

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CEFPEPS – CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**MIRIAM GLEISSER NIESS DE CARVALHO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO  
AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DA REDINHA EM BERÇÁRIO DE RISCO  
INTERMEDIÁRIO**

FORMIGA/MG

2015

MIRIAM GLEISSER NIESS DE CARVALHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**  
**AValiação DA TÉCNICA DA REDINHA EM BERÇÁRIO DE RISCO**  
**INTERMEDIÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde-CEFPEPS, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Camila Cláudia Campos

Formiga

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

CARVALHO, MIRIAM GLEISSER NIESS DE
PROJETO DE INTERVENÇÃO AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DA REDINHA EM BERÇÁRIO DE RISCO INTERMEDIÁRIO [manuscrito] / MIRIAM GLEISSER NIESS DE CARVALHO. - 2015.
39 f.
Orientador: Camila Cláudia Campos.
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde.
1.Humanização. 2.Técnica da Redinha. 3.Desenvolvimento Neuropsicomotor. 4.Recem Nascido Pré Termo. I.Campos, Camila Cláudia. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

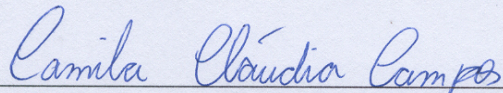


Miriam Gleisser Niess de Carvalho

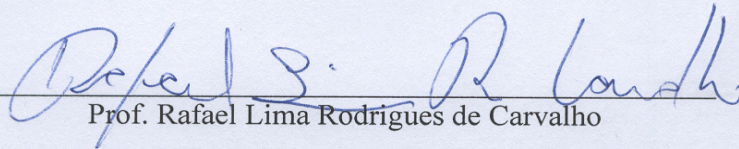
**PROJETO DE INTERVENÇÃO: IMPLANTAÇÃO DA TÉCNICA DA  
REDINHA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Profª. Camila Cláudia Campos (Orientadora)



Prof. Rafael Lima Rodrigues de Carvalho

Data de aprovação: **27/06/2015**



Ao Felipe, à Laís, ao Daniel e ao Alfredo

#### Agradecimentos

Meu muito obrigada a Deus pela oportunidade, às tutoras Flávia, Débora e Marcela e a orientadora Camila pelo empenho e carinho durante o curso, e ao Hospital Manoel Gonçalves.

*“Não somos apenas o que pensamos ser. Somos mais, somos também o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos; somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos, os impulsos que cedemos, sem querer”.*

*(Freud)*

## **Resumo**

A política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas, grau de contato e comunicação, introduzindo novos saberes, novas experiências, transversalizando o conhecimento e eliminando práticas de poder hierarquizada. De acordo com o manual de Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, 2006, desde 96, práticas alternativas vem sendo introduzidas ao SUS, a 10ª Conferência Nacional de Saúde foi o marco com a incorporação de Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia. A partir daí novas práticas e experiências populares foram testadas e incorporadas. Dentre estas práticas, a técnica de posicionamento em Hammock, que, no Brasil, ganhou o nome de técnica da redinha. O objetivo deste projeto de intervenção é apresentar e implementar a técnica da redinha no berçário de risco intermediário de um hospital no interior de Minas Gerais, como prática alternativa fundamentada na política de humanização do SUS. Foram pesquisados artigos na base de dados Scielo, Lillac e BVS e se concluiu que o uso da técnica é positivo contribuindo para o melhor desenvolvimento neuropsicomotor, postura flexora, simetria e auto organização dos recém nascidos pré termo que necessitam permanecer por longo tempo internados nas unidades hospitalares, além de influenciar no aleitamento materno o mais precoce possível.

**Palavras-chaves: Humanização. Técnica da Redinha. Desenvolvimento Neuropsicomotor. Recem Nascido Pré Termo.**



## **Summary**

The Humanization of National policy has existed since 2003 to give effect to the principles of SUS in the daily care and management practices, qualifying public health in Brazil and encouraging exchanges, degree of contact and communication, introducing new knowledge, new experiences, knowledge and horizontalizing eliminating hierarchical power practices. According to the National Policy Manual on Integrative and Complementary Practices in SUS, in 2006, from 96 alternative practices are being introduced to the SUS, the 10th National Health Conference was the milestone with the incorporation of herbal medicine, acupuncture and homeopathy. From there new practices and popular experiences were tested and incorporated. Among these practices, the positioning technique Hammock, that in Brazil, won the technical name of the small net. The objective of this intervention project is to introduce and implement the technique of small net in nursery intermediate risk of a hospital in Minas Gerais, as a practical alternative based on the humanization of SUS policy. We searched some articles in the database Scielo, Lillac and BVS and it was concluded that the use of the technique is positive contributing to a better psychomotor development, flexed posture, symmetry and self organization of preterm newborns who need to stay for a long time admitted in hospitals, besides influencing the breastfeeding as early as possible.

**Keywords: Humanization. Technical Redinha. Neuropsychomotor development. Newly born pre term.**

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS**

Figura 1 - Vista frontal da redinha na incubadora.

Figura 2 – Vista superior visibilizando a forma de sustentar a redinha dentro da incubadora.

Figura 3 – Vista por onde se passa o barbante de sustentação.

