP Nasal – *Continuous Positive Airway Pressure*, cuja a tradução da sua sigla em inglês, quer dizer Pressão Positiva Contínua das Vias Aéreas é uma tecnologia aplicada através de um dispositivo nasal adaptado a narina da criança, com o objetivo de manter uma pressão positiva, exercida de maneira contínua sobre as vias aéreas superiores. (CLOHERTHY; STARCK, 2000).

investimento da medicina na Neonatologia, em que se criaram vários aparelhos sofisticados e técnicas avançadas para a manutenção da vida dos prematuros. (CARVALHO, 2000).

Segundo Pacheco (2000), todo o aparato tecnológico propiciou um ambiente extremamente barulhento e ruidoso, sendo necessário um maior número de profissionais nos cuidados neonatais, passando o mínimo manuseio a ser substituído pela intervenção e manipulação excessiva da equipe intensivista.

Em meados dos anos 90 do século XX, passou-se a valorizar a permanência dos pais nas UTINs, sendo esta prática amplamente aceita e incentivada, favorecendo a construção do apego e do vínculo afetivo entre pais e bebês durante o período de hospitalização. Lamy (1995) salienta a necessidade de se criar esse vínculo para o sucesso de qualquer terapêutica.

A construção do apego e do vínculo afetivo dos pais com a criança se inicia no momento em que se planeja ter um filho, desenvolvendo-se de maneira mais concreta com o início da gestação. A partir deste momento, idealizam características físicas e comportamentais sobre o futuro bebê, dando criação ao bebê imaginário, que passa a ser sentido e percebido como o mais novo membro da família. (ARAÚJO, 2007).

A autora citada diz que a relação dos pais com o bebê, bem como a intensidade do apego são influenciadas através das suas vivências e experiências de vida, tais como: gestações anteriores; relações sociais e familiares; relação afetiva do casal; cultura; planejamento ou não da gestação; gravidez desejada ou não; desenvolvimento gestacional; apoio familiar, entre outras.

O laço afetivo que os pais estabelecem ou não com a criança é um processo interacional constituído ao longo das suas experiências de vida, permeado por sonhos, expectativas e ansiedades. Nesse sentido, o Ministério da Saúde considera “a relação afetiva como um relacionamento único entre duas pessoas, sendo ela específica e duradoura ao longo do tempo, que deve ser vista como um processo contínuo”. (BRASIL 2002, p.2).

O apego é o laço afetivo que os pais estabelecem com o bebê, sem que aja interação recíproca da criança. É um fluxo de mão única, relacionado com o grau de intensidade e envolvimento com o bebê. Ao contrário do apego, o vínculo é construído através de interações sucessivas do bebê com os seus pais, que se dá

durante o desenvolvimento da gestação e que se intensifica após o nascimento. (KLAUS; KENELL, 1993; ARAÚJO, 2007).

Sendo assim, quanto maior a oportunidade de interação entre os pais e o bebê, maior será a ligação afetiva entre eles, conseqüentemente melhor será a resposta dos pais às necessidades da criança e menor a probabilidade de negligência, rejeição e maus tratos. (LAMY et al., 2005).

Essa relação pode ser interrompida pela separação dos pais em decorrência da internação do seu filho na UTIN, ocasionando sentimentos de culpa, tristeza e medo, por se sentirem responsáveis pela condição de fragilidade e de doença da criança. Nesse sentido, a Enfermagem não deve direcionar suas ações apenas para as condutas técnicas, mas para o acolhimento, compreensão e participação dos pais nos cuidados, minimizando sentimentos negativos e crenças que o ambiente da UTI possa induzir.

### 2.1.2 Perspectiva Tecnológica

Quando falamos de tecnologia na atenção ao RN de risco<sup>4</sup>, geralmente se entende como referência aparelhos, fios e equipamentos, associados a um ambiente frio e inóspito, onde as técnicas e os procedimentos invasivos determinam à complexidade do tratamento. Este termo, em sua contemporaneidade, nos parece contraditório quando falamos de cuidado. Waldow (2004) enfatiza que o cuidar não se limita apenas ao aspecto técnico, à realização de uma tarefa ou procedimento.

Maia et al. apud Rocha et al. (2008, p 114) afirma que o cuidado:

É um processo que envolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psico-espiritual, buscando a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde e ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana.

O cuidado, segundo Souza et al. (2005), pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos e outra

---

<sup>4</sup> Recém-Nascido de risco como aquele que necessita de cuidados especializados; geralmente associados a alguns distúrbios tais como: prematuridade, baixo peso ao nascer, gestação de risco, infecção, anomalias congênitas e outras patologias que acometem o bebê na fase de recém-nascido. (CLOHERTY; STARK 2000).

subjetiva que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição. Dessa forma, o termo tecnologia não pode ser visto apenas como um produto, mas como um processo, que consiste em conhecimentos e instrumentos interligados entre si, fundamentando e delimitando as diversas maneiras de cuidar. Rocha et al. (2008) considera a tecnologia uma medida da racionalidade e da subjetividade humana, fortalecendo e qualificando o cuidado em saúde.

Como o conceito de cuidado, o termo tecnologia é bastante complexo, podendo ser classificado de acordo com o seu conteúdo, natureza ou emprego. É um processo que envolve diferentes saberes, habilidades, técnicas, equipamentos, sujeitos e outros, com o objetivo de garantir a sobrevivência e a dignidade humana.

Nessa concepção, a tecnologia é dividida em duas categorias, conforme afirma Oliveira (2002, p.104):

As de produto, cujos resultados são componentes tangíveis e facilmente identificáveis, tais como: equipamentos, instalações físicas, ferramentas, entre outros; e as de processo que incluem as técnicas, métodos e procedimentos utilizados para obtenção de um determinado produto.

Pode-se dizer assim que o seu uso é intencional e racional, envolve raciocínio teórico e prático, conhecimentos sistemáticos e especializados, e o resultado só pode ser alcançado mediante um planejamento eficiente e o uso cuidadoso de ferramentas (KOERICH, 2007).

Os termos tecnologia e técnica possuem ampla conotação. Segundo Locsin apud Waldow (2004, p.57-58):

Tecnologia inclui pessoas, instrumentos e técnicas, organizadas em sistemas interativos que visam à obtenção de algum (ns) objetivo (s). As pessoas são descritas como aquelas envolvidas na invenção, disseminação, aplicação e uso de tecnologia. Incluem pacientes, consumidores de serviço em geral, enfermeiros, médicos, técnicos, vendedores e pessoal de manutenção. Os instrumentos incluem ferramentas e dispositivos, aparelhos e máquinas, desde termômetros até scanners de tomografia computadorizada. Técnicas se referem aos procedimentos que utilizam instrumentos para uso clínico, tais como punção venosa, cateterismo cardíaco e cirurgia.

Neste sentido, a tecnologia não pode ser vista como algo concreto, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações com a finalidade de aumentar e melhorar o tratamento e o cuidado por meio da prática em saúde. Também se manifesta na forma de conhecimentos e habilidades associadas ao uso e à aplicação destes recursos dentro de um sistema governamental, organizacional e de pessoas integradas, com o objetivo de maximizar a eficiência e a racionalidade da tecnologia aplicada.

As tecnologias envolvidas no processo de trabalho em saúde podem ser classificadas como: duras, que são instrumentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais; leve-duras, que são as formas de conhecimento concebidas por um objeto de como usá-lo, repará-lo, projetá-lo e produzi-lo; e as leves, que estão relacionadas com as relações humanas, acolhimento e gestão de serviços (MERHY, 2002).

Compartilhando com as considerações de Merhy, Barra et al. (2006, p. 424), afirmam que:

O emprego de qualquer tecnologia, seja ela dura, leve-dura ou leve, além da segurança, eficácia, ética, impacto social e relação custo-benefício, é saber utilizá-las de forma humanizada, lembrando sempre que os indivíduos que estão empregando e fazendo uso das mesmas são seres humanos.

Arone e Cunha (2007) afirmam que o controle da tecnologia pelos profissionais garante o seu uso de forma segura e eficaz, minimizando o estresse para quem a utiliza ou a opera, permitindo um cuidado mais humanizado sobre a prática tecnicista, enfatizando a necessidade da capacitação técnica e científica dos profissionais. Portanto, é o cuidado que indica a utilização de um determinado tipo de tecnologia e o que faz a diferença é a nossa intencionalidade na maneira pela qual aplicamos o nosso cuidado. Nesse contexto, Nietzsche e Leopardi (2000, p.140) definem como tecnologia do cuidado “todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado”.

As diferentes definições de tecnologia indicam duas correntes de pensamentos. A primeira corrente, de natureza instrumental e otimista, representa a utilização dos instrumentos fundamentada na neutralidade da tecnologia, não sendo boa nem ruim (CHANDLER, 2000). Assim, “quando a tecnologia falha ou quando têm consequências negativas, não podemos culpar a tecnologia e sim o uso impróprio desta”. A segunda corrente, de natureza substantiva e pessimista, refere-se às influências prejudiciais da tecnologia nas relações sociais, possibilitando um afastamento e impessoalidade na relação do profissional com o paciente. (OLIVEIRA, 2002, p. 103).

Nas últimas décadas do século XX, o cuidado realizado em unidades de terapia intensiva neonatal tem sido modificado de forma significativa, sobretudo através da incorporação de novas tecnologias, que não sendo utilizadas de forma adequada trazem consequências que são prejudiciais e que têm reflexos diretos no cuidado neonatal.

Paralelamente ao desenvolvimento tecnológico e científico houve uma maior incidência de iatrogenias, definida por Padilha (2001, p.288) como “evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial ao paciente, consequente ou não de falha do profissional envolvido na assistência”, entre elas, o uso de tratamento medicamentoso resultando em efeitos indesejáveis e lesões neurológicas; terapia com oxigênio causando cegueira no RN; uso indiscriminado de antibióticos levando a uma queda da defesa do organismo contra as infecções; punção venosa de repetição ocasionando estímulos dolorosos; lesões de pele por fixação de adesivos ou por extravasamento de infusões medicamentosas; manipulação excessiva trazendo complicações para o desenvolvimento do bebê; e ambiente ruidoso ocasionando alterações fisiológicas e comportamentais da criança. Canineu et al. (2006) afirmam que os cuidados intensivos decorrentes do uso da tecnologia, correta ou não, justificada ou não propiciam um ambiente inseguro e vulnerável às iatrogenias, em razão das condições e da necessidade de intervenção.

Outro aspecto importante do uso impróprio da tecnologia é a objetificação e a impessoalidade do cuidado prestado a essas crianças durante a hospitalização. A alta tecnologia pode prejudicar a assistência ao binômio mãe-filho, dificultando um atendimento individualizado, maior envolvimento da equipe e a humanização do cuidado.

Segundo Reichert, Lins e Collet (2007, p.211), “a humanização do cuidado parece estar relacionada a atitudes de dar atenção, ter responsabilidade, cuidar bem, respeitando as particularidades de cada um, e principalmente promovendo uma assistência integral ao bebê e a família”. De acordo com as autoras, “ação humanitária relaciona-se com a maneira como se cuida”.

Concordo parcialmente com as autoras, porque entendo que o agir humano não se limita à maneira como se cuida, é mais do que uma atitude, envolve uma forma de ser e se relacionar com o outro. Tornar-se humano é resgatar a capacidade amorosa de se envolver e de entregar-se ao outro, mas que, se não for trazida para o campo da prática em saúde, pode manifestar a sua face mais temível.

Estas autoras enfatizam a dificuldade de se humanizar o cuidado devido ao sistema tecnológico dominante, sendo necessárias atitudes individuais e escuta sensível, com o intuito de minimizar condutas agressivas e estressantes. Afirmam que somente vendo e escutando o RN e a família como um todo estaremos atendendo e compreendendo a essência do cuidar humano.

O uso da tecnologia para melhorar a sobrevivência dessas crianças tem levantado algumas questões polêmicas da bioética<sup>5</sup>. O importante é oferecer um tratamento que beneficie a criança a longo prazo, principalmente quanto ao seu desenvolvimento neuro-psicomotor. O desafio atual para os profissionais é o uso das tecnologias com muito bom senso, de forma criteriosa, com a finalidade de oferecer uma qualidade de vida a essas crianças.

O bom senso refere-se à capacidade em lidar com problemas do cotidiano e resolvê-los com alguma eficácia, utilizando critérios, inteligência, discernimento e reflexão prévia (SCHWARTSMAN, 2005). Vai muito além da capacidade de discernir o certo do errado, e está diretamente ligada à capacidade intuitiva do ser humano de fazer, falar e pensar na coisa certa, obedecendo a certos parâmetros da normalidade, diante de uma situação qualquer, guiado por um senso comum e quase que completamente intuitivo.

Nesse sentido, cabe lembrar que o objetivo da bioética é “a busca de benefício e da garantia da integridade do ser humano, tendo como o princípio básico de proteção a dignidade humana” (GAIVA, 2006, p. 3), permitindo a qualidade de vida frente à tecnologia que se impõe.

O grande desafio é reduzir o impacto da tecnologia nas situações que envolvem a tecnologia e o cuidado neonatal. Para isso se faz necessário estabelecer critérios baseados em princípios éticos a fim de prover um cuidado seguro, responsável e consciente das consequências previsíveis e imprevisíveis da ação humana.

Considero a eficácia e a segurança os critérios mais importantes para determinar se a tecnologia deve ser implementada, devendo também ser avaliados os custos e a aceitação tanto por parte da família dos bebês, pelas quais exercem total autonomia, como dos profissionais de saúde.

Para Koerich et al. (2007, p.184):

É imprescindível a reflexão ética sobre a dimensão da nossa responsabilidade, enquanto agentes e produtores da técnica, mas também enquanto profissionais da saúde que, mediante utilização de tecnologias em associação com atitudes, gestos, palavras, experiências e intuições, tomam para si a tarefa de cuidar.

---

<sup>5</sup> Bioética – É o campo da ética, que discute as relações entre os avanços no campo do conhecimento científico e tecnológico e no cotidiano da vida em sociedade. Envolve questões que se relacionam com o início e fim da vida, entre elas: contracepção; esterilização; concepção assistida; doação de sêmen ou óvulo, além de questões que envolvem a morte e o morrer, paciente terminal, eutanásia, suicídio, transplantes, código de ética profissional; experimentação em seres humanos; pesquisa com células tronco; pena de morte, entre outros. (URBAN, 2003; COELHO; RODRIGUES, 2009).

Portanto, é necessária uma avaliação crítica e reflexiva sob o ponto de vista ético, dos custos, da qualidade da assistência, dos benefícios, das limitações, dos riscos e da adequação da tecnologia no cuidado neonatal.

## **2.2 Referencial teórico-filosófico sobre a ética e o cuidado neonatal**

Com o passar dos anos, as técnicas para diagnóstico e terapêutica tornaram-se mais precisas, a equipe tornou-se mais especializada e os equipamentos, tecnicamente sofisticados, se diversificaram. Hoje, tecnologias complexas são capazes de oferecer suporte avançado de vida, garantindo maior sobrevivência aos recém-nascidos de alto risco.

Vários são os desafios enfrentados pela equipe de saúde no que se refere ao emprego da tecnologia e a incapacidade de minimizar as consequências decorrentes do seu uso. Assim os limites entre o uso e os benefícios de tais tecnologias devem ser amplamente discutidos do ponto de vista ético a fim de esclarecer e nortear intervenções que poderão trazer implicações futuras na vida da criança e da família.

A origem da palavra ética vem do grego “ethos”, que pode ser traduzida no substantivo como “modo de ser” ou “caráter” do indivíduo, e como adjetivo significa “propriedade do caráter”. Elas originalmente se referem aos costumes de um povo, distinguindo-se atualmente das palavras moral e direito. (FORTES, 1998).

Tanto a moral como o direito têm como característica principal estabelecer a previsibilidade das ações humanas na sociedade. Ambas, porém, se diferenciam. Fortes (1998) considera a moral como o “conjunto de princípios, valores e normas que regulam a conduta humana em suas relações sociais” garantindo a sua identidade dentro de um contexto social diferente. O direito por sua vez estabelece as normas, as leis propostas pelas fronteiras do Estado, validas somente para uma determinada população. (GLOCK; GOLDIM, 1997). Assim, enquanto a moral e o direito visam determinar regras para se viver de forma adequada, a ética por sua vez vem estabelecer porque “aquilo” pode ser aceitável ou não dentro de uma determinada sociedade.

A ética é um ramo da filosofia que se preocupa em estudar o comportamento humano, tendo como preocupação situações que levam uma pessoa a praticar uma determinada ação, buscando uma argumentação que qualifica o termo bom ou mau, correto ou incorreto, justo ou injusto, adequado ou inadequado. (GLOCK; GOLDIM, 1997).

Ética provém do grego *ethos*, que significa caráter, modo do ser, costumes, conduta de vida. Pode-se dizer que é um dos mecanismos de orientação das relações sociais humanas, visando garantir coesão social e harmonia em interesses individuais e coletivos. (FORTES, 1998). Assim, a ética estuda a natureza do que é considerado adequado e moralmente correto dentro de uma sociedade.

Considero a ética como um conjunto de normas e princípios que norteiam a conduta humana, baseado no respeito mútuo e na responsabilidade dos nossos atos e palavras. Reporta-se à noção de ética da responsabilidade, teorizada por Hans Jonas, que assenta no cuidado, que nos põe no centro de tudo o que nos acontece e que nos faz responsáveis pelo outro, o outro que pode ser um ser humano, ou um grupo social, um objeto, um patrimônio, a natureza, o outro que pode ser o nosso contemporâneo, mas que será cada vez mais outro futuro cujas possibilidades de existência temos que garantir no presente. (QUEIROZ, 2005).

Koerich et al. (2007, p.183) dizem que “o termo responsabilidade não se trata de pressupor a bondade e a perfeição do homem que, sendo responsável, procurará agir para o bem, mas sim daquele que se conscientiza das consequências previsíveis e imputáveis à sua própria ação”.

Nas últimas décadas do século XX, com a expansão do conhecimento em vários campos da sociedade e do progresso tecnológico, especialmente na área neonatal, discussões sobre questões éticas que envolvem experimentos em seres-humanos, o uso social da medicina e o emprego da alta tecnologia tiveram importante destaque.

A Bioética surge da necessidade de compreensão e do entendimento sobre determinados assuntos oriundos da evolução humana. Teve sua origem na década de 60, na cidade de Seattle (EUA), com a primeira seção de hemodiálise, realizada pelo médico Beldin Scribner. Para alguns estudiosos o aparecimento da Bioética deu-se através do Código de Nuremberg após a II Guerra Mundial, que trata do consentimento voluntariado de pesquisa em seres humanos. Oficialmente, surgiu nos Estados Unidos e na Europa na década de 70, empregado por Van Renssealer

Potter, biólogo envolvido na pesquisa do câncer, da Universidade de Wiscosin, em Nova York, e pelo fisiologista André Hellegers, criador do Instituto Kennedy de Bioética em Washington. (RODRIGUES, 2003).

Introduzida por Potter como a ciência da sobrevivência humana, a bioética foi utilizada como um novo campo da ética, “direcionado em defesa do homem, da sua sobrevivência e da sua qualidade de vida”. (URBAN, 2003, p.5). Sendo um termo que trata de analisar a ética da qualidade da vida humana, Pessini (1999, p.261) afirma que:

[...] quer seja disciplina, ciência, ou um mero desdobramento da filosofia moral no capítulo da ética aplicada em termos de novidades nunca sonhadas trazidas pela tecnociência, ou um novo movimento cultural, não há dúvida de que se trata de uma nova sensibilidade humana de cuidar, zelar, promover dignidade humana e qualidade de vida.

