



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
MATERNIDADE-ESCOLA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE PERINATAL**

**IRENE DA SILVA NAVARRO AMER**

**A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O RECÉM-NASCIDO  
PREMATURO: REFLEXÕES E REFLEXOS NO CUIDADO  
VOLTADO AO DESENVOLVIMENTO**

**Rio de Janeiro  
2016**

**IRENE DA SILVA NAVARRO AMER**

**A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O RECÉM-NASCIDO  
PREMATURO: REFLEXÕES E REFLEXOS NO CUIDADO  
VOLTADO AO DESENVOLVIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal.

Orientadora: Mestre Luciana Ferreira Monteiro – Maternidade Escola da UFRJ

**Rio de Janeiro, RJ  
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
MATERNIDADE-ESCOLA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE PERINATAL**

A percepção dos enfermeiros sobre o recém-nascido prematuro: reflexões e reflexos no cuidado voltado ao desenvolvimento

Irene da Silva Navarro Amer

Orientadora: Mestre Luciana Ferreira Monteiro

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal.

Aprovada por:

---

Mestre Luciana Ferreira Monteiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

---

Psicóloga Claudia Boyadjian Marini

Nota:

Aprovado em 25 de agosto de 2016.  
Rio de Janeiro, RJ

Dedico esse trabalho aos meus pais (in memoriam) que me receberam à vida prematuramente e que infelizmente saíram dela também prematuramente.

A minha amada filha que me ensina desde antes de seu nascimento o que é ser mãe. Obrigada por existir e ser quem você é.

Ao meu marido Carlos Eduardo alguém que sempre me incentivou e acreditou em mim apostando junto comigo que meus estudos na área da psicologia seriam frutíferos e me faria feliz. Sua ponderação, atuação racional, comprometimento, dedicação foram muito importantes.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Luciana, por gestar junto comigo não só um trabalho, mas a possibilidade dele chegar a termo. Por seu cuidado que tanto favoreceu o meu desenvolvimento, pela contenção das emoções que esse trabalho me suscitou e por proporcionar a ambiência necessária para sua elaboração.

À mestra Ana Paula, por aceitar me auxiliar, por se dispor a ouvir o que eu tinha a dizer, acreditar que uma nova forma de cuidado pode favorecer os prematuros da UTIN e disseminar essa nova perspectiva dentro da maternidade.

À Karina, por compartilhar a intensa experiência da residência ao meu lado, por dividir essa nova casa em que residimos e transformar esse convívio profissional em uma amizade. Obrigada por cada vez que você me lembrou que algo poderia ser dito.

Às psicólogas Gabriela e Jéssica, pelo trabalho em equipe, pelas discussões clínicas e teóricas que tanto enriqueceram esse trabalho. Por cada momento em nossa sala que tornou-se um ambiente protegido e fértil para minhas ideias ainda embrionárias.

As estagiárias de psicologia do Lepids, por compartilharem seus computadores e conhecimento durante a elaboração desse trabalho, em especial a Ana Carolina que me auxiliou na utilização do SPSS e me inspira e encanta com seus poemas.

À todas os residentes multiprofissionais que me precederam e os que compartilharam comigo a residência, por contribuírem para uma prática cada dia mais interdisciplinar. Com eles aprendi a trilhar os primeiros passos para que nossa as distintas equipes funcionassem de maneira colaborativa.

À Letícia Motta por compartilhar comigo seu espírito livre, por me ajudar enxergar um mundo mais ousado e bonito.

À amiga Rafaela Cassamali por sua gentileza e apoio durante a residência e produção do presente trabalho e por me receber gentilmente em sua casa e frequentar a minha como se fossemos da mesma família.

À toda a equipe de psicólogas da Maternidade Escola que em sua pluralidade enriqueceram, cada uma a sua maneira, minha experiência durante a residência transformando essa especialização em uma experiência única e intensidade inesperada.

À psicóloga Daniela por criar as condições de desenvolvimento e aprimoramento de minhas habilidades na clínica e de pesquisa. Obrigada pelas horas de escuta e incentivo.

À psicóloga Solange Frid, agradeço aos ensinamentos comigo compartilhados, que agregam valor tanto a minha vida profissional como para minha vida.

À psicóloga Camila Haddad, pelas preciosas contribuições e acolhedora e refinada escuta, por ter estado sempre disponível, por maior que fosse a correria. Obrigada por me fazer perguntas que eu não consigo responder.

Aos profissionais da Maternidade Escola, obrigada pelas ricas interações com todas as equipes que reconhecem o ambiente de aprendizagem da instituição e que estiveram abertas a contribuir para a minha formação. Em especial a toda equipe da UTIN que me recebeu em seu espaço repleto de cuidados intensivos e intensidades.

Ao espaço da seção clínica que se apresenta como um local de troca e produção de saber a partir da experiência clínica. Um espaço potente e latente que favorece a reflexão e a troca entre profissionais de diversas áreas que contribuem para a assistência na UTIN. Em especial a Dra. Claudia que muito admiro e por sua generosidade e colaboração na minha formação.

A toda equipe da biblioteca da Maternidade Escola que me auxiliou enormemente na elaboração e revisão deste trabalho.

A toda equipe da UTIN do Centro de Formação NIDCAP do Hospital São João em Porto, Portugal pela rica experiência e aprendizado. Em especial a Mestre Enfª Madalena Ramos e a psicóloga Drª Sara Almeida.

Aos amigos e amigas da Edem, pelos cuidados dedicados a Maria Alice e a força indispensável nos momentos cruciais tanto para a elaboração desse trabalho, quanto de meu cotidiano.

À Claudia Marine, a qual tenho muita estima e que me propiciou um grande aprendizado. Pela escuta carinhosa e apoio dedicado a mim em momentos cruciais, quando seguir em frente não parecia possível.

À Tomoko, pelos cafés e pelos momentos de alegria que trouxeram mais leveza ao meu percurso. Por cuidar da minha pequena com tanto carinho tantas vezes.

À Lucimar, pelas longas conversas sobre a vida,

À Denise pelos norteadores, incentivo e carinho de sempre. Obrigada por ler meu texto e principalmente pela amizade.

À amiga Vanessa Matias por ser minha amiga a tanto tempo, por me ouvir e por tolerar minha ausência mesmo em momentos importantes.

À minha sogra Conceição por toda dedicação e carinho a nossa família.

À todas as crianças e famílias com quem tive a oportunidade de trabalhar. Que tanto me ensinaram sobre o maravilhoso processo de interação que nos torna humanos.

Trata-se de um início que difere do início do mundo;  
não é o início de uma coisa, mas de alguém que é ele próprio um iniciador.  
Com a criação do homem veio ao mundo o próprio preceito de início;  
e isso, naturalmente, é apenas outra maneira de dizer que o preceito da liberdade  
foi criado ao mesmo tempo, e não antes, que o homem.

Hannah Arendt

## RESUMO

O recém-nascido pré-termo (RNPT) é um ser em desenvolvimento, com competências biológicas e psíquicas imaturas ao ambiente extrauterino, devendo ter seus esforços para se adequar aos estímulos minimizados pelos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Uma vez que o processo de subjetivação se dá a partir do corpo e de experiências precoces, este trabalho pretende contribuir para uma prática institucional que inclua um cuidado singular favorável ao desenvolvimento global do prematuro. **Objetivo geral:** investigar a percepção dos enfermeiros sobre os RNPT na UTIN, sobre este ambiente e os impactos dessas percepções no cuidado. **Objetivos específicos:** a) identificar se os enfermeiros conhecem os sinais comportamentais do RNPT e se os utilizam como norteadores do cuidado; b) identificar a percepção dos enfermeiros que atuam na UTIN sobre o ambiente e sobre o impacto deste para o desenvolvimento do RNPT; c) analisar como os enfermeiros que concebem o RNPT. **Delineamento:** descritivo exploratório, com uma amostra de 15 participantes, enfermeiras que atuam diretamente nos cuidados ao RNPT internado na UTIN da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Instrumento utilizado:** questionário com três partes: dados sócio demográficos, questões fechadas e abertas. No processamento e análise dos dados quantitativos coletados foi utilizado o software SPSS, versão 15.0. Os dados qualitativos foram submetidos ao software IRAMUTEQ para análise léxica das unidades de texto, sendo também realizada uma análise de discurso. **Resultados:** podemos perceber que as enfermeiras reconhecem o prematuro como um ser humano que necessita de cuidados, incapaz de sobreviver sozinho. Reconhecem o impacto do ambiente para o desenvolvimento do RNPT e consideram que o ambiente atual deve melhorar em aspectos como o ruído e luminosidade. Julgam os pais e a família importantes para o desenvolvimento do RNPT, considerando os horários de visita adequados, apesar destes não serem totalmente livres. Percebem a capacidade de comunicação dos prematuros e consideram relevante falar com eles.

Palavras-chave: Prematuridade. Enfermagem neonatal. NIDCAP.



## ABSTRACT

The preterm newborn infants are human being in process of development, with their biological and psychological skills immature to the extra uterine environment. Therefore, the professionals of the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) should avoid over stimulation in order to reduce their adaptation effort. The subjectivation process starts at the body and early experiences, so this study aims to contribute to an institutional practice that includes an individualized developmental care favorable to the overall development of the premature, improving brain development, functional competence, health, and live quality. **Overall objective:** to investigate the perception of nurses on preterm newborn infants in the NICU, their ambience and the impact of these perceptions on their care. **Specific objectives:** a) to identify whether nurses know the behavioral signs of preterm infants and use them as guiding care; b) identify the perception of nurses working in the NICU on the ambience and on the impact of this for the development of preterm infants; c) analyze how nurses conceive the preterm newborn infants. **Design:** descriptive and exploratory, with a sample of 15 participants, nurses who work directly in the care of preterm infants admitted to the NICU of the Maternity School of the Federal University of Rio de Janeiro. **Instrument:** three parts-questionnaire with: sociodemographic data, questions quantitative and questions qualitative. To process and analyze the quantitative data collected, the SPSS software, version 15.0 was used. Qualitative data were submitted to IRAMUTEQ software for lexical analysis of text units. **Results:** we can see that the nurses recognize premature as a human being who needs care, unable to survive alone. They recognize the impact of the environment for the development of preterm newborn infants and consider that the current environment should improve in areas such as noise and light. They believe that parents and family are important for the development of preterm infants, considering the appropriate visiting hours, although these are not totally free. They perceive the premature communication skills and consider relevant talking to them.

Key words: Prematurity. Neonatal nursing. NIDCAP.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Desenvolvimento encefálico do feto.....	35
Figura 2: RNPT em estado de autorregulação.....	37
Figura 3: RNPT em estado de estresse.....	38
Figura 4: Interligação dos subsistemas.....	40
Figura 5: Manta de proteção sobre incubadora. ....	47
Figura 6: “Ninho” para contenção.....	49
Figura 7: Análise de similitude da questão qualitativa 1.....	77
Figura 8: Análise de similitude da questão qualitativa 2.....	78
Figura 9: Análise de similitude da questão qualitativa 3. ....	79
Figura 10: Nuvem de palavras da questão 1.....	80
Figura 11: Nuvem de palavras da questão 2.....	80
Figura 12: Nuvem de palavras da questão 3.....	81

## LISTA DE GRÁFICOS:

Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros por formação. ....	57
Gráfico 2 – Distribuição das enfermeiras por tempo que já concluíram a formação. ....	58
Gráfico 3 – Percepção das enfermeiras sobre a luminosidade da UTIN.....	61
Gráfico 4 – Percepção das enfermeiras sobre sua contribuição para a luminosidade da UTIN. ....	61
Gráfico 5 – Percepção das enfermeiras sobre a influência da luminosidade da UTIN no desenvolvimento global do prematuro. ....	62
Gráfico 6 – Percepção das enfermeiras sobre o som dentro da UTIN.....	64
Gráfico 7 – Percepção das enfermeiras sobre sua contribuição para os rúidos da UTIN. ....	64
Gráfico 8 – Percepção das enfermeiras sobre a influência do som da UTIN para o desenvolvimento global do prematuro. ....	65
Gráfico 9 – Percepção das enfermeiras sobre a influência do sono para o desenvolvimento global do prematuro.....	66

Gráfico 10 – Percepção das enfermeiras sobre sua contribuição para regulação do sono do prematuro internado na UTIN.....	67
Gráfico 11 – Sinais observados pelas enfermeiras quando elas estão cuidando do prematuro internado na UTIN.....	68
Gráfico 12 – Tipo de cuidado prioritariamente direcionado ao RNPT pelas enfermeiras da UTIN.....	69
Gráfico 13 – Percepção sobre a capacidade de se comunicar (de forma não verbal) do RNPT. ....	70
Gráfico 14 – Frequência com que as enfermeiras conversam com os RNPT durante os cuidados.....	70
Gráfico 15 – Percepção sobre a capacidade do RNPT sentir dor.....	71
Gráfico 16 – Percepção das enfermeiras sobre a presença dos pais dos prematuros na UTIN.....	73
Gráfico 17– Avaliação das normas vigentes na UTIN sobre a presença dos pais....	74
Gráfico 18 – Avaliação das normas vigentes na UTIN sobre a presença dos familiares. ....	75

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
DNV: Declaração de Nascido Vivo  
DO: Declaração de Óbito  
ENAC: Escala Neonatal de Avaliação do Comportamento  
MS: Ministério da Saúde  
NIDCAP: Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program  
NV: Nascido vivo  
RN: Recém-nascido  
RNPT: Recém-nascido Pré-termo  
SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade  
Sinasc: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos  
TMI: Taxa de Mortalidade Infantil  
TSAD: Teoria Síncrono-ativa do Desenvolvimento  
UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UTI: Unidade de Terapia Intensiva  
UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal  
UNICEF: United Nations International Children's

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1.1 Apresentação</b> .....	14
<b>1.2 Objetivo</b> .....	14
1.2.1 Objetivo geral .....	14
1.2.2 Objetivos específicos .....	14
<b>1.2 Justificativa</b> .....	14
<b>1.4 Delimitação do estudo</b> .....	15
<b>1.5 Questão da pesquisa</b> .....	15
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
<b>2.1 A história social da criança e da família</b> .....	17
<b>2.2 Subjetivação da infância</b> .....	20
<b>2.3 O bebê e a importância do desenvolvimento emocional primitivo</b> .....	22
2.3.1 O que é isso o bebê? .....	22
2.3.2 Dependência do infante e importância do ambiente .....	25
2.3.3 Segurar e manipular .....	27
<b>2.4 Políticas públicas voltadas para a primeira infância</b> .....	28
2.4.1 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a prematuridade .....	30
<b>2.5 Assistência neonatal ao prematuro</b> .....	32
2.5.1 Cuidado Voltado para o Desenvolvimento .....	34
2.5.2 Teoria Síncrono Ativa do Desenvolvimento (TSAD) .....	39
2.5.3 Comportamento autorregulatório .....	41
2.5.4 NIDCAP .....	44
<b>3 MÉTODO E TÉCNICA DO ESTUDO</b> .....	50
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	50
<b>3.2 População</b> .....	50
<b>3.3 Participantes</b> .....	51
<b>3.4 Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	51
<b>3.5 Local</b> .....	51
<b>3.6 Instrumentos de coleta</b> .....	52
<b>3.7 Procedimentos</b> .....	52
<b>3.8 Processamento e Análise dos Dados</b> .....	53
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	56
<b>4.1 Caracterização do perfil dos profissionais</b> .....	56
<b>4.2 Percepção das enfermeiras sobre o ambiente UTIN</b> .....	60
4.2.1 Percepção sobre a luminosidade da UTIN .....	61
4.2.2 Percepção sobre a incidência de ruídos na UTIN .....	63
4.2.3 Percepção sobre o sono do RNPT internado na UTIN .....	66

<b>4.3 Percepção dos enfermeiros sobre o RNPT e cuidados direcionados a ele.</b>	<b>68</b>
<b>4.4 Percepção dos enfermeiros sobre a presença dos familiares na UTIN.</b>	<b>72</b>
<b>4.5 Dados qualitativos – Análises de corpus textuais</b>	<b>76</b>
4.5.1 Análise de similitude	76
4.5.2 Nuvem de palavras	79
4.5.3 Análise das categorias	81
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>88</b>
<b>APENDICE A – TERMO DE CONCENTIMENTO</b>	<b>95</b>
<b>APENDICE B - QUESTIONÁRIO</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO 1 – PARECER DO CEP</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO 2 – TABELA DE OBSERVAÇÃO NIDCAP</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO 3 - LEI Nº 13.257 - MARÇO DE 2016</b>	<b>105</b>

# **1INTRODUÇÃO**

## **1.1 Apresentação**

O presente trabalho de conclusão de curso apresenta-se em capítulos que organizam o estudo realizado. O primeiro capítulo apresenta o tema estudado, seus objetivos, justificativas e delimitações. No segundo capítulo, apresenta-se o referencial teórico que se relaciona com o tema de estudo. Segue com o terceiro capítulo que se refere à metodologia utilizada na pesquisa. No quarto capítulo estão explicitados e analisados os resultados obtidos na pesquisa. E, finalmente, no quinto capítulo, as considerações finais.

## **1.2 Objetivo**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Investigar a percepção dos enfermeiros que atuam na UTIN sobre o recém-nascido pré-termo (RNPT), da influência do ambiente no desenvolvimento do prematuro e os impactos dessas percepções nos cuidados prestados.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

Com base no objetivo geral acima descrito, este trabalho contemplará os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar se os enfermeiros que atuam na UTIN conhecem os sinais comportamentais do RNPT e analisar se os utilizam como norteadores para o cuidado prestado;
- b) identificar a percepção dos enfermeiros que atuam na UTIN sobre o ambiente ofertado e sobre o impacto desse para o desenvolvimento do RNPT e
- c) analisar como os enfermeiros que atuam na UTIN concebem o RNPT.

## **1.2Justificativa**

Considerando que a fase inicial da vida é de grande importância para o desenvolvimento global do sujeito e que o período neonatal se caracteriza por ser

um período de dependência e vulnerabilidade, o presente estudo abordou o cuidado direcionados aos recém-nascidos pré-termo da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) nesse momento de início da vida extra-uterina.

O ambiente ideal para um feto é o útero de sua mãe. Quando algo foge da normalidade e esse bebê precisa nascer prematuramente, nenhum ambiente terá as mesmas condições do útero materno. Como o desenvolvimento intrauterino é interrompido abruptamente, o prematuro ainda é imaturo para as exigências de um ambiente extrauterino, ainda mais para um ambiente com tantos estímulos não controlados e/ou dosados como o de uma UTIN. Sendo assim, a ambiência oferecida terá especial relevância sobre o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo (RNPT).

Por esse motivo, o ambiente da UTIN deve ser pensado com o intuito de minimizar os possíveis efeitos iatrogênicos ao RNPT. O cuidado voltado para o desenvolvimento fornece estratégias para abordar as questões ambientais da UTIN e de cuidado, visando diminuir o esforço experimentado pelo prematuro em sua tentativa de se adequar ao meio extrauterino.

Considerando que os enfermeiros da UTIN são os responsáveis pela prescrição da assistência de enfermagem, sua percepção sobre o RNPT torna-se relevante para compreender o tipo de cuidado e ambiente ofertado aos prematuros na UTIN.

#### **1.4 Delimitação do estudo**

O estudo investigou a percepção dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro sobre sua percepção dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) internados na unidade. Os resultados encontrados referem-se à opinião individual de cada profissional sobre o seu próprio trabalho, sua percepção da realidade apresentada na UTI e pelo RNPT.

#### **1.5 Questão da pesquisa**

Considerando que um ambiente desfavorável na UTIN pode prejudicar o desenvolvimento do RNPT e que a modificação na ambiência poderia minimizar os



possíveis efeitos iatrogênicos, o cuidado voltado para o desenvolvimento fornece estratégias para abordar as questões ambientais da UTIN e de cuidado, com o intuito de favorecer a autorregulação<sup>1</sup> e bem-estar do prematuro.

Nessa perspectiva, é importante que os profissionais possam conhecer/reconhecer e estar atentos aos sinais comportamentais de aproximação e afastamento do RNPT, a fim de nortear seus cuidados e propiciar um ambiente que não sobrecarregue sensorialmente seu sistema nervoso ainda em desenvolvimento e também favoreça seu desenvolvimento psíquico.

Considerando o exposto, a hipótese da presente pesquisa foi que a percepção dos enfermeiros da UTIN dos sinais comportamentais do RNPT, e também do impacto das condições ambientais da UTIN para o desenvolvimento do RNPT, influenciaria no cuidado dedicado ao RNPT.

---

<sup>1</sup> Autorregulação: Pela nova ortografia, não se usa hífen nas palavras formadas por prefixos terminados em vogal (anti-, contra-, extra-, auto-), quando o segundo elemento inicia pelas letras "r" ou "s", as quais devem ser duplicadas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A história social da criança e da família

O lugar do infante na sociedade é uma construção sócio-histórica, ou seja, não foi nem será sempre a mesma em qualquer tempo ou lugar. Para compreender a visão da atualidade e refletirmos sobre a relação que se estabelece com o bebê em seu cuidado numa Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) é importante inicialmente caracterizar a construção social do lugar da criança na família e na sociedade.

Quando adotada como objeto de estudo, “a infância é sempre um outro em relação àquele que a nomeia e a estuda” (FREITAS, 2003, p. 229). Nunca é a criança que faz teoria sobre ela própria, essa é sempre a perspectiva de outrem. Em sua origem latina, as palavras infante e infância se referem à ausência de fala. A infância como qualidade ou estado de infante, ou seja, daquele que não fala, sendo *in* um prefixo que indica negação e *fante* o particípio presente do verbo latino “*farī*”, que significa falar, dizer. (FREITAS, 2003)

Esta reflexão poderia ser realizada a partir de diversas perspectivas, mas dentre os autores possíveis que poderiam nos auxiliar num recorte dos conceitos da infância, escolhemos Philippe Ariès. O autor apresenta, em seu livro *História Social da Criança e da Família* (1981), um panorama sobre a concepção da infância a partir da Idade Média. Ao longo do seu estudo, ele analisa o lugar da criança na sociedade, sua relação com a família, o que era suposto como competências destas crianças, como eram retratadas nas pinturas e no discurso social em cada época, os trajes que utilizavam, a concepção de inocência, o sentimento da infância e inclusive o que ele nomeia como “a descoberta da infância” no séc. XVI.

A primeira tese apresentada pelo autor é uma tentativa de interpretação das sociedades tradicionais. Ele afirma que a sociedade tradicional da Idade Média praticamente não enxergava a criança. A duração da infância era muito reduzida, sendo atribuída somente ao período mais frágil no qual a criança não conseguia fazer nada por si só. Assim que adquirisse alguma habilidade física, era prontamente misturada aos adultos, passando a partilhar com eles seus trabalhos e jogos. De criança pequena, ela se transformava rapidamente em adulto jovem, sem poder

contar com etapas intermediárias de passagem, como a juventude. As crianças não passavam pelos estágios da infância que concebemos e valorizamos atualmente.

Na sociedade medieval, que tomamos como ponto de partida, o sentimento da infância não existia – o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem. Essa consciência não existia. (ARIÈS, 1981, p. 155)

Podemos perceber, que algo que atualmente nos parece tão concreto e evidente, como a distinção entre um adulto e uma criança, não é algo que sempre foi assim. Ou seja, é uma construção.

Naquele tempo, a criança não ficava junto de seus pais e as famílias não asseguravam ou controlavam a transmissão dos valores, dos conhecimentos ou a socialização da criança. Durante séculos, as famílias não se dedicavam à formação da criança ou se preocupavam em transmitir valores para os pequenos, essas ideias surgiram já na modernidade. A educação era garantida através da convivência da criança ou do jovem com os adultos, observando-os e auxiliando-os nas atividades (ARIÈS, 1981).

Sendo assim, a passagem da criança pela família e pela sociedade era muito breve e quase insignificante. Não havia, por este motivo, tempo ou razão de dedicar à criança o lugar e o afeto que lhe são concedidos atualmente. O autor destaca que um sentimento superficial voltado para a criança – a que chamou de "paparicação" – era reservado à criança pequena em seus primeiros anos de vida, enquanto ela ainda era "engraçadinha". Caso a criança morresse, como era comum na época, alguns podiam ficar desolados, mas comumente a morte de uma criança não era um grande acontecimento, pois logo outra criança a substituiria. A criança não chegava a sair de uma espécie de anonimato. Como evidência da indiferença à criança na época, o autor destaca que não existiam retratos de crianças.

Ninguém pensava em conservar o retrato de uma criança que tivesse sobrevivido e se tornado adulta ou que tivesse morrido pequena. No primeiro caso, a infância era apenas uma fase sem importância, que não fazia sentido fixar na lembrança; no segundo, o da criança morta, não se considerava que essa coisinha desaparecida tão cedo fosse digna de lembrança: havia tantas crianças, cuja sobrevivência era tão problemática. O sentimento de que se faziam várias crianças para conservar apenas algumas era e durante muito tempo permaneceu muito forte. (ARIÈS, 1981, p. 45)

Neste período o que motivava a união familiar era principalmente a missão de conservação, na qual os integrantes de uma família se ajudavam mutuamente, pois isoladamente não conseguiriam sobreviver. Entretanto, esta união não tinha um aspecto afetivo como a família atualmente possui. Isso não quer dizer que o afeto estivesse ausente, mas não era o aspecto mais relevante, nem era considerado como necessário ou fundamental (ARIÈS, 1981).

Seguindo os estudos do autor, somente no século XVI e XVII, a criança saiu do anonimato e se encaminhou para uma infância controlada. Em nome de uma suposta proteção e educação, passa-se para o que o autor denomina de “enclausuramento”.