Quadro 1 – Proposta de Intervenção

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

SUS – Sistema Único de Saúde

RN- Recem Nascido

RNPT – Recem Nascido Pretermo

DNPM – Desenvolvimento Neuropsicomotor

WHO – World Health Organization

PNH – Política Nacional de Humanização

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Justificativa.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Objetivo geral .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>3 MATERIAS E MÉTODOS .....</b>	<b>14</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>32</b>
<b>APENDICE.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com o avanço de tecnologias voltadas para os cuidados aos recém nascidos, permitiu-se que crianças com idade e peso cada vez menor tivessem chances de sobreviver em condições extremas. Junto a tanta tecnologia também houve evolução quanto a forma de cuidar (SÁ NETO, 2010).

Para WHO (1961), quando o bebê nasce antes do tempo, antes de 37 semanas, é considerado prematuro. Um bebê biologicamente mais frágil e que pode apresentar uma maturação neuropsicomotora que não é suficientemente madura para desenvolver-se como um que nasceu no tempo certo. Ele precisa de recursos terapêuticos, intervenções de aparelhos, de profissionais especializados, de leite materno e bem como da presença de sua família para seu melhor desenvolvimento (BOTTOS,1984).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) incentiva práticas humanizadoras que respeitem e garantam aos recém nascidos uma internação hospitalar mais tranquila, acolhedora e próxima aos seus familiares, com redução de estresse, do sofrimento e tempo de internação (BRASIL, 2012).

São recursos terapêuticos de humanização utilizados para o cuidado de Recém Nascido Pré Termos (RNPT), como o Método Canguru, o controle de ruídos e de iluminação (BRASIL, 2011). Um outro recurso também é utilizado, porém não muito difundido, é a técnica da redinha.

A técnica da redinha, também conhecida como a técnica de Hammock, consiste na utilização de tecidos presos no interior da incubadora, no formato de “redes de descanso”, no qual o bebe fica deitado em decúbito dorsal.

Acredita-se que a utilização desta técnica tenha relação com melhor desenvolvimento neuropsicomotor e influencia diretamente na amamentação. Segundo Keller e colaboradores (2003), a utilização da técnica da redinha em bebês prematuros esteve associada a uma maior maturidade neuromuscular e um estado de maior relaxamento.

Diante do exposto, pretende-se implantar a técnica da redinha em um berçário de risco intermediário de um hospital de Minas Gerais,

## **1.1 Justificativa**

Os bebês prematuros apresentam baixo peso, pele mais fina, pouca gordura subcutânea e comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor. De acordo com Keller (2003) há necessidade de se pensar em estratégias de intervenção que possam minimizar o comprometimento do desenvolvimento adequado destes bebês, utilizando-se da tecnologia associada aos cuidados mais humanizados em ações que envolvam o RNPT, a família e os profissionais.

Em consequência da prematuridade os RNPT internados são acometidos por várias situações difíceis e muitas vezes dolorosas, aparelhos barulhentos e procedimentos agressivos como intubação e sondas; doloridos como injeções e soroterapia; várias pessoas lidando com ele o tempo todo; excesso de luminosidade e ruído; permanecem longo tempo longe da mãe, dos familiares, das vozes conhecidas e íntimas. De acordo com alguns estudos, este ambiente e este distanciamento contribuem para respostas negativas ao desenvolvimento natural e saudável do bebê (FERNANDES, 2012)

Várias ações em humanização na assistência das UTIs neonatal já foram desenvolvidas, porém a técnica da redinha ainda é pouco utilizada e são poucos os estudos acerca do assunto. É uma técnica de intervenção terapêutica de baixo custo que pode contribuir para diminuição no atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. Simulando a posição uterina, o bebê consegue atingir o desenvolvimento simétrico pelo posicionamento alternado dos lados direito e esquerdo, responsável, por exemplo, por levar a mão à boca, o controle da cabeça, a aquisição de habilidades e coordenação bilateral. Contribui também, como ação em humanização da assistência, para minimizar o distanciamento da mãe provocado pela hospitalização e traz conforto e bem estar ao RNPT (GIARETTA, 2009).



A lacuna de conhecimento sobre os efeitos desta técnica no desenvolvimento de RNPT é escassa, e, considerando-se ser uma técnica de baixo custo e de fácil implantação, pode-se então, justificar a realização deste projeto

## **2 OBJETIVOS**

- **Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção para implantar a técnica da redinha no berçário de risco intermediário.

- **Objetivos Específicos**

- Avaliar o desenvolvimento do comportamento neuropsicomotor em RNPT submetidos à técnica da redinha no berçário de risco intermediário;
- Avaliar o ganho de peso em RNPT em posicionamento na técnica da redinha no berçário de risco intermediário;

## **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Tipo de Estudo**

Trata-se de um projeto de intervenção.

### **População e Amostra**

A população será composta pelos RNs internados no berçário de risco intermediário de um hospital filantrópico do município de Itaúna – MG, que preencham os seguintes critérios de inclusão: peso acima de 1000 gramas, idade gestacional acima de 28 semanas, sem necessidade de oxigenoterapia, estáveis clinicamente, ausentes de infecções, sem períodos de apnéia ou pausas respiratórias e capacidade de manter controle térmico. E tendo como fatores de exclusão: peso inferior a 1000 gramas, clinicamente graves, entubados, que apresentem doenças graves, síndromes, infecções ou que os responsáveis não queiram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Coleta de Dados

Os dados serão coletados através da observação direta do comportamento dos RNPT em uso da redinha. Essa observação será embasada na avaliação neurocomportamental de Dubowitz, levando em conta o estado de consciência, avaliando a maturidade neuromuscular e física, numa pontuação de cinco a zero. Serão utilizados alguns itens da avaliação relacionados à postura, cabeça na linha média, reflexos, sucção, orientação visual e estado de alerta (ANEXO 1).