Sgreccia apud Pegoraro (2002, p.87) enfatiza que a “bioética é a reflexão sistemática a respeito das intervenções do homem sobre os seres vivos, visando descobrir valores e normas que guiem o agir humano e a ação da ciência e da tecnologia sobre a vida humana”.

Desde sua referência inicial em 1970, as definições de bioética, segundo Pessini (1999), evoluíram ao longo dos anos, no entanto, ressaltando a importância em manter suas características fundamentais de ampla abrangência, pluralismo, interdisciplinaridade, abertura e incorporação crítica de novos conhecimentos. Goldim (2006) afirma que a bioética é uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver.

Entendo que a bioética tem uma área de atuação ampla, estudando os problemas éticos inerentes às ciências da vida através de uma avaliação focada na ética com a vida humana e da ciência com os valores humanos, abordando dilemas privados e individuais, até difíceis decisões sociais.

Historicamente, a morte intencional de crianças ao nascimento era comum em algumas culturas. Aquelas consideradas frágeis, não desejadas e com algum defeito físico eram enterradas vivas e abandonadas pela sociedade, geralmente com cumplicidade médica e às escondidas. Na década de 60 do século XX, somente 10% das crianças com 1 kg sobreviviam, passando para 50% na década de 80, frequentemente com danos irreversíveis. (KOPELMAN, 2007).

Outro marco importante, que gerou discussões éticas na neonatologia foi o caso Baby Doe, mundialmente conhecido, de uma criança nascida em Bloomington,

na Índia, em 1982, com Síndrome de Down e atresia de esôfago, na qual a família não permitiu o tratamento, vindo a falecer dias depois, com o apoio da justiça.

Nos Estados Unidos da América, o fato levou à criação de uma lei federal, em 1985, que garantiu o tratamento às crianças com incapacidade física, desde que não fosse prolongar, sustentar ou corrigir situações que ameaçassem a vida ou que fossem fúteis em termos de terapêutica. (KOPELMAN, 2007).

A crescente complexidade e os avanços da tecnologia nos cuidados neonatais nos últimos anos possibilitaram o surgimento de dilemas éticos, que no passado jamais seriam discutidos. Gaiva (2006, p.62) “lembra que o objetivo da bioética é a busca do benefício e da garantia da integridade do ser humano, tendo como fio condutor o princípio básico de proteção a dignidade humana”.

Silva et al. (2008, p. 63) definem dignidade humana como:

Um valor, um referencial moral fundamentado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como meio, na natureza da espécie humana, a qual pode incluir manifestações de racionalidade, liberdade e finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na procura da realização de si próprio, o que exige, da parte de outras pessoas, reconhecimento, respeito, liberdade de ação e não instrumentalização da pessoa.

As concepções da bioética de Beauchamp e Childress que fundamentam o cuidado neonatal e que norteiam as ações profissionais são: A beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. A beneficência, do latim “bonum facere”, refere-se à obrigação ética de se fazer o bem, minimizando os danos e prejuízos. Decorre da avaliação entre os riscos e benefícios das nossas ações. Logo, fazer o bem, prevenir danos e favorecer a qualidade de vida fundamentam esse princípio. A não-maleficência, do latim “primum non nocere”, é um dos mais antigos princípios médicos hipocráticos, que significa não provocar danos ou prejuízo ao paciente, envolve a obrigação de não provocar dano intencional, sendo a primeira e importante regra da conduta profissional. A autonomia, do grego “autós” (eu) e “nomos” (lei), refere-se a capacidade humana de fazer leis para si mesmo. Conhecida como o princípio de respeito às pessoas em deliberar sobre as suas escolhas, de serem autônomas e responsáveis por seus atos. O último princípio, o da justiça significa fazer o que é justo para todos, tratando as pessoas de acordo com as suas necessidades e/ou capacidades. Tem como base fundamental a distribuição equitativa dos recursos disponíveis, garantindo para as pessoas que precisam de atendimento prioritário. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994; URBAN, 2003; GAIVA, 2007; GOLDIM, 2008).

São inquestionáveis os benefícios que a evolução tecnológica trouxe para a Neonatologia. No entanto, o ambiente da UTI Neonatal expõe o RN a uma série de procedimentos invasivos e estímulos excessivos, por vezes desnecessários, resultando em dor e/ou estresse, predispondo ao aparecimento de sequelas clínicas e psicológicas.

Hiniker e Moreno (1994) descrevem que ruídos contínuos, a intensa iluminação, o excesso de manipulações, de procedimentos dolorosos e a própria fragilidade do RN podem produzir a desorganização fisiológica e comportamental do neonato. Gaiva (2006) afirma que, quando os RNs são submetidos a situações de risco, seja através dos procedimentos diagnósticos ou de medidas terapêuticas, devem ser cuidadosamente avaliados pelas possíveis complicações e benefícios.

A preocupação com o desenvolvimento neuro-comportamental e intelectual dos bebês internados e egressos da UTI Neonatal, em especial os prematuros, tem levado pesquisadores de todo o mundo a estudar sobre tal assunto. Em 2005, foi realizada uma pesquisa na Universidade de Nottingham, Inglaterra, na qual foram acompanhadas 314 crianças que nasceram com menos de 1 quilo. Os resultados encontrados foram preocupantes, pois mostraram que a prematuridade pode causar atraso no desenvolvimento intelectual dessas crianças. Destas, 10 % apresentaram distúrbios neurológicos e, aos seis anos, 50% demonstraram déficit de aprendizagem. (SALOMANE, 2005).

O estudo de Carbajal, Chauvet e Couderc (2000) investigou 430 bebês internados em UTIs, com idade gestacional de 33 semanas. A observação era direta, feita ao lado das crianças, nas 24 horas do dia e os dados foram coletados em 13 hospitais de Paris. Observou-se que cada criança recebia, em média, 16 procedimentos dolorosos ou estressantes diariamente, sendo que algumas chegavam a receber 62 procedimentos por dia. Apenas 2% dos bebês receberam remédios para reduzir a dor durante esses procedimentos. Em outros 18%, a dor e o desconforto foram amenizados com recursos não farmacológicos, como o uso da chupeta e da glicose. O mais impressionante é que a maioria (80%) das crianças não recebeu nada.

Se considerarmos que o RN é um ser humano e, como tal, possui o “direito de não sentir dor”, quando existem meios para evitá-la, conforme preconiza o item 7 da Resolução nº 41/95 dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, observa-se a violação deste direito em várias UTIs.

Estima-se que cada recém-nascido receba em torno de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos ao dia (ZACONETA et al., 2002). Esse estímulo doloroso aumenta o catabolismo protéico e lipídico, levando a um maior gasto energético e maior consumo de oxigênio, conseqüentemente perda ou não ganho de peso, além de provocar isquemia tecidual ou hemorragia intracraniana (AVERY, 2007; REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Carbajal, Chauvet e Couderc (2000) salientam que a exposição repetitiva e prolongada a esses procedimentos pode alterar a forma como o cérebro dessas crianças processam a dor, afetando o seu desenvolvimento e comportamento no futuro.

A prevenção da dor e das suas complicações pela equipe, principalmente a de enfermagem, pode ser realizada através de medidas alternativas, entre elas: evitar procedimentos desnecessários, prever episódios que possam ser dolorosos e agir para prevenir ou minimizar a dor através de medidas não farmacológicas (utilização de escalas de dor, aconchego, contenção, redução de ruídos, luz, estímulos excessivos e sucção não nutritiva) e farmacológicas (analgesia não narcótica: sacarose e paracetamol; e narcótica: morfina e fentanil). Esses cuidados relaxam os bebês e evitam que eles registrem a dor de forma intensa, apoiam e promovem o desenvolvimento e os resultados em bebês pré-termo e suas famílias, estando incorporados aos cuidados ao RN na UTI Neonatal, reduzindo o impacto causado pela tecnologia.

Em outro estudo, da Universidade Colúmbia Britânica, foi avaliada, a reação hormonal de 76 bebês de 8 meses, ao serem expostos a novos brinquedos. Os bebês que passaram mais tempo entubados e sofreram mais intervenções dolorosas tinham um nível de cortisol mais elevado em relação às outras crianças. Porter et al. (1997) concluíram que a dor apaga a regulação normal desses bebês ao estresse, tornando-os mais propensos a sofrer de ansiedade, fobias e distúrbios de atenção.

No Hospital Maternidade Fernando Magalhães, onde o estudo foi realizado, Araújo e Di Piero (2007) desenvolveram recentemente uma pesquisa com o intuito de verificar a incidência de lesões de septo nasal, relacionadas ao uso de CPAP nasal nos recém-nascidos internados na UTI neonatal. As autoras fizeram uma analogia das lesões à úlcera por pressão e avaliaram um total de 45 RNs quanto à presença de lesões e seu estadiamento em relação à idade gestacional, tempo de uso de CPAP e região acometida. Evidenciou-se uma alta taxa de incidência de

lesões por CPAP nasal, representando 74% de incidência. As lesões em estágio I<sup>6</sup> tiveram maior incidência em RNs entre 34 e 36 semanas (21%) e com 1 dia de CPAP (30%). Já as lesões em estágio II<sup>7</sup> tiveram maior incidência em RNs com 33 semanas (18%) e estágio III<sup>8</sup> com 4 dias de CPAP (18%). As lesões em estágio IV<sup>9</sup> tiveram maior incidência em RNs com idade gestacional entre 33 a 34 semanas (6%) e com 8 dias de CPAP (6%).

O estudo de Araújo e Di Piero indica a vulnerabilidade, a fragilidade desses bebês e a nossa responsabilidade em não praticar atos e procedimentos que coloquem em risco a vida e a segurança da criança. Dessa maneira, o profissional intensivista não está livre de provocar injúrias e danos indesejáveis durante as suas ações, sendo fundamental reconhecer a necessidade do constante aprimoramento, a humildade e consciência da suscetibilidade ao erro.

Assim, o que determina se uma tecnologia é boa ou ruim não é a tecnologia por si só, mas de que maneira é utilizada pelos profissionais, a sua intencionalidade, a sua consciência e responsabilidade sobre as possíveis complicações e prejuízos advindas do seu uso.

Waldow (2004) destaca que cuidar é importante para se prover padrões normativos os quais direcionam as nossas ações e as atitudes em relação àqueles a quem se cuida. Embora os protocolos institucionais sigam um modelo rígido e linear, considero importante na condução das ações de enfermagem, mas sua atmosfera está na arte, sensibilidade, delicadeza, sutileza, percepção e no nosso envolvimento para com o outro.

Vale ressaltar o fascínio dos profissionais pela tecnologia, em que os RNs são reduzidos a meros objetos, coisas, abstrações ou, ainda, a instrumentos de tirania e de poder. Outro aspecto importante é que os enfermeiros vêm realizando ações e procedimentos, tendo sua prática voltada para a execução de tarefas, afastando-se cada vez mais do cuidado, para realizar funções administrativas e burocráticas, delegando a ação do cuidar a outras categorias da equipe de enfermagem. Gaiva (2006) afirma que essas atitudes tornam o cuidado mecanizado, desprovido de

---

<sup>6</sup> Presença de eritema em pele intacta que não embranquece mesmo após a retirada da pressão.

<sup>7</sup> Perda parcial da epiderme, derme ou ambas. A úlcera por pressão (UPP) pode ser superficial como uma lesão abrasiva, flictema ou cratera rasa.

<sup>8</sup> Perda total das camadas da pele, envolvendo danos ou necrose de tecido subcutâneo, podendo se aprofundar não comprometendo a fáscia muscular. A úlcera se apresenta clinicamente como uma cratera profunda.

<sup>9</sup> Perda total das camadas da pele com extensa destruição, necrose dos tecidos ou danos musculares, ósseos ou estrutura de sustentação, tais como tendões e cápsulas articulares. (NATIONAL..., [2009?]).

sentimentos, dotado apenas de um caráter de “exercício” de fazer uma assistência, contribuindo para o cenário frio e hostil dessas unidades. A autora ressalta que:

As práticas dos profissionais adquirem ganhos qualitativos quando as ações do cuidado são dotadas de intencionalidade; do contrário, o cuidado torna-se vazio e sem sentido, perdendo a razão de ser do ponto de vista da subjetividade. Quando o profissional adota essa postura no decorrer do processo de cuidar, o receptor do cuidado (cliente) sente/vivencia o processo de forma plena [...]. (GAIVA, 2006, p.64).

Concluindo, Martin (2004) diz que, se o princípio da beneficência procura fazer o bem, trazendo benefícios para o paciente, o da não-maleficência procura evitar danos e prejuízos, minimizando e eliminando na medida do possível tudo que incomoda, dói e prejudica a sua saúde, bem como despersonaliza ou desrespeita a dignidade do ser humano na vulnerabilidade de doente.

Outro princípio ético que envolve os cuidados neonatais é o da autonomia, que, no caso específico do RN, esse direito é delegado aos pais, pela incapacidade deliberativa dos seus atos e desejos. Nessa situação, “há uma violação consciente e aceita socialmente da autonomia” afirma Segre apud Gaiva (2006, p.62), esperando que a mãe o proteja e decida por ele enquanto for preciso.

Na maioria das vezes é oportunizada aos pais a liberdade nas decisões para que seja iniciado ou interrompido um determinado tratamento, estando legalmente autorizados para isto. Contudo, essas decisões podem ser consideradas impróprias pela equipe, uma vez que estes se encontram emocionalmente abalados para pensarem de forma racional e por vezes não compreendem a complexidade do problema da criança. Nesses casos, Kopelman (2000, p.2) diz que “é aconselhável recorrer as comissões éticas e jurídicas, onde ninguém é obrigado a fazer ou deixar fazer alguma coisa, senão em virtude da lei”.

Outro aspecto importante é o consentimento esclarecido, por vezes negligenciado pela equipe, face ao conhecimento e habilidade técnica que possuem, inviabilizando a participação e manifestação dos pais nas decisões, desrespeitando o princípio da autonomia e os seus direitos, como responsáveis legais por seu filho. Nesse caso, Gaiva (2006) fala da importância da equipe em envolver os pais nessas decisões, oferecendo-lhes o direito à informação e a liberdade em concordar ou não com determinada situação, buscando o desenvolvimento de um trabalho conjunto entre profissionais e familiares.

No meu dia a dia me deparo com problemas éticos relacionados ao emprego da tecnologia, com situações onde os recursos são escassos, levando a

questionamentos do que seria certo ou errado se fazer em determinados casos. Surgem assim critérios de prioridades sobre quem seria beneficiado ou não com determinado tratamento, que, embora divergentes, têm como base o princípio utilitarista “maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos”, fundamentado no juízo técnico e moral. (AZEVEDO, 2002).

Apesar do conhecimento técnico-científico dos profissionais, é necessário estabelecer limites éticos para a intervenção tecnológica relacionada à viabilidade de determinadas crianças. Não existem regras bem definidas no nosso país e a tendência é reanimar praticamente todos os RNs com sinais de vitalidade. Nas instituições públicas onde a falta de recursos é uma constante, por muitas vezes esses recursos são disponibilizados para crianças com sobrevida limitada. Essa escolha geralmente é determinada pela equipe médica e habitualmente conduz à discussão de questões éticas entre as equipes.

O progresso técnico-científico da medicina não somente aumentou a esperança de viver mais e melhor, mas também gerou situações difíceis e complexas, transformando muitas vezes o fim da vida num longo, penoso e sofrido processo de morrer (PESSINI, 1999). Entretanto, as questões relacionadas com a vida e a morte deveriam ser amplamente discutidas tanto no meio acadêmico como no ambiente hospitalar, a fim de oferecer subsídios e estabelecer critérios para tomada de decisões, ressaltando a importante participação dos pais nesse processo.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Fenomenologia como Método

Estudo de natureza qualitativa, baseado no princípio de que o conhecimento do indivíduo só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida. Reforçando, as experiências profissionais podem contribuir para um saber que flui, emerge da sua prática.

Na pesquisa qualitativa, os seres humanos são percebidos como seres únicos que atribuem significados a suas experiências, provenientes do seu contexto de vida (MARCUS; LIEHR, 2001). Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Utilizei como referencial metodológico a abordagem fenomenológica. Este método busca a compreensão do significado da experiência vivida no mundo cotidiano da pessoa. O que importa é como a experiência se apresenta, e não o que pensamos, lemos ou falamos sobre ela. (CAPALBO, c2003).

A fenomenologia, proposta por Edmund Husserl:

Tem a preocupação de descrever o fenômeno e não de explicá-lo, não se preocupando em buscar as relações causais. A preocupação está no sentido de mostrar e não em demonstrar, e a descrição prevê ou supõe um rigor, pois, através da rigorosa descrição é que se pode chegar à essência do fenômeno. (MARTINS; BICUDO, 1990, p.139).

Desse modo, Capalbo (1996, p.18) destaca que “a fenomenologia é uma ciência rigorosa, mas não exata, uma ciência eidética que procede por descrição e não por dedução. Os fenômenos são os vividos da consciência, os atos e os correlatos dessa consciência”. Assim, busca compreender a essência do fenômeno tal como ele é vivido, sem explicá-lo, sem analisá-lo, não se preocupando com as suas relações causais. (CARVALHO; VALLE 2002).

Nesse sentido, a essência significa a possibilidade de captar a realidade do fenômeno e da experiência vivida, a partir das características do sujeito. Cada sujeito compartilha com o outro, experiências de mundo, crenças e valores

diferentes, onde a intersubjetividade se desvela, permitindo compreender o outro em sua singularidade e plenitude. (COLTRO, 2000).

O método fenomenológico pesquisa fenômenos subjetivos entendendo que verdades essenciais acerca da realidade são baseadas na experiência vivida. O importante é a experiência como ela se apresenta, e não o que pensamos, lemos ou dizemos acerca dela. O que interessa na fenomenologia é a experiência vivida no cotidiano da pessoa. (SOUZA, M.H.N.; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, 2009).

A fenomenologia permite entrar na consciência do sujeito, buscando compreender a intencionalidade daquele que vive a experiência que se quer desvelar. Nesse sentido, Souza (2006, p.24) nos diz que “essa abordagem dá voz ao ser pesquisado, ou seja, o relato passa a ser ouvido sob o olhar do próprio sujeito, possibilitando emergir os significados atribuídos às suas vivências a partir da sua consciência originária”, constituindo o ponto de partida para a compreensão de suas atitudes frente às situações vividas.

Voltada para a experiência do mundo vivido, a reflexão fenomenológica possibilita olhar as coisas como elas se manifestam. Na visão Husserliana, voltar às coisas em si mesmas é uma tentativa de buscar a essência das coisas, livre de pressupostos e preconceitos a fim de apreender a consciência em seu puro caráter fenomenal, tal como ela se mostra. (CAPALBO, c2003).

Esse desvelar, mostrar-se, manifestar-se para a consciência é o que Martins e Bicudo (1989) chamam de fenômeno. Nesse sentido, os fenômenos são os vividos da consciência, constituída por atos, dotados de intencionalidades e com um objetivo final, visado pela consciência. A consciência, portanto, é sempre consciência de alguma coisa, voltado para um objeto do conhecimento. Esse “objeto do conhecimento, que não é nem o sujeito, nem o mundo, mas o mundo enquanto vivido pelo sujeito, evidencia a intencionalidade da consciência.” (CARVALHO; VALLE, 2002, p.844).