Em sua segunda tese, presente no livro, Ariès pretende mostrar o novo lugar assumido pela criança e pela família nas sociedades industriais. A infância ganha evidência e a educação das crianças passa ocupar um lugar de destaque que não tinha antes.

Com a substituição da aprendizagem através do meio social pela da escola, como forma de educação, a criança é separada dos adultos e mantida fora da cena familiar onde antes estava misturada. A criança passa a ser enclausurada nas escolas e só deve retornar quando educada e moralizada. Essas novas condutas que resultam na separação das crianças do contexto familiar e sua escolarização foram influenciadas pelas reformas ligadas à Igreja e às leis dos Estados, mas tal movimento não teria sido possível sem a cumplicidade das famílias da época.

Nesse período a família tornou-se um lugar de uma afeição entre os pais e seus filhos, algo que não se supunha necessário antes. Essa afeição se exprimiu principalmente através da importância atribuída à educação. Surge um sentimento novo: os pais passam a se interessar pelos estudos de seus filhos.

Como a família passou a se importar com a criança e se organizar em torno dela, essa ganhou um lugar e um destaque que tornou impossível não sofrer com sua perda. A morte de uma criança passa a ser sentida por seus familiares e ela não pode ser mais facilmente substituída por outra, como anteriormente. Tornou-se necessário cuidar melhor das crianças para não perdê-las e passou-se a limitar o número de crianças de uma família para ser possível dedicar a ela maiores cuidados. Desta forma, a revolução escolar e sentimental foi seguida de uma redução voluntária da natalidade, observável no século XVIII. (ARIÈS, 1981).

Neste breve recorte da pesquisa do autor podemos perceber que a concepção de infância e de família não se mantém estática ao longo do tempo, assim como os cuidados e afetos direcionados a ela. Muito pelo contrário, se criam e se estabelecem novos significados e arranjos de acordo com o momento histórico e as relações sociais presentes. Na modernidade, quando olhamos para uma criança, estamos profundamente atravessados pela nossa história atual e pregressa.

Demonstra-se, portanto, que a infância não é simplesmente uma fase biológica da vida, mas sim uma construção cultural e histórica. No Brasil, foi somente no final do século XX que a infância se tornou um tema importante para o Estado, para as políticas não governamentais, para o planejamento econômico e sanitário, passando a ser estudadas por psicólogos, educadores e antropólogos. (FREITAS, 2003).

## **2.2 Subjetivação da infância**

A psicanalista francesa Françoise Dolto também trata em sua obra *A causa das crianças* (2005) da representação da criança durante os séculos. Utiliza-se dos registros artísticos para exemplificar como a criança era percebida ao longo do tempo. Ao abordar a descoberta do corpo da criança, a autora destaca que do século XV ao XVIII a criança era comumente fantasiada de adulto, ou seja, era retratada utilizando modelos reduzidos das roupas dos adultos. Tanto os meninos quanto as meninas utilizavam vestidos nos primeiros anos de vida e o que diferenciava suas roupas das dos adultos eram duas ou quatro fitas. Uma das explicações possíveis apresentada pela autora para a presença das fitas é que estas fitas seriam vestígios das antigas amarras utilizadas nos séculos anteriores para prender as crianças quando elas iniciavam seus primeiros passos. Essa imagem das crianças amarradas pode parecer antiquada, mas a própria autora nos faz recordar que atualmente vendem-se utensílios que são presos às crianças para auxiliar seus familiares nos passeios em locais possivelmente perigosos à livre movimentação infantil.

Retornando à Idade Média, o corpo da criança era camuflado e contido sob a roupa. Esse corpo não era visto e tampouco a criança era reconhecida como sujeito. Essa posição de objeto pode ser percebida na linguagem escrita da época, onde ela nunca era sujeito de uma ação. A criança não era, por exemplo, sujeito de

um verbo: “a criança permanece objeto. Será necessário muito tempo para que seja reconhecida como sujeito” (DOLTO, 2005, p. 13).

É comum observar nas pinturas deste período que, quando a criança aparece, ela não está representando a si mesma. Seu corpo é utilizado como forma de representação angelical, religiosa ou participando da composição de um cenário burguês. Não se apresenta como um sujeito, ou um integrante da família (DOLTO, 2005).

No início do séc. XIX, os poemas românticos retratam a criança de forma pueril e pura, ainda sem corporeidade e frágil. A criança passa a ser retratada no meio social, mas como vítima dessa sociedade. Descrita como aquela que nasce sem pecado, mas que é corrompida pelo meio. A subjetividade retratada ainda não é da criança em si mesma, mas a subjetividade idealizada dos próprios adultos que dela falam. A narrativa não é sobre a criança, mas “um discurso adulto sobre o que foi convencionalmente chamado de criança” (DOLTO, 2005, p. 32).

Dolto continua sua análise sobre as inúmeras representações da criança ao longo dos séculos, mas salienta que somente é descrito o comportamento social da criança. Em Paris, somente na década de 1960 surge o que a autora identifica como a primeira abordagem da humanidade da criança no texto intitulado *Terres de l'enfance*<sup>2</sup>. No Brasil, considerando a literatura nacional, o romance *Meu pé de laranja-lima*<sup>3</sup> de Mauro de Vasconcelos passa a ser identificado pela autora como uma marca da mudança do discurso literário sobre a criança, pois a coloca na cena principal. Mesmo escrita por um adulto, a história traz a visão da criança em seus primeiros anos de vida. Esta obra não traz uma história verídica, mas existe nela a tentativa de retratar a subjetividade infantil, e essa é uma mudança de perspectiva importante.

Na área das ciências humanas, destacamos o olhar psicanalítico direcionado para a criança, inclusive nos seus primeiros meses de vida, tentando entender as causas do que vem a provocar graves quadros psicopatológicos que comprometem a constituição subjetiva. Onde antes não havia sujeito, passa a existir subjetividade e possibilidade de relação e cuidado. Novos olhares para a subjetividade infantil somados às inovações tecnológicas, que minimizaram a

---

<sup>2</sup> Refere-se ao livro *Terres de l'enfance* (tradução livre: *Terreno do infantil*) de Max Primault, Henry Lhong e Jean Malrieu publicado 1961.

<sup>3</sup> Conhecido livro da literatura nacional e traduzido para diversos idiomas. Ano de lançamento: 1968.

mortalidade infantil, são importantes fatores que favorecem uma nova rede de cuidados seja direcionada ao bebê e que ele ocupe um outro lugar social.

Como pudemos acompanhar anteriormente, com a evolução da concepção de infância ao longo do tempo houve uma modificação da percepção sobre a criança e, conseqüentemente, na relação para com ela durante os séculos. Ela passou a ser notada, observada, estudada e tratada. A psicanálise foi uma das abordagens de estudo que tem contribuído para a perspectiva que considera o bebê um sujeito. “A psicanálise tem mostrado que mesmo o processo de nascimento não passa despercebido pelo bebê, e que, do seu ponto de vista, pode haver um parto normal ou anormal” (WINNICOTT, 2013d, p. 63), a criança deixa de ser entendida como totalmente passiva e sem percepção alguma do que ocorre a sua volta. Nem mesmo no momento do parto ela está alheia ao que ocorre ao seu redor.

Uma das contribuições da psicanálise para a psicologia do RN veio através da formulação de uma teoria do desenvolvimento emocional (WINNICOTT, 2013g). Como desenvolvimento emocional primitivo iremos considerar o período inicial da vida do bebê no qual ele ainda não reconhece a si mesmo e aos outros como pessoas (WINNICOTT, 2000a). Vale destacar que o autor afirma que este é o ponto de vista do bebê e não de quem cuida dele.

## **2.3 O bebê e a importância do desenvolvimento emocional primitivo**

### **2.3.1 O que é isso o bebê?**

Surpreendentemente, para Winnicott o bebê não existe<sup>4</sup>. Essa frase parece controversa, principalmente quando proferida por um pediatra e psicanalista que dedicou grande parte do seu trabalho e estudo aos bebês. O que o autor quer destacar é que o bebê não existe sozinho, sem estar inserido em uma relação, ressaltando assim a importância do ambiente para a constituição do sujeito.

Durante seus estudos ele não só se dedica à criança, mas concentra especial atenção a criança muito nova que denomina em seus textos como infante ou lactente. O infante é aquele que ainda não fala (infans), dependente da empatia do

---

<sup>4</sup> Frase original: “There is not such a thing as a baby” (livre tradução: não existe essa coisa chamada bebê). Frase proferida por Winnicott em uma reunião da Sociedade Psicanalítica Britânica na década de 40 e descrita em seu texto *Teoria do relacionamento infantil* (1979, p. 40)

outro para compreensão do que está sendo comunicado, mas ainda não verbalizado. Nos estágios iniciais, o infante ainda está em uma condição de grande dependência e necessita que um cuidador o auxilie em seu desenvolvimento para poder sobreviver.

A abordagem do autor foi adotada no presente trabalho, pois era um profissional que se preocupava com a saúde física e mental de seus pacientes, que se descrevia como “um pediatra que migrou para a psiquiatria, e um psiquiatra que não se desvinculou da pediatria” (WINNICOTT, 2000b, p. 233). Defendia a tese de que é possível estabelecer uma vinculação entre os fenômenos psiquiátricos e o desenvolvimento infantil, dando especial atenção aos cuidados dedicados aos primórdios da infância.

Apresentaremos aspectos da teoria do desenvolvimento emocional do lactente traçada por Winnicott, destacando alguns que se relacionam com as fases iniciais do desenvolvimento e com a importância do ambiente que o cerca. Para desenvolver-se emocionalmente de forma satisfatória, o infante terá que ocupar-se desde suas primeiras semanas de vida de três tarefas importantes: fazer contato com a realidade, integrar e estabilizar sua personalidade e perceber o seu corpo. Estas tarefas não são prontamente completadas, mas são adquiridas e perdidas sucessivamente. Podemos observar que falhas nestas aquisições estão comumente presentes nos sintomas psiquiátricos: perda de contato com a realidade, despersonalização e desintegração, respectivamente (WINNICOTT, 2000b). Essa sintomatologia nos ajuda a desnaturalizar as noções de corpo e de “EU”<sup>5</sup>. É comum que elas sejam consideradas evidentes, como se estivessem estabelecidas desde o início. No entanto, ser um “EU” e ter um corpo, são noções que precisam ser adquiridas. O ambiente precisa ser favorável para auxiliar o infante em seu desenvolvimento emocional para que essas competências sejam adquiridas de forma satisfatória.

[...] é impossível descrever um bebê ou uma criança pequena sem que se inclua uma descrição dos cuidados que ela recebe, e que só gradualmente vão se transformando em algo separado do indivíduo. Em outras palavras, os processos de maturação, facilitados de forma extremamente complexa pelos seres humanos que cuidam do bebê, terminam por fazer com que a criança repudie o que é o não-EU, vindo a construir o EU. Chega um momento em que, se a criança pudesse falar, diria EU SOU (WINNICOTT, 2013f, p. 47)

---

<sup>5</sup> “EU” é a instância psíquica utilizada por Freud na sua segunda teoria do aparelho psíquico. Para diferenciá-la do pronome “eu”, sua grafia é maiúscula.



Partindo dos pressupostos freudianos considera-se que “O ego é antes de tudo um ego corporal” (FREUD, 2006, p.39). Em seu importante texto intitulado *O Ego e o Id* Freud destaca o papel do corpo para a constituição psíquica do sujeito. Sua teoria defende que o próprio corpo, principalmente sua superfície, é o lugar onde se originam as sensações externas e internas. Pela pele o indivíduo percebe através do tato, ao mesmo tempo, a si mesmo e o objeto que toca. O ego<sup>6</sup> que se forma, deriva dessas sensações corporais, principalmente das percepções táteis da superfície do corpo.

A psicanalista Ivanise Fontes destaca em seu artigo intitulado *A ternura tátil: o corpo na origem do psiquismo* (FONTES, 2006) a importância do corpo para a constituição psíquica. A autora descreve brevemente em seu texto o que denomina de “nascimento psíquico”, nascimento este que se difere do nascimento biológico. O nome “nascimento psíquico” não deve nos distanciar da dimensão corporal que esse evento comporta, pois, sua origem está justamente no corpo.

Para que o bebê possa existir como unidade psíquica, ele precisava começar a diferenciar o que é ele e o que não é ele. Essa separação do “EU” e “não-EU” se estabelece primeiramente através da separação corporal entre o bebê e sua mãe. Inicialmente eles são um só e gradativamente o bebê irá descobrir ele tem um corpo e que é um ser (FONTES, 2006).

Se partirmos para o campo da saúde mental, muitas das patologias consideradas “modernas” como seriam o caso de personalidade aditivas, casos-limite e somatizantes, possuem em comum dificuldades referentes à representação psíquica. Compreendemos como representação psíquica, como se representa subjetivamente um objeto (LAPLANCHE; PONTALIS, 2008). Partindo destas apresentações clínicas cada vez mais frequentes a psicanálise precisou debruçar-se sobre os primórdios do desenvolvimento, ou seja, o período pré-representacional e sobre a dimensão corporal da constituição psíquica.

---

<sup>6</sup> Ego, também traduzido como “EU”, é a instância psíquica utilizada por Freud na sua segunda teoria do aparelho psíquico. “O ego é concebido como um aparelho de regulação e de adaptação à realidade, cuja gênese se procura descrever, por processos de maturação e aprendizagem, a partir do sistema sensorio-motor do lactente” (LAPLANCHES, 2008, p.134)

Em seu livro intitulado *Psicanálise do Sensível – Fundamentos e Clínica* (2010) Ivanise Fontes buscou enfatizar o diálogo entre o corpo e a psicanálise, sendo um dos pontos centrais de sua exposição o papel do corpo na constituição primordial do psiquismo. Essa autora dialoga com outros autores contemporâneos como D. Anzieu, F. Tustin, P. Fédida, G. Haag, J. Kristeva e W. Winnicott. Muitos deles dedicam parte de seus estudos a gênese da vida psíquica e sua dimensão corporal. Esses estudos destacam a importância do início da vida do sujeito e os inúmeros impactos que falhas neste período podem provocar.

Enquanto não adquirem um EU autônomo, os bebês podem vivenciar angústias muito fortes nos estágios iniciais do seu desenvolvimento, caso suas necessidades não sejam adequadamente satisfeitas. Como ainda é muito imaturo para gerenciar sozinho a sua existência, o bebê vai precisar do amparo ambiental para se desenvolver adequadamente. É primordial que o infante não seja constantemente deixado desamparado, sozinho com seus recursos próprios, pois ainda está imaturo para assumir a manutenção das necessidades que implicam na manutenção de sua vida. (WINNICOTT, 2013g).

### 2.3.2 Dependência do infante e importância do ambiente

É de grande importância reconhecer a dependência do bebê no início da vida. Evidente que uma criança pequena não conseguiria sobreviver sem a dedicação dos cuidados de outrem. Esses cuidados devem ser amplamente considerados, não se restringindo, portanto, às necessidades básicas de sobrevivência. De acordo com a teoria winnicottiana (WINNICOTT, 1983, 2000, 2013) o desenvolvimento infantil se inicia em uma *dependência absoluta*, evoluindo para uma *dependência relativa*, depois seguindo *rumo à independência*. Essas etapas não são rígidas entre si, nem vinculadas a uma determinada idade da criança. Compreende-se que essas etapas transcorram gradativamente.

Ao considerarmos a extrema dependência do RN, podemos começar a inferir como eles são afetados pelo ambiente que os cerca. Para que ele possa se desenvolver adequadamente é necessário um ambiente salutar que ofereça ao infante uma sensação de previsibilidade, sem grandes rupturas do seu estado de dependência.

O que gera para o bebê um senso de previsibilidade é a capacidade de um adulto cuidador antecipar suas necessidades. Para que isso ocorra é necessária grande sintonia com a criança. Winnicott enumera algumas das necessidades sutis do bebê em estado de dependência absoluta que devem ser supridas a fim de proporcionar à criança uma sensação de continuidade. Há as necessidades físicas do corpo (alimentação, postura, temperatura, higiene, tato...) e as necessidades que só podem ser supridas pelo contato humano (cheiro, fala direcionada, sustentação...). Nessa lista o autor está considerando que já estão garantidas ao bebê a proteção contra perturbações mais grosseiras, por exemplo, excesso de luminosidade, som e calor (WINNICOTT, 2013e). É muito importante que seja oferecido ao bebê uma assistência satisfatória que o possibilite permanecer nesse estado de dependência absoluta.

Ao receber regularmente um cuidado satisfatório durante o início de sua vida, o infante estará estabelecendo bases na fase da dependência para seguir posteriormente rumo à independência.

O ambiente de facilitação – que deve ser humano e pessoal – possui características suficientemente boas, as tendências hereditárias de crescimento que o bebê tem podem, então, alcançar seus primeiros resultados favoráveis. [...] Todas as partículas e fragmentos de atividade e sensação que vão constituir aquilo que passamos a conhecer como este bebê específico, começaram a congregarem-se em determinados períodos, de tal forma que há momentos de integração em que o bebê é uma unidade, embora, naturalmente, uma unidade muitíssimo dependente (WINNICOTT, 2013a, p. 8)

Com o tempo o bebê será capaz de adquirir sua individualidade e perceber seu corpo, mas essa realidade deve ser apresentada para o infante gradativamente. Enquanto a criança ainda estiver na fase de dependência absoluta o ambiente deve prover a ela o auxílio necessário para que as exigências do mundo se apresentem de acordo com a capacidade que a criança tem de gerenciá-las. É necessário um ambiente de facilitação para que os processos de maturação do indivíduo ocorram de forma favorável.

A maior parte dos bebês recebe uma boa assistência, mas alguns experimentam falhas ambientais durante a fase de dependência absoluta que, dependendo do grau, serão difíceis de serem reparadas. Essas experiências remotas podem deixar marcas importantes que repercutem na vida adulta. Minimizar

essas falhas ambientais ainda na infância é uma medida de prevenção e promoção à saúde.

Vale destacar que esta é uma das perspectivas que pode ser adotada diante do desenvolvimento emocional do infante e que contribui para os cuidados dedicados a ele. O próprio Winnicott era avesso a dogmas e verdades absolutas, sua teoria se pautava na experiência clínica e era por ela confrontada (KHAN, 2000).

### 2.3.3 Segurar e manipular

Nos anos iniciais de uma criança podemos considerar que os cuidados direcionados a ela se referem principalmente ao termo “segurar”. Conforme o bebê vai crescendo o seu mundo torna-se mais complexo assim como a abrangência do termo. Ao considerarmos seu significado ampliado, segurar não se restringe a ter a criança nos braços ou contê-la; inclui a ideia de mantê-la segura, amparada, afirmar e garantir as necessidades dela. Sendo assim, o termo pode se referir à função do grupo familiar, e, de forma não menos importante, aos profissionais que se dedicam aos cuidados da criança (WINNICOTT, 2013b). Para o autor, uma pessoa segurar o bebê é o protótipo de todo o cuidado dedicado a ele.

Os bebês são muito sensíveis à maneira como são segurados. Sentem a pele do outro, o calor, o cheiro, a pressão do toque, a ansiedade ou a calma que esse toque transmite. Mas o mais importante é que esse segurar vai propiciar para o bebê mais do que as sensações da cena atual de estar sendo segurado. O segurar adequadamente o bebê merece especial atenção porque representa “uma pequena parte da maneira pela qual darão um bom alicerce à saúde mental deste novo membro da comunidade” (WINNICOTT, 2013b, p. 16).

Quando um bebê não é seguro de forma adequada ele será obrigado a ter uma percepção prematura do seu entorno e de “desconfortos” para a qual ainda não estava preparado. O ambiente deve evitar que esse estresse sobrecarregue o bebê.

Qualquer recém-nascido nasce em situação de total dependência e vulnerabilidade, mas os recém-nascidos prematuros exigem atenção e cuidado ainda mais especializados por nascerem mais imaturos biologicamente, dependendo de maior proteção ambiental para poderem se desenvolver adequadamente num ambiente extrauterino com o qual ainda não estavam prontos para lidar.

## 2.4 Políticas públicas voltadas para a primeira infância

Muitos estudos destacam a importância das experiências iniciais da vida e correlacionam esse período com a saúde mental do sujeito. Os avanços tecnológicos têm possibilitado intervenções importantes nas fases iniciais e consequentemente aumentado a viabilidade<sup>7</sup> de bebês prematuros, mas também alterado seu processo de subjetivação<sup>8</sup> (RABELLO, 2005). Considerando a importância desse período, torna-se de grande relevância a elaboração de estratégias de saúde que abordem o período inicial da vida e possam atuar de forma preventiva sobre a saúde mental do sujeito.

A recente Lei Federal nº 13.257 (BRASIL, 2016) (ANEXO 3) que foi sancionada em março de 2016 estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância. A Lei dedica atenção às singularidades dos primeiros anos de vida e destaca sua relevância no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano. Nela é delimitada como primeira infância o período dos primeiros seis anos de vida ou 72 meses de vida da criança (BRASIL, 2016, art. 2). Uma lei dedicada ao período da primeira infância pode ser considerada um indicativo de que esse período da vida passa a ganhar destaque maior por parte do governo. É uma Lei que se dedica amplamente à primeira infância. Por ser uma Lei dedicada exclusivamente a esse período, fatores mais específicos podem ser melhor abordados.

A Lei dispõe sobre políticas públicas e altera algumas leis anteriores como é o caso da Lei nº 8.069 de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Apresenta como prioridade a garantia pelo Estado dos direitos da criança, do adolescente e do jovem, através de iniciativas públicas que comportem a especificidade presente na primeira infância garantindo dessa forma seu desenvolvimento integral.

No artigo 4º da Lei nº 13.257 (BRASIL, 2016, art. 4) são apresentados alguns critérios que devem ser considerados para a elaboração e execução das políticas públicas voltadas para a primeira infância. Destacaremos alguns pontos que se

---

<sup>7</sup> Viabilidade: Se refere a sobrevivência do bebê, ou seja, a idade gestacional e/ou o peso de nascimento abaixo dos quais os bebês são muito imaturos e a oferta de tratamento intensivo não é razoável. (RINGER, 2010)

<sup>8</sup> Subjetivação: Utilizamos esse termo pois nos interessa pensar o “tornar-se sujeito” mais como um processo do que como uma estrutura a ser alcançada.

fazem consonantes com alguns temas apresentados no trabalho. A Lei destaca a condição de sujeito de direito e “cidadã” (art. 4º, I, V e parágrafo único) da criança, incluindo a mesma de forma participativa nas definições de ações que lhe dizem respeito de acordo com sua faixa etária e indica que devem ser respeitadas as individualidades e os ritmos do desenvolvimento das crianças e valorizadas suas diferenças. Para que seja possível a participação da criança na formulação das políticas é indicado que essa inclusão seja “realizada por profissionais qualificados em processos de escuta adequados às diferentes formas de expressão infantil” (BRASIL, 2016, art. 4, parágrafo único).

A Lei nº 13.257 ainda aborda a temática referente à formação dos profissionais, visando adequar os cursos às necessidades das crianças com o intuito de expandir a oferta qualificada de assistência multiprofissional dedicada aos cuidados da primeira infância. O artigo 10 da Lei (BRASIL, 2016) propõe acesso prioritário dos profissionais à qualificação adequada para promover o desenvolvimento integral da criança.

Art. 10. Os profissionais que atuam nos diferentes ambientes de execução das políticas e programas destinados à criança na primeira infância terão acesso garantido e prioritário à qualificação, sob a forma de especialização e atualização, em programas que contemplem, entre outros temas, a especificidade da primeira infância, a estratégia da intersetorialidade na promoção do desenvolvimento integral e a prevenção e a proteção contra toda forma de violência contra a criança (BRASIL, 2016).

Levando-se em conta o que foi apresentado na Lei podemos perceber que a primeira infância é destacada como uma fase importante para o desenvolvimento integral do sujeito e que deve ser dedicada a ela uma assistência abrangente e de qualidade. Para capacitar os profissionais há a preocupação de uma formação continuada dos mesmos a fim que eles possam se qualificar para atender às especificidades do início da vida.

Outro fator que tem recebido especial atenção das políticas públicas são as taxas de mortalidade na infância e a alta percentagem que a compõem da mortalidade de crianças abaixo de um ano de vida. Diminuir essas taxas é um objetivo presente nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio como veremos a seguir.

#### 2.4.1 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a prematuridade

O Ministério da Saúde (MS) destaca em seu guia “Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde” a importância fundamental do cuidado com a saúde do recém-nascido (RN) para a redução da mortalidade infantil, como medida de promoção à melhor qualidade de vida. Durante o período neonatal, o RN encontra-se vulnerável, uma vez que neste período concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais (BRASIL, 2012b). Durante o período da primeira semana de vida acontece grande parte das mortes infantis no país. (LANSKY et al., 2009).

Sendo assim, as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde direcionadas ao RN são de grande importância, pois influenciam a condição de saúde não só durante o período neonatal como também no futuro. O MS orienta que a gestação e o nascimento devem ser priorizados na atenção à saúde, assim como aponta para a análise das condições de nascimento e de morte das crianças como necessárias para orientar as ações dos serviços de saúde (BRASIL, 2012b).

Através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), que tem como documento básico a Declaração de Nascido Vivo (DNV), é possível traçar o perfil dos nascimentos em cada hospital, município e estado para caracterizar a população e auxiliar no planejamento de estratégias de saúde (BRASIL, 2008). De forma complementar, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) permite a análise de informações sobre óbitos maternos e de crianças para avaliação das ações realizadas, tendo como documento básico a Declaração de Óbito (DO). Vale ressaltar que a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), é um indicador dos níveis de desenvolvimento social e econômico e de condições de saúde da população (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE, 2008).