## Operacionalização

As redinhas serão confeccionadas no próprio hospital, utilizando-se material reciclado (pedaços de flanela, tecido de algodão, cordão e tubo de pvc), medem quarenta centímetros de largura e cinquenta centímetros de comprimento. É forrada com as costuras do lado de fora para não machucar o bebê e suspensa por cordão trespassado através de uma fenda no tecido dentro de um tubo de policloreto de vinila (PVC) de quinze centímetros de comprimento, para manter a redinha aberta, como mostram as figuras 1 e 2.



Figura 1



Figura 2

Ela se adequa a qualquer incubadora, pois a flexibilidade do cordão e sua textura não deixam fendas nas aberturas laterais e não sendo necessário a retirada do bercinho da incubadora, apenas abaixá-lo. Como mostra a figura 3.



Figura 2

Os RNs serão avaliados diariamente pelo pediatra de plantão para serem submetidos à observação na redinha, permanecerão durante quatro horas por dia, sempre no mesmo horário, no período da tarde, horário em que as mães retornam à sua casa para descansar e os RNPT recebem dieta do banco de coleta de leite humano.

## **Análise dos Dados**

Os dados obtidos serão analisados no Excel fazendo uma média dos escores obtidos pela pontuação avaliada de zero a cinco e disposto em tabelas e discutido posteriormente embasado na literatura.

## **Recursos**

Humanos: profissional de psicologia do próprio hospital em seu horário de trabalho.

Materiais:

- Consumo: material de escritório
- Permanente: computador, mesa cadeira, telefone.
- Financeiro: os recursos financeiros estão dispersos nas despesas normais do hospital, uma vez que todo o recurso material se encontra disponível, inclusive os honorários do profissional.

## **Cronograma**

meses	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
atividades						
Escolha do tema e início da pesquisa bibliográfica	X	X				
Elaboração do projeto de intervenção		X	X	X	X	X
Criação da redinha		X				
Entrega do trabalho para a banca						X

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### Atenção Hospitalar ao Recem nascido de risco

O cuidado com a saúde do RNPT é uma prioridade do Ministério da Saúde. Vários projetos e políticas públicas foram criados para direcionar a atenção e promover os direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e garantir a qualidade de vida. Dentre esses projetos e políticas estão a Rede Cegonha, Humaniza SUS, Viva Vida, Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, 2012

*‘A prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil. No Brasil, 7,2% dos nascidos vivos foram pré-termo em 2010, variando entre 5,6% e 8,2% nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente, e 0,8% foi pós-termo. Vem sendo registrado aumento da incidência da prematuridade e do baixo peso ao nascer em capitais e cidades de maior porte no País, como Rio de Janeiro (12%) e Pelotas (16%), o que tem sido fonte de grande preocupação.*

*O baixo peso ao nascer (<2500g) é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil. É maior nos extremos de idade da mãe e está em torno de 8% no país: 7,9% em 1996, 8,2% em 2007 e 8,4% em 2010. A prevalência é maior no Sudeste (9,2%) e no sul (8,7%), o que pode estar associado a maiores taxas de cesaria. Crianças de muito baixo peso ao nascer (<1500g) representam de 1% (no norte) a 1,4% (no sudeste) dos nascidos vivos. Embora essa prevalencia não seja alta, o peso < 1500g representou 27,9% e 42,1% dos óbitos infantis nas regiões norte e sul,*

*respectivamente, oque reforça a importancia da organização do sistema de saúde à gestante e ao recém nascido de risco.'*

Ainda de acordo com dados do Ministério da Saúde (2012), a atenção hospitalar ao parto é superior a 95% desde 1994, atingindo 97,9% em 2006 (pag 15). Estima-se que a cada ano 300 mil crianças requeiram ajuda para iniciar a manter a respitação ao nascer e cerca de 25 mil recém nascidos prematuros de muito baixo peso precisem de assistencia ventilatoria na sala de parto (pag 29).

No final da década de 70, o Ministério da Saúde recomendava a permanência dos RNPT saudáveis ao lado das mães, já na década de 80, isto se tornou obrigatório, passando a se chamar *alojamento conjunto* (BRASIL,2002. pag 83) e em 93 a portaria foi revisada e atualizada (BRASIL,2002).

Isto se aplica às crianças nascidas em condições normais e saudáveis, pois as crianças que apresentam risco ao nascer, ou seja, baixo peso ao nascer (<2500g), prematuridade (<37 semanas de idade gestacional), asfixia grave (apgar <5 no quinto minuto) (BRASIL, 2002) permanecem nos berçários de cuidados intermediarios (UCI) ou unidades de terapia intensiva (UTIs) neonatais. A diferença entre as duas unidades está no grau de complexidade, tamanho e peso ao nascer, na exigência de equipe especializada multiprofissional e o tempo de permanência do RNPT. Mas, ambas, permitem uma maior sobrevida para os RNPT de risco e seus avanços em termos de tecnologias e pesquisas contribuem para a manutenção de bebês prematuros extremos (GOMES, 2004).