Assim, o que se busca na pesquisa fenomenológica são os significados que os sujeitos atribuem a sua experiência de vida, que se revelam a partir da descrição e percepção sobre um determinado fenômeno. Estas significações não se apresentam de forma isolada, emergem das interações intersubjetivas que cada sujeito estabelece com o outro, compartilhando sua visão de mundo, crenças e valores no cotidiano social. (CARVALHO; VALLE, 2002).

Considerando o cuidado de enfermagem neonatal como uma ação social compartilhado entre duas ou mais pessoas, utilizei como fundamentação metodológica as concepções filosóficas de Alfred Schutz. É nesse conjunto de relações que a ação de cuidar do RN na UTI Neonatal pode ser compreendida. Para isso, é necessário buscar nas experiências de vida de cada indivíduo o significado subjetivo das suas ações.

### 3.2 A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz

Alfred Schutz, advogado e sociólogo, nascido em Viena, em 1899, dedicou-se à fenomenologia, à metodologia das ciências sociais e à filosofia. Influenciado por Max Weber, que desenvolvia estudos sobre a ação humana, considerando a ambiguidade de suas concepções, buscou no pensamento filosófico de Husserl a base para uma sociologia compreensiva, tendo como ponto de partida a essência da ação humana.

Para ele, a Sociologia se preocupa com os significados subjetivos da ação humana, comportando em si significados intencionais, a partir da **tipificação** da vida cotidiana. Assim, Capalbo (1998, p. 35) afirma que “as tipificações são elementos importantes do mundo social tal qual ele é vivido”, colocando em evidência o que há de original, específico e típico de um fenômeno social.

Ao se investigar o fenômeno, busca-se a característica **típica da ação** de um determinado grupo social, a partir das suas experiências. Para Schutz (1997), não importa investigar o comportamento individual e particular de cada sujeito, mas compreender o comportamento de um grupo social que está vivendo uma determinada situação. Nesse sentido, a compreensão do comportamento humano volta-se para as intenções que levam a determinadas ações, colocando uns em relação aos outros.

Essas relações indicam um mundo **intersubjetivo**, onde as ações e expressões se dão de forma relacional entre pessoas que compartilham as suas experiências, permitindo uma aproximação vivencial e melhor compreensão do ser humano. Sendo assim, “essas relações experienciadas vão dando ao indivíduo uma

formação única à sua pessoa”, que o faz diferente dos demais, embora sejam semelhantes entre si (POPIM; BOEMER, 2005, p.679).

As ações humanas, consideradas como “ações sociais” quase sempre se fundamentam na relação “face a face, onde a **intersubjetividade** se desvela completamente, permitindo compreender o outro em sua singularidade e plenitude” (COLTRO apud ARAÚJO, 2007, p.37). Logo, a **ação social** é uma conduta consciente, entre duas ou mais pessoas, projetada pelo ator, que age e atribui à ação um significado subjetivo. (SCHUTZ, 1997).

Este significado só pode ser compreendido a partir da biografia de cada pessoa, determinado através da própria experiência de vida. Assim:

Essas experiências sedimentadas constituem a bagagem de conhecimentos que se tem a mão, ou seja, ao ser um ator social, em um mundo intersubjetivo, o indivíduo absorve conhecimento através de situações vivenciadas, ou da relação com seus semelhantes ou da relação com as coisas do mundo. (SOUZA 2006, p.26).

Schutz (1997) define **situação biográfica** como o lugar e o tempo que um indivíduo ocupa em determinada sociedade, tendo como característica a bagagem de conhecimentos que vão se sedimentando ao longo de sua existência. A situação biográfica “aponta para o fato que duas pessoas jamais podem vivenciar a mesma situação da mesma forma e faz com que o indivíduo aja em determinada direção”, influenciando os motivos que o levam a determinada ação. (SOUZA, 2006, p.40).

Ao buscar a compreensão da ação, Schutz apud Rodrigues (1998, p.25) considera que a “ação é entendida como uma conduta humana conscientemente projetada pelo ator envolvendo uma ordem voluntária e intencional”. Segundo Schutz apud T.G.F. Souza (2006, p. 25), essa **intencionalidade** “é a característica básica da consciência, é dirigida para alguma coisa, sendo determinada pelo objeto intencional. Esse objeto intencionado e significativo para o indivíduo pode ser real ou imaginário”. Dotada de significados subjetivos, a intencionalidade está estreitamente relacionada com a ação e consciência do ator.

A fim de compreender a ação subjetiva, Schutz refere-se aos “**motivos para**” quando instigam a realização da ação direcionada para o futuro e os “**motivos porque**” quando estão evidentes nos acontecimentos já concluídos. São experiências passadas que determinaram que ele agisse como agiu, podendo influenciar as ações no presente. (POPIM; BOEMER, 2005; SOUZA, 2006).

Segundo Rodrigues (1996, p.60), a abordagem fenomenológica da Sociologia Compreensiva de Alfred Schutz permite “apreender o vivido concreto como ponto de

partida para a ação profissional que visa o homem contextualizado na sua realidade social”.

Assim sendo, considero pertinente a abordagem metodológica deste estudo, buscando apreender no contexto da UTIN os aspectos éticos implícitos nas ações experienciadas pelos profissionais de enfermagem ao cuidar do RN.

## 4 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

### 4.1 Cenário do Estudo

Para compreender esse mundo social vivido, o cenário da pesquisa foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Maternidade Fernando Magalhães, mediante autorização para divulgação da instituição e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (CEP SMSDC-RJ), em 26/01/2009, conforme protocolo de pesquisa nº 07/09, disponível para apreciação no anexo C, visando atender à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. (Apêndice A).

A escolha do cenário se justifica por ser o campo onde desenvolvo minhas funções profissionais e a tecnologia inerente à UTI se faz presente, exercendo grande influência sobre o cuidado de enfermagem. O envolvimento com esse cenário me possibilitou compreender a essência do fenômeno a partir dos resultados da pesquisa, trazendo reflexões e discussões sobre a atuação da equipe de enfermagem ao cuidar do RN na UTIN.

Idealizada após a Semana Paulista-Carioca de Obstetrícia e Ginecologia, em 1944, a Maternidade foi inaugurada pelo Secretário de Saúde e Assistência do Distrito Federal, Ari de Oliveira Lima, em 06 de Julho de 1955, funcionando inicialmente com 54 leitos e profissionais oriundos de outra Maternidade. Em 18 de Setembro de 1963, o Governador do Estado da Guanabara Carlos Lacerda inclui a maternidade na rede hospitalar da Superintendência dos Serviços Médicos do Estado do Rio de Janeiro (SUSEME) como hospital especializado, tornando-se referência no atendimento de RNs prematuros, através da publicação, em 22 de Janeiro de 1965, e determinava que toda criança prematura nascida nos diversos Serviços de Obstetrícia dos Hospitais Gerais deveria ser transferida para a maternidade mediante contato com o pediatra de plantão.

Com a fusão do Estado da Guanabara com o Estado do Rio de Janeiro, em 1975, a Maternidade passa a ser denominada Maternidade Municipal, sendo fechada em 1985 para uma grande reforma estrutural. Em 07 de Janeiro de 1987 é

reinaugurada com o nome de Instituto, sendo renomeada em 2008 como Hospital Maternidade, por questões administrativas e organizacionais.

Situada na esquina das ruas General José Cristino com General Argolo, em São Cristovão, oferece atendimento 24 horas, especializado no atendimento de gestantes e RNs de alto risco. Possui hoje 120 leitos de internação, distribuídos em emergência, berçário, alojamento conjunto, enfermaria de ginecologia e de gestante de alto risco, UTI materno-fetal, sala de parto, centro cirúrgico, além de atendimento ambulatorial e de alguns serviços especializados. Foi pioneira no acompanhamento do desenvolvimento e crescimento de crianças prematuras até os 7 anos de idade e no atendimento à mulher vítima de violência sexual, bem como integrada oficialmente ao Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso-Método Canguru na Conferência Nacional Método Mãe-Canguru de assistência ao prematuro, realizada nos dias 16 e 17 de março de 1999, no Rio de Janeiro, sob o patrocínio do Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES)<sup>10</sup> e da fundação ORSA<sup>11</sup>, implementada na Maternidade em 8 de dezembro de 1999.

Atualmente, o berçário possui 60 leitos ativos, dos quais 20 são de Unidade de Terapia Intensiva, 24 de Unidade Intermediária, 10 de Unidade Mãe-Bebê e 06 de Enfermária Mãe-Canguru. A instituição assiste Recém-Nascidos de baixo, médio e alto-risco, sendo referência no Município do Rio de Janeiro para atendimento de crianças prematuras.

Essa instituição destina-se ao atendimento de RN de risco, prematuros ou doentes, e lactentes mais graves que necessitam de intervenção imediata e maior atenção da equipe de saúde.

A equipe multidisciplinar é constituída por médicos neonatologistas, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, além de profissionais especializados como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeuta ocupacional, entre outros. A equipe do berçário tem hoje 125 funcionários de enfermagem, composta por 12 (doze) enfermeiros, sendo 09 (nove) plantonistas responsáveis pela assistência a todos os RNs internados na unidade e pela supervisão do corpo de enfermagem, formados por técnicos e auxiliares que

---

<sup>10</sup> Órgão do Governo Federal é hoje o principal instrumento de financiamento de longo prazo para a realização de investimentos sociais, direcionados para educação e saúde, agricultura familiar, saneamento básico e transporte urbano. (BANCO..., [2009?]).

<sup>11</sup> Organização não-governamental, ligada ao Grupo empresarial Orsa, criada em 1994. Tem como objetivo criar modelos de gestão que favoreçam a formação de uma sociedade mais justa, promovendo a formação integral de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social. (FUNDAÇÃO ORSA, [2009?]).

prestam o cuidado direto aos RNs, além de 01 (uma) enfermeira chefe, 02 (dois) enfermeiros diaristas e 03 (três) técnicos diaristas para prever e prover as funções administrativas e assistenciais da unidade. A distribuição da equipe de enfermagem se dá em regime de plantão 12x60 horas e diaristas distribuídos de forma uniforme nos 03 (três) plantões, contemplando os plantões diurnos e noturnos.

A UTI combina uma tecnologia muito avançada com uma atenção à saúde de alta complexidade e diferenciada, equipadas com máquinas sofisticadas, monitores e materiais especialmente adequados e com profissionais de saúde devidamente treinados e especializados nos cuidados aos RNs de baixo, médio e alto risco. Toda essa tecnologia e a vulnerabilidade desses bebês expostos à ação humana justificam a escolha deste cenário.

#### **4.2 A realização das entrevistas**

Os atores sociais do estudo foram 16 profissionais de enfermagem de nível médio e superior que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da referida instituição. A escolha dos mesmos deu-se de forma aleatória, pela livre vontade e interesse dos profissionais de enfermagem em participar do estudo, sem distinção de categoria. Inicialmente, foram abordados nos seus respectivos plantões, sendo agendada a entrevista conforme a sua disponibilidade. Todos os sujeitos demonstraram interesse pela pesquisa, sendo orientados e esclarecidos quanto à temática e à importância do estudo.

As falas foram captadas através da entrevista fenomenológica, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), que respeita os critérios estabelecidos pela Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996), garantindo a privacidade e o anonimato dos entrevistados. Foram gravadas em fita digital para posterior análise e identificadas por pseudônimos escolhidos pelos entrevistados, ao final de cada entrevista.

A entrevista fenomenológica na pesquisa qualitativa, segundo Carvalho (1991), busca descrever as experiências e vivências de um grupo tal como ele se apresenta no seu cotidiano. Carvalho apud T.G.F. Souza (2006, p.29) define entrevista fenomenológica como:

Aquela que permite ao sujeito penetrar em sua verdade. Visa à ordenação de significados através de exposições verbais, interpretando fenômenos sociais. É desprovida de pré-julgamentos, preconceitos e, sem hipóteses, descreve as experiências vivenciadas para apreender os significados.

A entrevista se dá sob a forma existencial do encontro, não é programada, se mostra e se expressa através da empatia entre duas ou mais pessoas, que são iguais em sua personalidade, mais diferentes na sua forma de pensar. Nesse sentido, Correa (1997, p.85) refere que deve acontecer “uma relação pesquisador-pesquisado caracterizada pela empatia, intuição e imaginação”. É através dessa relação direta e imediata que o pesquisador consegue captar a autenticidade das falas e a descrição das vivências originárias do sujeito.

Para Schutz, a descrição do mundo social se dá através da observação direta e da relação face a face com o outro. Quanto maior a relação do pesquisador com o entrevistado, melhor será a compreensão do fenômeno em sua complexidade e riqueza de significações. (COLTRO, 2000).

A hermenêutica é uma interpretação narrativa do fenômeno, que tem como objetivo compreender os significados das falas e não a sua explicação. Na entrevista fenomenológica, busca-se uma “redução fenomenológica” ou “epoché” para que se possa compreender o fenômeno, tal como ele se mostra livre de pressupostos, preconceitos e opiniões. Para a compreensão do fenômeno não se deve buscar a causa, mas sim o “para que” do fenômeno, ou seja, a intencionalidade do sujeito. (MACHADO, 2005).

A entrevista deu-se através dos contatos preestabelecido com a instituição e com os sujeitos do estudo. Após os contatos iniciais, os encontros ocorreram em sala reservada, local apropriado e favorável para o entrevistado dar o seu depoimento, definindo o dia e a hora da entrevista, bem como a sua disponibilidade.

As entrevistas foram gravadas e transcritas à medida que foram obtidas. Boemer (1994) diz que as falas não são captadas como um momento isolado, acontecem simultaneamente à análise dos dados.

No que se refere à técnica de entrevista, Simões e Souza (1997, p.16) referem que:

[...] Importa a cada investigador “buscar” a melhor forma de aproximação aos seus depoentes, levando em consideração o alcance dos objetivos propostos e aspectos como o ambiente físico propício ao “encontro social”, as particularidades da clientela escolhida, a adequação da questão norteadora e da técnica de obtenção dos depoimentos.

Ao iniciar as entrevistas busquei, uma aproximação face a face com os sujeitos com o intuito da compreensão sobre as suas experiências vivenciadas com o tema do estudo, e desse modo atender ao objeto proposto, solicitando o seguinte: **Fale-me sobre a sua experiência ao cuidar de um RN no cotidiano da UTI.** Sustentado no referencial teórico de Alfred Schutz, visando o alcance do objetivo do estudo, utilizei as seguintes questões orientadoras da entrevista fenomenológica:

**O que você tem em vista ao cuidar do RN na UTI?**

**Em relação à ética, o que você pensa ao cuidar do RN?**

Como caracterização dos sujeitos e garantia da sua privacidade, solicitei aos depoentes que se identificassem com o nome de uma criança que tivesse sido marcante durante os seus cuidados. Apesar de inicialmente não ter pretendido analisar o motivo dos nomes escolhidos pelos depoentes, percebi em suas falas que a escolha do pseudônimo tinha um intenso significado para eles, expresso através de gestos, palavras, olhares e da entonação da voz, demonstrando uma ligação muito forte com o RN e a família. Assim, surgiu-me o desejo de compreender melhor o significado do nome escolhido pelos sujeitos da pesquisa, lançando mão da última questão:

**Qual o significado do nome que você escolheu para ser identificada?**

Para a análise das falas, foram realizadas as seguintes etapas descritas por Rodrigues e Barbosa (2003) e Tocantins (1993): obtenção das falas para a descrição das ações vividas, expressas pela equipe de enfermagem da UTI Neonatal através do roteiro de entrevista fenomenológica (Anexo A); transcrição imediata das entrevistas; leitura atenta e distinta, procurando captar o agrupamento de aspectos afins com vista à categorização e construção do típico da ação da equipe de enfermagem ao cuidar do RN.

Após a transcrição, os relatos foram analisados buscando-se a apreensão das similaridades existentes na perspectiva da construção das categorias. Rodrigues (1998) ressalta que, na análise compreensiva das falas, as categorias emergirão através dos depoimentos dos sujeitos com a sua aproximação ao objeto e o objetivo do estudo.

Através da análise dos depoimentos, foi possível captar as experiências vivenciadas pelo profissional de enfermagem ao cuidar do RN na UTI Neonatal, tendo em vista a apreensão do típico da ação, através do motivo para, que emergiu das falas dos entrevistados e que caracterizaram a sua ação profissional.



## 5. ANÁLISE COMPREENSIVA

### 5.1 Caracterização dos atores sociais

Nesse momento, apresento as características dos atores sociais, na perspectiva de descrevê-los através do contexto vivencial em que estão inseridos, buscando apreender o significado do nome escolhido para identificá-los no estudo. Esses codinomes simbolizaram de certa maneira as suas ações, que, na minha percepção, representaram a relação afetiva desses profissionais com o RN e a sua família durante o período de hospitalização. Os nomes escolhidos foram: Beatriz, Fº de Ana Paula, Mariana, Fº de Iolanda, Fº de Miriam, João, Isabela, Paulo Gabriel, Vitória, Samuel, Ana Carolina, Daniel, Lucas, Lívia, Felipe e Caroline.

Foram entrevistados 16 profissionais de Enfermagem, com formação de níveis superior e médio que atuam na UTI Neonatal, escolhidos de forma aleatória, que se dispuseram a participar do estudo. Desses 50% são enfermeiros, 31,25% técnicos e 18,75% auxiliares de enfermagem, dos quais 68,75% fazem parte do plantão diurno e 31,25% do plantão noturno.

Os entrevistados se constituíram em 14 do sexo feminino e 02 do sexo masculino, caracterizando-se ser a enfermagem uma profissão eminentemente feminina. Entre os entrevistados, 05 se situam na faixa etária entre 25 e 35 anos, 08 entre 36 e 45 anos e 03 acima de 46 anos.

Em relação ao tempo de formação, todos os entrevistados têm mais de 10 anos de formação específica, 31,25% atuam em terapia intensiva neonatal há 10 anos, 50% há mais de 10 anos e 18,75% com tempo superior a 20 anos, configurando-se como uma equipe experiente e familiarizada com o serviço e a instituição.

Ressalto que, para se trabalhar em uma UTI Neonatal, a capacitação e o conhecimento técnico-científico são necessários para o bom desempenho do profissional nas suas ações, mas para que o cuidado se realize na sua forma mais plena é preciso ter sensibilidade, envolvimento, carinho e respeito ao ser humano. Nesse sentido, Ribeiro (2007, p.14) afirma que o cuidado envolve:

[...] Uma conduta imbuída de respeito ao ser humano, à sua história e ao contexto familiar, construídos socialmente; a uma conduta solidária, empática, ética e com competência técnico-científica; onde o ouvir, o perceber e o comunicar-se são ferramentas chaves nas interações para individualizar o cuidado e singularizar o sujeito que o receberá.