De acordo com o quinto relatório anual “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório anual de acompanhamento” (2014a), um dos maiores desafios do Brasil para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que possui como seu quarto objetivo a redução da mortalidade na infância (menores de 5 anos), é a sua alta taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano).

Uma forma de analisar a mortalidade infantil é diferenciando seus componentes em três níveis: neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), neonatal tardia (7 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (de 28 a 364 dias após o nascimento) (REDE

INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE, 2008). Segundo dados do MS, em 1990 a morte neonatal precoce passou a ser o principal componente dos óbitos infantis (BRASIL, 2014a. p. 71).

De acordo com os dados estatísticos apresentados em 2011 pela a Rede Interagencial de Informações para a Saúde, a TMI nacional em 2010 era de 16,2 por 1000 nascidos vivos (NV), sendo que mais de 69% das mortes infantis (11,2/1000 NV) aconteceram nos primeiros 27 dias de vida. O relevante registro de óbitos no período neonatal evidencia a importância de ações preventivas de saúde relacionadas a este período. No Brasil, a prematuridade é apontada como a principal causa de morte de crianças no primeiro mês de vida, segundo dados do MS (2011), correspondendo a 28,7% das causas de mortalidade neonatal precoce. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1961), o recém-nascido prematuro é aquele que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas.

O país deverá alcançar o compromisso internacional assumido de reduzir a mortalidade infantil para 15,7/1.000 NV em 2015, sendo esta a meta de número 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Ainda assim, a TMI é considerada elevada.

Em estudo recente sobre “Prematuridade e suas possíveis causas”, pesquisadores investigaram os números da prematuridade no Brasil e também o baixo peso ao nascer. Este levantamento, apoiado pelo UNICEF e MS, foi liderado pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas e contou com a participação de 12 universidades brasileiras. Segundo o estudo, há um crescimento de partos prematuros no Brasil, sendo a prevalência de partos de crianças prematuras de 11,7% em relação a todos os partos realizados no país (VICTORA, 2013).

Ainda que atualmente a TMI ainda seja alta no país e o nascimento prematuro seja a principal causa de morte nos primeiros 27 dias de vida, nas últimas décadas ocorreu um aumento da sobrevivência de prematuros extremos e de muito baixo peso (CASTRO; RUGOLO; MARGOTTO, 2012). Os avanços da medicina e a tecnologia disponível na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) favorecem este aumento significativo das taxas de sobrevivência dos RNPT, porém, ainda com uma considerável morbidade a longo prazo (PAIXÃO, 2000). Os prematuros experimentam uma gama de morbidades relacionadas à imaturidade dos



seus sistemas, e a exposição deles a um ambiente desfavorável na UTIN pode agravar esta morbidade (SYMINGTON, 2008).

De acordo com o estudo descritivo-correlacional de Maria-Mengel e Linhares (2007), que teve por objetivo detectar riscos para problemas do desenvolvimento de crianças nos quatro primeiros anos, a triagem de riscos para problemas de desenvolvimento da criança e a análise dos fatores psicossociais do contexto familiar devem ser incluídas como procedimento de intervenção preventiva. Foi identificado no estudo que os riscos ao desenvolvimento podem estar presentes na própria criança (componentes biológicos), na família da criança ou no ambiente. Apontando assim, para os múltiplos fatores que influenciam no desenvolvimento infantil.

## **2.5 Assistência neonatal ao prematuro**

O recém-nascido pré-temo (RNPT) geralmente inicia seu desenvolvimento fora da vida uterina no ambiente hospitalar de uma UTIN. Sendo assim, ele passa a contar com o suporte deste ambiente para sobreviver e se desenvolver. Com a perspectiva de que profissionais de distintas categorias que trabalham na UTIN compõem o ambiente e também agem sobre ele, a equipe está em uma posição privilegiada para otimizar a assistência e o ambiente no qual o RNPT se encontra (SILVA, 2005).

Conforme a definição do MS (2006) a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, sendo este entendido “como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006, p. 5).

Com o intuito de compreender a assistência aos recém-nascidos e suas especificidades, influenciada pelos avanços tecnológicos, foi realizado por Rodrigues e Oliveira (2004) um estudo histórico que teve como objetivo descrever os primórdios da assistência aos recém-nascidos, no exterior e no Brasil, no período de 1870 a 1903.

Em meados do século XIX, as crianças ainda não eram do interesse médico, assim como não existiam instituições que se dedicassem aos cuidados delas. Eram registradas altas as taxas de mortalidade principalmente entre os recém-nascidos prematuros. Pela visão da época essas crianças eram consideradas frágeis e não se

esperava que elas sobrevivessem, sendo que as menos adaptadas fatalmente não sobreviveriam a uma seleção natural (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004).

Com a queda da natalidade e altas taxas de mortalidade, entre 1870 e 1920 surgiu na Europa um movimento pela saúde da criança que tinha como objetivo preservar a vida de todas as crianças. A partir deste movimento social, passaram a ser praticados cuidados preventivos de preservação da vida, neste intuito, as maternidades foram ampliadas e as incubadoras foram criadas. Os médicos também atualizaram suas condutas e passam a adotar uma avaliação do recém-nascido mais detalhadas e baseados em novos estudos, também estabeleceram regras e cuidados direcionados a preservação da saúde das crianças.

Desenvolvida na segunda metade do século XIX, a incubadora foi considerada um equipamento revolucionário no cuidado ao recém-nascido prematuro. O obstetra Pierre Budin é considerado o pai da Neonatologia, sendo responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base dos primórdios da medicina neonatal (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004).

Constata-se que a partir do século XX os avanços médicos e tecnológicos propiciaram uma importante melhora na qualidade da assistência neonatal. O Brasil sofreu grande influência da Europa e também aprimorou sua assistência (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004).

Ao nascer prematuramente, o RNPT é exposto a um ambiente muito diferente do ambiente uterino e para o qual ainda não estava pronto. Geralmente, na UTIN, o RNPT se mantém exposto a eventos que podem ser considerados estressantes como: estímulos sonoros altos, luminosidade forte e constante, frequentes intervenções e manuseios, cuidados de rotina que não consideram os sinais comportamentais e fisiológicos do RNPT, assim como inúmeros procedimentos potencialmente dolorosos (LÓPEZ, et al., 2013).

Considerando que um ambiente desfavorável na UTIN pode prejudicar o desenvolvimento do RNPT e que a modificação do ambiente poderia minimizar os possíveis efeitos iatrogênicos, o cuidado voltado para o desenvolvimento, introduzido em meados de 1980 (ALS, 1986), fornece estratégias para abordar as questões ambientais da UTIN e de cuidado, com o intuito de minimizar o esforço experimentado pelo prematuro para se adequar ao meio extrauterino.

### 2.5.1 Cuidado Voltado para o Desenvolvimento

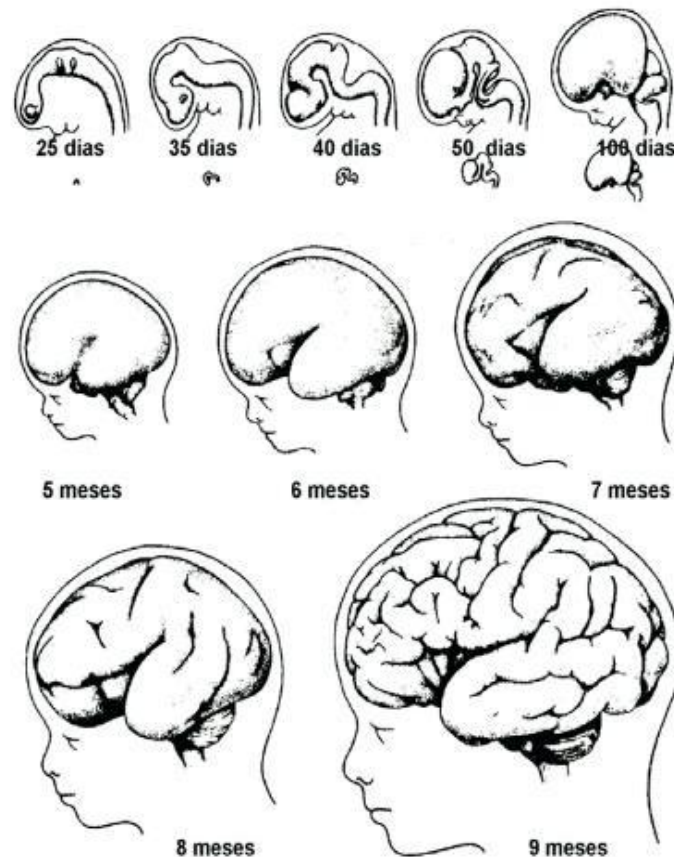
Cuidado voltado para o desenvolvimento é um sistema de cuidados voltados para RNPT e/ou bebês adoecidos que pretende melhorar o desenvolvimento da criança através de intervenções que favoreçam o recém-nascido e a sua família, compreendendo estes como uma unidade. O cuidado voltado para o desenvolvimento pretende melhorar tanto o macroambiente (ex: luz, ruído) como o microambiente em que se desenvolve o RN (postura, manipulação, manejo da dor). Além disso, atua para garantir, o máximo possível, à família o seu lugar de principal cuidador do bebê (LÓPEZ et al., 2013).

A correta implantação do cuidado voltado para o desenvolvimento requer um trabalho conjunto e estreita colaboração de toda equipe relacionada ao cuidado do RN. Através da implementação destes cuidados se obtém numerosos benefícios (bio-psico-sociais) que não só se refletirão no paciente, mas também na família e na equipe da UTIN, por criar um ambiente agradável e humano.

A permanência do RNPT na UTIN muitas vezes é necessária para garantir sua sobrevivência, mas causa também efeitos indesejáveis para os RNPT e para suas famílias. A exposição do RNPT ao ambiente quase sempre hostil da UTIN dificulta o desenvolvimento do cérebro e também a aproximação dos pais e seu bebê.

Os RNPT passam a estar expostos ao ambiente extrauterino, em um período muito ativo e delicado de seu desenvolvimento, no qual o seu cérebro se encontra em pleno processo de crescimento. A atividade mais intensa do desenvolvimento neurológico fetal ocorre justamente no período das últimas semanas de gestação. Quando o bebê nasce prematuramente ele passa por essa etapa de máxima atividade neuronal fora do útero. O RNPT tem uma capacidade limitada de equilibrar os seus sistemas e adaptar-se ao meio, sendo muitas vezes incapaz de bloquear os estímulos excessivos do ambiente. Na UTIN o RNPT recebe um padrão de estimulação inapropriado para seu organismo ainda em formação, o que poderá alterar seu desenvolvimento neuronal (LÓPEZ et al., 2013).

Figura 1: Desenvolvimento encefálico do feto



Fonte: COWAN,1979 apud BRASIL, 2014.

Um dos objetivos mais importantes do cuidado voltado para o desenvolvimento é melhorar o desenvolvimento cerebral e conseqüentemente o desenvolvimento global, prevenindo a sobrecarga sensorial em um sistema nervoso ainda imaturo e em rápido crescimento (LÓPEZ et al., 2013).

Conforme a definição do pediatra Ricardo Silva (2005) os cuidados voltados para o desenvolvimento representam uma filosofia do cuidado que repensa todas as formas de relacionamento que se estabelecem dentro da UTIN entre o RN, os cuidadores e a família. Isso inclui diversas estratégias que visam adequar o ambiente e individualizar os cuidados direcionados ao RNPT, com base em observações comportamentais. Estas medidas influenciariam de forma positiva o desenvolvimento do RNPT em curto, médio e longo prazo, favorecendo a promoção de uma melhor qualidade de vida para os RNs e suas famílias (SILVA, 2005).

O cuidado voltado para o desenvolvimento é norteado por algumas estratégias que visam minimizar o estresse do ambiente da UTIN (SYMINGTON, 2008):

- intervenções de cuidados individualizados (observação dos sinais comportamentais de retraimento e aproximação);
- minimizar os estímulos externos (auditivo, visual, tátil e vestibular)
- o posicionamento (aninhado de modo a proporcionar uma sensação de contenção semelhante à experiência intrauterina)
- o agrupamento de atividades de cuidado neonatal (preservando o sono profundo e minimizando o estresse)
- propor um cuidado que inclua a família e que considere os pais os principais cuidadores da criança

Programas como o "Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program" - NIDCAP (ALS, 1986), utilizam uma combinação dessas estratégias, dependendo das necessidades de cada criança.

O cuidado na UTIN é classificado por Silva (2005) como: cuidado de rotina, cuidado benigno e cuidado contingente. O cuidado de rotina é orientado por um planejamento prévio e que não leva em consideração a especificidade de cada RN. No cuidado benigno, os cuidados de rotina são realizados com a intenção de não causar dano ou mal estar ao RN (não maleficência), mas partem do ponto de vista do cuidador. Já o cuidado contingente seria aquele cuidado individualizado, que observa os sinais do RN.

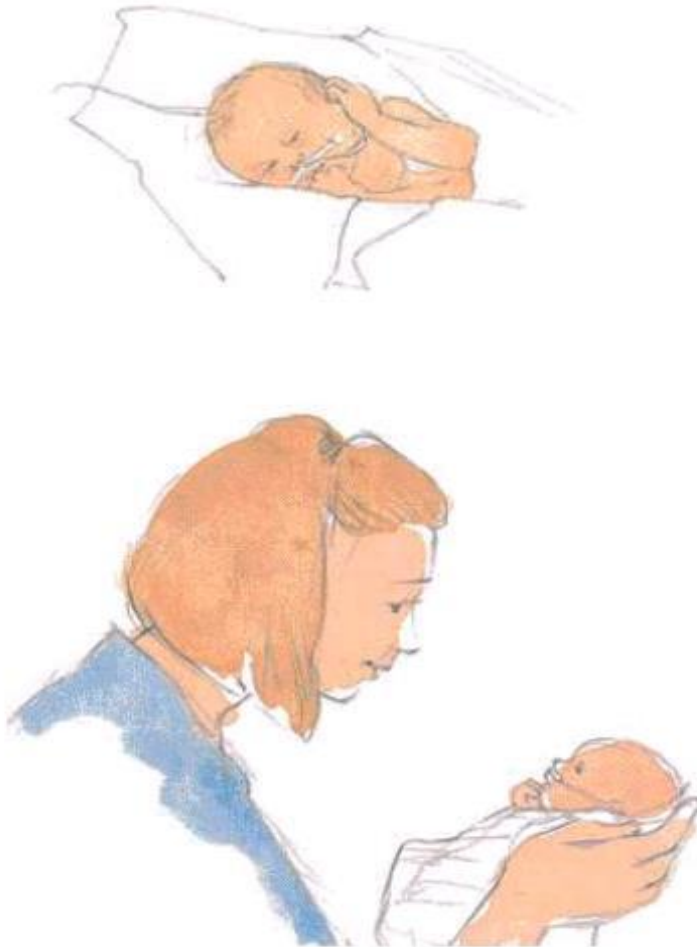
Os cuidados contingentes, [...] seriam aqueles realizados *com* o bebê, exigindo uma observação prévia, análise da real necessidade do procedimento, realização no momento mais adequado ao bebê e modulado de acordo com sua resposta. Ao final do cuidado o bebê terá sido deixado organizado e tranquilo. (SILVA, 2005 - grifo do autor)

A expressão utilizada pelo autor de "cuidados realizados *com* o bebê" chama a atenção para a participação ativa do RN no cuidado, onde este não é considerado passivo, tendo reconhecidos os sinais por ele emitidos e que irão orientar o cuidado. Estes sinais, frente a um estímulo, podem ser sinais de aproximação e de retraimento (estresse) (SILVA, 2005).

Quando o estímulo é apropriado em intensidade, complexidade e tempo, o RNPT consegue um estado de autorregulação e apresenta sinais de aproximação

(figura 2), demonstrada pela presença de respirações regulares, cor rosada, funções viscerais estáveis, movimentos suaves, tônus modulado, olhar calmo, postura suavemente flexionada, com ciclos de sono contínuo e estado de alerta (LÓPEZ, 2005).

Figura 2: RNPT em estado de autorregulação



Fonte: Hospital 12 de Octubre, 2008, p. 7

No entanto, em resposta aos estímulos que são demasiadamente complexos, intensos e inapropriados temporalmente observam-se sinais de retraimento ou estresse (figura 3). Esse estado pode ser percebido por sinais como: estiramento de mãos e pés, caretas faciais, mudança da coloração da pele (“empalidece”), desvio do olhar, hipertensão do tronco, frequências cardíaca e respiratória instáveis, dentre outros sinais. O prematuro costuma proteger a face com as mãos na tentativa de bloquear os estímulos excessivos.

Figura 3: RNPT em estado de estresse



Fonte: HOSPITAL 12 DE OCTUBRE, 2008, p. 8

Para proteger o RNPT, as estimulações devem ser introduzidas gradativamente, sendo os sinais de retraimento que vão indicar ao profissional a necessidade de aguardar por um momento mais oportuno para realizar a intervenção. Desta forma, ressalta-se a importância do profissional da UTIN conhecer, identificar e intervir junto aos sinais neurocomportamentais do RNPT.

Desta forma, será prestado um cuidado mais humanizado, que respeita o desenvolvimento e ritmo de cada bebê (ALMOHALHA, GUERRA, 2011).

Neste sentido, o cuidado voltado para o desenvolvimento, é um exemplo de cuidado contingente, planejado com o intuito de reduzir o estresse das UTINS, reduzir a dor associada aos testes de diagnósticos e tratamentos invasivos, além de facilitar o envolvimento dos pais no cuidado seu filho. As consequências deste tipo de cuidado

são: a) mais crescimento e ganho de peso a curto prazo; b) redução do tempo em ventilação mecânica; c) capacidade de sucção e nutrição no peito mais precocemente; d) diminuição da incidência de hemorragia intraventricular; e) favorecer o neurodesenvolvimento e f) diminuir os dias e despesas de hospitalização (LÓPEZ, 2005).

O cuidado individualizado voltado para o desenvolvimento preocupa-se com o desenvolvimento global da criança e respeita o momento do desenvolvimento em que a criança se encontra. O período inicial da vida apresenta especificidades que devem ser consideradas pelo cuidador no intuito de minimizar possíveis danos. No caso do RNPT, suas necessidades e capacidades são distintas das apresentadas por um bebê a termo, sendo ainda mais importante conhecer essas diferenças e identificar os sinais comunicacionais dados por esses bebês. Através da Teoria Síncrono Ativa do Desenvolvimento (TSAD) podemos compreender como funcionam e interagem os subsistemas do RNPT e as dificuldades que ele enfrenta para manejar os estímulos externos e manter-se em equilíbrio.

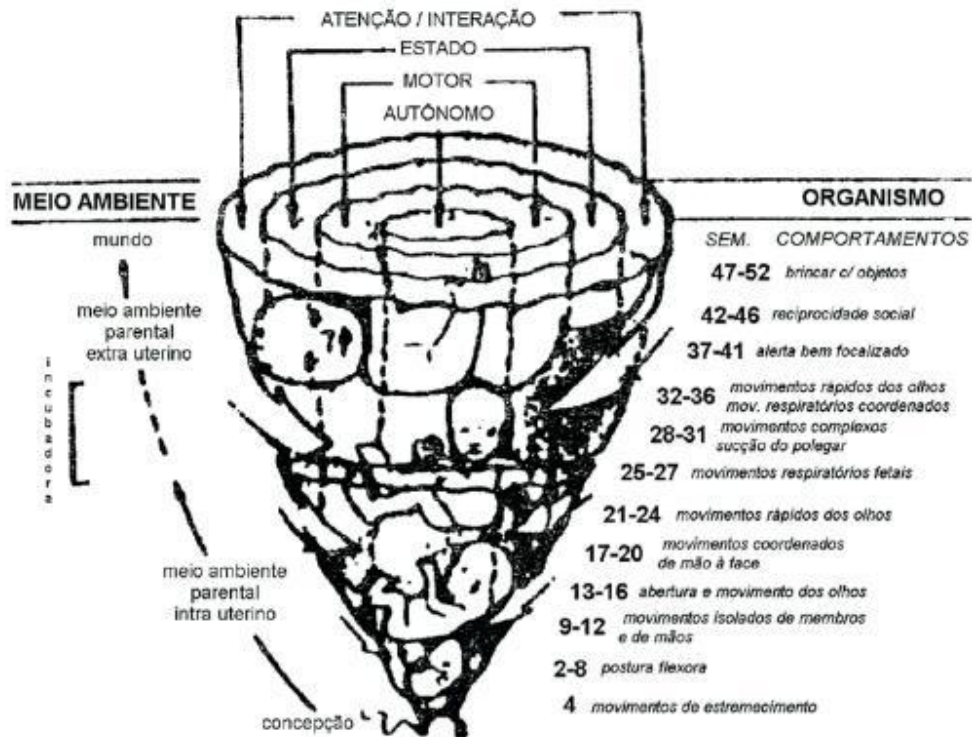
#### 2.5.2 Teoria Síncrono Ativa do Desenvolvimento (TSAD)

Uma forma de compreender as capacidades que os RNs têm de gerir os estímulos externos é através da Teoria Síncrono Ativa do Desenvolvimento (TSAD) que se baseia nos estudos da Dra. Heidelise Als. Essa autora aplicou aos RNPT a metodologia de observação do comportamento desenvolvida pelo grupo de pesquisa de Thomas Berry Brazelton, importante pediatra norte-americano que desenvolveu a

Escala Neonatal de Avaliação do Comportamento (ENAC). Als sinaliza que as reações comportamentais dos RNPT devem ser interpretadas de acordo com cinco subsistemas que funcionam integradamente entre si e com o meio externo, sendo que, “o desenvolvimento de um dado sistema depende da estabilidade e emergência do outro” (SILVA, 2005, p.6). Estes subsistemas são: autônomo, motor, organização de estados, atenção/interação e regulador. Para ilustrar essa integração entre os sistemas e a evolução do seu desenvolvimento ao longo do tempo podemos observar a figura 4.



Figura 4: Interligação dos subsistemas



Fonte: ALS et al., 1979 apud BRASIL, 2014.

O primeiro subsistema a se desenvolver é o autônomo, responsável dentre outras coisas pela respiração, frequência cardíaca e movimentos peristálticos, estando presente desde a sexta semana gestacional. Logo em seguida, surge o sistema motor, que controla a postura, o tônus e os movimentos. Na sequência emerge o subsistema de organização de estados responsável pelos estados de consciência, vigília e sono. O próximo a se desenvolver é o subsistema de atenção e interação social, que é responsável pelo estado de alerta e por apreender informações do meio, surgindo em torno da vigésima quinta semana gestacional e só sendo concluído com aproximadamente trinta e duas semanas ou mais de gestação. O último subsistema a surgir é o regulador, sendo ele responsável justamente pelas estratégias utilizadas pelo bebê para manter em equilíbrio os subsistemas, facilitando a autorregulação e possibilitando respostas mais adequadas aos estímulos (SCORTEGAGNA, 2005).

Esses cinco sistemas se inter-relacionam entre si continuamente e para que um RN seja considerado regulado todos os sistemas devem estar em equilíbrio. Quando o bebê é capaz de integrar seus sistemas e fazê-los funcionar de forma harmoniosa, consideramos que o bebê está “organizado” (BRASIL, 2014, p. 62).

Esse equilíbrio é importante inclusive para um bom desenvolvimento neurológico. Uma alteração provocada em qualquer um dos sistemas gera um impacto nos demais, causando assim um estado de desorganização.

No RN a termo estes subsistemas costumam funcionar de forma harmoniosa, o que permite uma relação mais estável com o meio. O bebê pré-termo tem uma maior dificuldade em manter seus sistemas equilibrados, pois não conseguem manejar os estímulos ambientais, respondendo de forma hiper-reativa. (LÓPEZ, 2005; SILVA, 2005).

O RNPT, por ter abandonado o útero antes do tempo, irá receber estímulos sensoriais na UTIN que irão alterar o amadurecimento gradativo de cada subsistema, exigindo um esforço muito grande do RNPT ainda imaturo para manter-se regulado. Essas exigências devem ser minimizadas ao máximo, com intuito de protegê-lo. Os RNPT, por serem ainda incapazes de manejar adequadamente os estímulos ambientais, costumam responder de forma hiper-reativa e com pouca tolerância mesmo a pequenos estímulos. Como consequência da perda da regulação, eles apresentam respostas de estresse (LÓPEZ et al., 2013).

Um bebê bem regulado apresenta sinais comportamentais e fisiológicos distintos das crianças que perderam a regulação. Esses sinais devem ser observados e interpretados pela equipe para uma assistência adequada. A técnica desenvolvida pelo Dr. Terry Brazelton que avalia os sinais do RN auxilia a equipe a definir qual o estado da criança e, conseqüentemente, o melhor manejo.

### 2.5.3 Comportamento autorregulatório

A Escala Neonatal de Avaliação do Comportamento (ENAC) desenvolvida pelo Dr. Terry Brazelton e seus colegas em 1973, é uma técnica de avaliação interativa que avalia as respostas do RN ao ambiente e auxilia no prognóstico do desenvolvimento futuro do bebê. É indicada tanto para a detecção de déficits como para a identificação das capacidades emergentes do RN, aspectos estes importantes para auxiliarem possíveis intervenções precoces, sendo assim, de grande importância para os estudos do desenvolvimento humano precoce bebê (FONTENLA, FERNÁNDEZ, DOCABO, MERA, 2009). Conforme descreve o próprio Brazelton, a ENAC:

[...] destina-se a avaliar o tipo de pessoa que o recém-nascido é. Avalia-se o repertório comportamental do bebê conforme ele responde aos estímulos humanos e não-humanos. O modo como ele usa os estados de consciência para controlar suas reações revela a sua capacidade de ajustamento ao novo ambiente. [...] fornece uma base para o registro e a avaliação das reações e dos reflexos numa interação de vinte a trinta minutos com o bebê (BRAZELTON, 1994, p. 28)

A ENAC merece destaque dentre outros testes médicos, pois considera o recém-nascido um participante ativo. Uma das funções da escala é evidenciar as diversas reações e habilidades presentes no bebê (BRAZELTON, 1994). Até pouco tempo, a escala desenvolvida por Brazelton era utilizada basicamente como instrumento de investigação, no entanto, nos últimos anos tem sido adaptada também para o seu uso clínico. O que se pretende através da utilização clínica da escala é auxiliar os cuidadores a desenvolverem sua observação ao RN, para que eles mesmos detectem os sinais do RN e desenvolvam assim estratégias e formas de cuidado mais convenientes para cada momento do desenvolvimento de cada bebê (FONTENLA, FERNÁNDEZ, DOCABO, MERA, 2009).