De acordo com Silva (2009):

*A hospitalização em UTIN introduz o bebê em um ambiente inóspito, onde há exposição intensa a estímulos nociceptivos, como o estresse e a dor que são freqüentes. Ruídos, luz intensa e contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos e dolorosos são constantes nessa rotina. O local é, em geral, repleto de equipamentos e rico em tecnologia. Os RNs de risco convivem com inúmeras terapias agressivas,*



*estressantes e dolorosas, advindas dos avanços tecnológicos da assistência, as quais produzem desorganização fisiológica e comportamental nos neonatos, refletindo negativamente nos cuidados aos mesmos. É contínuo o movimento de admissões e intervenções no setor. No meio destas atividades encontra-se o bebê, o qual necessita de cuidados especiais, a exemplo de incubadoras para mantê-lo aquecido, de oxigênio para evitar asfixia, de sondas ou cateteres para alimentá-lo.*

Num ambiente assim, repleto de tecnologia e máquinas está uma vida. Mais do que manter a vida a qualquer preço, é preciso humanizar. Mais do que isso “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” (SILVA, 2009)

### **Humanização da Assistência ao RNPT**

Só a partir do século XVIII, com a revolução industrial, a infância teve valor e cada criança que nascia era *insubstituível* (SÁ NETO, 2010).

Nas ciências, houve uma mudança: passou-se a valorizar a família, posteriormente a criança, até que surgiu a pediatria. Com os avanços tecno-científicos, em 1880 na França, surgiu a primeira incubadora e os cuidados neonatais, definindo o RN, “ não um sistema, mas um todo que precisa ser tratado desta forma” (SÁ NETO, 2010).

De acordo com Sá Neto (2010), a dimensão da tecnologia, como desdobramento da racionalidade científica, passa a ser representada como uma força desumanizante, que despersonaliza e objetifica as formas de cuidar, sendo a UTI neonatal um local repleto de máquinas é comum nos depararmos com situações em que a tecnologia impera sobre as relações sociais, trazendo impessoalidade, frieza e desvalorização do cuidado.

No Brasil, o debate sobre uma assistência humanizada ganhou força nos últimos dez anos (Souza, 2010). E a partir de 2004 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) como estratégia do SUS que tem como eixos principais a gestão do trabalho, gestão participativa, educação permanente dos profissionais, sua valorização e crescimento. (Souza, 2010), e o respeito ético e cultural ao paciente (LAMEGO, 2005). Pode-se dizer que a rede de humanização em saúde é uma rede de construção permanente de laços de cidadania, trata-se de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas, com políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida e garantia dos princípios éticos no trato com a vida (BRASIL, 2006).

A partir de 2003, o Ministério da Saúde lançou olhares para a incorporação de práticas integrativas e complementares aos cuidados tradicionais (Ministério da Saúde, 2006), como a acupuntura, homeopatia, águas minerais. Estes recursos tem como objetivo estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade enfatizando a visão ampliada do processo saúde-doença e promoção do cuidado humano especialmente o autocuidado (BRASIL, 2006).

Essas práticas não convencionais se enquadram na atenção à saúde como proposta complementar, viabilizadas pelos princípios organizativos do SUS: participação social e descentralização, onde os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras (BRASIL, 2006).

Porém as práticas integrativas não são oficialmente reconhecidas nem regulamentadas por diretrizes específicas, dificultando o financiamento, o controle, a avaliação e a sistematização de registros (BORGES et al, 2011).

Apesar disso, as práticas integrativas estão fazendo parte da rotina de várias instituições hospitalares, o exemplo é o hospital Sofia Feldman, em Minas Gerais que

implantou a aromaterapia e musicoterapia, oficina de chás, escalda-pés e reflexologia como terapêuticas para as parturientes com resultados bastante positivos (BORGES et al, 2011).

Práticas integrativas e alternativas visando o RNPT de baixo peso ou prematuro ainda não são muito comuns, a mais conhecida é o método canguru, no qual o RNPT fica preso à mãe por uma bolsa, imitando a bolsa marsupial. Foi encontrada ainda a técnica de *Tummy tub*, uma banheira oval com bordas arredondadas que simula o meio intrauterino e a *técnica de Hammock*, ou técnica da redinha, que será o objeto de estudo deste trabalho.

### **Significado do Nascer e as Interrelações**

Nascer de acordo com o dicionário *on line* de português: vir ao mundo, ter origem. A luz da psicanálise nascer vem do desejo. É a partir do desejo que são estabelecidos os laços e os contratos de relacionamento e Zornig (2010) realça que são os laços que favorecem o desenvolvimento afetivo e cognitivo, permitindo que o bebê seja inscrito na história familiar e dessa forma ele possa sobreviver física e psiquicamente, dentro e fora do útero.

Essa inscrição permitiu que diversos autores como Beserra (2010) considerasse mudanças na visão que se tinha da vida intrauterina, o útero passou de um lugar ideal, calmo, silencioso para interativo e cheio de estímulos, onde os sentidos do feto estão em pleno funcionamento a partir do quarto mês de gestação preparando-se para o nascimento que deve ocorrer por volta de 39- 40 semanas. Portanto os laços e o ambiente físico no qual o RNPT se encontra neste momento são muito importantes para que se torne um ser-no-mundo.

Ao nascer, o bebê encontra-se em total dependência de um outro. É um despreparado para a vida. Sua fragilidade em face das ameaças decorrentes do mundo externo o coloca numa total dependência da pessoa responsável pelos seus cuidados (GARCIA-ROZA, 2004).