Ao solicitar aos atores do estudo que escolhessem o nome de uma criança que haviam cuidado durante todo o seu tempo de experiência, para serem identificados, apenas 03 não lembravam o nome do RN. Em sua vivência, embora o cuidador não lembre o nome da criança, expressa uma aproximação maior com a mãe, uma preocupação e respeito ao seu sofrimento, captado nas falas a seguir:

O nome da criança eu sou muito difícil de me ligar, talvez por um erro meu. O nome da criança, sinceramente eu não me prendo[...] não sei por que mais eu tenho o foco voltado muito pra figura da mãe. Essa mãe mexeu muito comigo. (Fº DE ANA PAULA)

Muita mãe marca a nossa cabeça pelo sofrimento[...] A gente fica com aquilo na nossa mente. Quando a criança fica muito tempo aqui com a gente[...] o melhor mesmo de tudo isso é ver essa melhora. (Fº DE IOLANDA)

Eu lembro o nome da mãe[...] eu não lembro o nome da neném. Até a neném já voltou aqui, e tá uma gracinha. (Fº DE MIRIAM)

Ao identificarem o RN pelo nome da mãe, os cuidadores podem demonstrar uma desvalorização do RN como pessoa, expresso pela idéia de que ele não se relaciona e não interage, denotando um ser sem sentimentos, sem vida e sem reações orgânicas. Essa prática por vezes pode torná-lo **um ser não percebido**, caracterizando um cuidado praticado de forma impessoal, em que o bebê passa a ser visto como um objeto do cuidado. (SIMSEN; CROSETTI, 2004).

Considero pertinentes as considerações das autoras, pois o recém-nascido é vida, é um ser humano que sente e se expressa de várias formas, portanto, não é um mero objeto das nossas ações. Dessa maneira, deve ser reconhecido como valor de pessoa humana e não como uma mera coisa. Nesse sentido, Pegoraro (2005, p.46:48) define pessoa como:

Todo ser humano que se relaciona consigo, com os outros e com o mundo, é um ser de relações, dotado de todos os elementos que a definem como estrutura ontológica: a animalidade, a racionalidade, a liberdade e a consciência.

Nessa perspectiva, o RN é um ser relacional e interacional, que vive num constante envolvimento interativo com outras pessoas e com o mundo que o cerca, numa relação face a face, numa relação “eu-tu”, numa relação “eu-nós”, que é a relação estabelecida com a família, amigos, comunidade ou objetos. (OLIVEIRA, 2001; SOUZA, M.H.N; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS 2009).

Compartilhando com estas idéias, Coelho e Rodrigues (2009) afirmam que as ações de enfermagem direcionadas para a criança devem ser pautadas num processo de interação e reciprocidade, considerando-a como uma pessoa em processo de transformação. Portanto, deve ser protegida contra a violação dos seus direitos e ter a sua dignidade respeitada.

Considerando o RN uma pessoa, logo um ser de direitos, passa a ter o direito ao Registro Civil de Nascimento, para que todos os seus direitos como cidadãos sejam garantidos após o nascimento, entre eles o de ser registrado gratuitamente, ser amamentada, ter acesso a serviços de saúde de qualidade, ser acompanhado por seus pais durante o período de hospitalização, viver em ambiente afetivo e sem violência. (BRASIL, 2006).

Os demais entrevistados relacionam o significado do nome ao apego e ao vínculo que estabelecem com o RN durante a internação, propiciando a aproximação, afetividade, envolvimento e interação com a criança, essencial para sua recuperação e desenvolvimento, atribuindo a escolha do nome à cura, à doença, à melhora, à perda e ao desempenho do seu cuidado, conforme os depoimentos abaixo:

Eu tinha uma relação de chegar todo dia, de conversar [...] eu tinha uma boa relação com a criança. Assim, aquela coisa de botar a mão, de acalmar, eu tinha isso com a criança [...]. (BEATRIZ)

Um nome que eu me lembro que ficou assim, muito marcado foi Mariana. Era uma criança que faleceu há pouco tempo. Eu fiquei muito triste [...]. Eu fui a primeira que cuidei dela. (MARIANA)

Eu lembro que no início eu ficava meio que encantada, eu pensava nas crianças quando estava em casa, torcia por elas, sabia da história toda, a gente estabelecia um vínculo muito forte com a família, muito, muito, muito forte mesmo, a ponto de sair, comemorar os aniversários. (ANA CAROLINA)

Foi uma criança que nasceu aqui e ficou muito tempo com a gente. Então, a chance dela sobreviver pelos meios naturais seriam mínimos e a gente viu que com todos os nossos cuidados ela saiu, saiu bem e praticamente sem nenhum tipo de sequela. (SAMUEL)

No contexto interacional, cuidar do RN pode proporcionar reações diferentes e imprevisíveis que trazem respostas afetivas e de comportamento do cuidador com cada bebê. A própria condição de fragilidade e vulnerabilidade que o torna dependente do cuidador, além da sua capacidade interativa, contribui para a construção do apego e do vínculo afetivo entre a equipe e o bebê, caracterizado pelo cuidado afetivo, recompensados com a melhora da criança.

Concordando com essas afirmativas, Scochi et al. (2003) desenvolveram um estudo sobre as ações de enfermagem realizadas nas unidades de risco de um

hospital-escola de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), no sentido de favorecer o vínculo e o apego mãe-filho em situação de prematuridade. Concluíram que a relação interativa da equipe com o RN e a família contribuiu para a formação do vínculo e apego, constatado pelo retorno voluntário das famílias nas unidades neonatais a fim de mostrar o filho para os profissionais que dele cuidaram durante o período de hospitalização.

Um dos entrevistados apresentou um discurso vivencial diferente dos demais, expressando um sentimento de frustração e preocupação sobre o real comprometimento das pessoas no ambiente de trabalho, correlacionando o significado do nome a falha humana e a falta de envolvimento de algumas pessoas.

Eu tenho a foto justamente desse bebê, que foi a óbito. Essa criança não foi um significado bom...me marcou por um motivo assim, até um pouco complicado, porque foi o primeiro problema que aconteceu e que eu comecei a perceber as falhas dentro do serviço. Sei que é uma coisa que me marcou e doeu muito, em saber que algumas pessoas trabalham só por trabalhar, mas esquecem que estão lidando com vida, não é com papel, não é com escritório. E aquele foi o dia, naquele momento que eu percebi que existem pessoas assim...eticamente falando tem muita coisa errada, mas eu acho que é falta de envolvimento das pessoas, eu acho que falta coração no trabalho. (LUCAS)

Nesse contexto, considero o respeito pelo ser humano, o conhecimento técnico-científico, a responsabilidade ética profissional e os valores morais como subsídio para o bom desempenho da conduta profissional e preservação da vida dessas crianças.

## 5.2 Apresentando o “motivo para” das ações de enfermagem na UTI Neonatal

Para captar os aspectos éticos implícitos e explícitos nas ações de enfermagem ao cuidar do RN na UTI Neonatal, que fundamentam o projeto intencional dos atores do estudo no seu agir profissional a partir das suas experiências de vida, busquei a apreensão do típico da ação da equipe de enfermagem nos motivos para.

Nessa perspectiva, o “**motivo para**” expressa uma idéia futura com a finalidade de se atingir algo, revelando respostas às razões que levaram o sujeito a realizar uma determinada ação. Para Schutz (1979), esta é uma busca compreensiva dos nossos atos motivados pela reação do outro, ou seja, revela a ação realizada por alguém quando nos colocamos, ao menos em pensamento, em

situação similar a que está passando o sujeito pesquisado, compartilhando de maneira intersubjetiva o mesmo contexto social.

Assim, a projeção intencional da ação origina-se da consciência do ator, sendo o significado da própria ação compreendida através da sua interpretação subjetiva. A fim de compreender a ação subjetiva da pessoa, Schutz (1979, p. 126) define o motivo para, como “algo que se quer realizar, objetivos que se procura alcançar, tendo uma estrutura temporal voltada para o futuro, formando uma categoria subjetiva da ação, isto é, estão estreitamente relacionados com a ação e a consciência do ator.”

Através deste referencial e da análise das falas, emergiram 03 categorias que possibilitaram apreender a intencionalidade da equipe de enfermagem ao cuidar do RN, ou seja, o motivo para das suas ações, que apresento a seguir:

### **Realizar o melhor cuidado desejando a cura e a alta do RN**

Ao proceder a análise das falas, identifiquei a preocupação da equipe com o resultado das suas ações, buscando beneficiar e manter a integridade física do RN durante os seus cuidados. Expressam o desejo de melhora, da cura e da alta, tendo como preocupação central a preservação da vida e a manutenção do estado de saúde da criança, em condições de sobrevivência e com qualidade de vida.

Os profissionais, embora considerem a tecnologia muitas vezes necessária à recuperação da criança, demonstram através das suas falas que o foco das suas ações envolve o RN e a sua família como centro e sujeito do cuidado. Quando conseguem atingir esses objetivos, remete-nos a um cuidado de realização e satisfação.

O meu objetivo quando eu tô numa UTI Neonatal é que aquela criança saia da Unidade Neonatal, que saia dentro das possibilidades e o melhor possível[...] fazer o melhor por ela, pra que ela saia ali de dentro[...] fazer da melhor forma possível, tentando não ferir nenhum preceito científico[...] pensar na integridade física dessa criança, pensar em tá cuidando dessa criança sabendo que você não tá cuidando naquele momento só, você tá cuidando pra gerar um ser humano no futuro, com o mínimo de seqüelas possíveis[...] com relação ao que você aprende do que é certo e do que é errado, você tentar seguir o certo. (BEATRIZ)

[...] Cuidar é[...] por mais que se crie regras, é a questão de como você vê aquela situação, no sentido de que eu estou certo ou estou errado quando estou cuidando daquela criança. (F<sup>o</sup> DE ANA PAULA)

[...] É querer que a criança saia, que ela cresça, fique o tempo dela na UTI, vá para UI e vá para o bercinho, para o BBR e saia, e as mães depois tragam ela pra agente vê[...] depois como é que elas ficaram[...] para mim é fazer o melhor[...] é o melhor que agente pode fazer pela criança nos cuidados[...] buscar melhorar, melhorar cada vez mais ao cuidar do bebê[...] que eu melhore mais ainda as condições dele[...] através desta tecnologia, a gente melhora o tratamento, diminui o sofrimento da criança [...]. (MARIANA)

[...] É de ver cada dia a melhora dele. O que eu tenho em vista é poder ver aquele bebê indo embora pra casa, no colo da mãe. Se a mãe der continuidade aos cuidados, agente vê que vai pra casa e vai ficar tranquilo. E a gente sabe que tem mães que são super dedicadas. O objetivo da gente mesmo é ver essa criança curada. A cada dia que a gente cuida [...] o objetivo nosso é ver que vai melhorar e que vai ficar bem [...] bom, o que eu penso é na melhora dessa criança [...] que os meus cuidados, o meu trabalho possa produzir efeito de melhoras no quadro clínico dela. A ética tá dentro do que a gente conhece, de oferecer uma melhora pro paciente [...] em querer o bem estar do paciente. (F<sup>o</sup> DE IOLANDA)

Muitas vezes a gente insiste na vida de uma criança, a gente vê que é um bebê que tá com muita dificuldade, que vai sair com lesões muito graves, mas até que ponto vale a pena investir naquela situação. Qual vai ser o benefício pra aquela criança sair daquela forma, como vai ser a vida dela dali pra frente, a vida dos pais. Será que os pais vão ter condições de cuidar dessa criança, uma criança que de repente não vai ter um desenvolvimento normal [...]. (VITÓRIA)

[...] Tem decisões que podem fazer com que a criança sobreviva, mas tem momentos em que aquela criança pode ter uma parada cardio-respiratória e pode-se tomar a decisão de não reanimar aquela criança. Então, o meu cuidado vai até o limite. ela precisa ter uma qualidade de vida [...] ela vai viver, sobreviver, mas quase sempre sem qualidade [...]. Realizar o nosso trabalho da melhor forma possível, nos dedicarmos, fazermos de tudo pra aquela criança [...] desempenhar o meu cuidado da melhor forma possível [...]. (SAMUEL)

[...] Dar o suporte básico para que ele possa sobreviver. É isso o que eu penso, o que eu vou proporcionar pra ele, o que vai ser dele, para que ele passe dessa fase para uma fase em que ele esteja mais maduro e que ele sobreviva da melhor forma. Suprir da melhor forma possível e diversas maneiras as necessidades dessa criança. (ANA CAROLINA)

A primeira coisa que eu acho que todo mundo tem que ver, independente da tecnologia, acima de qualquer coisa é promover o bem-estar, porque às vezes tem tecnologia, tem tudo, mas às vezes tem um cuidado que está mal feito, uma assistência que não foi prestada, então eu acho que a gente tem que prestar atenção nisso, independente da tecnologia [...] implementar o cuidado da melhor forma que eu sei fazer. (DANIEL)

Ver essa criança sair daqui. A minha vontade é vê-la sair daqui o mais rápido possível. Quando eu começo a cuidar daquela criança a idéia minha é sempre ver o final, ela indo pra casa [...]. Fazer as coisas no tempo certo, procurar fazer o melhor o tempo todo, é cumprir com alguns horários, com regras básicas, que mesmo que o plantão esteja difícil agente tem que procurar priorizar algumas coisas. Procurar fazer o melhor possível, que não haja comprometimento pra criança. Éticamente falando eu não deixo de fazer o que eu tenho pra fazer, porque tem que ser feito. Acho que dentro do meu trabalho eu procuro realmente fazer o que tem que ser feito (LUCAS)

Eu penso na recuperação da criança. Eu procuro fazer da melhor forma [...] eu tento fazer o melhor [...] ética é fazer as coisas direito. Se errar tem que assumir o erro. Eu acho que a ética é muito importante na nossa profissão, mas lidar com vida [...]. Papel você rasgou, passou o corretivo, mas a vida não tem volta não, porque tem coisas que podem trazer consequências sérias pra criança. (FELIPE)

[...] Fazer tudo para que ela sobreviva, e sem sequelas, que tenha uma sobrevida e você vê que tudo aquilo deu certo. Essa questão de até onde investir, que às vezes você tá vendo o sofrimento de uma família inteira, na condição em que a criança está mais morta do que viva, mas a tecnologia é que está mantendo ela viva, a custo

sabe-se Deus de quê [...] tá investindo em cima de uma criança que às vezes você vê que não tem mais condições de dar nada em troca daquilo [...] estou entregando com vida, mas que vida é essa. Muitas vezes isso me incomoda, quando você tá entregando pra mãe uma criança especial, vegetativa pro resto da vida. (CAROLINE)

As falas o tempo todo apontam para um cuidado com zelo, com qualidade, na tentativa de minimizar os danos e prejuízos advindos da ação profissional. Existe uma preocupação em manter os preceitos da ética, com o objetivo de beneficiar e garantir a integridade do RN, tendo como princípio fundamental a sua dignidade como pessoa humana. Nesse sentido, o código de ética de enfermagem diz que:

O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana em todo o seu ciclo vital, cumpre e faz cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, exercendo a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade [...]. (COFEN, 2007)

### **Valorizar a perspectiva humana do cuidado na UTI Neonatal**

Emergiu nos discursos que a observação, a percepção e a sensibilidade são características inerentes ao cuidador em suas ações, revelando um cuidado humanizado, que se expressa por atitudes de carinho, respeito, afeto e atenção. O que desejam alcançar é um cuidado que vá além da execução das técnicas, que envolva o encontro, a presença, as relações afetivas, onde o RN e a família são vistos de forma holística, com as suas características, individualidades e particularidades.

[...] Apesar de toda tecnologia que agente trabalha, eu acho que o cuidar, a questão do toque, do ser humano, o ser cuidando do outro, isso é insubstituível [...] por mais que a pessoa tente botar a máquina, ela não vai conseguir substituir o ser humano [...] a gente vê que a tecnologia é importante, mas ela é só um acessório. O toque, o ser humano está em primeiro lugar ali. (F<sup>o</sup> DE ANA)

[...] Hoje em dia, a gente já se preocupa mais com a dor do bebê, em saber que ele tá com frio [...] a gente tem a preocupação da mãe segurar, do bebê gostar do colo da mãe ou lembrar do colo da mãe, do cheiro, da voz. A gente tem mais preocupação com o bebê, com a mãe, que antes a gente não tinha. (MARIANA)

O olhar, eu acho que é um aliado bem grande da tecnologia, também. Assim como a tecnologia o olhar é importante [...] o manuseio da criança de modo correto [...] o carinho que agente tem com o bebê. Não adianta nada o monitor tá lá e eu cuidar da criança como se fosse uma máquina também, né! A gente cuida dela com carinho. Olhar pra ela com carinho e chegar e ver o que tá acontecendo com o bebê. (F<sup>o</sup> DE MIRIAM)

Apesar dessa tecnologia toda, eu não fico deslumbrada com essa tecnologia, o meu olhar é pra criança. Aquilo ali é um ser humano, não é rato, são os meus filhos, são pequenos, mas não são ratos [...] é pele e osso, mas é um ser humano, que nasceu antes do tempo. (JOÃO)

[...] Focar naquela criança de uma forma mais humana, parar pra pensar que ele não é uma coisa que a gente tem que manusear rápido ou de determinada forma, que ele sente dor, que ele é um ser que necessita de cuidados e cuidados especiais. A gente nunca pode deixar de parar de ver aquele bebê como um ser, porque às vezes a gente para e fica olhando só para monitorização, tem que botar a bomba, tem que botar o sensor e as vezes a gente se perde vendo tudo aquilo e esquece da questão da humanização daquele bebê, que aquele bebê não precisa só disso, precisa de um cuidado, de um carinho, da gente ver aquele bebê como um ser[...] Sei que é necessário, nos ajuda bastante nos cuidados, mas a gente nunca deve deixar de olhar aquele bebê de uma forma diferenciada. (VITÓRIA)

Tem tecnologia, tem respirador, tem monitor, tem incubadora para aquecê-lo, mas tem também o meu cuidado e eu interagindo com a criança e a minha visão técnico-científica associada com aquela criança. Pra mim, eu não consigo imaginar uma UTI só com os equipamentos, estão inseridos ali, mas eu tenho que estar interagindo o tempo todo com essa criança, observando, tocando, cuidando dela, mesmo com a tecnologia. Cuidar dessa criança como ser humano, filho de uma pessoa, respeitá-la. (ANA CAROLINA)

[...] Ultimamente gosto e faço com amor e com carinho. (FELIPE)

A gente precisa realmente das pessoas que tenham pena para poder trabalhar, porque quando a gente tem pena ainda somos humanos, quando a gente não tem é porque nós deixamos de ser. É porque a gente tem pena é que a gente vai cuidar com carinho, com amor, com uma mão menos pesada. (CAROLINE)

Os depoimentos resgatam a importância do toque, do afeto, do carinho e da atenção do cuidador com o RN, manifestando-se de forma humanizada e integrada a tecnologia. Dessa forma, cuidar não se limita apenas ao aspecto técnico-científico, ao bom desempenho de uma determinada técnica, envolve um modo de se relacionar e de se envolver com o outro, onde o ser e o fazer estão intimamente ligados a alguns ingredientes que considero essenciais para o cuidado ético e humano. Entre eles destaco atitudes de carinho, respeito, atenção, presença, compaixão, amor, preocupação, desvelo, solidariedade, cordialidade, responsabilidade, compromisso e envolvimento.

Para Waldow (1998, p.55):

O cuidado humanístico não é a rejeição aos aspectos técnicos, tão pouco aos aspectos científicos. O que se pretende ao revelar o cuidado é enfatizar a característica do processo interativo em função de energia criativa, emocional e intuitiva, que compõe o lado artístico além do aspecto moral.

Nesse sentido, o cuidado é realizado em toda a sua totalidade, deixando de ser uma atividade técnica e rotineira, passando a ser um processo interativo, relacional, existencial, ético e transformador, que resulta em ações e atitudes mais humanas.