Ao aplicar a ENAC, Brazelton normalmente inicia sua avaliação com o bebê adormecido para poder testar sua capacidade de se manter em sono profundo. Sempre que possível, todos os seis estados de consciência são avaliados (sono profundo e leve, semialerta, ativo e desperto, irrequieto, e chorando). Conforme o bebê vai passando de um estado a outro é examinada sua capacidade de reagir aos estímulos positivos e negativos. Os estímulos utilizados são: um chocalho, uma luz forte, uma campainha, uma bola vermelha, a voz e o rosto humano. (BRAZELTON, 1994)

A primeira etapa, enquanto o RN ainda está dormindo, testa sua reação à luz, ao chocalho e à campainha que toca várias vezes em seu ouvido. O objetivo é avaliar a capacidade do RN de se fechar aos estímulos perturbadores, testando assim sua capacidade de habituar-se, ou seja, sua capacidade de reduzir o seu nível de reação diante de estímulos negativos repetidos. O primeiro estímulo é a luz brilhante que será projetada sobre as pálpebras fechadas do RN por dois segundos, depois que ele deixa de reagir à primeira exposição à luz, ele será exposto à ela mais nove vezes. Nas primeiras exposições o RN costuma reagir com intensidade ao estímulo, mas aos poucos frequentemente a sua reação à luz diminui, e o RN habitua-se a ela. Em seguida, o RN será estimulado com o som do chocalho, que será tocado a cerca de vinte cinco centímetros de seu ouvido. Inicialmente ele

reagirá com intensidade, mas aos poucos deixa de reagir ao som repetido, costumando retornar ao estado de habituação. Por fim, a campainha será tocada consecutivamente por um segundo. Provavelmente o RN só produzirá uma ou duas reações ao estímulo, deixando de reagir a seguir e entrando em estado de sono profundo. Um bebê que reage assim possui a capacidade de habituar-se e se manter em sono profundo mesmo em um ambiente caótico. (BRAZELTON, 1994)

Alguns RNs possuem um sistema nervoso que não é capaz de se fechar aos estímulos e reagem o tempo todo. Para estes bebês, o ambiente deve minimizar sua exposição a estímulos desnecessários. Isso acontece com o RNPT, sendo que seu sistema nervoso ainda imaturo precisa de um ambiente controlado para não se sobrecarregar. Ao regirem a todos os estímulos, pode ser observado como isso é desgastante para o prematuro (BRAZELTON, 1994).

Brazelton descreve algumas das reações comportamentais e fisiológicas que podem ser observadas nos prematuros que não conseguem se fechar aos estímulos contínuos. A cada estímulo a que é apresentado, sua frequência cardíaca e o ritmo de sua respiração aumentam. Podem franzir a sobrancelha e mudar a coloração da pele. Em uma tentativa de se acalmarem arqueiam o corpo e levam as mãos perto da boca. O choro pode surgir como uma tentativa de escapar dos estímulos desagradáveis repetitivos, mas pode se tornar igualmente desgastante para o RNPT.

Os bebês podem apresentar uma hiperatividade como resposta aos estímulos excessivos que não consegue bloquear, como uma tentativa de se livrar da carga sensorial extra recebida. Uma vez que alguns RNs hipersensíveis não conseguem bloquear os estímulos do ambiente, esta regulação terá que ser feita por quem cuida dele através da redução dos estímulos.

As intervenções de cuidado individualizado visam reduzir os fatores ambientais estressantes para o RN através de um cuidado conduzido pelos sinais e respostas que o RN apresenta. Existem duas categorias de comportamento que podem ser observadas: comportamento de regulação e comportamento de estresse. Quando o RN recebe estímulos apropriados em intensidade, complexidade e frequência o bebê apresenta um comportamento regulado. Porém, quando o RN é exposto a estímulos muito complexos, intensos ou muito frequentes provavelmente adotará um comportamento de estresse (LÓPEZ et al., 2013).

Brazelton alerta que se a hiper-reatividade ou comportamento de estresse não for pontual, mas persistente, a criança pode ter problemas futuros. A capacidade do ser humano de restringir a reação aos múltiplos estímulos é útil e necessária, pois torna possível que alguns estímulos sejam priorizados em detrimento de outros (BRAZELTON, 1994).

Os cuidados voltados para o desenvolvimento baseiam-se em um sistema de medidas e práticas direcionadas para o recém-nascido que busca justamente melhorar as possibilidades de desenvolvimento por meio de intervenções precoces que favoreçam ao RN e sua família. Essas intervenções de cuidado são amplas e estão direcionadas para vários aspectos no intuito de favorecer o desenvolvimento do RN. Podem estar direcionadas para o ambiente (ex: luz, ruídos), para o microambiente do bebê ( ex: postura, temperatura, manipulações) e para a família, para a qual deve ser garantido o papel de principal cuidadora do bebê (LÓPEZ et al., 2013).

O Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrado no Desenvolvimento do Recém-nascido (Newborn Individualized Development Care and Assessment Program - NIDCAP) preocupa-se justamente com o planejamento e implementação de cuidados individualizados que abarquem as especificidades das etapas do desenvolvimento de cada RNPT com base na teoria de desenvolvimento síncrono-ativo.

#### 2.5.4 NIDCAP

O "Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program" (NIDCAP) (ALS, 1986), criado pela Dra. Heidelise Als está englobado nos cuidados voltados para o desenvolvimento e se baseia na Teoria Síncrono Ativa do Desenvolvimento (TSAD) apresentada anteriormente, que avalia o grau de maturação do sistema nervoso dos bebês e sua capacidade de autorregulação.

Como vimos, o impacto negativo do ambiente da UTIN pode ser manifestado de várias maneiras pelo prematuro, sendo importante estar atento a estes sinais do bebê, que devem servir para orientar o cuidado dedicados a eles (SILVA, 2005). De acordo com NIDCAP, as intervenções individualizadas de cuidados voltadas para o desenvolvimento que consideram as necessidades do RNPT incluem uma pré-avaliação de marcadores fisiológicos e comportamentais, sendo utilizando um

instrumento desenhado para esta finalidade (Anexo 2). Observações são realizadas em cada bebê, incluindo o estado respiratório, cor, respostas viscerais (por exemplo, engasgos), motilidade (como tônus, postura, etc.), expressões faciais (careta, sorriso, etc.), e atenção (ALS, 1986).

Essa avaliação individualizada é usada como um referencial sobre a tolerância do RNPT aos estímulos provenientes do ambiente e do cuidado. Os resultados, em seguida, tornam-se a base para diminuir os efeitos prejudiciais do ambiente da UTIN e estabelecer um plano de cuidado (SYMINGTON, 2008).

De acordo com o Manual de Neonatologia (2010) o grande desafio da assistência neonatal a prematuros é promover uma cultura que possa respeitar a individualidade dos recém-nascidos pré-termo e potencialize a assistência e o ambiente da UTIN através de uma assistência favorável ao desenvolvimento (HALMON & MCMANUS, 2010). O NIDCAP também visa capacitar os profissionais que cuidam do RNPT através de orientações educacionais e treinos específicos que possibilitem a observação e avaliação comportamental ao RN, baseando-se em uma observação naturalista, sistematizada e semanal (ALS, 1986; FILHO, 2010).

Atualmente existem 19 centros de treinamento no mundo, sendo 9 nos Estados Unidos, 9 na Europa e 1 na América do Sul. O único centro de formação na língua portuguesa se encontra em Portugal (Porto), no Hospital São José. No Brasil não temos nenhuma unidade neonatal que adote esta abordagem, mas o Método Canguru<sup>9</sup> é uma abordagem que possui vários pontos de intercessão com o NIDCAP.

O enfoque do treinamento do NIDCAP é disseminar um cuidado individualizado, com procedimentos estratégicos, mas orientados pela relação com o bebê. Os bebês são considerados “construtores ativos de sua própria trajetória de desenvolvimento” (ALS et al., 2012, p. 4).

---

<sup>9</sup> O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas [...] parte dos princípios da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais (BRASIL, 2014b, p. 7)

A implementação desse tipo de cuidado requer da equipe conhecimento e compreensão do desenvolvimento do bebê, dos pais dessa criança e da família a qual pertence. Dentro de um cenário tão complexo e com tantas exigências, se faz necessário um comprometimento pessoal de autoconhecimento e amadurecimento emocional para manejar os sentimentos intensos que a proximidade das relações provoca. Para que essa exigência individual seja possível é indispensável um apoio institucional para a equipe.

O programa NIDCAP busca dar, além de informação e educação, também apoio em vários aspectos necessários para se estabelecer uma mudança de paradigma. São oferecidos suportes materiais, apresentações didáticas, treinamento para observação dos bebês, orientações individuais e sistematizadas (ALS et al., 2012). No entanto, para o profissional de uma instituição poder receber treinamento a instituição deve estar implicada.

[...] el entrenamiento específico de individuos en un escenario tiene lugar sólo una vez que el escenario ha adquirido suficiente apoyo de la jefatura, compromiso institucional, un plan de educación, entrenamiento y desarrollo del personal de 5 años a fin de apoyar efectivamente los cambios del entorno y de la atención que se requieren para la implementación exitosa del cuidado del desarrollo en el modelo NIDCAP. (ALS et al., 2012, p. 5).<sup>10</sup>

Esse envolvimento e suporte institucional se faz necessário mesmo para mudanças menores. Algumas recomendações do NIDCAP que implicam em um cuidado individualizado voltado para o desenvolvimento podem ser utilizadas mesmo sem a implementação do programa e podem ser reconhecidas como desafios para a equipe. É necessário um suporte adequado para que essas adequações sejam possíveis. As intervenções sugeridas são muitas, mas destacaremos algumas que são muito importantes para o RNPT.

Ao considerarmos que o RNPT estará no ambiente da UTIN durante a sinaptogênese<sup>11</sup> e que existem evidências que esses neurônios são ainda mais

---

<sup>10</sup> Tradução nossa: [...] a formação específica dos indivíduos em um local só é possível uma vez que esse local ganhou apoio suficiente da sede, compromisso institucional, um plano de educação, formação e desenvolvimento do pessoal de 5 anos, a fim de apoiar efetivamente as mudanças do ambiente e os cuidados necessários para a implementação bem-sucedida do cuidado voltado ao desenvolvimento do modelo NIDCAP.

<sup>11</sup> Sinaptogênese é o processo de formação de sinapses entre os neurônios do sistema nervoso central, sua maior atividade ocorre entre 20 e 28 semanas de idade gestacional, estando completo seis meses após o termo. (BRASIL, 2011 p.55)

suscetíveis aos estímulos externos, devemos tomar medidas protetivas a esse sistema nervoso que está em pleno desenvolvimento.

Existem evidências que os neurônios imaturos tenham maior vulnerabilidade a alterações degenerativas e que a dor repetida e/ou outros elementos do meio ambiente da UTI possam causar um impacto significativo na sobrevivência neuronal e nos padrões das conexões estabelecidas (BRASIL, 2011, p. 66) Em relação a luminosidade recomenda-se que o nível de luminosidade da UTIN seja medido e ajustados aos níveis recomendados<sup>12</sup>, evitar a exposição direta do RN a luz, quando possível deve ser utilizada luz natural (porém regulada por cortinas), luz cíclica (dia e noite) e gradual que proporcione auxiliem a regulação dos ritmos circadianos, fonte de luz individualizada que possa ser utilizada quando preciso (evitando a face do bebê), cobrir as incubadoras com mantas grossas que possuam uma aba que possa ser aberta para visualizar o RN sem a necessidade de retirar toda a manta (figura 5), orientar os pais sobre a importância de uma iluminação adequada (LÓPEZ et al., 2013).

Figura 5: Manta de proteção sobre incubadora.



Fonte: HOSPITAL 12 DE OCTUBRE, 2008, p. 7

Estudos indicam que através da redução da luz nas UTINs os RNPT estão apresentando uma maior estabilidade respiratória, cardíaca e uma atividade motora mais modulada (LÓPEZ et al., 2013).

---

<sup>12</sup> A Associação Brasileira de Normas Técnicas sugere como nível permitido de exposição de ruído ao RN 58dB (ABNT NBR IEC 60601-2-19, 2014)



No que se refere aos ruídos, o ambiente da UTIN é excessivamente ruidoso para o RNPT e sem a alternância de ritmos de dia e noite. Dentro da barriga em meio aquoso os estímulos sonoros são atenuados, ao nascerem prematuramente são expostos a uma intensidade de ruído para o qual seu sistema ainda não estava preparado. Existem evidências que indicam que o som da UTIN interfere no sono do bebê, pode causar episódios de elevação da pressão intracraniana, apneia e diminuição da saturação (LÓPEZ et al., 2013, p. 45).

Existem também medidas de intervenção que visam adequar os ruídos da UTIN. Recomenda-se divulgar informação sobre os efeitos prejudiciais dos ruídos excessivos para o RN, controle dos ruídos das incubadoras (nada deve ser apoiado sobre ela e suas portas devem ser cuidadosamente fechadas), minimizar dentro do possível os sons emitidos por aparelhos (alarmes silenciosos e luminosos), contribuição de todos os profissionais para a redução de ruídos e a utilização de um sonómetro<sup>13</sup> dentro da UTIN com intuito de dar um feedback em tempo real e auxiliar na conscientização da equipe e familiares, A redução da luminosidade também tende a favorecer a redução de ruído (LÓPEZ et al., 2013).

Com intuito de auxiliar a regulação e equilíbrio do RNPT podem ser adotadas medidas posturais que aproximam o RN internado da posição e contenção que possuíam no útero materno. O prematuro possui pouco tônus muscular e não consegue vencer a gravidade. Uma posição inadequada pode ocasionar deformidades, mas também gerar grande desconforto e estresse para o bebê. Além dos impactos imediatos, existe também influência no desenvolvimento psicomotor futuro, sua relação de apego com seus pais e de confiança a ser estabelecida com o meio que o cerca.

Através do cuidado postural do RNPT busca-se estimular uma flexão ativa do tronco e das extremidades (levar a mão na boca), conseguir posturas mais simétricas, facilitar os movimentos antigravitacionais, estimular a exploração visual (cabeça em linha média) e manter um grau de flexão que auxilie na autorregulação. Todas as mudanças posturais devem ser suaves e gradativas (LÓPEZ et al., 2013, p. 47)

A contenção do corpo do bebê é uma intervenção importante, que aumenta a sua sensação de segurança, auxilia em sua autorregulação e melhora sua

---

<sup>13</sup> Instrumento destinado a medir os níveis de intensidade sonora

tolerância ao estresse. É importante para o prematuro estar em um ambiente que lhe forneça o contorno que ele possuía no útero. O “ninho” (figura 6) construído no entorno do bebê ajuda a proporcionar esse aconchego, seus pés devem estar unidos e contidos por uma barreira para que o prematuro possa sentir os limites do mundo exterior (MA: HOSPITAL 12 DE OCTUBRE, 2008).

Figura 6: “Ninho” para contenção



Fonte: HOSPITAL 12 DE OCTUBRE, 2008, p. 6.

No entanto, mesmo que o NIDCAP não seja implementado em uma instituição, a aproximação com sua abordagem e norteadores práticos pode ser de grande benefício para o desenvolvimento dos RNPT.

### **3 MÉTODO E TÉCNICA DO ESTUDO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

O estudo adotou uma abordagem quanti-qualitativa, descritiva e exploratória. De acordo com Minayo e Sanches, as abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas são instrumentos de que a Saúde Pública se serve com o intuito de se aproximar da realidade observada. Os autores ressaltam, no entanto, que nenhuma das duas seria boa no sentido de ser suficiente para a compreensão completa dessa realidade (MINAYO & SANCHES, 1993).

Um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível (MINAYO & SANCHES, 1993, p. 239)

Do ponto de vista epistemológico, nenhuma das duas abordagens seria mais científica em relação à outra. A relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade, não deve ser considerada uma oposição contraditória. Ao contrário, devem ser utilizadas, como complementares. Desta forma, o estudo quantitativo pode suscitar questões para serem aprofundadas qualitativamente, assim como o contrário (MINAYO & SANCHES, 1993).

#### **3.2 População**

A equipe da UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ é composta por médicos neonatologistas (30), enfermeiros (19), técnicos de enfermagem (56), fisioterapeutas (2), nutricionista (1), psicólogas (3), fisioterapeuta (1), assistentes sociais (4) e musicoterapeuta (1). Também atuam na unidade os profissionais da residência multiprofissional em saúde perinatal (enfermagem, psicologia e nutrição) e médicos residentes em neonatologia.

### **3.3 Participantes**

A amostra foi composta pela totalidade dos enfermeiros assistenciais da UTIN, ou seja, 19 enfermeiras, uma vez que todas as profissionais da unidade são do gênero feminino. No entanto, levando em conta os critérios de exclusão foram analisados os dados de 15 enfermeiras participantes da pesquisa.

Como a presente pesquisa está centrada na promoção do cuidado voltado para o desenvolvimento, os enfermeiros são uma categoria muito relevante, pois estão à frente dos cuidados diretamente realizados com o RNPT e são responsáveis pela prescrição do cuidado que será realizado pela enfermagem.

A escolha dos sujeitos da pesquisa deu-se a partir de uma comprovada identificação de que a equipe de enfermeiros se encontra a beira do leito ofertando assistência ao RNPT durante todo o período de internação. Partindo do pressuposto de que o enfermeiro é detentor de conhecimento técnico-científico específico, sendo de sua responsabilidade a prescrição da assistência de enfermagem (função que lhe é exclusivamente facultada), o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, como determinado pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, optou-se pela escolha do enfermeiro como protagonista da pesquisa (BRASIL,1986).

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: a) ser enfermeiro que atue diretamente nos cuidados ao RNPT internado na UTIN. Foram adotados como critérios de exclusão: a) ausência do profissional da instituição devido a qualquer tipo de licença; b) estar em período de férias; c) ser estudante e estar em estágio de prática clínica no setor e d) não concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) (Apêndice A).

### **3.5 Local**

A Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro é uma unidade especializada em saúde perinatal, oferecendo assistência multiprofissional

ambulatorial e hospitalar, possuindo linhas de cuidado específicas na atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos (RN) de alto risco. É também um hospital universitário e disponibiliza programas de residência médica e multiprofissional nas áreas de enfermagem, psicologia e nutrição. A missão institucional é desenvolver atividades de assistência especializada à saúde, formação de recursos humanos nas diversas áreas de saúde, atividades de pesquisa e inovação tecnológica em perinatologia. A maternidade está localizada na Área Programática 2.1 e situada no Bairro de Laranjeiras, zona sul da cidade do Rio de Janeiro (MATERNIDADE-ESCOLA, 2011).

Conforme critério médico e a necessidade clínica, os recém-nascidos não aptos a permanecer na enfermaria de alojamento conjunto após o parto podem ficar internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A UTIN está destinada a receber bebês de 0 a 28 dias de vida, no entanto, vale destacar que durante a pesquisa estavam presentes na unidade, bebês com idades muito superiores ao limite de 28 dias. É uma unidade onde ficam internados os recém-nascidos prematuros ou que nasceram com alguma condição que torna necessário um cuidado intensivo especializado. Possui 16 leitos, divididos em 9 leitos na UTI 1 e 7 leitos na UTI 2 (MATERNIDADE-ESCOLA, 2011).

### **3.6 Instrumentos de coleta**

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B) foi um questionário com perguntas fechadas e abertas composto de três partes: parte I, referente aos dados sócio demográficos dos profissionais entrevistados composta por 6 perguntas; parte II, referente às questões fechadas totalizando 16 perguntas; e parte III, com questões abertas, com um total de 3 perguntas.

### **3.7 Procedimentos**

O projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro no dia nove de setembro de 2015 e seguiu as recomendações da resolução 466/2012 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), conforme termo assinado em anexo (Anexo 1).

Após ser aprovado, no dia vinte e oito de setembro de 2015, o projeto foi encaminhado à Direção da instituição e às chefias do setor de Neonatologia, mais especificamente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ, para pedido de autorização para realização da pesquisa.

O projeto foi executado nas seguintes etapas: a) os participantes foram convidados para a pesquisa e apresentados aos objetivos da mesma, quando foi solicitada a assinatura do TCLE (APÊNDICE A) e b) realização da coleta de dados com aplicação do questionário, reassegurando o anonimato das informações coletadas.

Antes do início da coleta de dados, foi entregue aos participantes da pesquisa o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (protocolo nº 1.299.559, CAEE n. 49125515.9.0000.5275, com data de aprovação em 28/10/15). A pesquisa apresentou riscos mínimos, pois não utilizou metodologia invasiva que implicasse em riscos à saúde dos participantes.

Todas as enfermeiras foram informadas que a participação na pesquisa não era obrigatória e que o questionário não deveria ser assinado com o intuito de não identificar a participante, garantindo assim o sigilo da pesquisa.

As enfermeiras foram abordadas em seu horário de trabalho, quando a pesquisadora se apresentava como psicóloga residente, convidando-as a participar da pesquisa e esclarecia os objetivos deste trabalho. O questionário era entregue após a assinatura do TCLE (APÊNDICE A). A pesquisadora se colocou à disposição para esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa.

### **3.8 Processamento e Análise dos Dados**

Os dados referentes às perguntas fechadas foram processados e analisados em termos de frequência de resposta nos itens do questionário e organizados posteriormente no software aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 15.0, para cálculo das médias e desvios-padrão das categorias de resposta para o grupo.

Os dados referentes às perguntas abertas do questionário foram submetidos a uma leitura sistemática, detectando informações distorcidas ou incompletas, e

foram organizados para serem inseridos no software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2008. Este software foi escolhido por ser um programa informático gratuito, que se ancora no software R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras.

A análise textual é um tipo de apreciação de dados com a finalidade de verificar os textos provenientes das três perguntas qualitativas de nosso questionário. Foram respondidos e analisados 15 questionários com 3 perguntas qualitativas cada.

As análises foram realizadas a partir de um grupo de textos a respeito de uma determinada temática (corpus textual) reunidos em um único arquivo de texto. Por se tratar de respostas a questões abertas de um questionário, cada corpus textual foi composto da adição dos trechos obtidos de cada uma das respostas individualmente, por se referirem a um mesmo tema (uma mesma questão ou pergunta).

Foram considerados corpus textuais o conjunto das respostas de cada uma das perguntas qualitativas presentes no questionário. As respostas de cada pergunta de todas as entrevistadas foram reunidas em um único arquivo. Os textos foram gerados pelos softwares OpenOffice.org por serem compatíveis com o programa Iramuteq. Sendo assim, foram analisados três corpus textuais referentes a cada uma das três perguntas qualitativas presentes no questionário.

Os textos foram separados por linhas de comando. Cada entrevista é considerada um texto, que inicia com uma linha de comando com o número de identificação do entrevistado. Foram revisados todos os arquivos para adequá-los ao formato compatível com o programa e para corrigir eventuais erros de ortografia das entrevistadas, pois se fossem mantidos os erros as palavras seriam analisadas como palavras diferentes pelo software.

Após gerar três documentos pelo softwares OpenOffice.org, um para cada pergunta, esses corpus textuais foram importados para o softwares Iramutec, onde foram analisados. Isso nos possibilitou os seguintes tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; análises de similitude e nuvem de palavras. A contribuição ao estudo com este método ocorreu com a utilização das análises lexicais e, assim,

minimizou-se a perda do contexto em que as palavras apareceram, o que tornou possível agregar níveis quantitativos e qualitativos na análise.

Nas análises lexicais clássicas, o programa identificou e reformatou as unidades de texto, transformando Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE); identificou a quantidade de palavras, frequência média e número de hapax (palavras com frequência um); pesquisou o vocabulário e reduziu as palavras com base em suas raízes (lematização); criou dicionário de formas reduzidas, identificando formas ativas e suplementares.

Apesar disso, não podemos nos furtar de lembrar a ressalva apontada por Chartier e Meunier (2011) e reiterada por Lahlou (2012), de que um software não é um método, e os relatórios gerados pelo software não serão, em si, a análise dos dados. Por isso, na fase de interpretação, nós nos debruçamos sobre os dados gerados pelo software e, amparados pelo referencial teórico da psicologia e do desenvolvimento humano, com relação às questões sobre como os enfermeiros concebem o recém-nascido pré-termo internado na UTIN. Assim, através do mapeamento das ocorrências e co-ocorrências dos temas, a fim de se fornecer a densidade dos resultados, foi realizado um estudo sobre o significado das análises lexicais encontradas associado a um emprego de análises multivariadas.



## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Caracterização do perfil dos profissionais**

Considerando a importância central do trabalho da enfermagem na produção do cuidado e a relevante participação do enfermeiro no processo de organização, planejamento e avaliação da assistência, buscou-se delinear o perfil profissional desses trabalhadores, com intuito de favorecer a gestão do trabalho da enfermagem, uma vez que o esboço do perfil dos profissionais da unidade pode ser utilizado como norteador para futuros projetos a serem desenvolvidos no setor.