Esse outro é o que fará dele um ser que existe, através das relações, do aconchego e do toque. Há um processo de comunicação instaurado, segundo Winnicot (1969) que é a base do relacionamento humano.

Zornig (2010) fala que as interações promovidas após o nascimento provocam uma neoformação psíquica nos pais sugerindo que a inclusão do bebê no psiquismo parental produza mudanças profundas e irreversíveis e para que o bebê sobreviva física e psiquicamente é necessário inscrevê-lo numa história familiar e transgeracional.

As trocas estabelecidas nestas relações iniciam o processo de subjetivação permitindo a cada uma apropriar do seu lugar. Zornig (2010) fala de identificações intracorporais que são asseguradoras do ser-no-mundo. De acordo com Ramires (2010) é através das relações que o RNPT estabelece, principalmente com seus primeiros cuidadores, no caso os pais, que será o determinante para sua formação estrutural, e Main e cols. (1985) chamam de self esta formação. Ela será a base das representações internas, condutora e direcionadora dos comportamentos, dos sentimentos, da memória, da atenção e da cognição. Para Dalbem (2006) é um mecanismo básico dos seres humanos.

Zornig (2010) diz que estas relações estabelecidas funcionam como um comportamento programado biologicamente como a alimentação e a sexualidade. Tem significado homeostático, isto quer dizer que através das relações a criança se fortifica, pois sabe que existe uma figura que está ali, disponível e oferece respostas aos seus apelos. À medida que a criança se desenvolve o verdadeiro vínculo afetivo se forma produzindo o estilo de vida emocional ao longo da vida. Giaretta (2011) diz que as crianças são capazes de interagir e modificar o meio em que estão desde os primeiros meses de vida.

Uma das primeiras formas de relacionamento estabelecidas pelo RNPT é através da alimentação, a autora ressalta a inadequação das equipes de cuidados, considerando a amamentação como inapropriada. Para ela, o RNPT é mais nutrido que alimentado, ele recebe a alimentação de forma passiva, sem ser parte implicada. E Winnicott (1969) diz que o padrão de alimentação do prematuro extremo demora muito a se estabelecer e que existe um acordo entre mãe e bebê na situação da alimentação. Quando chegam a este acordo está formada a base de um relacionamento e pode-se observar algum processo de comunicação.

Dessa forma, iniciar a amamentação o quanto antes é contribuir para uma melhor resposta do RN aos cuidados na Unidades de Terapia Intensiva.

Com o nascimento prematuro, as programações naturais do desenvolvimento falham e se alteram. A criança precisa se reestruturar, se reorganizar e criar novos padrões estruturadores. É preciso estar atentos a isto, pois, como diz Zornig (2010), os prematuros recebem cuidados precisos nas UTIs, mas não há respeito pelos seus ritmos, contribuindo para uma descontinuidade nos padrões de desenvolvimento.

### **Desenvolvimento Neuropsicomotor**

Após o nascimento o RNPT continua seu processo de desenvolvimento a nível psíquico, motor e neurológico. O desenvolvimento neuropsicomotor é um processo, consecutivo e sequencial e relacionado à idade, desde o nascimento. É através dele que o ser humano adquire habilidades para desempenhar desde movimentos simples e desorganizados até os mais complexos durante toda a sua vida – como atividades da vida diária, controle de esfíncter, escrita, leitura, linguagem, competências sociais e pessoais, cognição, entre outros (PINTO, 2010).

Segundo Giaretta (2011):

*O DNPM (desenvolvimento neuropsiquicomotor) é resultante da interação entre características biológicas e ambientais, as quais irão permitir um aprimoramento na conduta sensorial, motora, emocional, cognitiva, de linguagem e de aprendizagem*

A autora fala que o ritmo de desenvolvimento é mais lento por não atingir o grau completo do tônus muscular flexor, observado em recém nascidos a termo, ocorrendo um desequilíbrio entre os grupos musculares flexores e extensores. Esse desequilíbrio pode interferir no controle da cabeça, na simetria, no equilíbrio da postura sentada, na aquisição de habilidades e na coordenação bilateral. Os lactentes prematuros possuem um maior risco de desenvolver doenças respiratórias, doenças da membrana hialina, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, anemia e outras alterações que afetam a saúde e

*consequentemente seu desenvolviment. Além disso, o nascimento com baixo peso e principalmente com muito baixo peso (inferior a 1.500 g) podem comprometer algumas áreas do desenvolvimento, desencadeando problemas de linguagem, de aprendizagem e de coordenação visomotora. Giaretta (2011, pag 643).*

Ainda de acordo com a autora, o desenvolvimento é dinâmico, recebe influência de estímulos externos e os movimentos e seu posterior controle ocorrem na direção cefalo-caudal e próximo-distal, não sendo linear, apresentando períodos de equilíbrio e desequilíbrio, mas cumprem uma sequencia ordenada e previsível.

*Neste sentido, crianças com desenvolvimento motor atípico, ou que se apresentam com risco de atrasos, merecem atenção e ações específicas, já que os problemas de coordenação e controle do movimento poderão se prolongar até a fase adulta. Além disso, atrasos motores freqüentemente associam-se a prejuízos secundários de ordem psicológica e social, como baixa auto-estima, isolamento, hiperatividade, entre outros, que dificultam a socialização de crianças e o seu desempenho escolar. (Giaretta 2011, pag 520).*

A intenção de se utilizar a técnica é contribuir para minimizar os danos neuropsicomotores que a prematuridade pode vir a ocasionar, como: comprometimentos visuais, dificuldades na linguagem, déficit de atenção, hiperatividade, perda auditiva entre outros (PINTO, 2010).