## Agir com ética

Esta categoria revela a responsabilidade dos cuidadores, expressa em suas falas pela condição de fragilidade, vulnerabilidade e dependência do RN, exigindo do cuidador uma percepção, sensibilidade e atenção, além do compromisso, do próprio senso de responsabilidade e habilidade técnica, determinando em si maneiras distintas de cuidar e uma capacidade de perceber o neonato de maneira muito especial.

Ter a responsabilidade de fazer as coisas no horário, direitinho, a medida do possível, né! Que a gente às vezes fica com seis, sete crianças, não tem condições de fazer tudo a tempo e a hora. Na medida do possível, fazer as coisas no horário, escrever sempre o que acontece, ficar mesmo. (ISABELLA)

[...] Quando estou cuidando de um RN é a responsabilidade, porque ela tá muito ligada a ética, porque o paciente neonatal [...] é um paciente que não responde a você, é um cuidado se você fizer ou não, é indiferente [...] o paciente Neonatal é totalmente dependente do cuidador, pra tudo e ele não tem como responder e se defender. Então sobre a questão ética, o cuidado tem a ver com a responsabilidade [...] eu acho que é responsabilidade, o compromisso moral com o que se está fazendo, com a importância do que se está executando [...] quando eu cuido do Recém-Nascido referente à tecnologia é a atenção ao detalhe. tem que estar olhando o equipamento como um todo, tem que tá dando precisão no que ele está oferecendo [...] se eu fosse resumir o lidar com a tecnologia na assistência, seria uma preocupação com o detalhe e a fidedignidade desta aparelhagem, porque qualquer diferença, faz uma diferença muito grande. (PAULO GABRIEL)

Criança não fala. Adulto se você machucar, ele te fala. Se bobear ele te bate, te xinga, mas a criança não faz nada disso. (JOÃO)

Manter a integridade da criança, ter respeito. Isso é o que considero ser ético. Ter respeito também pelos pais [...] Respeito por aquele pai e por aquela mãe. É claro que agente vai saber respeitar o momento deles e também saber limitar bem, até onde você profissional tem a sua autonomia [...]. (BEATRIZ)

Eu penso nos riscos que ele corre, no que eu posso favorecê-lo para prevenir e não deixar acontecer alguma coisa nessa assistência, já que ele vem prematuro, com deficiências, muitas dificuldades e eu tenho que dar suporte. Eu tenho que interagir com essa criança pra fazer com que essa permanência, essa chegada, esse cuidado, que durante esse tempo todo eu não cause iatrogenias. (ANA CAROLINA)

Não adianta ter toda a tecnologia, se a gente presta o cuidado sem responsabilidade. O que adianta a gente usar o monitor e não saber usar. Uma coisa que é pra ajudar vai acabar prejudicando a criança. A gente tem o cuidado, as nossas responsabilidades da ética profissional [...]. (DANIEL)

[...] Eu tento conciliar a tecnologia com a fragilidade do bebê, que eu sempre vejo a tecnologia como uma coisa fria e agressiva e o bebê frágil, com toda a doçura dele é agredido pelo uso da tecnologia. É uma das minhas preocupações quando estou cuidando do bebê. A minha apreensão toda no cuidado[...] é tá colocando a tecnologia agressiva, fria de uma forma mais branda, mais cuidadosa. A ética em relação ao cuidado com bebê tem que estar inerente ao profissional, porque com bebê é muito fácil você ferir a ética, porque ele não tem voz, não vai revidar. Então se a ética não estiver no interior de cada profissional, nos seus valores, na sua formação como pessoa [...] é fácil você não ser ético com o recém-nascido. Quando

eu penso que a ética é inerente ao profissional, tem a ver com valor de cada um, como ele percebe aquela criança, se ele é ético como humano, como ser humano, não pensando apenas no profissionalismo. Eu acho que a ética relacionada a uma pessoa que não revida, não questiona nada, dependente dos seus cuidados, tem que ser uma coisa muito pessoal de cada profissional. (LÍVIA)

[...] Você tá cuidando de uma pessoa dependente dos seus cuidados e isso requer muita responsabilidade. O adulto responde por si só, mas a criança não. Ela é indefesa, não reclama de nada e fica exposta aos nossos cuidados. (FELIPE)

A gente tem toda uma situação de consentimento, que são questões legais que precisam ser mais bem esclarecidas, no sentido mesmo do que eu posso, do que eu não posso em relação àquela criança, da questão do que a minha conduta vai interferir na vida dele e até onde posso chegar. Aquela coisa que o meu direito vai até onde começa o direito do outro. Então até onde vai o limite entre a vida e a morte, até onde vai o meu poder de decidir sobre essa criança. Apesar da gente ter um código de ética, tudo o que determina o que pode e o que não pode e tudo mais, ela vem também do particular, do pessoal daquilo que você se sente ou não infracionando na hora que você julga, pontua ou não age de acordo com aquilo que tem que ser. Então eu acho que a gente ainda peca muito dentro da questão mais do julgamento até do que qualquer outra situação. A própria ética por mais que ela tenha um código, ela ainda tende muito pro lado pessoal, sobre aquilo que eu penso ou deixo de pensar na hora de fazer qualquer tipo de cuidado com a criança. (CAROLINE)

A enfermeira tem um importante papel no cenário da UTI Neonatal, pois, como cuidadora, ela permanece a maior parte do tempo acompanhando as reações e comportamentos do RN. Como não existe a comunicação verbal, a resposta do neonato se dá através da percepção e da sensibilidade do cuidador, que passa a detectar intuitivamente as suas necessidades.

O fato de os neonatos serem dependentes do cuidador, pela incapacidade deliberativa dos seus atos e desejos, expressa nos cuidadores uma responsabilidade muito mais ampla. Essa responsabilidade não se limita apenas aos aspectos técnicos, às normas de conduta profissional, mas está diretamente relacionada aos valores e ao componente moral de cada indivíduo. Para Pegoraro (2002), a ética é algo que está em cada um, que tem a ver com a sua bagagem de vida, envolve a consciência do valor do ser humano, não é um receituário de princípios que julga o comportamento humano como sendo absoluto.

Nesse contexto, para que haja responsabilidade é necessário que exista um sujeito consciente, que se revela através da ação propriamente dita e em suas consequências. Sendo assim, o sujeito consciente deve agir com calma, prudência e equilíbrio, analisando os possíveis danos e benefícios da conduta humana, um dos princípios básicos da bioética. (SIQUEIRA, 2003).

Foi mencionado pelos profissionais que a responsabilidade também está associada à condição de dependência do RN, à sua vulnerabilidade e incapacidade de se autodefender. Nessa perspectiva, a criança por sua imaturidade biológica,

social e afetiva, torna-se um ser extremamente suscetível ao desrespeito pelos direitos inerentes à sua real condição de ser humano. (ALMEIDA, 2007).

Embora os profissionais se sintam representantes dos bebês nos processos de decisões, percebe-se nas falas a necessidade de inclusão e participação dos pais no tratamento do seu filho, garantindo o seu direito legal e respeitando sua autonomia. Nesse contexto, Coelho e Rodrigues (2009) enfatizam que a assistência de enfermagem à criança está direcionada para um cuidado ético, apoiado na bioética como uma maneira reflexiva de repensar sobre a ação de cuidar, eliminando a atitude paternalista e envolvendo a família nesta construção.

### **O típico da ação**

Essas categorias nos remetem à apreensão dos aspectos éticos das ações de enfermagem na UTI Neonatal como um típico. Esses profissionais têm em vista ***realizar o melhor cuidado desejando a cura e a alta do RN***, apoiando-se na tecnologia para ***valorizar a perspectiva humana do cuidado na UTI Neonatal e na possibilidade de agir com ética***.

### **5.3 Contexto vivencial da equipe de enfermagem ao cuidar do RN na UTI Neonatal**

Tendo como ponto de partida o típico da ação, o contexto vivencial no qual os atores sociais estão inseridos aponta para a compreensão da vida cotidiana dos profissionais na UTI Neonatal, constituída através da sua bagagem de vida e sedimentação do seu conhecimento, como uma forma de ser e estar no mundo. Nesse sentido, Rodrigues (2001) diz que a abordagem da fenomenologia sociológica permite apreender o vivido concreto como condução da ação profissional, possibilitando compreender o contexto e o vivido das pessoas no cenário em que estão inseridas, a fim de captar a inter-relação existente entre elas e o mundo social.

No mundo social, cada pessoa ou grupo tem uma situação biográfica, que implica em experiências e vivências constituídas através da sua bagagem de vida e de estoques de conhecimentos. Dessa maneira, o sujeito se constitui com uma biografia única, podendo vivenciar a mesma situação de maneiras diferentes, fazendo com que aja em determinada direção. (SOUZA, M.H.N.; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, 2009).

Nessa perspectiva, os profissionais em sua maioria, que vivenciam esse cuidado, mostram em seus relatos que a sua experiência na UTI Neonatal deu-se de forma involuntária, inexperiente e indesejada, não tendo opção de escolha. Revela-se um ambiente amedrontador e desafiador para o cuidador, com a incapacidade de exercer os cuidados e atividades de maior complexidade, expresso em algumas falas a seguir:

O meu começo em UTI, digamos assim, foi meio traumático. Eu não tinha experiência[...]. Quando eu vim parar em Neo, eu fiquei apavorada. As primeiras crianças que eu cuidei, parecia que eu tinha 04 mãos e que as 04 eram as esquerdas[...]. Eu fiquei assim sabe, cheia de dedos. Apesar de saber lher dar com muita coisa de terapia intensiva, de não ser estranho para mim terapia intensiva, eu fiquei muito temerosa do que eu estava fazendo. Talvez, por isso eu fazia as coisas e ficava meio assim, você olha e volta pra ver as coisas que você fez[...] você volta e vê o que você fez, umas trezentas vezes. (BEATRIZ)

No início quando eu entrei aqui, nossa! Minha vontade foi pegar a minha bolsa e ir embora, porque era totalmente diferente e você ter que escutar do colega: Esse lugar não é tal lugar assim não[...]. Eu falei assim: Nossa! A minha vontade foi[...]. Eu só não fui, não pedi exoneração, porque minha mãe: Você vai ficar, vai ficar lá, você vai ficar, vai aturar tudo e vai ficar lá, porque se não eu ia embora. Foi bom, porque você aprende[...]. (JOÃO)

No começo foi horrível, né! Eu nunca tinha trabalhado numa UTI Neonatal quando eu vim trabalhar aqui. Eu trabalhei em CTI, mas CTI adulto. Aí eu nunca tinha trabalhado numa UTI Neonatal. Cheguei aqui, vi aquele monte de criança grave. Quando eu cheguei em casa, eu falei: Mãe, eu não vou agüentar ficar lá não, eu não sei mexer naqueles pequenos, eu não sei cuidar[...]. Foi muito traumático. (ISABELLA)

Na realidade, eu comecei a trabalhar por acaso[...] de início eu fiquei com bastante medo de trabalhar, porque era uma coisa que eu não conhecia[...]. (VITÓRIA)

No início, assim eu nunca tinha tido contato com bebês de baixo peso. Então eu sempre senti muito medo. Apesar saber da técnica, teoria, você colocar a mão no bebê, usar até o equipamento no bebê, eu tive um pouquinho de medo[...]. (LÍVIA)

No início foi muito difícil. Eu pensei que não ia agüentar, porque eu nunca me imaginei cuidando de criança[...] eu pensei que não ia conseguir[...] fiquei bloqueada, mas depois eu falei assim: Não, eu preciso, eu tenho que assumir, foi colocado na minha vida porque tem algum objetivo, tem um por que. Não é a toa que eu vim trabalhar numa UTI Neo. (FELIPE)

Ao se deparar com esse cenário, onde a tecnologia dura é um acessório fundamental para a saúde e manutenção da vida do RN, o cuidador se sente por vezes despreparado e insatisfeito ao exercer suas funções, demonstrando um

sofrimento que não chega a impossibilitar as suas ações, mas que pode interferir na qualidade da assistência e na forma de cuidar do neonato, tendo, portanto, implicações morais e éticas no cuidado de enfermagem.

Nesse sentido, Sulzbacher, Lunardi e Filho (2006) afirmam que enquanto a moral tem como característica a imposição de regras e a previsibilidade das ações humanas, a ética é percebida de maneira intrínseca, tendo como princípio fundamental o respeito ao ser humano, sendo ambas introjetadas pelo ser humano, através das suas experiências de vida.

A UTI Neonatal, por ser um local destinado ao atendimento de RNs de alto risco e por ter todo o aparato tecnológico, exige uma equipe treinada e capacitada para atender essa clientela e manusear os equipamentos com destreza e segurança. Portanto, torna-se necessário o aprofundamento e aprimoramento do conhecimento científico, como subsídio para a avaliação e incorporação da tecnologia em suas ações, dominando os princípios científicos que fundamentam a sua utilização e ao mesmo tempo atender as necessidades do RN como ser humano. (ARAÚJO et al., 2005)

Embora a ambivalência entre o despreparo e a necessidade de capacitação da equipe se faça presente, constata-se no discurso dos cuidadores que o aprendizado e o desenvolvimento das suas habilidades deu-se com os próprios colegas, direto com o RN, sem nenhum tipo de treinamento prévio por parte da instituição. Revelam ainda, que com o tempo acabam gostando e se identificando com o RN, se sentem extremamente gratificados com o cuidado dispensado ao neonato, influenciando até mesmo no seu modo de vida, conforme referem abaixo:

E cada dia que foi passando, eu fui pegando mais habilidade, tendo um olhar mais diferente pra aquele cuidado [...] minha experiência foi crescendo muito, porque ao mesmo tempo que eu via, eu queria saber porque. Porque estava fazendo aquilo, porque não podia fazer isso junto com aquilo, eu procurava ler. Eu chegava em casa e lia algumas coisas. O que eu não lia, eu perguntava pra as meninas mais antigas. (F<sup>o</sup> DE IOLANDA)

Depois que eu entrei aqui, eu sou uma pessoa mais responsável, eu aprendi a ser mais organizada, eu sei que eu tenho que prestar muita atenção nas coisas. Eu tô aqui, mas tem que estar ligada lá e tem que tá ligada sempre além. Eu gosto de trabalhar com as crianças, com os bebezinhos, e, até ano passado quando eu fui trabalhar com adulto, eu não queria trabalhar, mas não[...] vou sim, mas eu prefiro os bebês[...] a minha experiência de quando eu entrei pra agora, eu acho que eu tô bem melhor. Medo, eu já não tenho mais tanto, só em alguns procedimentos. Pra algumas coisas, eu me sinto bem mais segura. (F<sup>o</sup> DE MIRIAM)

Você começa a se adaptar, a aprender as coisas. Vai muito de você praticar. A prática é a alma do negócio [...]. Pra você trabalhar em UTI Neo, você tem que gostar. O medo sumiu, eu nem sei onde ele está [...] com passar do tempo o cuidado

com a criança se mostra gratificante na medida que [...] você devolve aquela criança pra mãe, que era o filho prematuro, era uma criança muito esperada, que nasce com algum problema e a forma com que a recuperação acontece [...] é um CTI diferente [...] gosto muito de trabalhar com a criança, com Neonato, não trocaria por outra assistência, me identifico bastante e tanto que procurei me aperfeiçoar, melhorar o meu cuidado, a minha capacitação com passar do tempo. (ISABELLA)

Bom, a minha experiência ao cuidar do Recém-Nascido é uma experiência acima de tudo gratificante. (PAULO GABRIEL)

Pra mim, hoje é desafiador e gratificante você poder ver aquela criança passar por vários estágios, que nascem às vezes muito graves e no final melhora, tem alta e você vê indo embora pra casa com os pais, aí é muito gratificante. Também é compensador você ver o reconhecimento das pessoas, que viram a criança no estado em que estava e ao final do seu cuidado [...] agradece pelo que você fez, de poder estar levando o filho pra casa, também é compensador. (SAMUEL)

Eu realmente me encontro muito na Neonatologia. Então eu gosto muito e tudo fica mais fácil. Então o trabalho não fica pesado quando você trabalha dentro daquilo que você gosta. Eu tive muita ajuda, muita ajuda[...] que eu realmente não sabia nada. (LUCAS)

Só mesmo observando as pessoas trabalhando com o bebê foi que eu fui ficando mais tranquila e mais seguro pra fazer as práticas. Depois que eu estava mais segura achei muito gratificante [...]. (LÍVIA)

[...] Então eu fui trabalhando, as colegas foram ajudando. Com elas eu me sentia mais forte pra ficar dentro da UTI. Eu era outra pessoa dentro da UTI com elas pra cuidar do recém-nascido[...] dia após dia, fui aprendendo. Depois disso vi que não era um bicho de sete cabeças. Eu tinha muito medo deles e tive que vencer esse bloqueio. Aí, com o tempo eu fui vencendo esse medo. Então fui pegando jeito, aprendendo a manusear melhor[...] Eu gosto, me sinto bem, fico em paz comigo mesma. Eu falo que aqui é minha terapia. (FELIPE)

[...] é uma coisa que eu brinco com as pessoas quando eu digo que UTI Neo é cachaça. Então assim, depois que você entra não quer sair mais[...] a minha vivência junto com as crianças é uma relação de prazer dentro daquilo que eu faço[...]. Para mim é uma coisa muito gratificante trabalhar com elas[...]. (CAROLINE)

Percebo na intersubjetividade das falas dos profissionais a necessidade de capacitação e de conhecimento técnico-científico para atuarem com segurança, embora a relação com o próprio colega e com a criança favoreça o seu aprendizado. Expressam ainda sentimentos de realização, de dever cumprido e de satisfação, quando percebem a influência dos seus cuidados na melhora do RN.

O cuidado na UTI Neonatal exige por parte dos profissionais uma dedicação e atenção especial. No entanto, os sentimentos de realização, felicidade e de satisfação são recompensados com a melhora e a cura do RN, caracterizando, assim o valor do seu atendimento, destacado nas seguintes falas:

[...] é gratificante você ver o bebê mal e ele crescendo[...] melhorando e tendo finalmente alta. (VITÓRIA)

[...] esse cuidado sempre foi gratificante, você tá lidando com a vida e tá devolvendo esse filho esperado pra essa mãe que aguardava muito por essa criança. (PAULO GABRIEL)

Pra mim é uma coisa muito gratificante trabalhar com elas, porque é a oportunidade que elas têm de viver e se não fosse agente elas não teriam essa oportunidade, elas morreriam pelo próprio baixo peso. Então pra mim é uma coisa muito boa, muito prazerosa você ter essa criança que você pega, vai fazer tudo para que ela sobreviva, e sem seqüelas, que tenha uma sobrevivida e você vê que tudo aquilo deu certo. (CAROLINE)

Esse mundo social da UTI Neonatal não é um ambiente em que somente predominam as atividades técnicas e científicas, mas também é onde as pessoas interagem e se relacionam entre si. Sendo assim, o mundo da vida nos coloca em relação uns com os outros, onde as nossas ações e expressões indicam um mundo intersubjetivo, experimentado por mim e também pelo meu semelhante. (POPIM; BOEMER, 2005).

A intersubjetividade, conforme afirma Schutz, se constitui em um mundo compartilhado através das relações interpessoais, estruturando-se a partir da experiência cotidiana. Esta relação é fundamentada na relação face a face, possibilitando compreender os medos, sentimentos, angústias, frustrações ou sonhos da pessoa, dando-lhe apoio para minimizar o desconforto dessas situações. (COLTRO, 2000; SOUZA, M.H.N.; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, 2009).