A amostra foi composta por 15 participantes, de um universo de 19 enfermeiras existentes no setor de neonatologia. Isto ocorreu porque algumas profissionais estavam de férias ou não estavam disponíveis no momento e período proposto para a coleta de dados. Apresentamos a seguir uma caracterização dos participantes com relação às seguintes variáveis: sexo, faixa etária, formação profissional, tempo de experiência profissional em UTIN e tempo de experiência profissional na UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ.

A primeira variável que se destacou na coleta de dados não estava prevista no instrumento de pesquisa, mas devido sua frequência na amostra analisada achamos relevante apresentá-la na caracterização da amostra. A totalidade dos participantes é do sexo feminino. Essa constatação é compreensível, considerando que a força de trabalho na enfermagem e o contingente de profissionais enfermeiros na instituição é composto em sua maioria por mulheres.

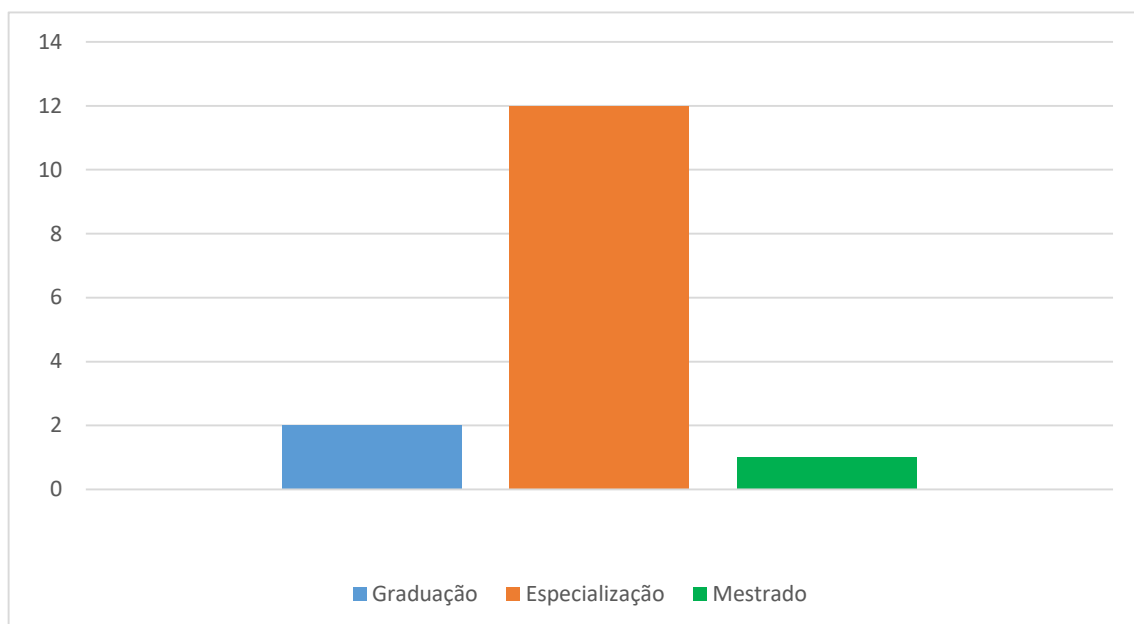
Uma vez que é observável o número significativo de mulheres que integram o campo da enfermagem na atualidade, podemos refletir sobre a evolução histórica desta profissão e sua relação proximal com o gênero feminino. Se considerarmos o contexto histórico do cuidado, assim como, o percurso da mulher na nossa sociedade e na enfermagem, percebemos que desde a sociedade primitiva a mulher tem exercido predominantemente lugar de cuidadora. Cabiam a ela os cuidados e práticas referentes ao nascimento, ao parto, ao cuidado dedicado as crianças e doentes. A partir do final do séc. XIX a enfermagem tornou-se um campo de saber e uma profissão, sobretudo pelo trabalho Florence Nightingale. (LOPES; MERIGHI; GARANHANI, 2010).

[...] a mulher, sendo um corpo no tempo e no espaço da história da enfermagem, exerceu um papel de destaque, participando ativamente na construção da profissão e na prática do cuidado, buscando novos valores e significados nos diversos contextos onde tem atuado, (LOPES; MERIGHI; GARANHANI, 2010, p. 400)

Esse número expressivo de mulheres enfermeiras fala de um papel antigo da mulher, que é aquela que cuida, mas também expressa um novo papel, o da mulher que se forma, que gerencia, que ocupa o hospital e possui cargos de responsabilidade.

A primeira pergunta refere-se à idade das profissionais, a enfermeira mais nova tinha 24 anos no momento da pesquisa e a mais velha 51. Observou-se que na sua maioria (80%) dos profissionais estavam entre os 25 e 35 anos. Foi calculada uma média de idade de 33 anos.

Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros por formação.

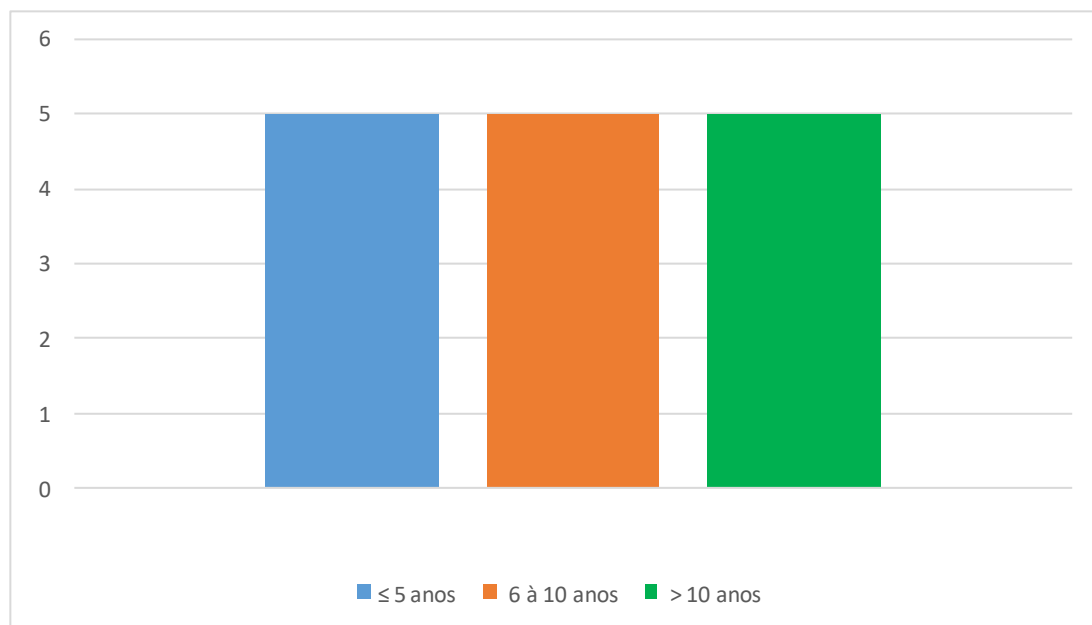


Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

A segunda pergunta se refere ao nível de formação que a profissional possui. Conforme evidencia o gráfico 1, a maioria das participantes (n=12) possuem especialização, sendo que 1 (n=1) possui o título de mestre e somente duas (n=2) possuem apenas a graduação na área. Isso denota o fato de que maioria das enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da Maternidade-Escola da UFRJ buscou se especializar. A UTIN é um espaço equipado com

tecnologia de alta complexidade, um contexto preparado para a permanência dos recém-nascidos (RN) criticamente doentes e que necessitam de uma equipe profissional com competências específicas. Sendo assim, para atuar na UTIN recomenda-se a admissão dos enfermeiros especialistas que possuam formação que subsidie sua prática (VIANA et al., 2014). Desta forma, observa-se que há um compromisso dos enfermeiros com a qualidade de seu desempenho profissional, o que demonstra interesse dos mesmos em alcançar melhores resultados em sua atuação e conseqüentemente a melhoria da qualidade da saúde dos pacientes.

Gráfico 2 – Distribuição das enfermeiras por tempo que já concluíram a formação.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

A terceira pergunta se refere ao tempo de formação profissional. A equipe apresenta tempos de formação variados e como podemos observar no gráfico 2 não apresentam predominância em nenhuma faixa de tempo de formação, sendo que a profissional que se formou há menos tempo possuía 2 anos de formada e a que se formou há mais tempo, 26 anos de formada. Linch, Guido e Fantin (2010, p. 491) consideram que o tempo de formação está relacionado à experiência profissional do indivíduo, tornando-o mais apto à realização de suas atividades, controle sobre circunstâncias e maior subsídios para identificar, avaliar e minimizar situações. Esse não deve ser considerado como única variável para avaliar a capacidade do profissional, mas exerce influência em sua prática.

[...] o enfermeiro não constrói conhecimentos somente por meio de estudos acadêmicos, mas o reconstrói no dia-a-dia, a partir dos desafios da realidade. Ao transformar o saber teórico em prática assistencial, está construindo novo conhecimento; reelabora antigas aprendizagens, segundo critérios derivados do cotidiano da assistencial. (ASSAD; VIANA, 2003, p. 44)

As duas próximas perguntas se referem ao tempo que a profissional trabalha em UTIN. A quarta pergunta se refere à prática em UTIN de forma geral e a quinta pergunta restringe à atuação em UTIN na Maternidade-Escola da UFRJ.

Referente ao tempo que trabalha em UTIN foi calculada uma média de 8 anos, sendo que a pessoa que atua há menos tempo declarou 2 anos de experiência e a que apresentou maior tempo, 26 anos.

Em relação ao tempo em que trabalha na UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ, foi calculada uma média de 3 anos e meio, sendo que a pessoa que atua há menos tempo na maternidade não havia completado um ano de experiência na unidade no momento em que foi realizada a pesquisa e a pessoa que trabalha a mais tempo na unidade declarou 13 anos de experiência. Grande parte das profissionais (n=10) trabalham na instituição há 3 anos ou menos. Duas (n=2) enfermeiras da amostra trabalham há 12 e 13 anos na instituição, o que provocou um aumento no tempo médio calculado.

O tempo prolongado de experiência profissional pode propiciar maior adaptação à rotina de trabalho. Isso pode ter impacto positivo ou negativo sobre o exercício profissional. Conhecer a técnica e as rotinas é algo importante para o bom exercício da assistência, mas não deve diminuir a capacidade do profissional reconhecer as especificidades de cada caso.

Quando sistemática, intensa e crítica, facilita avanços no sentido de conhecer a si mesmo e ao ambiente que o cerca, desenvolver o poder de argumentação, a capacidade de equilibrar teoria e prática e, finalmente, intercambiar experiências com a equipe. (ASSAD; VIANA, 2003, p. 44)

Sendo assim, o tempo e tipo de formação do enfermeiro, assim como, o tempo de experiência em UTIN contribuem para a sua experiência pessoal e para sua assistência e práticas de cuidado. No entanto, os impactos do processo formativo sobre o sujeito sofrerão influência também da sua capacidade de refletir sobre as ações que exerce.

## 4.2 Percepção das enfermeiras sobre o ambiente UTIN

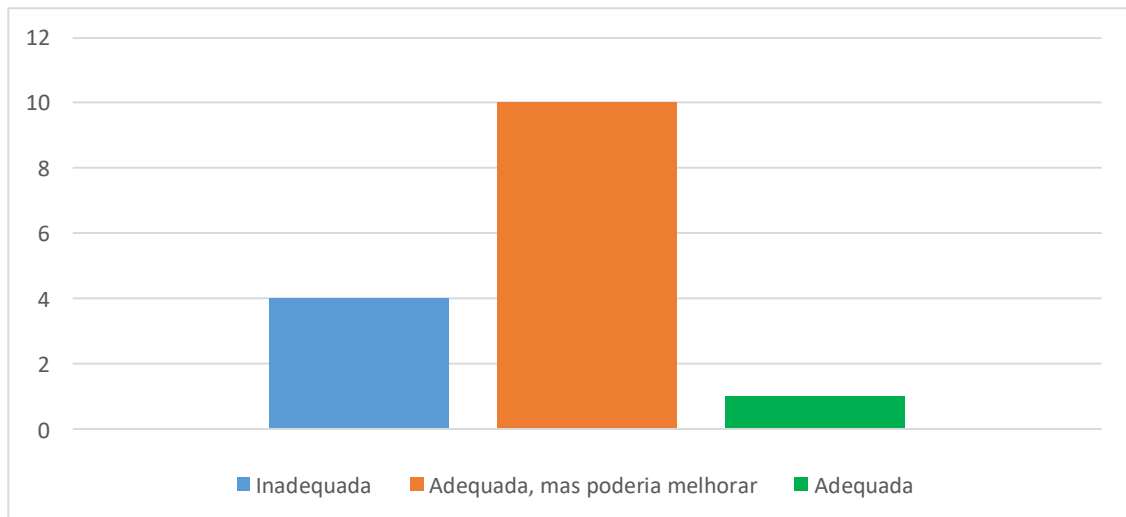
Geralmente o ambiente da UTIN não é tranquilo e tampouco foi pensado e construído com essa preocupação. As prioridades relacionadas à infraestrutura costumam ser o aproveitamento de espaço e controle de infecção. Se considerarmos o trabalho intensivo e constante, o grande número de profissionais que circulam na unidade, o grande número de bebês e aparelhos por área, somada à importante presença de pais e familiares, não se vislumbra um cenário tranquilo.

Ao incluirmos nesse cenário as necessidades de um RNPT percebemos o hiato presente entre o ambiente adequado e o ambiente ofertado. No entanto, o RNPT precisa da infraestrutura de uma UTIN com seus aparelhos e profissionais, assim como da presença de seus pais e familiares. Devemos pensar o que pode ser adequado no meio ambiente para minimizar os fatores de estresse que geram um grande esforço por parte do RNPT para se manter regulado e organizado.

Algumas alterações no ambiente estrutural podem auxiliar no controle de estímulos, favorecer a autorregulação do RNPT e conseqüentemente seu desenvolvimento, mas são as atividades humanas que mais geram impacto na ambiência da UTIN (SANTOS, 2011, p. 29). Modificar a ambiência pressupõe mais que uma mudança no espaço físico, implica numa mudança de mentalidade por parte da equipe e também da instituição como um todo. Por esse motivo a pesquisa abrangeu a percepção dos enfermeiros sobre esse ambiente (som, luz, regulação do sono) e sua implicação na manutenção dessas variáveis. Seguem os resultados encontrados:

#### 4.2.1 Percepção sobre a luminosidade da UTIN

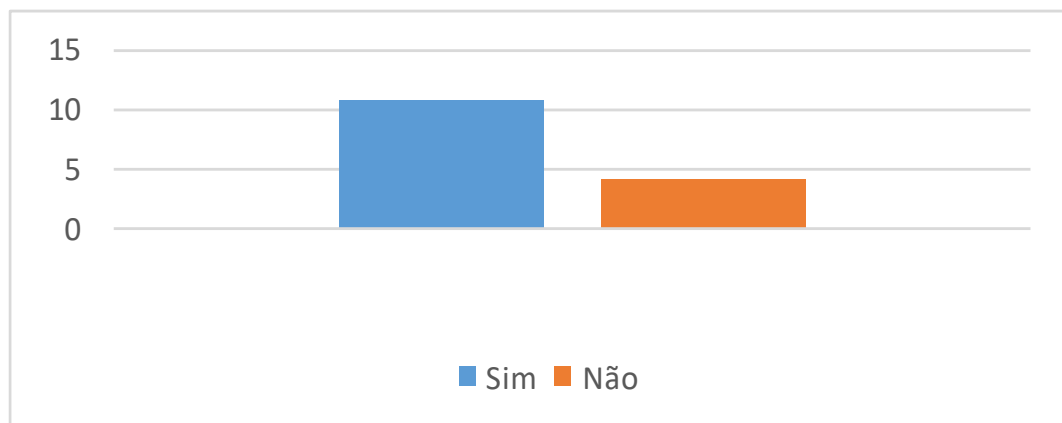
Gráfico 3 – Percepção das enfermeiras sobre a luminosidade da UTIN.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

O gráfico 3 apresenta a percepção das enfermeiras sobre a luminosidade da UTIN. Nota-se que a maioria das entrevistadas (n=10) considera a luminosidade adequada, mas que poderia ser melhor. Somente 1 (n=1) profissional considera a luminosidade adequada no ambiente. As demais profissionais (n=4) consideram a luminosidade inadequada.

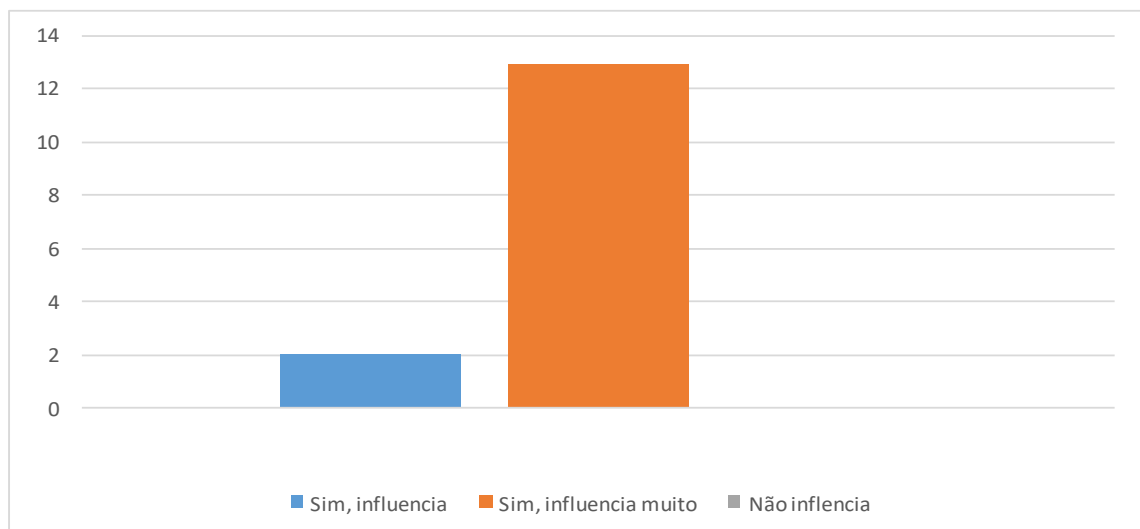
Gráfico 4 – Percepção das enfermeiras sobre sua contribuição para a luminosidade da UTI



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

O gráfico 4 apresenta a percepção das enfermeiras sobre a sua contribuição para a luminosidade da UTIN. Nota-se que a maioria (n=11) das entrevistadas considera que contribui para a luminosidade presente na UTIN. No entanto, quatro (n=4) profissionais avaliaram que não contribuem para que a luminosidade do local. Essa e as demais perguntas sobre a contribuição dos profissionais para as variáveis ambientais investigadas (luz, som, preservação do sono) foram elaboradas com o intuito de investigar a percepção das profissionais sobre influência das suas atitudes cotidianas nesses parâmetros. Chama a atenção que algumas profissionais (n=4) não reconheçam a sua contribuição para a luminosidade ofertada dentro da UTIN. Elas podem não estabelecer as regras institucionais sobre o tipo de iluminação no local, mas contribuem diretamente na exposição dos RNPTs à luz. Pequenos gestos como cobrir a incubadora ou reduzir a luminosidade dentro da UTIN por alguns períodos contribuem para uma menor exposição dos bebês a luz por exemplo.

Gráfico 5 – Percepção das enfermeiras sobre a influência da luminosidade da UTIN no desenvolvimento global do prematuro.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

O gráfico 5 apresenta a percepção das enfermeiras sobre a influência da luminosidade da UTIN no desenvolvimento global do prematuro. Nota-se que a totalidade das entrevistadas considera a influência da luminosidade. A maioria das entrevistadas (n=12) considera que luminosidade influencia muito no desenvolvimento do RNPT. Nenhuma profissional considerou luminosidade irrelevante para o desenvolvimento do RNPT.

Poucas profissionais consideram a luz da UTIN inadequada, ao mesmo tempo que consideram que a luz influencia no desenvolvimento global do RNPT. Não foram feitas medições dentro da UTIN para obter dados sobre a incidência de luz, também não existe uma norma interna que regule todos os parâmetros luminosos na UTIN (existe a recomendação de reduzir a luminosidade durante a noite).

Se levarmos em consideração que a luz brilhante contínua pode ser considerada um fator estressante para RNPT e que existe pouca cobertura nas incubadoras na UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ, os RNPT ficam grande parte do tempo sobre a incidência de luz artificial da UTIN.

Constante exposição à luz pode gerar um aumento na atividade do RN, dificuldades em regular o sono, alteração na pressão cardíaca (bradicardia) e apneia. Em contrapartida existem benefícios na luz cíclica (BRANDON et al., 2002), o que acaba acontecendo na UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ em alguns momentos mais restritos, quando as luzes da unidade ficam diminuídas. Esse momento é intitulado na instituição como a “hora do soninho”.

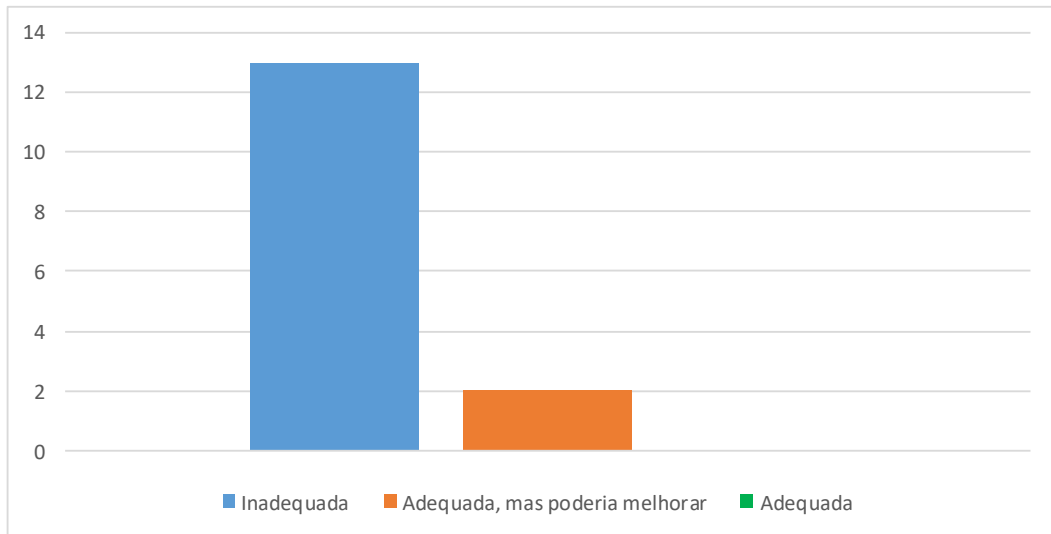
Constatamos que em sua maioria as enfermeiras consideram que a iluminação influencia no desenvolvimento do RNPT, que a atual exposição na UTIN é inadequada ou que poderia melhorar e que elas contribuem para essa iluminação.

#### 4.2.2 Percepção sobre a incidência de ruídos na UTIN

Como o prematuro possui uma capacidade de autorregulação muito frágil, assim como um limiar de resposta ao meio diferente de um bebê a termo (SANTOS, 2011), muitos estímulos auditivos, por exemplo, podem exigir tanto esforço e energia do RNPT para bloqueá-los que ele não consiga manter os demais subsistemas regulados, gerando assim um estado de desorganização.



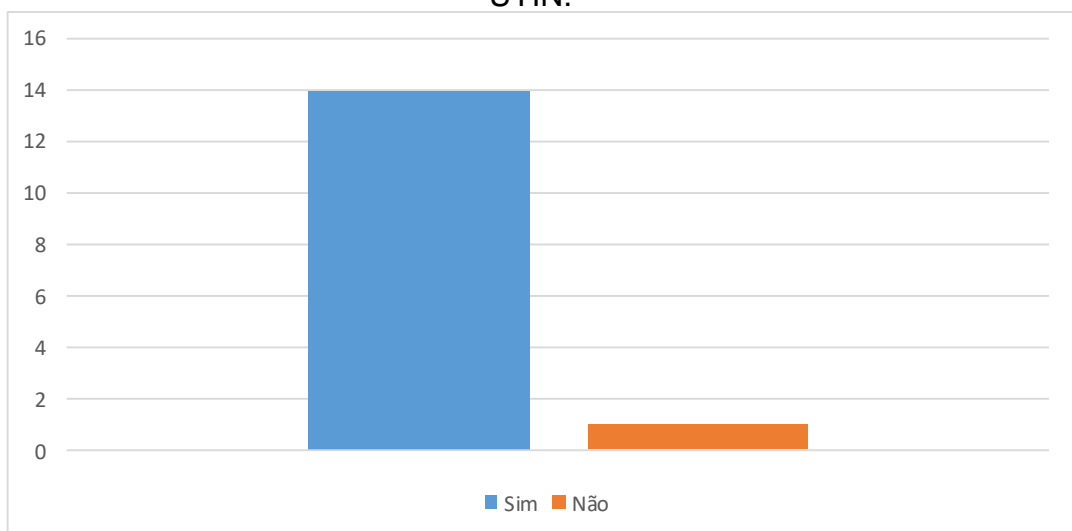
Gráfico 6 – Percepção das enfermeiras sobre o som dentro da UTIN.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

O gráfico 6 apresenta a percepção das enfermeiras sobre o som da UTIN. Nota-se que a maioria (n=13) das entrevistadas considera o som inadequado. Duas (n=2) entrevistadas avaliam o ruído dentro da UTIN como adequado, mas julgam que poderia melhorar. Nenhuma profissional considera o som adequado no ambiente da UTIN. A pesquisa indica que a maioria das enfermeiras avaliou que o som é inadequado. Considerando a importância desses dados, são necessárias medidas que visem minimizar o som ambiente.