## **Técnica da Redinha**

A técnica da redinha ou posicionamento em *Hammock* teve sua origem na Austrália e foi implementada no Brasil, primeiramente na região nordeste pela cultura popular de uso de redes em substituição a camas para dormir. Sua aceitação na região foi boa devido à cultura regional, tem-se notícias do uso em Pernambuco, Paraíba, Roraima e Minas Gerais, mas recentemente, de acordo com sites de alguns hospitais destas regiões.

É uma técnica simples, consiste em estender uma rede de dormir dentro da incubadora e colocar os RNPT para descansar nela durante um determinado espaço de tempo. Não foi possível encontrar estudos sobre o tempo padrão de permanência na rede. De acordo com Neal (1969), em seu estudo os RNPT permaneceram trinta minutos submetidos à posição *hammock*. Helder considera um período de duas horas diárias em dois estudos, um em 1988 na sua pesquisa sobre desenvolvimento psicomotor e em 1991 em ganho de peso. No Brasil, um estudo realizado por Daniela Gesteira Costa e colaboradores (2004), consideram o tempo de permanência por duas horas. Já em outros relatos como experiência empírica, consideraram também permanência de duas horas.

Para Bottos (1985), o RNPT perde muito na sua retirada precoce do útero materno, afetando assim sua evolução neuromotora, sobrecarregando seu sistema autônomo, produzindo taquicardia, alterações de respiração padrão e nos ritmos biológicos (sono-vigília, choro-calma).

*Ela considera que a redinha permite uma melhor contenção do RN, pois mantém o bebê numa posição fletida semelhante ao útero materno contribuindo para manter a cabeça em linha média, estimula a exploração visual do ambiente, neutraliza possíveis regurgitações, o risco de aspiração de leite para os brônquios é reduzido, facilita trazer as mãos para o padrão médio, uma das marcas fundamentais do desenvolvimento neuromotor do bebê no primeiro ano de vida, inibe ou encurta a fase distônica, enquanto o bebê permanece em posição fetal por longo período pós natal. (Bottos, 1985, p.256)*

Neal (1969) realizou um estudo sobre o balanço da redinha, deixando os bebês balançando durante trinta minutos por dia chegando a conclusão de que a *estimulação vestibular realça o comportamento de desenvolvimento neuromotor*.

Costa e colaboradores (2004) comprovaram em seus estudos o que Bottos (1985) havia considerado em relação à saturação de O<sub>2</sub> e sugere o uso da redinha para neonatos que necessitam permanecer por longo tempo internados.

Helders (1991) realizou um estudo sobre ganho de peso e verificou aumento significativo em ganho de peso e melhora no desenvolvimento motor, auditivo e função visual.

Não foi encontrado nenhum estudo em relação a prevalência em aleitamento materno com o uso da redinha.

Apesar de poucas evidências científicas a respeito do uso da técnica, os autores concordam com sua contribuição para o conforto, bem estar e desenvolvimento dos RNPT.

## Metodologia

<b>Quadro 1 – Utilização da técnica da redinha no berçário de risco intermediário no hospital do município de Itaúna, como prática terapêutica alternativa para RNPT sob a responsabilidade da psicóloga Miriam</b>	
<b>Nó crítico</b>	Os RNPT necessitam de cuidados especiais devido a sua maior fragilidade em relação aos nascidos no tempo certo e permanecem longo tempo hospitalizados expostos a vários fatores estressantes e afastados dos seus familiares.
<b>Operação</b>	Avaliação da eficácia da técnica da redinha como intervenção terapêutica alternativa
<b>Projeto</b>	Projeto de intervenção de implementação da técnica da redinha

	no berçário de risco intermediario em RNPT adequados aos critérios de inclusão.						
<b>Resultados esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalência em aleitamento materno o mais precoce possível</li> <li>• Estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor</li> <li>• Assistência mais humanizada no berçário</li> </ul>						
<b>Produtos esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir para reduzir sequelas provenientes da prematuridade</li> <li>• Diminuição do tempo de internação</li> <li>• Aleitamento materno exclusivo</li> </ul>						
<b>Atores sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RNPT</li> <li>• Pais e ou responsáveis pelo RN</li> <li>• Equipe de saúde da maternidade</li> <li>• Administração do hospital</li> </ul>						
<b>Recursos necessários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutural: material de escritório, computador,</li> <li>• Cognitivo: bases SCIELO, LILLAC, BVS</li> <li>• Financeiro: custo adicional zero ao hospital</li> <li>• Humano: psicóloga e equipe da assistência da maternidade</li> </ul>						
<b>Controle dos recursos críticos/ viabilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ator que controla: Psicóloga</li> <li>• Motivação:</li> </ul>						
<b>Responsável</b>	Psicóloga						
<b>Cronograma e prazo</b>	meses atividades	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho
	Escolha do tema e início da pesquisa bibliográfica	X	X				
	Elaboração do projeto de intervenção		X	X	X	X	X
	Criação da		X				

	redinha						
	Entrega do trabalho para a banca						X
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Psicologa						

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitirá conhecer a influência que a técnica da redinha poderá ter no desenvolvimento neuropsicomotor dos prematuros hospitalizados e minimizar as sequelas provenientes da prematuridade e da hospitalização, bem como, como prática humanizadora da assistência promover um olhar diferenciado e um respeito maior ao pequeno ser que luta para ser-no-mundo, suas relações, suas limitações e sua vontade de viver.