É nesse contexto relacional que as ações dos profissionais de enfermagem numa UTI Neonatal podem ser compreendidas. Nessa perspectiva, as suas ações emergem das relações interpessoais, através do encontro, numa relação face a face, onde um vai em direção ao outro, estabelecendo a relação “eu-tu” e a relação “eu-nós”. (SOUZA, M.H.N.; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, 2009).

Nesse sentido, o RN é percebido pelo cuidador como um ser humano singular, que possui as suas próprias necessidades, captadas através do seu comportamento e das suas reações. Isto requer, além da habilidade técnica e do conhecimento científico, presença, intuição, percepção e sensibilidade, sendo esta a mola propulsora para o cuidado humanizado. Essa condição se manifesta na fala a seguir:

Quando a gente começa a ter uma sensibilidade no trabalho da gente, a gente tem um olhar muito diferente. Então alguma coisa que não tá bem feita incomoda. (F<sup>o</sup> DE IOLANDA)

É importante salientar que a capacidade de perceber as reais necessidades do RN não se dá de um dia para o outro. Além dos predicativos já apontados, é essencial um envolvimento interativo e emocional do cuidador com o RN. Dessa maneira, será capaz de compreender integralmente esse pequeno ser e responder às suas reais necessidades.

Assim, a relação entre quem cuida e quem é cuidado, marcado pela intersubjetividade que se traduz pela relação “eu-tu”, permeada pelas características dos próprios sujeitos e pelas experiências de vida, constitui um importante subsídio para compreensão do RN em sua totalidade. (SCHUTZ, 1997; COELHO, RODRIGUES, 2009).

Oliveira (2001) reitera essa afirmativa quando diz que humanizar não consiste somente em regulamentos sistemáticos que direcionam convencionalmente práticas humanizadoras, mas no desenvolvimento da sensibilidade dos profissionais de enfermagem e envolvimento com outro, denotando atitudes de carinho, afeto e atenção percebidos nas seguintes falas:

Não existe nada de extraordinário, eu acho que não tem nenhum pulo do gato, nenhuma fórmula mágica não, na realidade é só botar carinho naquilo que você faz. (BEATRIZ)

A gente cuida dela com carinho. Apesar das pessoas falarem que criança sofre muito, é só você dar um colinho pra eles, que eles ficam quietinhos [...]. (Fª DE MIRIAM)

[...] estou aqui cuidando dos filhos dos outros, com carinho, com atenção... (ISABELLA)

Eu acho que o carinho é a melhor terapêutica. Eu aprendi isso na enfermagem[...]. (FELIPE)

Alguns relatos revelam uma grande afetividade do profissional pelo RN, caracterizada pela representação simbólica da criança, quando comparam o cuidado dispensado ao RN como se fosse o do próprio filho, tratando-o com amor e com carinho. Este sentimento materno pode ser observado nos seguintes depoimentos:

[...] Com a criança, você querendo ou não você acaba gostando da criança e estabelece uma interação maior. Você olha pra cara daquele bebezinho, e você não consegue deixar de pensar que podia ser seu sobrinho, que podia ser o seu filho[...] as vezes agente vira um pouquinho pai, um pouquinho mãe, um pouquinho assistente social, um pouquinho mãe da mãe [...]. (BEATRIZ)

[...] eu trato dos filhos dos outros, igual eu trato da minha filha. Eu acho às vezes que eu até trato melhor. (ISABELLA)

[...] Ultimamente gosto e faço com amor e com carinho, como se estivesse cuidando de um filho meu, como gostaria que cuidasse.” (FELIPE)

Essa condição evidencia o instinto maternal dos cuidadores, “condição natural da mulher, que está associada a sua condição existencial de preocupação ou cuidado para com o outro.” (SIMSEN; CROSSETTI, p.238, 2004).

Pode-se então dizer que o cuidador desenvolve-se profissionalmente e humanamente com o outro. Esse encontro é um processo de constante

aprendizagem e conscientização, resultante de um dever ético e moral para com o ser cuidado. (SIMSEN; CROSETTI, 2004).

Considerando que o cuidar é uma ação intencional que visa atender o RN em sua singularidade, através de uma interação intersubjetiva que emerge das experiências vivenciadas pelo profissional, o atendimento não deve ser restrito somente ao RN, mas a todo contexto familiar e social em que está inserido, visando o bem-estar biopsicossocial e espiritual da criança e da família. (RODRIGUES; BARBOSA, 2003).

O nascimento de um bebê idealizado pelos pais é um momento de muitas modificações e realizações. Com as primeiras manifestações de vida em seu útero, a mulher começa a imaginar como será o seu bebê, atribuindo características pessoais, passando a desenvolver a partir desse momento sentimentos de apego que influenciarão por toda a vida da criança. (SÁ NETO, 1998).

O apego é o laço afetivo que os pais estabelecem com a criança, podendo ser expresso através dos sentidos. Quando estabelecido, prepara-os para a separação no momento do parto, mas nem sempre esta separação ocorre de forma favorável, trazendo reações diferentes e imprevisíveis quando o nascimento de um bebê prematuro ou doente os leva a uma UTI Neonatal. (KLAUS; KENELL, 1993).

Em condições normais, o bebê se comunica e interage com os seus pais através de reações comportamentais, como o olhar e o choro, movimentando-se e aproximando-se instintivamente das carícias e do toque da mãe. No caso dos bebês prematuros ou doentes, internados na UTI Neonatal, essa capacidade de interação fica prejudicada, devido a sua fragilidade e debilidade. Logo, os profissionais de saúde tem o papel fundamental de incentivar e motivar os pais a ver, tocar e cuidar do bebê, tão logo seja possível, favorecendo a relação afetiva entre eles. (BRASIL, 2002).

Mittag e Wall (2004), ao desenvolverem uma pesquisa sobre os sentimentos e percepções dos pais ao terem seu filho internado na UTI Neonatal, concluíram que, embora os pais tenham histórias e experiências de vida diferentes, em geral reagem com medo, angústia e desespero. Esses sentimentos são amenizados à medida que confiam e são orientados pela equipe de saúde, sentindo-se mais confortáveis com a estabilidade do seu filho e quando são incentivados a participar de alguns cuidados com a criança.

Nas falas de alguns profissionais, emerge uma preocupação em interagir com os pais, sendo mediadores da ligação afetiva com seu filho durante o período de hospitalização, estimulando-os a ver, tocar e participar dos cuidados prestados ao RN. Preocupam-se ainda, com a presença da mãe para acalmar o seu bebê, encorajando-a a falar sobre seus sentimentos, estabelecendo dessa forma uma relação de cuidado, onde o neonato e a sua família passam a ser vistos de maneira mais humana.

[...] uma criança que teve internada aqui, e que tava muito grave e que foi colocada no colo da mãe com tubo e cheia de fio, e a mãe pegou [...] abriu a blusa e colocou a criança entre os seios dela [...] quando eu coloquei a criança [...] essa criança respondeu com a saturação, que aumentou muito [...] outra situação que agente observa dentro da UTI, com relação ao toque é que a criança cuja mãe participa, fica muito mais fácil manipular uma criança. Eu não tenho muito esse negócio de pedir que a mãe saia durante o procedimento. Eu pergunto se ela pode me ajudar e se ela fala que sim, eu sempre deixo ela me ajudar. (F<sup>o</sup> DE ANA)

[...] Fica aqui, fica aqui pertinho de mim, enquanto isso vai segurando na mão dele, vai segurando no dedinho dele, bota aqui a chupetinha pra ele chupar enquanto a gente vai fazendo isso aqui [...] a gente também lida com as mães, que é muito complicado a cabeça delas [...] imagina se eu estivesse no lugar dela, o que eu não estava pensando o que eu não estaria fazendo [...]. Então a gente tem que entender também que as vezes elas ficam nervosas, estressadas [...]. (F<sup>o</sup> DE IOLANDA)

Almeida (2007) salienta a necessidade da autorização dos pais e esclarecimento para determinados procedimentos. Quando orientados, tornam-se aliados e se sentem valorizados ao participar dos cuidados. Sempre que possível, o procedimento com o bebê deve ser realizado na presença e no colo dos pais, tornando a experiência menos estressante e mais confortável para todos os envolvidos.

Apesar de saber que a presença dos pais, em especial da mãe, é essencial para a formação do vínculo afetivo e imprescindível ao êxito do tratamento e a brevidade do período de internação, é primordial que a equipe de enfermagem seja solícita, receptiva, pronta e disponível, para que o ambiente da UTI se torne menos traumático possível e para que se sintam apoiadas, valorizadas e consequentemente não se afastem do seu filho. (FROTA et al., 2007).

Nesse sentido, Klaus e Kennel (1993) reforçam a necessidade de não se atender apenas ao RN, pois o período de internação, certamente influenciará o relacionamento afetivo entre os pais e o bebê ao longo da vida. Os autores destacam a criatividade de enfermeiras por eles observadas, que permitem os pais a participarem dos cuidados prestados aos seus bebês. Acredito ser este um

exemplo real da adequação e humanização das tecnologias, apesar da grande resistência a este movimento.

Embora, os cuidadores tenham conhecimento das possíveis consequências deste afastamento, revelam a dificuldade em lidar com a mãe, contrapondo aos aspectos humanizados:

Eu gosto de cuidar da criança, mas eu não tenho muito perfil pra cuidar da criança e a mãe ao mesmo tempo. Aqui a mãe te dá as costas e você fica olhando pra parede. Eu tô cansada de ver isso. Você quer orientar e te dá uma resposta: Ah, eu já tive tantos filhos, todos eles eu criei assim, eu não fiz isso [...]. Então eu acho que também isso [...] acaba te dando [...] um corte [...] você tem aquela vontade de sentar com ela, dar as orientações, explicar como mama, como é o banho, como tem que se dar o banho, como ela vai interagir com o filho em casa, trocar fralda, acalmar a criança. Então a mãe: Eu já tive tantos filhos, cuidei dele assim, todos eu cuidei assim, então ela já te corta [...]. Enquanto a criança tá comigo, eu faço o meu cuidado, eu faço a minha parte de humanização. A mãe chegou, aí é com ela, ela faz do jeito que ela achar melhor. (JOÃO)

Agora eu vou falar: Eu não tenho muita ética não [...]. Às vezes eu falo com as mães assim [...], dou uns forinhas básicos. Eu já estou a dez anos aqui, eu já vi o tipo de problema do seu filho e já vi outros que você nem imagina que existam, nesses dez anos que eu trabalho aqui. Aqui nessa Maternidade, a gente já viu de tudo, um pouco. Ainda falei pra ela: Trocar essa prótese e igual a trocar a minha [...]. Depois eu me dei conta. Aí ela: Ai, mentira que você usa prótese [...]. Chorei muito pra te que tirar esse meu dentinho, do que tirar uma prótese. Aí, ela ficou olhando e começou a rir. Quer dizer: Eu briguei com ela, porque ela não estava querendo aprender a trocar a prótese do filho dela. Disse pra ela que eu sabia trocar a prótese, que eu já tinha visto muito outras síndromes aqui. Olha quantas coisas eu falei pra ela sem ética [...] em compensação, falei de uma forma que ela não se sentiu ofendida. Não falei que o filho dela era um monstrinho, não falei que ele era isso, que ele era aquilo, que a prótese era difícil de ser tirada. (ISABELA)

Demonstram em suas falas um contexto interacional com o RN, desconhecendo a mãe como parte integrante deste processo. As situações em que os valores pessoais, culturais e sentimentais parecem não ser valorizados pela equipe de enfermagem, o que pode dificultar a comunicação e a interação da mãe com a equipe, além de impossibilitar o vínculo afetivo mãe-bebê.

Nesse contexto, Reichert, Lins e Collet (2007, p.205) afirmam que um dos aspectos que envolve o cuidado humanizado está relacionado com a maneira como lidamos com o outro, tratando-o com “dignidade e respeito, valorizando os seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e crenças, estabelecendo momento de fala e de escuta”.

Pode-se então dizer que essa divergência baseia-se principalmente na maneira de cada pessoa, em ser e estar no mundo, fundamentada em seus valores e princípios que adquiriu ao longo da sua existência humana.

A bem pouco tempo atrás acreditava-se que o RN não sentia dor. A Neonatologia, em função do seu tipo de clientela, foi buscar conhecer e traduzir o comportamento do neonato a fim de minimizar as possíveis complicações advindas da ação humana. Com isso, medidas foram adotadas com o intuito de diminuir os efeitos negativos e/ou problemas desencadeados durante a permanência do neonato na UTI.

Entre essas medidas destaco as não farmacológicas e farmacológicas que ajudam o RN a manter sua auto-organização e reduzir a dor durante e após os procedimentos dolorosos: contenção elástica; redução dos estímulos sonoros e luminosos; estímulo aos comportamentos de preensão e sucção, oportunidades de levar a mão à face ou à boca; sucção não nutritiva; administração da solução de glicose a 25% ou de colostro e de analgésicos ou opióides. (REIS et al., 2005).

O fato de os RNs não se comunicarem verbalmente exige do cuidador uma percepção, observação e sensibilidade apurada, características indispensáveis para a compreensão das reais necessidades do neonato. Nesse sentido, Simsen e Crossetti (2004) afirmam que o RN é um ser extremamente dependente, logo necessita de alguém que faça por ele e que reconheça as suas necessidades humanas básicas.

Esses aspectos, além do próprio conhecimento científico, possibilitam a adoção de medidas na adequação dos procedimentos técnicos, no sentido de prevenir e diminuir a estimulação dolorosa e o desconforto do neonato. Essas medidas fazem parte do cotidiano dos profissionais, observadas nas seguintes falas:

A criança não fala, então a gente têm muito que observar[...]. O posicionamento, por exemplo, é uma coisa que você tem que observar na criança. Muitas vezes a criança reclama muito, porque tá numa posição ruim, ela não gostou, ela não tá bem. Então o que a gente vai tentando fazer é um posicionamento diferenciado[...] que dê conforto pra ela. Aí a gente acaba conseguindo, que fica quietinho[...]. Eu gosto muito daquela coisa de ter aquela calma, na parte da tarde, depois que acaba aquele movimento de cuidar. Eu gosto muito disso, que é a humanização que a gente faz. Desligar a luz, de ficar aquela penumbra para os bebês descansarem um pouco. (F<sup>o</sup> DE IOLANDA)

[...] naquela época acreditava-se que a criança não sentia dor. Eu dizia: Não, não. Isso pra mim não existe. A criança sente dor. É um ser humano. Se eu estou introduzindo uma coisa nela, ela sente dor, se ela tá chorando, se debatendo, é lógico que ela tá sentindo dor. Qualquer ser vivo nesse mundo sente dor [...] (JOÃO)

Colaborando com essas afirmativas, o artigo 7<sup>o</sup> da Resolução nº 41/1995 sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados diz que o recém-

nascido não deve sentir dor se existem meios para evitá-la, considerando sempre a regra de ouro: o que é doloroso para um adulto é doloroso para uma criança, a menos que se prove o contrário. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Christoffel em estudo realizado sobre a dor do RN ressalta que, embora a equipe de enfermagem compreenda as reações de dor do RN, se sensibilize com o seu sofrimento e adote medidas para minimizá-la durante os procedimentos, a falta de recursos e as condições de trabalho refletem no cuidado ao neonato. (REIS et al., 2005).

Isto é percebido também, de maneira enfática pelos sujeitos deste estudo, se estendendo principalmente ao serviço público, quando se tenta prestar um cuidado ético e humanizado. Esta dificuldade é percebida através dos discursos abaixo:

[...] quando você vai fazer uma punção periférica, vai realizar um procedimento invasivo ou não [...] numa criança, você acalmá-la, ter sempre mais alguém[...] é sempre bom. Só que agente na instituição pública você não tem muito isso[...] tem muita [...] criança pra pouco funcionário. O ideal seria nós ficarmos só com três e sempre fazer em dupla [...]. (JOÃO)

Tem toda aquela coisa, que às vezes você fica chateado, um jelco que não funciona, uma sonda que entope e não desce a dieta. São coisas do cotidiano, que você não consegue mudar. A gente só fala e não consegue mudar, porque é uma questão de[...] hierarquia, de licitação, que foge aos nossos [...] como é que se diz [...] vontade de querer. (ISABELA)

Ficou claro que as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem ao cuidar do RN é dotada de intencionalidades. Schutz (1979) diz que toda ação tem um caráter intencional. Nessa perspectiva, a ação profissional mostra manifestações de uma prática humanista, mas também de profunda desvalorização do ser humano, percebida no seguinte depoimento:

O que eu vejo é que com o tempo as pessoas fazem aquilo mecanicamente. Com todo o curso que a gente teve de humanização, as pessoas esquecem[...] a Instituição te oferece o que foi estudado, o que foi comprovado[...] Cadê isso no nosso dia a dia! A gente aprende, a gente sabe, mas volta tudo a estaca zero. Isso passa a despercebido no nosso dia a dia, a preocupação com aquele ser, do que eu estou oferecendo a ele, se eu estou estressando ele mais do que eu devia. A gente pensa que não está sendo agressiva, mas pra criança está sendo agressiva. O jeito de pegar, de virar, de colher e não tem ninguém acalentando. Aí larga a criança de qualquer jeito. Então, acaba sendo uma coisa mecânica. Todo mundo sabe que tem que acalentar a criança? Sabe. Sabe que tem que enrolar? Dar a glicose antes? E não faz porque? Então volta ao serviço que ele fazia antes. Ah, eu sempre fiz assim. Então é uma coisa mecânica. Aprendeu, mas não faz. Não é porque dá trabalho. Pegar uma glicose, esperar. E é isso que me tirou o gosto de trabalhar na UTI Neo. Não é por falta de orientação, de conhecimento não, não é. É porque cada um tem as suas tarefas. Aprende como cuidar da criança, como minimizar o sofrimento dela, o estresse dela, mais cai todo mundo na velha rotina. Sabe que tá errado, mas volta, porque assim é mais rápido. Esquece aquela criança que tá ali. Continuamos mecanizados, todo mundo robôzinho. (JOÃO)

Essa fala revela aspectos negativos relacionados ao agir profissional, contrapondo-se ao projeto intencional dos cuidadores, o que de alguma forma os leva a um afastamento do cuidado ético e humanizado, reforçado pela falta de sensibilidade e consciência do cuidador.

A própria rotina diária e complexa da UTI neonatal interfere na maioria das vezes na forma de cuidar do RN, tornando o cuidado frio, mecânico e impessoal, fazendo com que os profissionais, por vezes, esqueçam de tocar, ouvir e escutar o ser humano que está a sua frente.

Neste contexto, o aparato tecnológico dominante da UTI faz com que a equipe esqueça que o ser humano deve ser o foco da sua atenção e não um objeto da sua manipulação. Reforçando esse pensamento, Kant (1974) afirma que o ser humano não deve ser considerado como um meio, mas como um fim em si mesmo.

Outro aspecto importante revelado pelos depoentes está relacionado com o próprio conhecimento técnico-científico indispensável à assistência do RN. No entanto, alguns profissionais têm essa bagagem de conhecimentos e agem erroneamente, continuam repetidamente fazendo errado, podendo comprometer a integridade biopsicossocial da criança.

Nesse sentido, o profissional infringe um dos princípios da bioética, o da beneficência e não maleficência, quando age de maneira mecânica, sem se preocupar com o RN. Cabe lembrar que o primeiro princípio baseia-se na ação feita em benefício do outro, estabelecida pela obrigação moral e promoção do bem, decorrente da avaliação risco-benefício. O segundo está relacionado ao dever de agir em favor do outro, evitando quaisquer danos advindos da ação humana. (URBAN, 2003; GOLDIM, 2006).