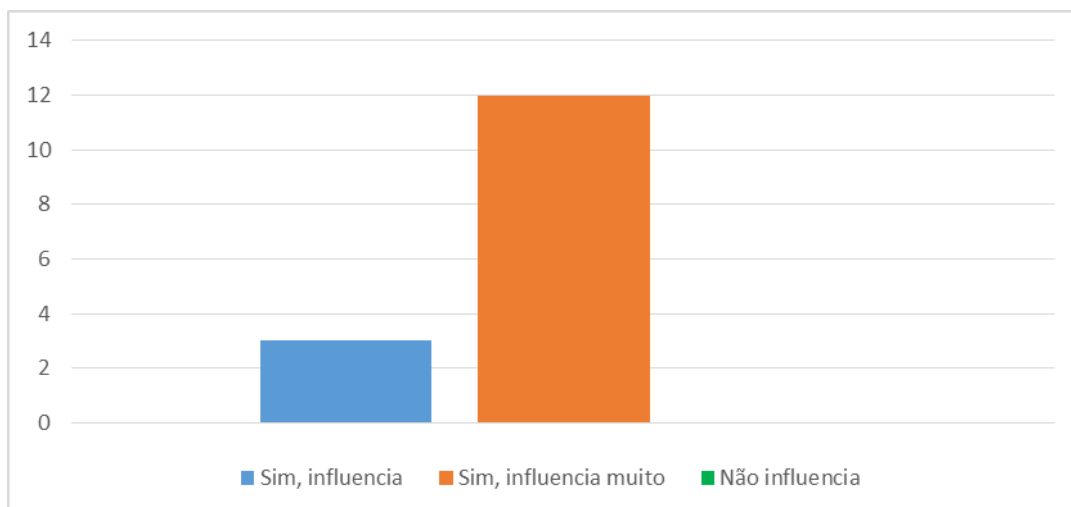
Gráfico 7 – Percepção das enfermeiras sobre sua contribuição para os ruídos da UTIN.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

O gráfico 7 apresenta a percepção das enfermeiras sobre a sua contribuição para os ruídos presente na UTIN. Nota-se que a maioria (n=14) das entrevistadas considera que contribui para a produção de ruídos da UTIN. No entanto, uma (n=1) profissional avalia que não contribui para o som do local. Estatisticamente o fato de apenas uma das enfermeira achar que não contribui para o ruído na UTIN não é significativo, mas através dele podemos questionar o que é considerado pela equipe fonte de som e barulho dentro da UTIN. Os aparelhos que monitoram os bebês obviamente geram som, mas talvez o que nem sempre fique evidente é o som produzido pelas conversas entre profissionais, os toques de aparelhos telefônicos e alguns procedimentos cotidianos que também geram barulho (ex: abrir e fechar a portinhola da incubadora bruscamente, colocar objetos sobre a incubadora, transportar aparelhos).

Gráfico 8 – Percepção das enfermeiras sobre a influência do som da UTIN para o desenvolvimento global do prematuro.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

O gráfico 8 apresenta a percepção das enfermeiras sobre a influência do ruído da UTIN no desenvolvimento global do prematuro. Nota-se que a totalidade das entrevistadas considera a influência do som. A maioria (n=12) das entrevistadas considera que o ruído influencia muito no desenvolvimento do RNPT. Nenhuma profissional considerou o som um fator irrelevante para o desenvolvimento do RNPT.

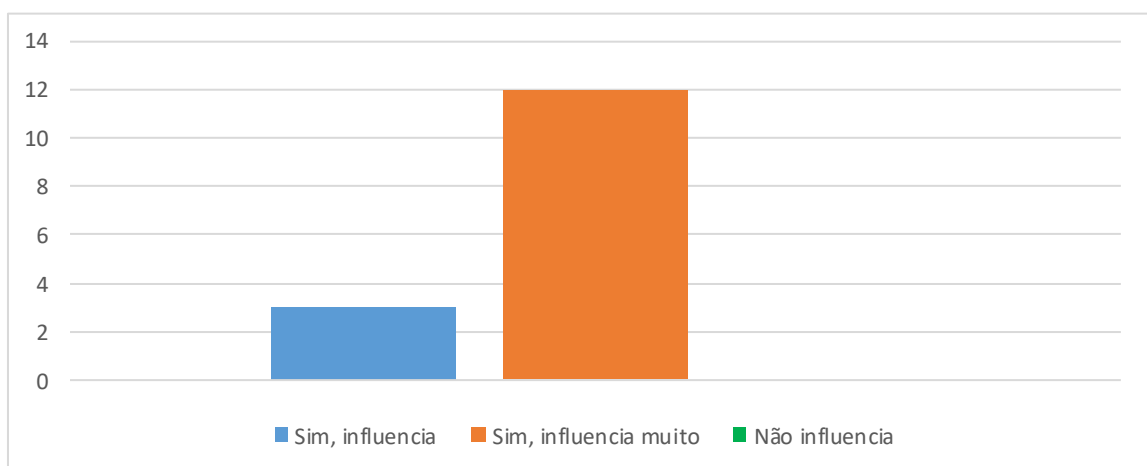
Apesar da grande maioria ter consciência de importantes fatores como: a influência do ruído para o desenvolvimento do RNPT, da inadequação do ruído dentro da unidade e de que podem estar contribuindo para o aumento do ruído na

UTIN, ainda se faz necessário converter essas percepções em práticas que minimizem os ruídos existentes. Um grande ruído pode inclusive atrapalhar na regulação do sono que será o próximo fator a ser abordado.

#### 4.2.3 Percepção sobre o sono do RNPT internado na UTIN

Pudemos observar na UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ que o sono dos RNPT era constantemente interrompido. Não foi feito um estudo sobre os fatores que motivavam a interrupção do sono na instituição, mas muitas vezes era possível observar o despertar relacionado ao barulho ou às intervenções da equipe de enfermagem ou medicina. A fragmentação do sono e/ou sua privação são considerados um dos principais fatores de estresse para o paciente internado (ALS, 1998), ainda mais na prematuridade, uma vez que o sono é importante para o desenvolvimento cerebral. O NIDCAP abrange estratégias que visam minimizar a fragmentação do sono, como é o caso do agrupamento de cuidados respeitando sempre que possível os ciclos de sono do RNPT (LÓPEZ et al., 2013).

Gráfico 9 – Percepção das enfermeiras sobre a influência do sono para o desenvolvimento global do prematuro.

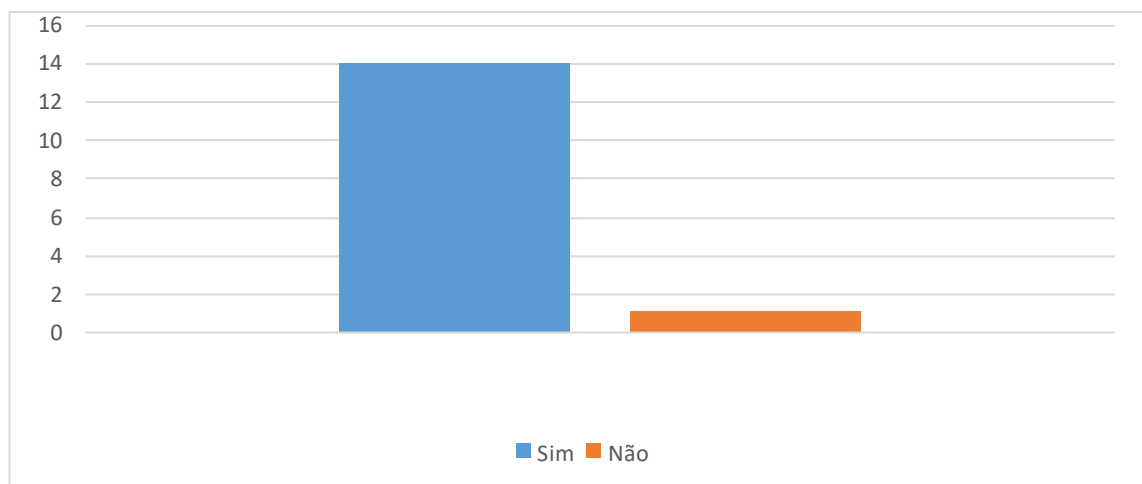


Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

O gráfico 9 apresenta a percepção das enfermeiras sobre a influência do sono no desenvolvimento global do prematuro internado na UTI. Nota-se que a totalidade das entrevistadas considera a influência do sono. A maioria (n=12) das entrevistadas considera que o sono influencia muito no desenvolvimento global do

RNPT. Nenhuma profissional considerou o sono um fator irrelevante para o desenvolvimento do RNPT.

Gráfico 10 – Percepção das enfermeiras sobre sua contribuição para regulação do sono do prematuro internado na UTIN.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

O gráfico 10 apresenta a percepção das enfermeiras sobre a sua contribuição para a regulação do sono do prematuro internado na UTIN. Nota-se que quase a totalidade (n=14) das entrevistadas considerou que contribuiu para a qualidade do sono do prematuro. No entanto, uma (n=1) profissional avalia que ela não influencia na regulação do sono do RNPT internado na UTIN.

Ainda que o resultado da pesquisa indique que a totalidade das enfermeiras considera o sono um fator relevante para o desenvolvimento global do prematuro e que a maioria das entrevistadas reconheça a sua participação na regulação do sono, muitas vezes ele não é preservado. Considerando que elas sabem a importância e reconhecem sua prática como um fator relevante para a regulação, talvez falte a equipe apreender o quanto a privação e interrupção do sono é deletéria para o RNPT. Além disso, cuidados diários e aparentemente inocente, para o RNPT podem ser estressantes e, assim, interferem em sua fisiologia e nos momentos de descanso e sono.

Uma vez que cada um dos subsistemas do RN (autônomo, motor, organização de estados, autorregulação e equilíbrio) interagem entre si e com o ambiente, e que para o bebê estar organizado é necessário um equilíbrio entre eles; desequilibrar qualquer um dos subsistemas impacta a regulação o RNPT. Alguns

dos efeitos fisiológicos produzidos pelo estresse produzido por um ambiente inadequado são: alteração da frequência cardíaca, alteração da pressão arterial, diminuição da saturação e até apneia.

Conhecer as estratégias possíveis para respeitar os ciclos de sono do prematuro se também se faz necessário, no intuito de instrumentalizar a equipe em sua prática.

#### 4.3 Percepção dos enfermeiros sobre o RNPT e cuidados direcionados a ele.

Foram feitas perguntas que abrangem nosso objetivo de identificar a percepção dos enfermeiros sobre o RNPT e, partindo dessa percepção, qual assistência é direcionada a ele.

Através da avaliação dos sinais comunicativos do RNPT de aproximação e afastamento, a equipe pode nortear seus cuidados de forma que favoreça o desenvolvimento global, minimizando o estresse e dedicando a bebê um cuidado adequado as suas necessidades individuais.

Gráfico 11 – Sinais observados pelas enfermeiras quando elas estão cuidando do prematuro internado na UTIN.

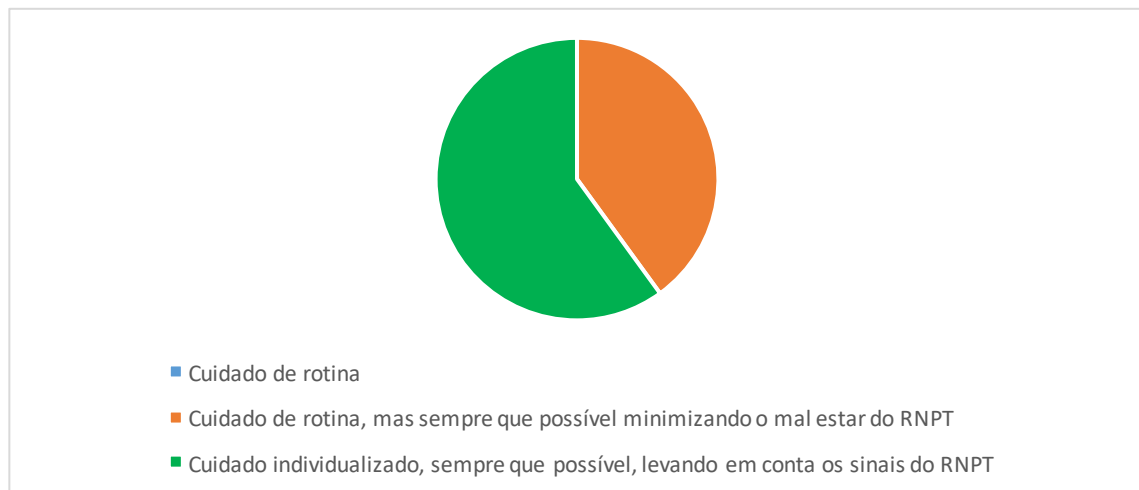


Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

Fica evidente ao observarmos o gráfico 11 que a totalidade (n=15) das enfermeiras entrevistadas respondeu que durante os cuidados direcionados ao RNPT observam seus sinais comportamentais e fisiológicos. O resultado da pesquisa que indica ambos os sinais são considerados pelas enfermeiras no momento do cuidado é algo positivo. Porém, a ampliação da observação assim

como a interpretação dos sinais observados favoreceria os RNPT e também à equipe. Auxiliar os pais e os familiares nessa observação também é um fator relevante para que eles se sintam encorajados em cuidar dos seus bebês.

Gráfico 12 – Tipo de cuidado prioritariamente direcionado ao RNPT pelas enfermeiras da UTIN.

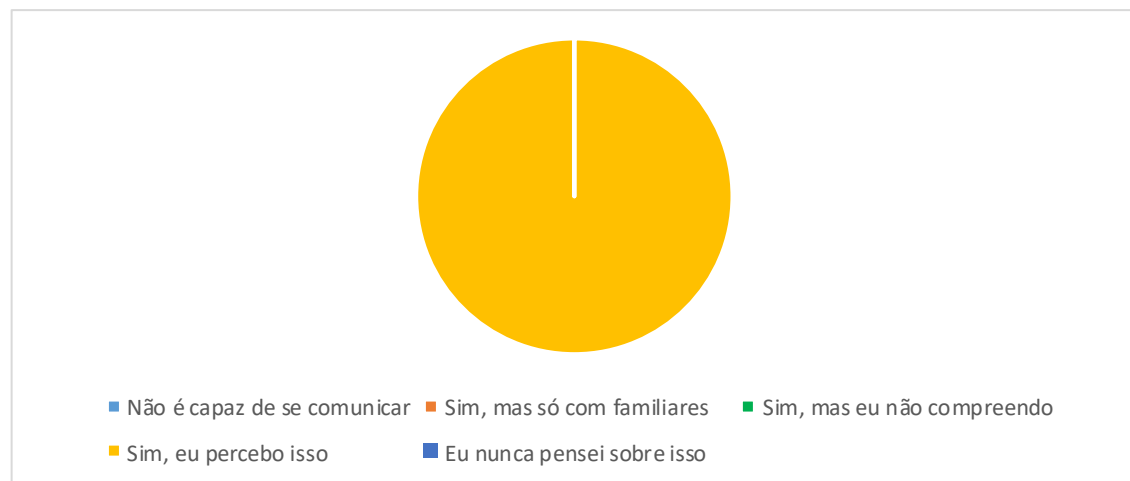


Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

Podemos observar no gráfico 12 que a maior parte (n=9) das enfermeiras entrevistadas respondeu que seus cuidados são orientados prioritariamente de forma individualizada e consideram sempre que possível os sinais transmitidos pelos RNPT. O restante das entrevistadas (n=6) declara que sua assistência é orientada pela rotina, mas sempre que possível buscam minimizar o mal-estar do RNPT. Nenhuma profissional alega orientar seu trabalho somente pela rotina pré-estabelecida.

O resultado demonstra um cenário favorável, uma vez que as entrevistadas indicam em suas respostas que se preocupam com o bem-estar do RNPT em sua prestação de cuidado. A implementação de um cuidado individualizado não é algo simplório e deve considerar as especificidades de cada bebê, fala também da relação que se estabelece entre o profissional e a criança. É necessário um comprometimento institucional e pessoal que favoreça uma prática de cuidado sensível às necessidades do RNPT e que não se deixe levar pela rotina padrão instituída.

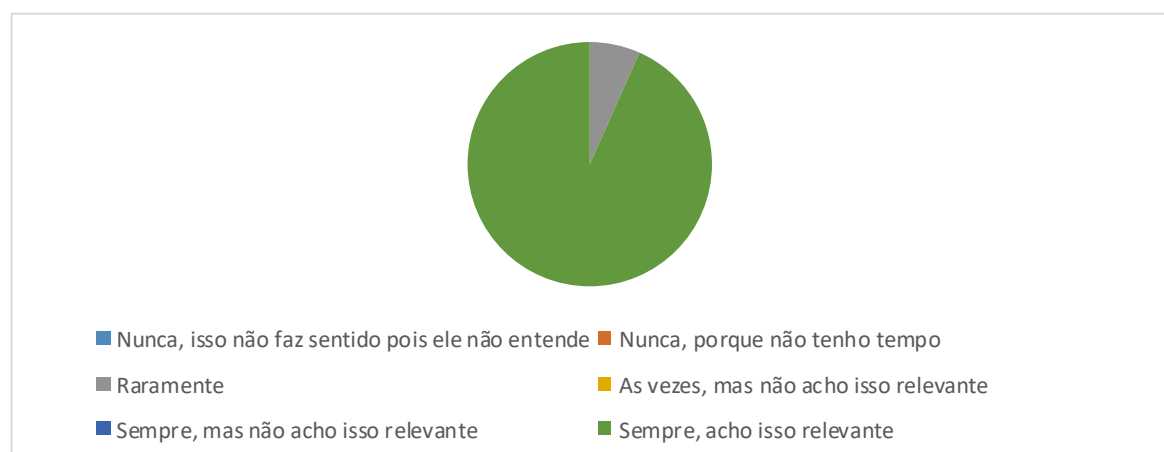
Gráfico 13 – Percepção sobre a capacidade de se comunicar (de forma não verbal) do RNPT.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

Fica evidente no gráfico 13 que todas (n=15) as enfermeiras entrevistadas consideram que o prematuro é capaz de se comunicar de forma não verbal, não só com os familiares, mas também com outras pessoas. Esse é um resultado promissor e que favorece o cuidado individualizado voltado para o desenvolvimento global do RNPT.

Gráfico 14 – Frequência com que as enfermeiras conversam com os RNPT durante os cuidados



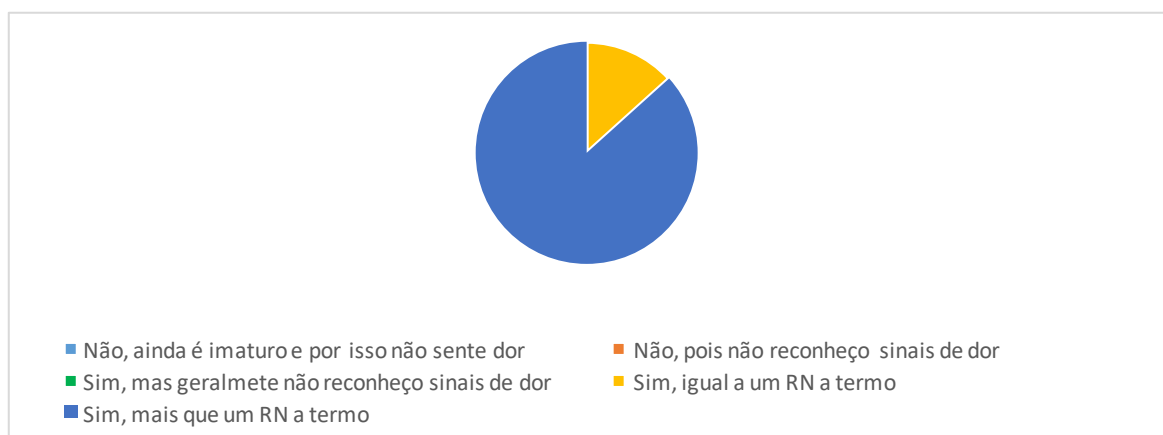
Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

Está representada no gráfico 14 a frequência com que as enfermeiras conversam com os RNPT durante os cuidados prestados. Quase a totalidade das

enfermeiras (n=14) afirmam que sempre conversam com eles e consideram isso algo relevante. Somente uma (n=1) enfermeira relata conversar raramente.

A pesquisa indica que muitas das enfermeiras conversam com o RNPT. Vale destacar que o conteúdo e o ritmo do que é dito ao RNPT também influencia na relação a ser estabelecida com ele. É importante que um discurso direcionado ao bebê o reconheça como sujeito, veja ali mais que uma situação de emergência a ser tratada, além de direcionar uma fala que reconheça o bebê nas suas singularidades e espere dele uma resposta, ainda que não verbal.

Gráfico 15 – Percepção sobre a capacidade do RNPT sentir dor.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

Observamos no gráfico 15 que quando questionadas sobre a dor do prematuro nenhuma profissional respondeu que ele não seria capaz de sentir dor. A maioria (n=13) acredita que o RNPT é capaz de sentir mais dor que um recém-nascido a termo. No entanto, duas (n=2) profissionais responderam acreditar que o prematuro sente a mesma dor que um recém-nascido a termo.

Se faz necessário destacar que duas profissionais igualam a dor do RNPT a de um RN a termo. Essa percepção possivelmente influencia na sua assistência e no reconhecimento dos sinais de dor do RNPT. O prematuro não só é capaz de sentir dor, como sente mais dor que um RN a termo, pois devido sua imaturidade, seus bloqueadores de dor ainda não estão presentes. Sua dor é mais intensa do que a de um bebê a termo. Somada à sua dificuldade de se autorregular e bloquear os estímulos externo, são necessárias medidas de alívio da dor que minimizem seu sofrimento. O reconhecimento dos sinais de afastamento por parte do bebê auxilia



na compreensão do momento em que alguma medida de alívio e de conforto deve ser tomada para auxiliar o RNPT.

#### **4.4 Percepção dos enfermeiros sobre a presença dos familiares do RNPT na UTIN.**

É importante garantir aos pais que eles são os principais cuidadores do bebê. Devido às necessidades de infraestrutura, tecnologia e de assistência especializada que o RNPT internado na UTIN possui, o lugar dos pais nem sempre fica evidente, tanto para família quanto para a equipe que cuida do bebê.

Dentre outros fatores, a necessidade de permanecer internado somada a fragilidade do RNPT dificultam a aproximação dos pais aos cuidados dedicados ao bebê. Mesmo que o prematuro necessite de muitos cuidadores é importante que a equipe tenha a preocupação de assegurar um lugar privilegiado para os pais. O ambiente da UTIN deve propiciar também a família um espaço acolhedor e de suporte

Os cuidados voltados para o desenvolvimento sugerem práticas que favoreçam o desenvolvimento global do RN, buscando amparar o desenvolvimento neurológico e emocional do RN. Uma das bases desse tipo de cuidado é o reconhecimento da família como principal cuidador do RNPT, inclusive durante a internação. Ambos são compreendidos como uma unidade. É importante que os membros da família sejam incentivados a se implicar nos cuidados. Os cuidados voltados para o desenvolvimento implicam em uma mudança de atitude dos profissionais que devem adaptar suas práticas a um novo paradigma assistencial que inclua os familiares (MAESTRO, 2014, p. 232). Esse tipo de cuidado encontra-se implantado em muitos países europeus, mas ainda configura-se como uma novidade em nosso país.

Os pais devem participar ativamente de todos os aspectos do cuidado. Isso é importante para que eles possam se habituar a cuidar de seus bebês, favorecendo que se sintam úteis, se reconheçam como pais e estabeleçam vínculo com a criança. O investimento precoce dos pais no seu bebê melhora seu prognóstico e pode ajudar a prevenir problemas no vínculo que comprometam o desenvolvimento futuro do bebê, bem como situações de violência, abandono e maus-tratos.

Durante o período da pesquisa os horários autorizados para permanência na UTIN para pais eram: livre acesso, todos os dias da semana para puérpera durante sua internação; entrada na unidade de 9 hs às 22hs para puérpera após sua alta e para o pai do bebê durante toda a internação do bebê. Os horários autorizados para permanência na UTIN para familiares no período da pesquisa eram: a visita dos avós é permitida às quintas e domingos das 13:30h às 14:30h, os irmãos do bebê podem visitá-lo às terças das 15:00h às 16:00h acompanhados pelo serviço de psicologia (entre 5 e 12 anos de idade) e aos sábados nesse mesmo horário (após avaliação e liberação da visita pelo Setor de Psicologia). Só é permitida a permanência de no máximo dois visitantes para cada bebê, sendo um deles a mãe ou o pai. (MATERNIDADE ESCOLA, 2011, p. 23 e 24). Seguem os resultados da pesquisa sobre esse tema:

Gráfico 16 – Percepção das enfermeiras sobre a presença dos pais dos prematuros na UTIN.