Acolher, proteger, promover formação de vínculos familiares é responsabilidade da ciência. Na busca por conhecimentos novos, tecnologia de ponta, máquinas altamente eficientes e minuciosas está o bebê que acima de tudo precisa ter forças para se beneficiar de tudo que a ciência produz, senão será em vão qualquer tentativa.

## REFERÊNCIAS

BELLEFEUILLE-REID, D., JAKUBEK, S. Adaptive positioning intervention for premature infants: Issues for paediatric occupational therapy practice. **The British Journal of Occupational Therapy**, v.52, n.3, p. 93-6, 1989.

BESERRA, A. P. **O discurso do desejo na psicanálise Freudiana**. Brasília, 2012.35 p. TCC- Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2012.

BORGES, M. R.; MADEIRA, L. M. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no hospital Sofia Feldman. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n.1: 105-113, 2011.

BOTTOS, M. et al. The effect of a 'containing' position in a hammock versus the supine position on the cutaneous oxygen level in premature and term babies. **Early Human Development**, v. 11, p. 265-273, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

CAVALARIA, S. V. F. **A terapia ocupacional utilizando redinhas no atendimento de recém-nascidos na uti-neonatal**, 2009. Disponível em:  
<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO17034896836.pdf>

COSTA, D. G.; MORAES, L. B. A.; NASCIMENTO, I. M. **Estudo comparativo de prematuros posicionados em Hammock (Redinhas) e decúbito ventral**, 2004. Disponível em: <http://interfisio.com.br/?artigo&ID=153&url=Estudo-comparativo-de-prematuros-posicionados-em-Hammock--%28Redinhas%29-e--decubito-ventral>

COSTA-CARDOSO, T. A.; COSTA, C. M. X. **Intervenção Precoce Tátil, Cinestésica, Vestibular e Multimodal em Recém Nascido Pre-Termo Internados em Uma Unidade Hospitalar**- ibrat. Org, 2011

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n.1, 2006.

SILVA, R.; PEREIRA, A.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n.1, 2009.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n.2: 372-77, 2010.

FERNANDES, P. T. S.; BARICHELLO, E. **A Influência do Posicionamento em Hammock no Desenvolvimento Neuromotor de Recém-Nascidos Pré-Termo**. Uberaba: UFTM, 2012. 71p. Tese (mestrado) – Programa de Pós graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2011. Disponível em: [http://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/AGRE\\_8d5b1d5ab62b06fd042f096f3d2536f3](http://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/AGRE_8d5b1d5ab62b06fd042f096f3d2536f3)

FERREIRA, K. **Posicionamento em Hammock – Redinha na UTI neonatal**. Disponível em: <http://fisioneonatalkaferreira.blogspot.com.br>

GALLAHAHUE, D. L.; OZMUN, J. C.; GOODWAY, J. D. **Compreendendo o Desenvolvimento Motor-: Bebês, Crianças, Adolescentes e Adultos**. AMGH, 2013.

GIARETTA, C.; BECKER, S. M.; FUENTEFRIA, R. N. Desenvolvimento Neuropsicomotor de lactantes prematuros vinculados à clínica da Mulher de Chapecó. **Revista Neurociencia**, v. 19, n. 4: 642-52, 2011.

GIMENEZ, C. S.; REINERS, A. A. O. **Terapias alternativas: um estudo bibliográfico**. SP, 2007.

GOMES, A. L. H. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicologia hospitalar**, v. 2, n. 2, 2004.

HELDERS, P. J. M. **Effects of a Tactile Stimulation/Range-finding Programme on the Development of Very Low Birth Weight-neonates during the First Year of Life**. Wilhelmina Children's Hospital, Utrech, The Netherlands, june 1988.

\_\_\_\_\_. **Handling of Healthy Very Low birth Weight Infants during Their Initial Hospitalization Effects on Motor Behavior**. Wilhemina Children's hospital, Utrech, The Netherlands, july 1991.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S.F.; MOREIRA, M. E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3: 669-75, 2005.

KELLER, A., et al. Neurobehavioral and autonomic effects of hammock positioning in infants with very low birth weight. **Pediatric Physical Therapy**, v. 15, n.1: 3-7, 2003.

MONDARDO, L. M. **Um olhar psicanalítico sobre a vida intrauterina e a constituição pasíquica do feto** [TCC]. Criciúma; 2009. Disponível em:

<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000041/000041A6.pdf.pdf>

NEAL, M. **The Relationship Between a Regimen of Vestibular Stimulation and Developmental Behavior of Small Premature Infant**. University of Maryland, march 1969

PINTO, J. M. **Avaliação neuropsicomotora em Neonatos pré-trmos Internados no Hospital Materno Infantil Santa catarina da Cidade de criciúma – SC** [TCC]. Criciúma; 2010. Disponível em:

Criciúma; 2010. Disponível em:

<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/235/Juliane%20Manganelli%20Pinto.pdf?sequence=1>.

RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, M. S. Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.26, n.1: 25-33, 2010.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n.1: 200-13, 2007.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.2, pp. 471-80, 2010.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C. C. F.; FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociência**, v. 17, n.1: 51-6, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Public health aspects of low birth weight. Geneva, 1961 (Technical Report, Series, 217).