Diante disso, cabe ao profissional o dever de conhecer o seu código de ética e os direitos da criança, para que possa respeitá-la e promover a qualidade da assistência, agindo sempre com responsabilidade, respeito e compromisso profissional em prol do ser cuidado.

Considerando-se que a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde da pessoa em todas as suas dimensões e que age de acordo com os princípios da ética e da bioética, cuidar do RN exige por parte dos profissionais uma responsabilidade e competência técnica muito grande. É o que se revela nas falas:

[...] Eu acho a nossa responsabilidade o principal de tudo. Aqui tem a responsabilidade, tem o carinho, eu gosto do trabalho daqui. Não vou dizer em

relação ao restante da maternidade, mas o trabalho daqui da Neo é muito bom.  
(FELIPE)

[...] a gente procura fazer as coisas dentro da nossa responsabilidade, na técnica [...]. (DANIEL)

Rodrigues (2001) ressalta a necessidade de se buscar o equilíbrio entre a competência técnica e o ser cuidado, direcionando suas ações cotidianas para o cuidado. Assim, estará promovendo um cuidado habilidoso, seguro, ético e humano.

Para que haja responsabilidade, é necessário existir uma consciência do cuidador sobre os seus atos. O imperativo tecnológico pode influenciar a conduta profissional, eliminando a consciência ética e humana, destituída de valores morais, princípios e de caráter, determinando, assim, ações mecânicas e impessoais.

Embora os profissionais associem a responsabilidade à boa execução da técnica, o cuidado não se caracteriza somente com o bom desempenho do procedimento, envolve a maneira de ser de cada indivíduo, os seus valores, crenças e conhecimentos. Portanto, mais do que desenvolver uma tarefa, é necessário resgatar a sensibilidade humana, como maneira de “ver o que não somente os olhos vêem, mas ver o que o coração tem a capacidade de sentir”. (SIMSEN; CROSSETI, 2004, p. 235).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### *Ética*

*Confesso amargurado, envelheci precocemente  
São tantos os conceitos que não compreendo mais  
Valores que norteavam o procedimento humano  
Perderam-se sem sentido no meio dos mortais*

*Vejo a ética desfigurada pelo engodo traiçoeiro  
Vejo homens que se prestam a servis interesseiros  
Vejo pragas que se alastram e embaçam a visão  
Em condutas vergonhosas, lamentável aberração.*

*Vejo aqueles que ponderam de forma tão sutil  
Preparando argumentos para um tropeço vil  
Que por vezes escancara as raias do absurdo  
Que não resta outra saída: seja cego, surdo, mudo.*

*Mas ainda temos loucos de loucura tão pungente  
Que acreditam ser possível salvar a nossa mente  
Da tortura tão em voga sem perder a condição  
De ser gente decente sem de a ÉTICA abrir mão.*

*Por isso sempre digo, já não passo de um louco  
Acredito nos motivos que movem estes poucos  
Que colocam atrevidos, a ÉTICA por condição  
Para erguer toda decência - não há outra solução.*

Agamenon Almeida

Ao iniciar este estudo, foi difícil reduzir os meus pressupostos e reconhecer que aquilo que observo na minha prática profissional nem sempre se revela de maneira explícita pelo outro. Estava certo que os profissionais expressariam um cuidado mecânico e impessoal, normatizado por procedimentos técnicos e pelos equipamentos da UTI Neonatal, quando me deparei com uma enfermagem sensível e envolvida com as questões éticas e humanas.

Mesmo que as inovações tecnológicas e os avanços científicos tenham trazido vários benefícios para a Neonatologia nos últimos anos, possibilitando o aprimoramento e a capacitação profissional, influenciaram também o cuidado de enfermagem, trazendo impessoalidade, formalidade, frieza e desvalorização do ser humano. Nesse contexto, considero o tema da ética essencial para a prática profissional na UTI Neonatal, visando ações que valorizem, respeitem e garantam a integridade do RN e da sua família, à luz de valores e princípios morais que norteiam a conduta profissional sob uma perspectiva mais humana.

Em razão da especificidade dos RNs, o cenário do estudo é dotado de equipamentos e aparelhos indispensáveis à manutenção da vida destes pequenos

seres. Esse ambiente, por si só, nos põe a diante de vários dilemas e conflitos, perdendo o seu sentido se não estiver vinculado ao processo relacional, aos aspectos humanos e, principalmente, se não estiver vinculado aos princípios éticos para a manutenção e valorização da vida.

O grande desafio da Neonatologia é o uso da tecnologia com bom senso, a fim de oferecer um cuidado que beneficie o RN, sem danos ou prejuízos ao seu desenvolvimento. A ética busca a promoção, manutenção e recuperação da saúde, preservando a dignidade e qualidade da vida humana.

Esse mundo de intensas inovações tecnocientíficas não é um ambiente onde somente se desempenham atividades técnicas e científicas, mas, também, onde as pessoas têm a possibilidade de se relacionar. Nesse processo relacional, os profissionais mostraram-se acolhedores e interessados em participar do estudo, o que me deixou bastante gratificado e entusiasmado com a fase das entrevistas. Esse contato foi estabelecido de maneira empática, emergindo depoimentos de profunda intensidade e emotividade.

A partir da abordagem fenomenológica de Alfred Schutz, mediante o contexto vivencial em que estão inseridos, os sujeitos internalizam em suas falas um cuidado ético e humanizado, mas também demonstram uma grande dificuldade em falar sobre a temática, por se tratar de uma questão polêmica, com pouca visibilidade no meio acadêmico e no ambiente hospitalar.

Assim, foi possível desvelar o típico da ação dos profissionais de enfermagem ao cuidar do RN na UTI Neonatal. Esses profissionais têm em vista **realizar o melhor cuidado desejando a cura e a alta do RN**, apoiando-se na tecnologia para **valorizar a perspectiva humana do cuidado na UTI Neonatal e na possibilidade de agir com ética**.

O estudo evidencia que as ações de enfermagem estão voltadas para a criança e sua família, para além de um olhar biologicista e tecnicista, numa visão mais humanística e ética, embora esteja explícito em suas falas que o cuidado no cotidiano da UTI Neonatal é, por vezes, realizado de maneira mecânica e impessoal. Observa-se uma preocupação dos cuidadores com o bom desempenho técnico de suas ações, centrado na responsabilidade ética e nas normas de conduta do exercício profissional.

Ao agir, os profissionais em suas falas buscam oferecer o melhor cuidado desejando a cura e a alta do RN, revelando-se uma ação de responsabilidade,

preocupação, atenção e carinho, o que requer do cuidador conhecimento específico, envolvimento afetivo e um cuidado individualizado ao RN e a sua família. Nesse sentido, o RN é percebido como um ser singular, que possui as suas próprias necessidades, captadas através da sensibilidade, percepção e observação do cuidador, o que o torna um ser muito especial.

O fato de os RNs serem dependentes do cuidador, a sua condição de saúde, fragilidade e vulnerabilidade podem subestimar as suas necessidades e supervalorizar o conhecimento dos profissionais de enfermagem, tornando ainda maior a sua responsabilidade. Para isso, é necessário agir de acordo com os preceitos éticos e legais da profissão, respeitando a integridade física da criança.

Partindo de que não há cuidar se não existe uma relação interpessoal, emerge das falas dos depoentes o envolvimento e afetividade dispensadas ao RN e a sua família. Evidenciou-se uma afetividade pelo RN e uma preocupação com o vínculo do apego entre pais e bebês, encorajando-os a participar dos cuidados prestados a seu filho. Os profissionais compreendem as diferentes reações da criança e da sua família, respeitando seus sentimentos e seus momentos, estabelecendo dessa forma uma relação de afetividade.

Contraditoriamente em seus relatos, os profissionais revelam que no cotidiano da UTI Neonatal as relações são por vezes impessoais, demonstrando um distanciamento para com o RN e a sua família, negando, assim, os seus sentimentos e desejos, traduzindo-se, a meu ver, como uma falta de respeito e desvalorização do ser cuidado. Nesse contexto, ressalto a importância da atenção e do cuidado aos familiares, em especial aos pais, como fundamental no cuidado ao RN.

Outro aspecto importante referido pelos profissionais, que interfere nas ações de enfermagem, podendo direcionar um cuidado robotizado, insensível e desumano, está relacionado à falta de recursos humanos e qualidade do material. A demanda de atividades e de cuidados específicos ao RN, em contraponto ao déficit e à qualidade dos recursos disponíveis neste cenário, interfere consideravelmente na qualidade da assistência.

Humanizar não consiste somente em práticas sistematizadas e políticas de saúde que norteiem a ação humana, vai muito além do que isso, do que o aparato tecnológico e dos recursos disponíveis. É necessário envolver-se socialmente, emocionalmente, moralmente e espiritualmente com o outro.

Diante disto, o emprego da tecnologia, seja ela dura, leve-dura ou leve, se faz presente nas diversas maneiras de cuidar do RN. Na realidade pesquisada, a interferência tecnológica se manifestou de maneira positiva no projeto intencional dos profissionais, mostrando uma enfermagem que busca fazer o seu melhor, envolvida com as questões éticas e humanas, ao mesmo tempo que se manifesta de maneira negativa, revelando no cotidiano da UTI Neonatal um cuidado desprovido de envolvimento, mecânico e impessoal. Essas interferências nos servem de contraponto para estarmos atentos ao que fazemos e não devemos fazer.

O grande desafio é sensibilizar os profissionais a desenvolver um cuidado mais ético e humano, que não vise somente a incorporação das tecnologias, mas que se possa utilizar a arte, a sensibilidade e a criatividade a fim de buscar novas maneiras de cuidar, que possibilite assistir o Rn e sua família além dos aspectos técnicos e instrumentais.

Ratifica a sensibilidade, intuição e percepção do cuidador, características indispensáveis para assistir o RN, desenvolvendo um olhar diferenciado para as questões que envolvem as suas ações em relação à maneira de ser do RN, propiciando um cuidado mais individualizado. Além disso, contribui para se repensar novas maneiras de cuidar, utilizando a arte e a criatividade na adequação e humanização das tecnologias.

Nessa perspectiva, uma das contribuições deste estudo para a enfermagem neonatal é promover uma reflexão sobre a prática assistencial, favorecendo a interação afetiva entre pais e bebês, estimulando-os e encorajando-os a ver, tocar e participar dos cuidados ao RN, bem como a implementação de grupos de apoio aos familiares durante o período de hospitalização.

O estudo tem aplicabilidade na prática assistencial das UTIs, tendo em vista a adequação da tecnologia nas ações de enfermagem, buscando novos caminhos para uma assistência mais humana e ética, em que se valorizam as questões que tratam da dignidade e da qualidade da vida humana.

Traz uma aproximação com a bioética, apresentando um panorama dos dilemas éticos que emergem na neonatologia e na prática assistencial. Nesse sentido, considero importante a inclusão da bioética na estrutura curricular dos futuros profissionais de saúde, bem como a criação de um espaço no ambiente hospitalar, oferecendo subsídios para tomada de decisões, incluindo os pais no exercício de sua autonomia.

Possibilita reflexões e discussões sobre os limites da vida e da morte, deixando lacunas para as quais não encontramos respostas, quando se tenta fixar limites para restabelecer a vida e aceitar a morte, não como um fracasso, mas como algo que pode acontecer.

Saliento que o estudo, ao se fundamentar nos princípios éticos e nas concepções da bioética, contribui para nortear as ações profissionais, no que diz respeito aos direitos e deveres da pessoa humana, para que, dessa maneira, se possa construir uma sociedade mais autônoma, justa e solidária.

Valoriza a assistência ao RN, tendo como foco principal a sua segurança e a redução de danos provocados pelo mau uso da tecnologia. Possibilita ao cuidador um olhar sobre si mesmo, onde é possível cuidar de maneira autêntica e verdadeira, bem como compreender a importância de suas ações em contraponto ao mundo fascinante das inovações tecnológicas.

Considero o estudo importante para a pesquisa e o ensino, contribuindo para novas produções científicas sobre a inclusão da bioética como temática importante na produção e no desenvolvimento de novos conhecimentos, imprescindíveis na área da saúde da criança, especificamente na neonatologia de risco.

O estudo promove uma reflexão crítica sobre a ação profissional no contexto das UTINs, contribuindo sobremaneira para um cuidado ético e mais humanizado, que valorize e respeite a vida humana em toda a sua dimensão.

Assim, como diria Francisco Cândido Xavier, **a paz em nós resultará da tranquilidade e da consciência do nosso dever cumprido.**

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.N.A.S. **A vulnerabilidade na prática clínica da saúde da criança**. In: BARCHIFONTAINE, C.P.; ZOBOLI, E. (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**, São Paulo: Idéias & Letras, 2007, p.327-346.

ARAÚJO, A. D. et al. Trabalho no centro de terapia intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem. **Rev. min. enferm.** Belo Horizonte, v.9, n.1, p.20-28, jan./mar.2005.

ARAÚJO, B.B.M. **Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re)conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais 2007**. 74f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ARAÚJO, B.F. Prematuridade: perspectiva atual. **Rev.Ciências Médicas**, v.1, n.2, abr./jun. 2003.

ARAÚJO, J.O.; DI PIERO, K. C. Incidência de lesões por CPAP nasal na unidade de terapia intensiva neonatal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TRATAMENTOS DE FERIDAS, 2., 2007. Salvador. **Anais...** Salvador: SOBENFeE, 2007.

ÁRIES, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981. 196p.

ARONE, E.M.; CUNHA, I.. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integridade da assistência. **Rev. bras. enferm.** v.60, n.6, p. 721-723. nov./dez. 2007.

AVERY, G.B. **Neonatologia** - Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 300p.

AZEVEDO, M. A.O. **Bioética fundamental**. Porto Alegre: Tomo, 2002. 206p.

BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (Brasil). **Informações sobre a empresa**. [Brasília, DF, 2009?]. Disponível em: <[http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes\\_pt/Institucional/O\\_BNDES/A\\_Em presa/](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/O_BNDES/A_Em presa/)>. Acesso em: 15 maio 2009.

BARCIFILO, C. P. Epígrafe. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 318p.

BARRA, D.C.C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área de saúde e da enfermagem. **Rev. eletrônica de enferm.** v.8, n.3, p.422-430, 2006.

BEAUCHAMP, T. L.; CHIDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 4. ed. New York: Oxford, 1994. p. 100-103.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEWICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 318 p. 87-100.

BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Latino am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, jan. 1994.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso**. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. **Taxa de mortalidade neonatal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 5 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações – IDB/2004**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 3 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. Caderneta de Saúde da Criança. **Passaporte da cidadania**. Brasília, DF, 2006.

BUBER, M. **Eu e Tu**. SP. São Paulo: Moraes, 1974 apud OLIVEIRA, M.E. Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.3, n.2, p. 1-14, jul./dez. 2001.

CANINEU, R. et al. Introgenia em medicina intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 18, n.1, p.95-98, jan./mar. 2006.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. 3.ed. Londrina: UEL, 1996. 133 p.

\_\_\_\_\_. **Metodologia das Ciências Sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz**. 2. ed. Londrina: UEL, 1998. 97p.

\_\_\_\_\_. **Principais conceitos da fenomenologia de Husserl**. [S.L]: Filoinfo, c2003. Disponível em: <<http://www.filoinfo.bem-vindo.net/filosofia/modules/articles/article.php?id=12>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

CABRAL, I. E. et al. A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. **Rev. bras. enferm**, Brasília v.57, n. 1, p. 35-39, 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 16. ed. São Paulo: Cultrix., 1994. 30 p.

CARBAJAL, R.; CHAUVET, X.; COUDERC, S. Pacifiers have greater analgesic effect than sweet solutions during venipuncture in full-term newborns. Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. **ACP journal club**. v.133, n.1,p.25, July/Ago.2000.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991. 93 p. apud SOUZA, T. G. F. **A família vivenciando a internação de um filho na UTI neonatal: uma contribuição para o cuidar em enfermagem**. 2006. 53 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CARVALHO, M. A influência do ambiente da UTI neonatal na assistência ao recém-nascido de risco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA, 31., 2000, Fortaleza. **Anais de Congresso**. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2000.

CARVALHO, M.D.B.; VALLE, E.R.M. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p.843-847, 2002.

CHANDLER, D. **Technological or media determinism**. [S.l. :s.n.], 2000. Disponível em: <<http://www.aber.ac.uk/media/Documents/tecdet/tdet06.html>>. Acesso em: 26 maio 2008.

CLOHERTY, J.P.; STARCK, A.R. **Manual de Neonatologia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. 896 p.

COELHO, L.P.; RODRIGUES, B.M.R.D. O cuidar da criança na perspectiva da bioética. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p188-193, abr./jun. 2009.

COLTRO, A. A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v.1, n.11, jan./mar. 2000

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Código de ética dos profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN- 311/2007. Rio de Janeiro, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº196/96 de 10/10/96**. Dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em:<[www.conselho.saude.gov.br/deliberacoes/reso\\_96.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/deliberacoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 8 ago. 2008.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (Brasil). **Resolução nº41/95**. Dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizado. Brasília, DF, 1995. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/conanda.htm>>. Acesso em: 8 ago. 2008.

CORRÊA, A. K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 83-88, jan. 1997.

DICIONÁRIOS Porto Editora. Porto, PT, c2009. Dignidade humana. Disponível em: <<http://www.portoeditora.pt/dol>>. Acesso em: 28 jun. 2008.

ELSEN, I.; MARCON, S. S. A enfermagem com um novo olhar: a necessidade de enxergar a família. **Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 21-26, 1999.

FABRE-GRENET, M. Os meios de comunicação do prematuro. In. BUSNEL, H.C. **A linguagem dos bebês: sabemos escuta-los?** São Paulo: Ed. Escuta, 1997. p.111-

123 in BUSNEL, H.C. **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?**. São Paulo: Ed. Escuta, 1997.

FORTES, P.A.C. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo: EPU, 1998. 199p.

FROTA, M. A. et al. Recém-Nascido em uma Unidade de Internação Neonatal: Crenças e sentimentos maternos. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 323-329, jul./set. 2007.

FUNDAÇÃO ORSA. **Método Mãe-Canguru**. [S.l. : s.n, 2009?]. Disponível em: <<http://www.metodomaecanguru.org.br/>>. Acesso em: 15 maio 2009.

GAIVA, M.A.M. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. **Cogitare enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 61-66. jan./abr. 2006.

GASPARETTO, S; BUSSAB, V. S. R. A necessidade de um trabalho preventivo em maternidade: instruções sobre o comportamento do recém-nascido. **Rev. bras. crescimento e desenvolv. hum**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 30-34, 1995.

GLOCK, R.S.; GOLDIM, J.R. **Ética profissional é compromisso social in Bioética e Ética na ciência**. Porto Alegre: UFRGS, 1997. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/bioetica.htm>>. Acesso em: 5 jul. 2008.

GOLDIM, J.R. Bioética: origens e complexidade. **Rev. HCPA & Fac. Méd. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. apud SANTOS, D. L.; POKLADEK, D. D. A massificação do homem e o destino da humanidade buscando um jeito fenomenológico de conhecer o mundo. In: POKLADEK, D. D. **A fenomenologia do cuidar: práticas dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004.