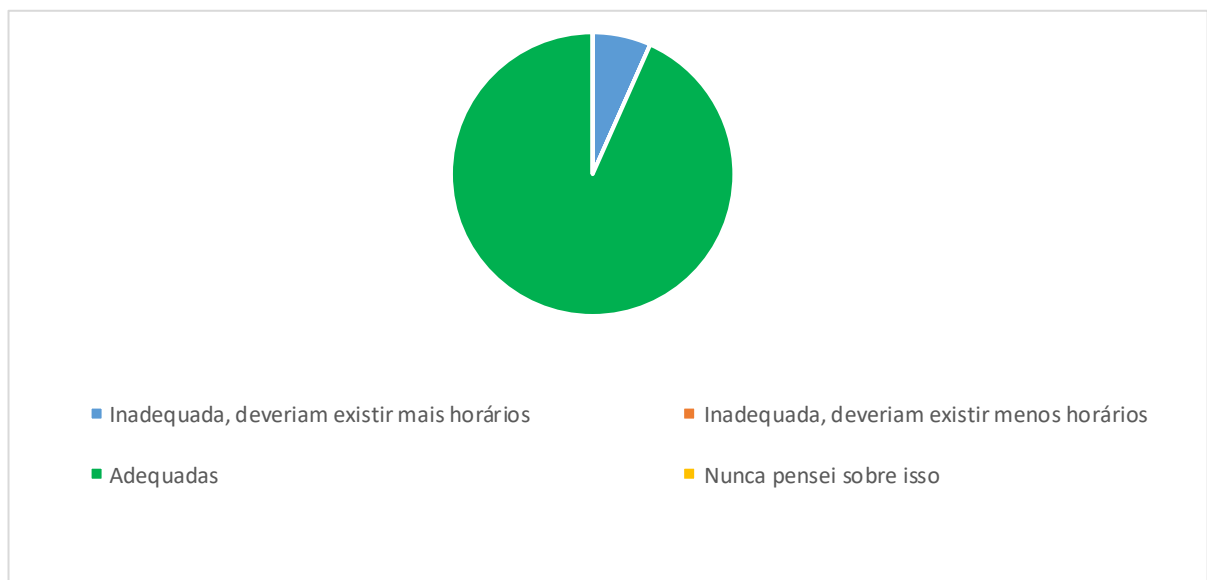
Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

Como podemos observar no gráfico 16, quando questionadas sobre sua percepção sobre a importância da presença dos pais do prematuro na UTIN a maioria (n=14) acredita que a presença dos pais é importante para o RNPT e para família e que inclusive favorece os cuidados prestados pela equipe. No entanto, uma (n=1) profissional respondeu que considera essa presença importante para o RNPT e sua família, mas tal presença atrapalharia os cuidados prestados pela equipe.

Ainda que a resposta dissonante não seja estatisticamente relevante, a resposta da profissional de que essa presença atrapalha o trabalho da equipe nos alerta para o desafio que ainda existe para uma maior permanência e participação desses pais no espaço da UTIN.

A equipe da UTIN tem consciência da importância da presença dos pais, mas pode enfrentar desafios como dificuldades na comunicação e de lidar com pais. Como em nossa pesquisa o tema foi abordado por questões quantitativas, não podemos precisar os motivos que levaram a essa percepção da profissional.

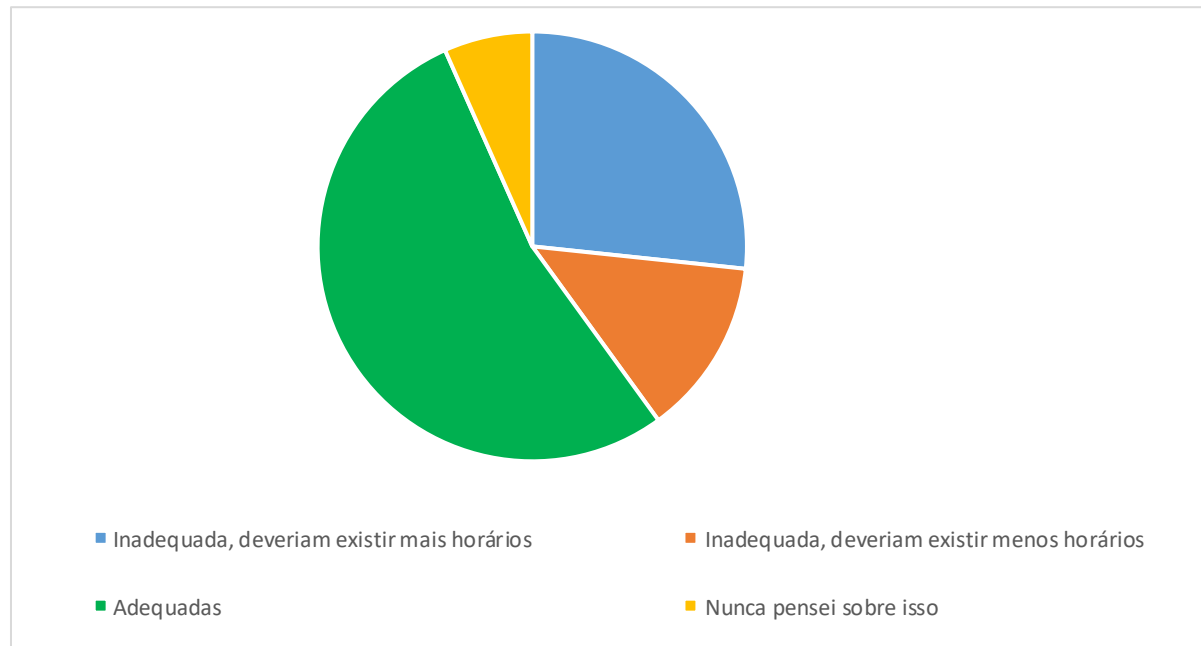
Gráfico 17– Avaliação das normas vigentes na UTIN sobre a presença dos pais.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

Em relação às normas que regulam a presença dos pais na UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ, durante o período em que se realizou a pesquisa, observamos no gráfico 17 que quase a totalidade das enfermeiras (n=14) afirma que os horários disponíveis são adequados. Somente uma (n=1) enfermeira considera as normas inadequadas, uma vez que deveriam existir mais horários.

Gráfico 18 – Avaliação das normas vigentes na UTIN sobre a presença dos familiares.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

Em relação às normas que regulam a presença dos familiares na UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ, durante o período em que se realizou a pesquisa; oito (n=8) enfermeiras consideram as normas adequadas; quatro (n=4) consideram inadequadas e acreditam que deveriam existir mais horários; duas (n=2) consideram inadequadas e acreditam que deveriam existir menos horários e uma profissional respondeu que nunca pensou sobre o assunto.

Brazelton afirma que “Todos os adultos que tomam conta de um bebê irão, naturalmente, entrar em competição por ele” (1994, p. 5). Esta afirmativa pretende destacar a normalidade dos sentimentos competitivos que surgem ao se cuidar de um bebê tão dependente. Esses sentimentos surgem entre os integrantes da família, mas também com os profissionais de saúde. Como sugere o autor, este pode ser um dos motivos que levam os profissionais a não tolerarem a presença dos familiares e sua participação nos cuidados do bebê. O mesmo pode acontecer quando é introduzido um novo protocolo ou estratégia de cuidado. Devemos ser cautelosos para não entrarmos em uma competição de saberes e manter o foco em um real benefício para o RNPT.

Ainda segundo o Brazelton, um de seus principais objetivos junto aos pais era “começar a estabelecer a noção da individualidade de cada bebê, e do

comportamento do mesmo” (1994, p. 18). É muito importante que essa noção de individualidade destacada pelo autor também seja compartilhada pelos enfermeiros e demais cuidadores do RNPT, sendo por eles reforçada junto aos pais do bebê.

#### **4.5 Dados qualitativos – Análises de corpus textuais**

A terceira parte do questionário era composta por perguntas qualitativas, cuja análise se dá a seguir.

##### **4.5.1 Análise de similitude**

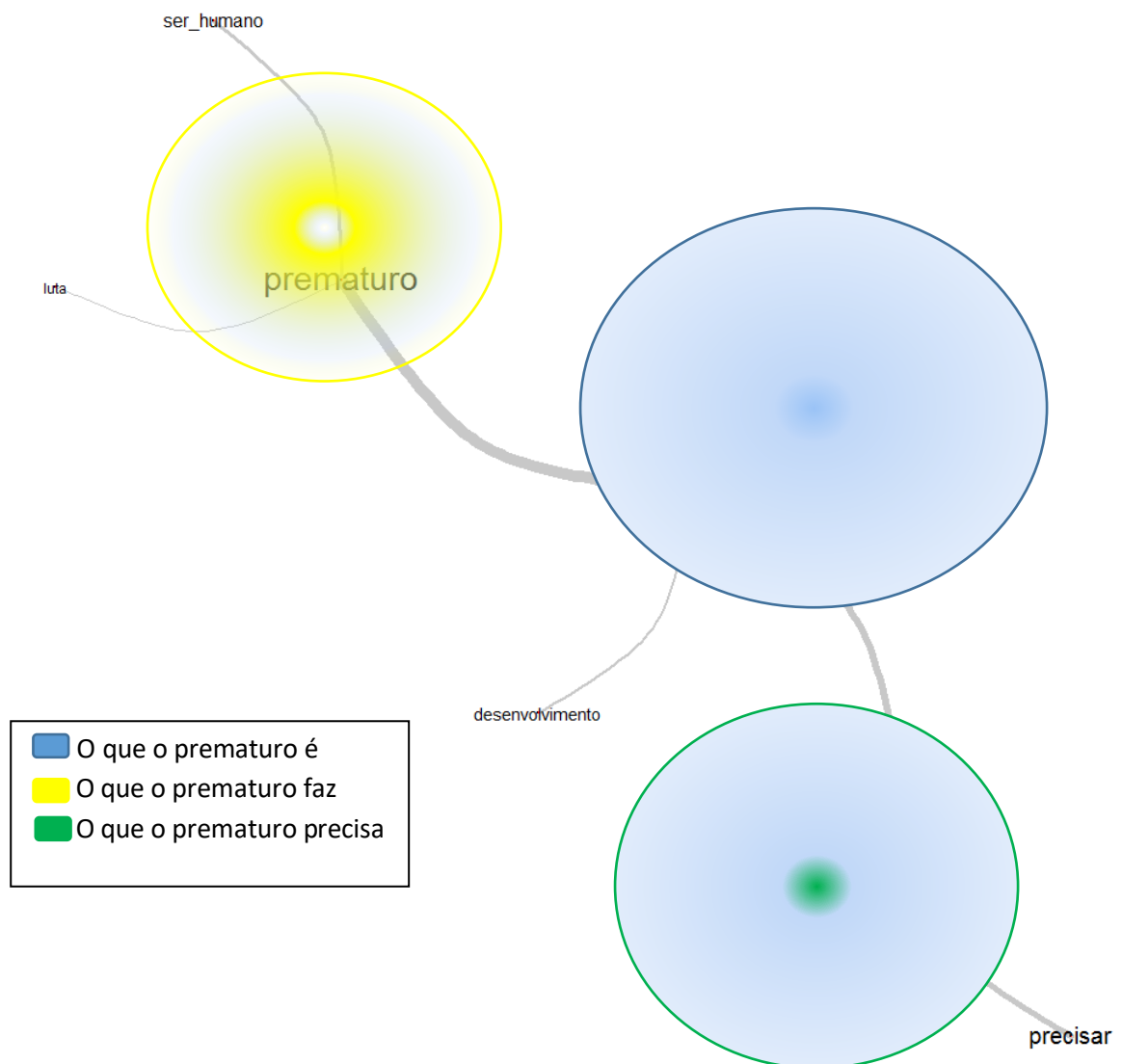
Inicialmente foi realizada uma análise de similitude através do software Iramuteq. Essa análise consiste na identificação de co-ocorrências entre as palavras baseada na teoria dos grafos dando conexão entre as mesmas e auxiliando assim na identificação do corpus textual<sup>14</sup> (CAMARGO; JUSTO, 2005). O resultado gerado pelo gráfico de similitude, que gerou uma rede semântica das palavras que aparecem com mais frequência no corpus textual. Partindo do referencial teórico adotado e da análise de similitude gerada pelo software, foram criadas categorias de análise. Essas categorias surgiram através de uma categorização não apriorística, ou seja, surgiram a partir das respostas dos sujeitos e não existiam categorias pré-definidas. (CAMPOS, 2004). Elas surgiram através da análise textual do software Iramuteq, em consonância com os objetivos da pesquisa e com o embasamento teórico.

O resultado da análise de similitude da questão 1 “Quando você cuida de um prematuro você pensa que ele é...” , segue abaixo na Figura 7.

---

<sup>14</sup> Corpus textual: é um grupo de textos a respeito de um determinado tema. (CAMARGO; JUSTO, 2005, p. 516) No caso da presente pesquisa cada pergunta qualitativa é considerada e analisada como um “corpus textual”.

Figura 7: Análise de similitude da questão qualitativa  
1

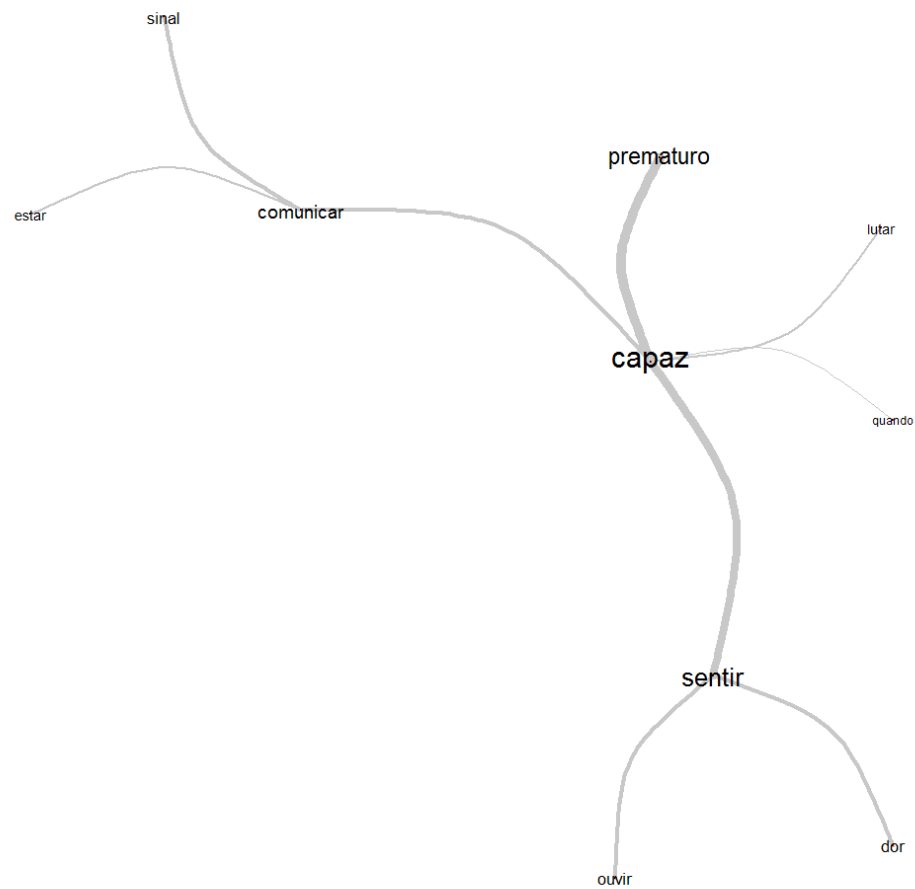


Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

Podemos observar o resultado gerado pelo gráfico de similitude da questão 1. Foram criadas categorias de análise, a saber: “o que o prematuro é”, “o que o prematuro precisa” e “o que o prematuro faz”. Essas categorias então foram analisadas através da análise de conteúdo.

O resultado da análise de similitude da questão 2 “Você acha que ele é capaz de...”, segue abaixo na Figura 8.

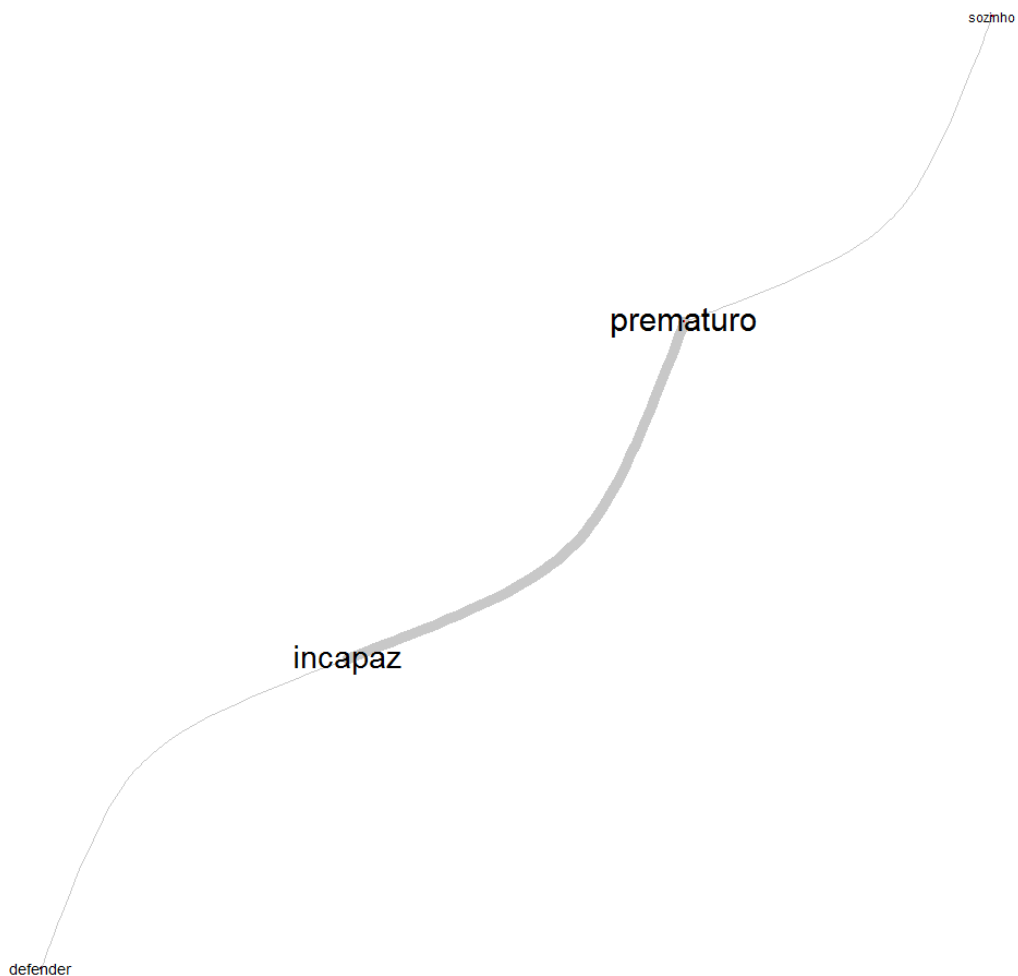
Figura 8: Análise de similitude da questão qualitativa 2



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

Podemos observar o resultado gerado pelo gráfico de similitude da questão 2. A categoria nesse caso foi criada a partir da própria pergunta, a saber: “o que o prematuro é capaz”. Essa categoria foi analisada através da análise de conteúdo. O resultado da análise de similitude da questão 3 “Você acha que ele é incapaz de...”, segue abaixo na Figura 9.

Figura 9: Análise de similitude da questão qualitativa 3



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

Podemos observar o resultado gerado pelo gráfico de similitude da questão 3. A categoria nesse caso foi criada a partir da própria pergunta, a saber: “o que o prematuro é incapaz”. Essa categoria foi analisada através da análise de conteúdo.

#### 4.5.2 Nuvem de palavras

Esta é uma análise que trabalha com a representação gráfica em função da frequência das palavras. Ela gera uma composição com as palavras mais frequentes e relevantes dentro do corpus textual. Quanto maior a palavra aparece no desenho, maior a frequência que ela aparece no discurso dos entrevistados.



O resultado da nuvem de palavras da questão 1 “Quando você cuida de um prematuro você pensa que ele é...”, segue abaixo na Figura 10.



Figura 10: Nuvem de palavras da questão 1

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015

O resultado da nuvem de palavras da questão 2 “Você acha que ele é capaz de...”, segue abaixo na Figura 11.

Figura 11: Nuvem de palavras da questão 2



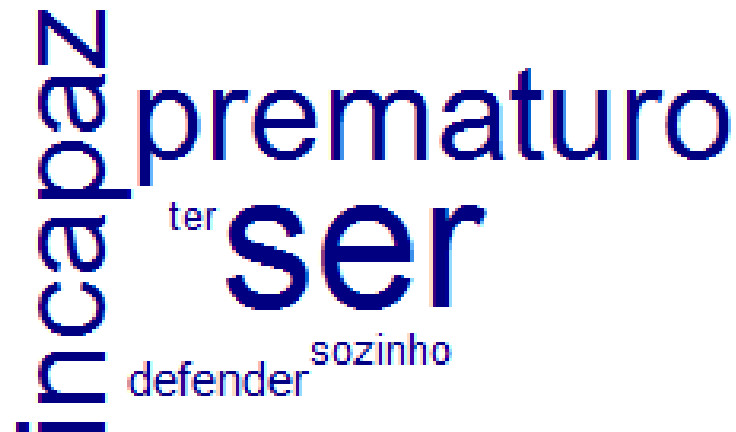
Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

O resultado da nuvem de palavras da questão 3 “Você acha que ele é incapaz de...”, segue abaixo na Figura 12.

Figura 12: Nuvem de palavras da questão 3

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2015.

#### 4.5.3 Análise das categorias



Após a leitura das questões qualitativas e sua análise pelo software Iramutec, foram criadas algumas categorias de análise que abarcam a percepção pessoal dos entrevistados sobre o prematuro, suas competências e incompetências. São elas:

Referentes à questão 1 “ Quando você cuida de um prematuro você pensa que ele é...”, as categorias para análise são: “o que o prematuro é”, “o que o prematuro precisa” e “o que o prematuro faz”.

Conforme podemos observar tanto na análise de similitude como na nuvem de palavras as respostas apresentadas pelas enfermeiras sobre o que elas pensam sobre “o que o prematuro é” podemos perceber que elas consideram o prematuro um ser em desenvolvimento, pequeno e que é considerado uma “pessoa”.

“*Ser humano com plenos direitos*” (enfermeira 7)

“*Um indivíduo único (...)*” (enfermeira 10)

“*Uma pessoa frágil em desenvolvimento*” (enfermeira 14)

Sobre a categoria “o que o prematuro precisa” encontramos um discurso que destaca a importância do cuidado para a sobrevivência do prematuro.

*“Um RN que precisa da minha atenção e do meu cuidado integral, depende de mim e precisa que cada vez mais eu preste atenção em seus sinais” (enfermeira 6).*

*“Uma pessoa que precisa de cuidados intensivos, não só de cuidados específicos para a sua situação crítica, mas de um cuidado humanizado, com amor e dedicação, é uma pessoa que encontra-se em desenvolvimento fora do ambiente uterino e que precisa de cuidados específicos que garantam um desenvolvimento extrauterino adequado.” (enfermeira 11)*

*“Um ser humano em desenvolvimento, que precisa de condições ideais para isso ao mesmo tempo que cuidados que visam a prevenção de infecções e danos devam ser priorizados.” (enfermeira 12)*

Quando falam sobre “o que o prematuro é” surgem dois aspectos principais que se referem a dois lados aparentemente antagônicos: força para lutar e fragilidade. A fragilidade não aparece na análise de similitude porque é descrita com diferentes termos que não foram equiparados pelo programa, mas uma leitura atenta às respostas nos faz destacar essa característica no discurso apresentado.

*“Um pequeno ser que apesar de pequeno e frágil é um grande vencedor na sua luta diária dentro da UTIN” (enfermeira 5).*

*“Um ser humano que precisa de cuidados muito especiais, e que luta a cada dia pela sua sobrevivência. É um guerreiro que luta segundo a segundo, minuto a minuto” (enfermeira 9).*

Referente à questão 2 “Você acha que ele é capaz de...”, a categoria para análise é: “o que o prematuro é capaz”.

Conforme podemos observar tanto na análise de similitude como na nuvem de palavras as características referentes às capacidades que surgem no discurso das enfermeiras se referem ao que o prematuro é capaz através dos seus sentidos (ouvir, sentir dor), sua capacidade de se comunicar e de lutar.

*“Lutar pela vida bravamente e nos emocionar com cada vitória” (enfermeira 2).*

*“Sentir dor e perceber que tem alguém perto dele que pode tanto confortar como causar a dor” (enfermeira 3).*

*“Emitir sinais que eu devo prestar atenção, sentir, se relacionarem de alguma forma com aquele que está cuidando deles” (enfermeira 6).*

*“Sentir. Se expressar mesmo não sendo verbalmente, dar carinho e também receber. Ao ser incomodado ele chora, resmunga, flexiona membros, ou seja, é capaz de sentir mais dor que um bebê a termo. Ele ainda é capaz de lutar pela sua sobrevivência” (enfermeira 9).*

Referente à questão 3 “Você acha que ele é incapaz de...”, a categoria para análise é: “o que o prematuro é incapaz”.

A principal incapacidade enunciada pelas enfermeiras é a incapacidade do prematuro se defender sozinho. Percebemos também na análise do texto a dificuldade das entrevistadas de falar das incapacidades do bebê. Algumas vezes negavam que existissem incapacidades ou apresentavam as capacidades dos prematuros após relatarem alguma fraqueza.

*“O prematuro é incapaz de nada, ele é um ser em desenvolvimento. No seu tempo ele irá desenvolver suas incapacidades momentâneas (sugar, se livrar do oxigênio, aceitar a dieta, retirar cateteres) e cabe aos profissionais fornecer todo o suporte a ele e sua família que deverá sempre estar incluída no plano terapêutico. Os bebês prematuros têm muitos poderes, são verdadeiros heróis, basta lhes fornecer armaduras” (enfermeira 1).*

*“Nada. São guerreiros até o final, seja para alta hospitalar ou em decorrência de um óbito” (enfermeira 2).*

*“Lutar sozinho, pois ter uma família que o acolha é essencial, e ter uma equipe que o compreenda em todas as suas dimensões também é importante” (enfermeira 9).*

Como foi visto no referencial teórico, o conceito de criança não foi sempre o mesmo, assim como a relação e os cuidados direcionados a ela. Ela ocupou diversos lugares no campo social e as relações estabelecidas com a criança e com o período que denominamos infância precoce se modificam constantemente, ganhando maior ou menor destaque ao longo do tempo.