ZORNIG, S. M. A. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. **Tempo psicanalise**, v.42, n.2, 2010 . Disponível em

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382010000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000200010&lng=pt&nrm=iso)



# ANEXO 1

## MATURATIONAL ASSESSMENT OF GESTATIONAL AGE (New Ballard Score)

NAME \_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL NO. \_\_\_\_\_ BIRTH WEIGHT \_\_\_\_\_  
 RACE \_\_\_\_\_ LENGTH \_\_\_\_\_  
 DATE/TIME OF BIRTH \_\_\_\_\_ HEAD CIRC. \_\_\_\_\_  
 DATE/TIME OF EXAM \_\_\_\_\_ EXAMINER \_\_\_\_\_  
 AGE WHEN EXAMINED \_\_\_\_\_  
 APGAR SCORE: 1 MINUTE \_\_\_\_\_ 5 MINUTES \_\_\_\_\_ 10 MINUTES \_\_\_\_\_

### NEUROMUSCULAR MATURITY

NEUROMUSCULAR MATURITY SIGN	SCORE							RECORD SCORE HERE
	-1	0	1	2	3	4	5	
POSTURE								
SQUARE WINDOW (Wrist)								
ARM RECOIL								
POPLITEAL ANGLE								
SCARF SIGN								
HEEL TO EAR								
<b>TOTAL NEUROMUSCULAR MATURITY SCORE</b>								

**SCORE**  
 Neuromuscular \_\_\_\_\_  
 Physical \_\_\_\_\_  
 Total \_\_\_\_\_

### MATURITY RATING

SCORE	WEEKS
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

### PHYSICAL MATURITY

PHYSICAL MATURITY SIGN	SCORE							RECORD SCORE HERE
	-1	0	1	2	3	4	5	
SKIN	sticky friable transparent	gelatinous red translucent	smooth pink visible veins	superficial peeling & / or rash, few veins	cracking pale areas rare veins	parchment deep cracking no vessels	leathery cracked wrinkled	
LANUGO	none	sparse	abundant	thinning	bald areas	mostly bald		
PLANTAR SURFACE	heel-toe 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	>50 mm no crease	faint red marks	anterior transverse crease only	creases ant. 2/3	creases over entire sole		
BREAST	imperceptible	barely perceptible	flat areola no bud	stippled areola 1-2 mm bud	raised areola 3-4 mm bud	full areola 5-10 mm bud		
EYE / EAR	lids fused loosely: -1 tightly: -2	lids open pinna flat stays folded	sl. curved pinna; soft; slow recoil	well-curved pinna; soft but ready recoil	formed & firm instant recoil	thick cartilage ear stiff		
GENITALS (Male)	scrotum flat, smooth	scrotum empty faint rugae	testes in upper canal rare rugae	testes descending few rugae	testes down good rugae	testes pendulous deep rugae		
GENITALS (Female)	clitoris prominent & labia flat	prominent clitoris & small labia minora	prominent clitoris & enlarging minora	majora & minora equally prominent	majora large minora small	majora cover clitoris & minora		
<b>TOTAL PHYSICAL MATURITY SCORE</b>								

**GESTATIONAL AGE (weeks)**  
 By dates \_\_\_\_\_  
 By ultrasound \_\_\_\_\_  
 By exam \_\_\_\_\_

**Reference**  
 Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al: New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991; 119:417-423. Reprinted by permission of Dr Ballard and Mosby—Year Book, Inc.

## ANEXO 2



Hospital Manoel Gonçalves  
Itaúna - MG

Pesquisador Responsável:

Endereço:

CEP: – Itaúna - MG

Fone:

E-mail:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Projeto: **Projeto de intervenção: Avaliação do Comportamento neuropsicomotor em prematuros posicionados na redinha**

#### TERMO DE ESCLARECIMENTO

O seu bebê nasceu sob a condição de prematuridade e está sendo convidado (a) a participar do estudo “**Avaliação do Comportamento neuropsicomotor em prematuros posicionados na redinha**”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a participação dele é importante. O objetivo deste estudo é avaliar o desenvolvimento do comportamento neuropsicomotor em bebês prematuros submetidos à técnica da redinha no berçário de risco intermediário, avaliar o ganho de peso em bebês prematuros em posicionamento da técnica da redinha no berçário de risco intermediário e avaliar a prevalência de aleitamento materno em bebês prematuros em posicionamento da técnica da redinha no berçário de risco intermediário.

E, caso você participe, será necessário que seu bebê seja posicionado na redinha por cerca 4 horas diárias, a partir de hoje, até o momento de sua alta hospitalar. Não será feito nenhum procedimento que traga a ele qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar

seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome de seu bebê não aparecerá em nenhum momento do estudo, pois ele será identificado através de suas iniciais.



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E**  
**ESCLARECIMENTO**

**Projeto de intervenção: Avaliação do Comportamento neuropsicomotor em prematuros posicionados na redinha**

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a qual procedimento o meu bebê será submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a participação do meu bebê a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o seu tratamento. Sei que meu nome e de meu bebê não serão divulgados, que não terei despesas e não receberei dinheiro por meu bebê participar do estudo.

Eu concordo em participar do estudo.

Itaúna, ...../ ...../.....

---

Assinatura do voluntário ou responsável legal

---

Documento de Identidade

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do pesquisador/orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital Manoel Gonçalves. Telefone