HINIKER, P.Q.; MORENO, L.A. **Developmentally Supportive Care: Theory and application – a self-study module**. S Weymouth, MA: Children's Medical Ventures, Inc., 1994.

KAMADA, I.; ROCHA, S.M.M; BARBEIRA, C.B.S. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil - 1998-2001. **Rev. Latino am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 4, jul.,p.436-443, ago 2003.

KANT, I. **Crítica da razão pura**: dignidade da pessoa humana na filosofia moral de Kant. São Paulo: Abril Cultural, 1974 apud QUEIROZ, V. S. A dignidade da pessoa humana no pensamento de Kant: da fundamentação da metafísica dos costumes a doutrina do direito. Uma reflexão crítica para os dias atuais. **Jus Navigandi**, jun. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7069>>. Acesso em: 5 jul. 2008.

KLAUS, M.H.; KLAUS, P.H. **O Ser surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre:Artmed, 2001.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J. H. **Pais/bebês**: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, p. 178-185, Abr.2007.

KOLPEMAN, B.I. **Princípios éticos em Neonatologia**. [S.l., c2004]. Disponível em: <<http://www.brazilpednews.org.br/>>. Acesso em: 17 set. 2007.

KOTTOW, M.H. The vulnerable and the susceptible. **Bioethics**, v. 17, n. 5/6, p. 460-471, Oct. 2003.

LAMY, Z.C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-natos internados em unidade de terapia intensiva neonatal**. 1995, 200 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

LAMY, Z.C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.1-12, jul./set. 2005.

LIMA, G.C. **Humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica**: discurso de enfermeiras. 2004, 54 f. Monografia (Especialização em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004 apud REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Rev. eletrônica enferm.**, v.9, n.1, p. 200–213, 2007.

LOCSIN, R. Technology and caring in nursing. In: BOYKIN, A. (Col). Power politics public policy: a matter of caring. New York: Neational League for Nursing Press, c1995. p.24-36 apud WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 57-58.

LUSSKY, R.C. Technological advances and changing social values have led to stunning gains in newborn medicine. **Minnesota Medicine**, v. 82, p. 1-8, Dec. 1999.

MACHADO, M.E.D. **Amamentação**: A ação da equipe de Enfermagem na perspectiva fenomenológica de Alfred Schutz. 2005, f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MAIA, A.R. et al. Princípios do cuidar. In: O processo de cuidar, Ensinar e Aprender o fenômeno das drogas: a redução das demandas: Módulo 04: Curso de Especialização no fenômeno das drogas. Florianópolis, SC: UFSC, Departamento de Enfermagem; 2003. apud ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 2008.

MARCUS, M. T.; LIEHR, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDOWOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, p 122-139.

MARTIN, L. M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 31-49

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: EDUC/Moraes, 1989.

MEHRY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. 190 p.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.A. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

MITTAG, B.F.; WALL, M.L. Pais com filhos internados na UTI Neonatal: Sentimentos e percepções. **Fam. saúde Desenv.**, Curitiba, v.6, n.2, p.134-145, maio/ago. 2004.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANOL. Pressure Ulcer Prevention Points. [S.l., 2009?].Disponível em: <htt://www.npuap.org>. Acesso em: 15 nov. 2009.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M.T.; O saber da Enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.1, p.129-152, jan./abr. 2000.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez Ribeiro, 1989. 174p apud AVERY, G.B. **Neonatologia** - Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 300p.

NOGUEIRA, M. F. H. **Os prematuros respondem aos cuidados de enfermagem**: uma ação que acalma ou estressa? Um experimento fundamental sobre cuidadores e cuidandos. 1999.139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

O'BRIEN, M.E. Living in a house of cards: family experiences with long-term childhood technology dependence. **J. Pediatr Nurs**, v. 16, n.1, p. 13-22, Feb. 2001.

OLIVEIRA, I.S.C. A história da tecnologia e suas repercussões no cuidar em saúde da criança. **Esc. Anna Nery Rev. enferm.**, Rio de Janeiro, v.6, Supl. 1, p.101-106, dez. 2002.

OLIVEIRA, M.E. Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.3, n.2, p. 1-14, jul./dez. 2001.

PACHECO, S. T. A. **O cuidado prestado pelo acadêmico de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal na ótica da mãe, uma análise compreensiva**. 2000. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. **Rev. Latino am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 91-96, set./out. 2001.

PEGORARO, O. **A Ética e bioética**: da subsistência à existência. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 133p.

PEGORARO, O. **Introdução a ética contemporânea**. Rio de Janeiro, RJ: Uapê, 2005. 120p.

PESSINI, L. Bioética: horizonte de esperança para um novo tempo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.23, n.5, p.259-262, set./out. 1999.

POPIM, R.C.; BOEMER, M. R. Cuidar em Oncologia na perspectiva de Alfred Schutz. **Rev. Latino am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p. 677-685, set./out.2005.

PORTER, F.L. et al. Pain and pain management in newborn infants: a survey of physicians and nurses. **Pediatrics**, v. 100, n. 4, p. 626-632, Oct. 1997.

QUEIROZ, V. S. A dignidade da pessoa humana no pensamento de Kant: da fundamentação da metafísica dos costumes a doutrina do direito. Uma reflexão crítica para os dias atuais. **Jus Navigandi**, jun. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7069>>. Acesso em: 5 jul. 2008.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Rev. eletrônica enferm.**, v.9, n.1, p. 200–213, 2007.

REIS, C.S.C. et al. Assistência Humanizada ao Recém-Nascido. **Enfermagem Atual**, v. 5, n. 27, 6-13, maio/jun., 2005.

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.

RIBEIRO, J.M. **Cuidado**: Experiência de um processo interativo - educativo com a equipe de enfermagem neonatal, fundamentado no interacionismo simbólico. 2007, 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 2008.

RODRIGUES, B. M. R. D. **O cuidar de crianças em creche comunitária**: redimensionando o treinamento numa perspectiva compreensiva. 1996. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

\_\_\_\_\_. **O cuidar de crianças em creche comunitária:** contribuição sociológica fenomenológica de Alfred Schutz. Londrina: Editora UEL, 1998. 58 p.

\_\_\_\_\_. O saber-fazer do enfermeiro pediatra: uma contribuição filosófica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 211-216, set./dez. 2001.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre a bioética no cuidado ao paciente crítico. In: SILVA, L. D. **Cuidados ao paciente crítico:** fundamentos para a Enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.

RODRIGUES, R.G.; OLIVEIRA, I.S.C. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber da Enfermagem na Neonatologia (1870-1903). **Rev. eletrônica enferm.**, v.6, n.2, 2004. Disponível em: <<http://www.fenufg.br/>>. Acesso em: 5 maio 2008.

SALOMANE, R. Desafio precoce. **Veja**, São Paulo, ed.1921, 7 set. 2005.

SÁ NETO, J.A. de. **Mães e Bebês:** A formação do apego num contexto de hospitalização. 1998, 55 f. Monografia (Especialização em Enfermagem) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

SANTOS, C.R.G. dos. **Quando os papéis se misturam:** As representações das enfermeiras-mães que trabalham em UTI Neonatal. 2000. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SANTOS, D. L.; POKLADEK, D. D. A massificação do homem e o destino da humanidade buscando um jeito fenomenológico de conhecer o mundo. In: POKLADEK, D. D. **A fenomenologia do cuidar:** práticas dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional. São Paulo: Vetor, 2004.

SAPIENZA, G.; PEDROMONICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais.** Rio de Janeiro: Zahar, 1979. 319p. apud RODRIGUES, B. M. R. D. **O cuidar de crianças em creche comunitária:** contribuição sociológica fenomenológica de Alfred Schutz. Londrina: Editora UEL, 1998. 58 p.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. 319p. apud SOUZA, T. G. F. **A família vivenciando a internação de um filho na UTI neonatal**: uma contribuição para o cuidar em enfermagem. 2006. 53 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SCOCHI, C.G.S. et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino am. Enfermagem**, v. 11, n.4, p. 539-543, jul./ago. 2003.

SCHWARTSMAN, H. Bom senso na UTI. **Folha on line**, São Paulo, 14 abr, 2005. Disponível em:  
<<http://www1.folha.uol.com.br/folha/pensata/helioschwartzman/ult510u356105.shtml>>. Acesso em: 5 jul. 2008

SEGATTO, C.; ANAURATE, G.; BUSCATO, M. No frágil mundo dos prematuros. bebês prematuros. **Revista Época**, n. 531, p.105-114, jul. 2008.

SEGRE, M. Considerações sobre o princípio da autonomia. **Medicina**, v. 28, n. 1, p. 10-15, 1995 apud GAIVA, M.A.M. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. **Cogitare enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 61-66. jan./abr. 2006

SGRECCIA, E. Manual de bioética. São PAULO: Loyola, 1996 apud PEGORARO, O. **A Ética e bioética**: da subsistência à existência. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 133p

SIQUEIRA, J.E. Hans Jonas e a ética da responsabilidade. In: URBAN, C. A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p.38-43.

SILVA, F.L.; JUNIOR, W.J.S.; HOSNNE, W.S. Dignidade humana e bioética: uma abordagem filosófica. **BIOETHICOS** - Centro Universitário São Camilo, v. 2, n.1, p. 50-64, 2008.

SIMSEN, C.D.; CROSSETTI M.G.O. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. **Rev. gauch. enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 25, n. 2, p. 231-242, ago. 2004.  
SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 13-17, jul. 1997.

SOUZA, M.H.N. **A mulher que amamenta e suas relações sociais**: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio. 2006. 156 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, M.H.N.; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, F.R. Abordagem da Fenomenologia Sociológica na Investigação da Mulher que Amamenta. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 52-56, jan./mar. 2009.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005.

SOUZA, T. G. F. **A família vivenciando a internação de um filho na UTI neonatal**: uma contribuição para o cuidar em enfermagem. 2006. 53 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

STEVENS, K.R. Psychosocial care. In; VESTAL, K. **Pediatric Critical Care Nursing** New York: John Wiley e Sons, 1981.

SULZBACHER, M.; LUNARDI, V.L.; FILHO, W.D.L.; Implicações morais do fazer enfermagem. **Rev. Paul. enferm.**, v. 25, n. 2, p. 102-108, 2006.

TOCANTINS, F. R. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde**: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schutz. 1993. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

URBAN, C. A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter , 2003. 574p.

VERNIER, J. T. N.; CABRAL, I. E. **Caracterização de crianças com necessidades especiais de saúde e seus familiares cuidadores**: Santa Maria (RS) 2004-2005. Subsídios para intervenção de enfermagem. **Revista da Sociedade de Enfermeiros Pediatras**, v.6, n.1, p. 37-45, jul. 2006.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 237p.

\_\_\_\_\_. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.190p.

VERNIER, J. T. N.; CABRAL, I. E. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra-Luzatto, 1998. 204p.

WATSON, J. Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures, PO: Lusociência; 1999 apud COELHO, L.P.; RODRIGUES, B.M.R.D. O cuidar da criança na perspectiva da bioética. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p188-193, abr./jun. 2009.

WONG, D. **Enfermagem Pediátrica**: Elementos essenciais à intervenção efetiva. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1344p.

ZACONETA, C.M.; SIQUEIRA, A.P. R; SIQUEIRA, F. R; RAMOS, E. C. **Neonatologia**: a terceira onda. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://www.paulomargotto.com.br/documentos/neo\\_04022004.doc](http://www.paulomargotto.com.br/documentos/neo_04022004.doc)> Acesso em: 5 jul. 2008.

**APÊNDICE A** -Termo de consentimento livre e esclarecido

(Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde)

**Título da Pesquisa: Enfermagem cuidando do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um olhar ético da ação profissional.**

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues.

**Mestrando:** José Antonio de Sá Neto.

Caro (a) colega,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre **as ações experienciadas pela equipe de enfermagem ao cuidar do RN na UTIN**, que tem como objetivo **apreender os aspectos éticos implícitos nas ações de enfermagem ao cuidar do RN**.

Sua participação é voluntária, não determinará qualquer risco, não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará uma reflexão crítica sobre o cuidado de enfermagem ao RN, contribuindo para a qualidade da assistência.

A sua não identificação será garantida, pois os dados serão relacionados unicamente a você, resguardando o seu nome, endereço e filiação. Também será permitida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos, dano moral e ético.

Informo que o Sr(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, para qualquer esclarecimento e eventuais dúvidas. Terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos. Assinando este documento você estará dando seu consentimento para ser entrevistado (a) por um Enfermeiro, mestrando da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A seguir está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, ficando claro para mim os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro que a minha identificação não se tornará pública, e que meu endereço, nome e filiação permanecerão em sigilo absoluto. A minha participação será isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do participante

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ( )

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a)

---

Havendo a necessidade de realizar contato com os pesquisadores, você poderá fazê-lo através dos seguintes endereços, e/ ou telefones:

- Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de Setembro, 157 – sala 702, Vila Isabel. Rio de Janeiro. CEP: 20.551-030. Tel.: (21) 25876335.
- José Antonio de Sá Neto. Rua Marechal Jofre, 122/504 - Grajaú Tel.: 9457-0250. E-mail: [jose.neto2008@ig.com.br](mailto:jose.neto2008@ig.com.br)
- Profª Drª Benedita M. R. D. Rodrigues. Tel: 8887-5766. E-mail: [benedeusdara@gmail.com](mailto:benedeusdara@gmail.com)

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – RJ. CEP/SMS-RJ. Tel: Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 - Cidade Nova.Tel.: 2503-2024 / 2503-2026. E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br)

---

## APÊNDICE B - Carta de autorização institucional



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CURSO DE MESTRADO

**Da:** Diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Para:** Comitê Científico do Hospital Maternidade Fernando Magalhães

**Assunto:** Solicitação para realização de pesquisa

Vimos, pelo presente, solicitar autorização para que o aluno José Antonio de Sá Neto, do Curso de Mestrado em Enfermagem desta Universidade, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, possa coletar dados nessa Instituição conforme informações anexas, a fim de realizar o trabalho científico previsto para a defesa da dissertação de mestrado.

A pesquisa tem como temática **o cuidado de Enfermagem na UTI Neonatal sob a perspectiva ética**, tendo como objetivo **apreender os aspectos éticos implícitos nas ações experienciadas pelos profissionais de enfermagem ao cuidar do RN**.

A metodologia utilizada será de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica, fundamentada na sociologia compreensiva de Alfred Schutz, tendo como instrumento de coleta de dados a entrevista fenomenológica. O título do estudo é: **Enfermagem cuidando do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um olhar ético da ação profissional**.

Certos de contarmos com colaboração de V. S<sup>a</sup>. apresentamos protestos de estima e apreço.

Atenciosamente,

---

Diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ

- ( ) Autorizo a realização da pesquisa, mas não autorizo a divulgar o nome da Instituição.  
 ( ) Autorizo a realização da pesquisa, assim como autorizo a divulgar o nome da Instituição.  
 ( ) Não autorizo a realização da pesquisa.

---

Assinatura do Presidente do Comitê Científico

**APÊNDICE C - Carta ao Comitê de Ética**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CURSO DE MESTRADO

Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2008.

Como aluno do Programa de Mestrado em Enfermagem da UERJ, solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, parecer deste projeto de Dissertação, de acordo com a Resolução nº 196/96, da FNS.

Aguardo pronunciamento para iniciar a pesquisa.

Atenciosamente,

---

José Antonio de Sá Neto

**ANEXO A - Roteiro de entrevista fenomenológica:**

Identificação dos Atores Sociais:

Entrevista nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de Formação: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de experiência em Terapia Intensiva

Neonatal: \_\_\_\_\_

Possui algum curso de atualização em Neonatologia:

 Sim       Não

Qual?

 Curso de Capacitação Especialização Mestrado Doutorado Outros:

Pseudônimo adotado pelo entrevistado: \_\_\_\_\_

(Nome de uma criança que foi marcante para você durante os seus cuidados)

Questões orientadoras da entrevista:

Fale-me sobre a sua experiência ao cuidar do RN no cotidiano da UTI.

O que você tem em vista ao cuidar do RN na UTI?

Em relação à ética, o que você pensa ao cuidar do RN?

Qual o significado do nome que você escolheu para ser identificada?

## ANEXO B - Folha de rosto da CONEP



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Conselho Nacional de Saúde**  
**Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**

### FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FR - 233845

#### Projeto de Pesquisa

Enfermagem cuidando do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um olhar ético da ação profissional

Área de Conhecimento

4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum

Área(s) Temática(s) Especial(s)

Grupo

Grupo III

Nível

Não se aplica

Fase

Não se Aplica

Unitermos

Cuidado de enfermagem, tecnologia, ética

#### Sujeitos na Pesquisa

Nº de Sujeitos no

Centro

10

Total Brasil

10

Nº de Sujeitos

Total

10

Placebo

NAO

Medicamentos

HIV / AIDS

NÃO

Wash-out

NÃO

Grupos Especiais

Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc

Sem Tratamento Específico

NÃO

Banco de Materiais

Biológicos

NÃO

#### Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável

José Antonio de Sá Neto

CPF

016.667.527-03

Identidade

08191016/8

Área de Especialização

ENFERMAGEM NEONATAL

Maior Titulação

ESPECIALIZAÇÃO

Nacionalidade

BRASILEIRO

Endereço

RUA MARECHAL JOFRE, Nº 122, APT. 504

Bairro

GRAJAÚ

Cidade

RIO DE JANEIRO - RJ

Código Postal

20560-180

Telefone

25808343 R:246 / 25766555

Fax

Email

jas.neto@ibest.com.br

#### Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.

Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura

#### Instituição Onde Será Realizado

Nome

Secretaria Municipal de Saúde

CNPJ

29.468.055/0006-17

Nacional/Internacional

Nacional

Unidade/Órgão

Hospital Maternidade Fernando Magalhães

Participação Estrangeira

NÃO

Projeto Multicêntrico

NÃO

Endereço

Rua General José Cristino n. 87

Bairro

São Cristovão

Cidade

Rio de Janeiro - RJ

Código Postal

20921400

Telefone

(21)25801132

Fax

(21)25801132

Email

immfmagalhaes@rio.rj.gov.br

## ANEXO C – Carta de aprovação do CEP SMSDC-RJ



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 272A/2009

Rio de Janeiro, 18 de novembro de 2009.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p><b>Coordenadora:</b> Salesia Felipe de Oliveira</p> <p><b>Vice-Coordenadora:</b> Suzana Alves da Silva</p> <p><b>Membros:</b> Andréa Estevam de Amorim Alice de C. A. Vinhaes Bráulio dos Santos Júnior Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Nara da Rocha Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chripim Rafael Aron Abitbol Sandra Regina Victor</p> <p><b>Secretárias Executivas:</b> Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 07/09</b> <b>CAAE: 0002.0.314.000-09</b></p> <p><b>TÍTULO:</b> Enfermagem cuidando do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um olhar ético da ação profissional.</p> <p><b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b> José Antônio de Sá Neto.</p> <p><b>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:</b> Hospital Maternidade Fernando Magalhães.</p> <p><b>DATA DA APRECIÇÃO:</b> 26/01/2009.</p> <p><b>PARECER: APROVADO.</b></p>
---	--

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

  
**Salesia Felipe de Oliveira**  
 Coordenadora  
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro  
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590  
 E-mail: [copsms@rio.rj.gov.br](mailto:copsms@rio.rj.gov.br) - Site: [www.saude.rio.rj.gov.br/cep](http://www.saude.rio.rj.gov.br/cep)

FWA nº: 00010761  
 IRB nº: 00005577

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)