Partido de pressupostos pós-estruturalistas<sup>15</sup> damos ênfase à linguagem. Consideramos que o mundo como o percebemos é construído através do discurso

---

<sup>15</sup>Pós-estruturalistas caracterizam-se por um tendência à superação da perspectiva estruturalista. Estruturalistas e pós-estruturalistas consideram a linguagem e a cultura sistemas simbólicos e desenvolveram estratégias de análise. Para ambos a realidade é considerada como uma construção

que criamos sobre ele. Afirma-se, nessa perspectiva, que os sentidos e significados que são dados às coisas não são absolutos, mas transitórios. São mutáveis uma vez que são construídos cotidianamente, relacionalmente. Não existiria assim, uma essência a ser descoberta, mas significados construídos socialmente. Desta forma a linguagem não seria somente um instrumento narrativo, mas construiria o próprio sentido as coisas (BUJES, 2003)

Por essa razão, podemos dizer que não usamos a linguagem apenas para descrever e interpretar o mundo; as linguagens que utilizamos estão profundamente implicadas na instituição de práticas e na constituição de identidades sociais (BUJES, 2003, p. 6)

Sendo assim, os discursos e as narrativas apresentadas sobre a infância, a prematuridade, suas capacidades e incapacidades, não só influenciam fortemente no cuidado dedicado a essas crianças, como constroem práticas, possibilidades e impossibilidades.

Notamos no discurso das enfermeiras um prematuro que surge como sujeito, não é tratado como objeto. É suposta a eles a capacidade de se comunicar, de lutar, de vencerem apesar da fragilidade. É reconhecido pela maioria a necessidade que o prematuro tem de cuidado, de um outro que interceda por ele. Talvez seja desejável uma ampliação dos conceitos de comunicação e de cuidado.

Os termos ainda são empregados em alguns momentos de forma muito técnica, o que gera um distanciamento na relação.

A dificuldade em narrar as incapacidades do prematuro pode indicar uma dificuldade de falar e perceber a fragilidade desses bebês. Quando essa característica não pode ser dita ou percebida o cuidado dedicado a eles fica prejudicado. É necessário que o cuidado seja norteado tanto pelas competências que o bebê tem, como também por suas impossibilidades. Os RNPT devem ser percebidos globalmente em suas especificidades para que o cuidado dedicado a eles seja o mais adequado possível e favoreça o desenvolvimento deles.

Quando as enfermeiras conseguem ultrapassar as angústias que a fragilidade que um prematuro causa no outro e podem reconhecer suas forças e potenciais para lutar, elas estão enxergando potencialidades que passam a ser

---

social subjetiva. No entanto, diferem na medida em que os estruturalistas afirmam a independência e a superioridade do significante em relação ao significado, e os pós-estruturalistas concebem significante e significado em mútua relação (PEREIRA, 2010)

reais. Um prematuro não surge enquanto sujeito através do suporte de aparelhos, ele necessita do suporte humano, que se fale dele, com ele.

Uma família terá mais dificuldade de exercer seu papel como cuidadores se forem destituídos deste lugar por atitudes e discursos que o desqualifiquem. Em contrapartida, com o suporte necessário, equipe, familiares e prematuros ganham força e amplas possibilidades de se desenvolverem.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base em todas as considerações expostas, coloca-se em evidência, não somente a importância e complexidade do tema que nos ocupa, mas também permite identificar fontes de conhecimentos dos quais poderão emergir novas perspectivas para o aprimoramento da assistência voltada aos RNPT internados na UTIN visando um cuidado voltado para o desenvolvimento. Esse cuidado sendo fundamentado em modelos teóricos que integram a prevenção e o cuidado em seus diferentes níveis, uma atenção que considera o bebê um sujeito participativo no seu cuidado e que evidencia a importância da formação continuada dos profissionais multiprofissionais que prestam a assistência aos RNPT e seus familiares.

Com intuito melhorar não só a chance de sobrevivência, mas também o bem-estar emocional e cognitivo das crianças e suas famílias, os cuidados prestados na unidade de neonatologia devem garantir o máximo de bem-estar físico e psicológico aos RNs e suas famílias, assim como assegurar o melhor desenvolvimento global possível a curto, médio e longo prazo.

Neste sentido, para que seja possível alcançar esses objetivos, a presença de uma equipe multidisciplinar desempenha um papel importante. O número de profissionais na unidade deve ser adequado ao nível de complexidade e número de pacientes internados para possibilitar um cuidado individualizado ao RN. A equipe multidisciplinar da UTIN, por sua vez, deve contar com o apoio de profissionais especializados das outras áreas de conhecimento.

Os cuidados voltados para o desenvolvimento supõem uma nova perspectiva para o cuidado do RNPT. Depende não só do trabalho individual de cada profissional, mas da adesão da instituição como um todo. As chefias dos setores e dos plantões, como representantes da instituição, devem ser multiplicadoras da cultura institucional, sendo as enfermeiras fundamentais nesse processo junto àqueles que cuidam mais diretamente dos bebês no dia a dia, sejam elas mesmas ou seus técnicos.

O manejo e a ambiência da UTIN devem proteger e promover o desenvolvimento global do prematuro através de um cuidado individualizado, reconhecendo o bebê como sujeito, capaz de se comunicar, minimizando os

estímulos externos para auxiliá-los em sua autorregulação e incluindo a família nos cuidados afim de favorecer o vínculo.

Ferramentas como o Método Canguru, a livre permanência dos pais na UTIN durante a internação da puérpera e a promoção do aleitamento materno são práticas que já estão presentes na Maternidade-Escola da UFRJ, cada vez com maior assiduidade e não devem ser descontinuados. Novas ferramentas, como algumas das ilustradas no presente trabalho através do NIDCAP são um exemplo de instrumentos que podem se somar aos já existentes para melhorar a assistência já prestada.

Uma futura formação de profissionais no programa NIDCAP poderia favorecer a instituição e principalmente os RNPTs, mas a difusão de cuidados e iniciativas como portas abertas aos pais durante todo o período de internação dos RNPT, , alojamentos para mães que receberam alta e que ainda têm os bebês na UTI, maior inclusão dos pais nos cuidados de seus filhos, cobrir as incubadoras com mantas para minimizar o impacto dos ruídos e da luz, práticas que minimizem a dor e desconforto do RNPT, maior compreensão e preservação dos ciclos de sono do bebê, dentre outras, são formas de incorporar boas práticas que tornaram a assistência ainda mais favorável ao desenvolvimento do RNPT.

Identificamos com o presente trabalho que a instituição apresenta um campo com possibilidade de ampliação de práticas de cuidados ao RNPT que incluam medidas protetoras ao desenvolvimento global do recém-nascido internado em UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ.

Como existem limitações na maioria dos estudos já realizados em aspectos relacionados ao rigor metodológico e ao tamanho reduzido da amostra. Há escassez de trabalhos que investiguem a eficácia das intervenções em cuidados voltados ao desenvolvimento com delineamento longitudinal prospectivo. Dessa forma, recomenda-se uma busca sistemática na literatura com intuito de revisar recentes ensaios clínicos, assim como, estudos futuros com delineamento longitudinal-prospectivo e a utilização de amostras mais representativas. Esses estudos são importantes no intuito de avaliar os impactos das intervenções voltadas para o desenvolvimento, em médio e longo prazo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR IEC 60601-2-19**. Equipamento eletromédico - parte 2: prescrições particulares para segurança de recém-nascido (RN). Versão corrigida. Rio de Janeiro: ABNT, 2014.

ALMOHALLA L., GUERRA R.M.R. Identificação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo por profissionais que atuam na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). **Rev. Ter. Ocup. Univ** v. 22, n. 2, p. 117-126, 2004. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14129/15947>> Acesso em 23 ago 2015.

ALS. H. Reading the premature infant. In: GOLSON E.M.D. **Nurturing the premature infant: developmental intervention in the neonatal**. New York: Oxford University Press, 1999. p. 18-85. Disponível em: < [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=6ejQCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA18&dq=ALS.+H.+Reading+the+premature+infant&ots=B-YemfO4io&sig=q6kploYXd27VznXJJ72\\_rsGwiwM#v=onepage&q=ALS.%20H.%20Reading%20the%20premature%20infant&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=6ejQCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA18&dq=ALS.+H.+Reading+the+premature+infant&ots=B-YemfO4io&sig=q6kploYXd27VznXJJ72_rsGwiwM#v=onepage&q=ALS.%20H.%20Reading%20the%20premature%20infant&f=false)> Acesso em: 15 ago 2015.

ALS H., et al.. Towards a research instrument for the assessment of preterm infants' behavior. In: FITZGERALD H.E., LESTER B.M., YOGMAN M.W. **Theory and Research in Behavioral Pediatrics**. New York: Plenum Press, 1982. p. 35–63. Disponível em: <[http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-0442-3\\_2](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-0442-3_2)> Acesso em: 15 ago 2015

ALS. H., et al.. Individualized Behavioral and Environmental Care for the Very Low Birth Weight Preterm Infant at High Risk for Bronchopulmonary Dysplasia: Neonatal Intensive Care Unit and Developmental Outcome. **Pediatrics** v. 78, n. 6, p. 1123 - 1132, 1986.

ALS. H., MCANULTY G. B. **The APIB, an assessment of individualized neurodevelopmental care in the NICU**. New York: IBD, 1992. p. 15:23. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4248304/>> Acesso em: 15 ago 2015.

ALS. H., et al. Individualized developmental care for the very low birth weight preterm infant. **JAMA**. v. 272, n 11, p. 853 -858, 1994. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8078162>> Acesso em: 15 ago 2015.

ALS. H., et al.. Early Experience Alters Brain Function and Structure. **Pediatrics** v. 113, n. 4, p. 846 -857, 2004. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15060237>> Acesso em: 15 ago 2015.

ALS, H, Als H; MCANULTY, G.B. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. **Current women's health reviews**.

Boston, USA, v.3, p. 288-301. 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4248304/>> Acesso em: 15 junho 2016.

ALS, H. et al. **Guía del Programa: Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido (NIDCAP) Una Educación y Programa de Entrenamiento para Profesionales del Cuidado de la Salud.** Traduzido por: Dra.G. Basso, Klga. M. Buenos Aires, Argentina, 2012. Disponível em: < <http://nidcap.org/wp-content/uploads/2013/11/Guia-del-programa-both-parts-rev15Jun12-sk.pdf>> Acesso em: 15 ago 2015.

ARENDR, Hannah. A Vida do Espírito. Tradução de Antônio Abranches e Helena Martins, p. 190, 2009.

ASSAD, L. G. ; VIANA, L. de O. Saberes práticos na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v.56, n.1, p. 44-47. 2003. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672003000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100009)>. Acesso em: 09 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH.** 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em < <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Ambi%C3%Aancia.pdf>> Acesso em: 07 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC).** Brasília: Ministério da Saúde. 2008. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 de julho de 1990, p. 13563. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm) . Acesso em: 23 jun. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Brasília, 2012a. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 09 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 4 v. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_profissionais\\_v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf)> . Acesso em: 11 set. 2015.

BRASIL. Ministério Público. Reduzir a mortalidade infantil. In: BRASIL. Ministério Público. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio:** relatório nacional de acompanhamento. Brasília: MP, 2014a. p. 64-72. Disponível em:

<[http://www.pnud.org.br/Docs/5\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf)>.  
Acesso em: 07 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**: Manual técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 4 v. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_manual\\_tecnico\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf)> . Acesso em: 11 set. 2015.

BRASIL, **Lei n. 13.257**, de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 9 de março de 2016, p. 1. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=09/03/2016> . Acesso em: 23 jun. 2016.

BUJES, M. I. E. Alguns apontamentos sobre as relações infância/poder numa perspectiva foucaultiana. In: **Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (26ª R. A. ANPEd)**, Poços de Caldas (MG), 2003. Anais. Rio de Janeiro: ANPEd, 2003, p. 1-13.

CASTRO, M. P.; RUGOLO, L. M. S. S.; MARGOTTO, P. R. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 5, p. 235-242, 2012.

CAMARGO, B. V., JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.** 2013, v.21, n.2, p. 513-518. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>> Acesso em 01 out de 2015.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, DF, 2004. v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de fev. 2016.

CHARTIER, J.F., MEUNIER, J.G. Text mining methods for social representation analysis in Large Corpora. **Papers on Social Representati.** 2011. v. 37, n.20, p. 1-47.

CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. Manual de neonatologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

DOLTO, F. **A causa das crianças**. São Paulo: Ideias e letras, 2005.

FILHO, J.C.P. **Análise comparativa dos cuidados NIDCAP e convencional nas unidades de cuidado intensivo, analisando a maturação do sono de prematuros.** Brasília, 2010. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7397/1/2010\\_JoadaCostaPimentelFilho.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7397/1/2010_JoadaCostaPimentelFilho.pdf)>. Acesso em: 13 set 2015.

FREITAS, Marcos Cezar de (Org.). História social da infância no Brasil. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

FONTES, I. *Psicanálise da sensível: fundamentos e clínica.* Rio de Janeiro: Ideias e Letras, 2006.

HALMON, S. L.; MCMANUS, B.M. Assistência favorável ao desenvolvimento. In: CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. **Manual de neonatologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 125-127.

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE, **Cuidados centrados em el desarrollo:** Metodo NIDCAP. Madrid, 2008

KHAN, M. Introdução por M. Masud R. Khan. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria a psicanálise.** Obras escolhidas. Traduzido por: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 11-54.

LAHLOU, S. Text mining methods: An answer to chartier and meunier. **Papers on Social Representations.** 2012. v. 38, n. 20, p. 1-7.

LANSKY S.; LANSKY S.; FRANÇA E.; ISHITANI L.; PERPÉTUO I. H. O. Evolução da mortalidade infantil no Brasil: 1980 a 2005. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos SUS no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2008.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2015.

LINCH, G. F. da C.; GUIDO; L. de A.; FANTIN, S. de S. Enfermeiros de unidades de hemodinâmica do Rio Grande do Sul: perfil e satisfação profissional. **Texto Contexto - Enferm.** Florianópolis, v.19, n.3, p. 488-495, jul.-set. 2010.

LÓPEZ, A. R. et al. Cuidados neonatales centrados en el desarrollo In: **Boletín de la SPAO (Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental).** v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

LOPES, D.F.M; MERIGHI, M.A.B.; GARANHANI, M.L. Reflexões a respeito da construção histórica da corporeidade da mulher enfermeira. **Ciência, cuidado e saúde.** Maringá. v. 9, n.2, p.398-403, abr-jun, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8530/6092>>. Acesso em: 11 fev 2016.

MAESTRO, M. L. et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. In: *Anales de Pediatría.* Elsevier Doyma, 2014. p. 232-240. Disponível em: <<http://albalactanciamaterna.org/wp->

[content/uploads/NIDCAP-Espa%C3%B1a-Anales-de-Pediatr%C3%ADa.pdf](#)>.

Acesso em: 1 abr 2016.

MALTA, D. C.; et. al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 16, n. 4, p. 233-244 Dez. 2007. Disponível em:

<[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 set. 2015.

MALTA, D. C.; et. al. Atualização da lista de causas evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde. In: **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.19, n. 2, p. 173-176, 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a10.pdf>>.

Acesso em: 07 set. 2015.

MAROTTI J., et. Al.. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. 2008. n. 2, v. 20, p. 186-94. Disponível em <

[http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_odontologia/pdf/maio\\_agosto\\_2008/Unicid\\_20\(2\\_12\)\\_2008.pdf](http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20(2_12)_2008.pdf)>. Acesso em: 07 out 2015.

MATERNIDADE ESCOLA. Universidade do Rio de Janeiro. **Carta de serviços ao cidadão**, 2011. Disponível em: <

[http://www.me.ufrj.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=category&id=25&Itemid=24](http://www.me.ufrj.br/portal/index.php?option=com_content&view=category&id=25&Itemid=24)>. Acesso em: 24 ago 2015.

MINAYO, M. C. S., SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 9, v.3, p. 239-262, 1993.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 07 out 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Public health aspects of low birth weight, technical report series, Genebra. v. 217, 1961.

PAIXÃO, A. Problemas éticos no principio da vida humana: cuidados intensivos neonatais. In: **Cadernos de Bioética**. Coimbra: n. 24, p. 43-49, 2000.

PEREIRA, T. V. As contribuições do paradigma pós-estruturalista para analisar as políticas curriculares. **Espaço do Currículo**. Revista da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. v. 3, n. 1, p. 419-430, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rec>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ**: Interface da R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires [Software de computador]. Disponível em: < from <http://www.iramuteq.org>>. Acesso em: 06 out de 2015.

SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP. São Paulo. v.44, n.1, p. 154-160, mar. 2010.

SCORTEGAGNA S.A.; et.al. O processo interativo mãe–bebê pré-termo. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 6, n. 2, p. 61-70, 2005. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 13 set 2015.

SYMINGTON, A., PINELLI, J. **Atención orientada al desarrollo para promover el desarrollo y prevenir la morbilidad en lactantes prematuros**. Oxford: Update Software Ltd, 2008. Disponível em: <[http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews\\_es&mf=es&id=ID\\_CD\\_001814-ES&lang=pt&dblang=es&lib=COC](http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews_es&mf=es&id=ID_CD_001814-ES&lang=pt&dblang=es&lib=COC)>. Acesso em: 20 ago 2015.

SYMINGTON, A.; PINELLI J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. In: **The Cochrane Library**, ed 7, 2006. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mf=es&id=CD001814&lang=es&dblang=es&lib=COC&print=yes>>. Acesso em: 20 ago 2015.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2015.

RINGER, A. S. Assistência do recém-nascido de extremamente baixo peso ao nascer. In: CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. **Manual de neonatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 63-69.

SILVA R.N. M. Aspectos comportamentais do bebê pré-termo na UTI neonatal. In: FILHO, L.C.; CORRÊA, M.E.G.; FRANÇA, P.S. (Orgs.) **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos**. Brasília: L.G. E. Editora Ltda, 2002, p. 417-418.

SILVA R. N. M. Cuidados voltados para o desenvolvimento do pré-termo na UTI neonatal. In: FILHO A. N. et al. **Avanços em perinatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005, p. 35-50.

VASCONCELOS, J. M. **O Meu Pé de Laranja Lima**. São Paulo, Editora Melhoramentos, 1975. 2ª edição. Disponível em: <[http://www.jfjb.jus.br/arquivos/biblioteca/e-books/meu\\_pe\\_de\\_laranja\\_lima.pdf](http://www.jfjb.jus.br/arquivos/biblioteca/e-books/meu_pe_de_laranja_lima.pdf)> Acesso em: 13 fev. 2015.

VIANA, R. A. P. P. et al. Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. In: **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 23, n. 1; 2014, p. 151–159. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000100151&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000100151&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 13 mar. 2015.

VICTORA, C. **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas**. Pelotas (RS): UNICEF, 2013. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_prematuridade\\_possiveis\\_causas.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf)>. Acesso em: 07 set. 2015.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Traduzido por: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1945) Desenvolvimento emocional primitivo. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria a psicanálise**. Obras escolhidas. Traduzido por: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000a. p. 218-232.

WINNICOTT, D. W. (1948) Pediatria e psiquiatria. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria a psicanálise**. Obras escolhidas. Traduzido por: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000b. p. 233-253.

WINNICOTT, D. W. (1966). A mãe dedicada comum. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Traduzido por: Jefferson Luiz Camargo. Revisão técnica Maria Helena Souza Patt. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013a. p. 1-11.

WINNICOTT, D. W. (1987) Saber e aprender. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Traduzido por: Jefferson Luiz Camargo. Revisão técnica Maria Helena Souza Patt. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013b. p.13-18.

WINNICOTT, D. W. (1987) A amamentação como forma de comunicação. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Traduzido por: Jefferson Luiz Camargo. Revisão técnica Maria Helena Souza Patt. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013c. p.19-27.

WINNICOTT, D. W. A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Traduzido por: Jefferson Luiz Camargo. Revisão técnica Maria Helena Souza Patt. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013d. p. 61-71.

WINNICOTT, D. W. A dependência nos cuidados infantis. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Traduzido por: Jefferson Luiz Camargo. Revisão técnica Maria Helena Souza Patt. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013e. p. 73-78.

WINNICOTT, D. W. As origens do indivíduo. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Traduzido por: Jefferson Luiz Camargo. Revisão técnica Maria Helena Souza Patt. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013f. p. 43-49.

WINNICOTT, D. W. (1964) O recém-nascido e sua mãe. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Traduzido por: Jefferson Luiz Camargo. Revisão técnica Maria Helena Souza Patt. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013g. p. 29-42.

## APENDICE A – TERMO DE CONCENTIMENTO



### MATERNIDADE-ESCOLA DA UFRJ SETOR DE PSICOLOGIA



#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE)

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa **Percepção dos enfermeiros da UTI Neonatal sobre o recém-nascido prematuro: reflexões e reflexos no cuidado voltado ao desenvolvimento**, realizada pela pesquisadora Irene da Silva Navarro Amer, psicóloga residente da Maternidade Escola da UFRJ e pela orientadora Ms. Psicóloga Luciana Monteiro Ferreira psicóloga da mesma instituição. A pesquisa será realizada no setor de Neonatologia da Maternidade Escola da UFRJ. Você foi selecionado por ser profissional pertencente à equipe da Unidade de Terapia Intensiva de Neonatologia (UTIN) da Maternidade Escola da UFRJ e atender aos critérios de inclusão. Para o objetivo da pesquisa que é identificar a percepção dos enfermeiros que atuam na UTIN sobre os sinais comportamentais do recém-nascido pré-termo (RNPT), sobre a influência do ambiente no desenvolvimento do prematuro e as consequências destas percepções nos cuidados prestados, você responderá um questionário com perguntas abertas e fechadas. Com o intuito de identificar os riscos associados à pesquisa, considera-se que o ato de responder a um questionário configura risco ao participante da pesquisa uma vez que poderá causar constrangimentos ou trazer à memória experiências ou situações vividas podendo causar sofrimento psíquico. Garantimos que todo material recolhido será utilizado somente em trabalhos acadêmicos e científicos, com o objetivo acima descrito. Fica garantido o sigilo dos dados confidenciais e assegurada a sua privacidade em todas as formas possíveis de identificação na divulgação dos resultados. Seguindo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sua participação não é obrigatória e você tem todas as garantias de liberdade para aceitar a participação voluntária na pesquisa, assim como abandoná-la a qualquer tempo. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação às pesquisadoras ou ao seu vínculo com a Maternidade. Quaisquer recursos, reclamações ou dúvidas poderão ser encaminhados ao Comitê de ética da Maternidade-Escola da UFRJ, pelo telefone (21) 22857935 (ramal 216) e para a própria pesquisadora, Irene pelo telefone (21) 98845-6404. Estando assim de acordo, assinam o presente termo de livre consentimento e esclarecimento em duas vias de igual teor.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Nome (por extenso): \_\_\_\_\_,

Identidade: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Irene da Silva Navarro Amer

\_\_\_\_\_  
Ms. Luciana Monteiro Ferreira



## APENDICE B - QUESTIONÁRIO

<b>Dados Sócio demográficos</b>
---------------------------------

**1. Qual sua idade? \_\_\_\_\_**

**2. Qual sua formação?**

- Graduação       Especialização       Mestrado       Doutorado  
 Outros      Qual? \_\_\_\_\_

**4. Quanto tempo(anos) que você tem de formado? \_\_\_\_\_**

**5. Há quanto(s) ano(s) você trabalha em Unidade de Terapia Intensiva de Neonatologia (UTIN)? \_\_\_\_\_**

**6. Há quanto(s) ano(s) você trabalha nesta instituição na Unidade de Terapia Intensiva de Neonatologia (UTIN)? \_\_\_\_\_**

<b>Perguntas referentes à sua prática na Unidade de Terapia Intensiva de Neonatologia nesta instituição (Maternidade-Escola da UFRJ).</b>
---

**1. Como você percebe a luminosidade dentro da UTIN?**

- Inadequada.  
 Adequada, mas poderia melhorar.  
 Adequada.  
 Nunca pensei sobre isso.

**2. Você acha que contribui para que a luminosidade esteja desta forma?**

- Não  
 Sim

**3. Você acredita que a luz da UTIN influencia no desenvolvimento global do prematuro?**

- Não influencia em nada  
 Sim, mas influencia pouco.  
 Sim, influencia.  
 Sim, influencia muito.  
 Nunca pensei sobre isso.

**4. Como você percebe o som dentro da UTIN?**

- Inadequado.  
 Adequado, mas poderia melhorar.  
 Adequado.  
 Nunca pensei sobre isso.

**5. Você acha que contribui para os ruídos existentes dentro da UTIN?**

- Não
- Sim

**6. Você acredita que o som da UTIN influencia no desenvolvimento global do prematuro?**

- Não influencia em nada.
- Sim, mas influencia pouco.
- Sim, influencia.
- Sim, influencia muito.
- Nunca pensei sobre isso.

**7. Você acredita que o sono influencia no desenvolvimento global do prematuro?**

- Não influencia em nada.
- Sim, mas influencia pouco.
- Sim, influencia.
- Sim, influencia muito.
- Nunca pensei sobre isso.

**8. Você acha que contribui para a regulação do sono do prematuro?**

- Não
- Sim

**9. Quando está cuidando de um recém-nascido pré-termo na UTIN, o que você observa?**

- Sinais fisiológicos.
- Sinais comportamentais.
- Sinais fisiológicos e comportamentais.
- Não observo nenhum destes sinais.

**10. Os cuidados direcionados ao recém-nascido pré-termo (RNPT), realizados por você, ocorrem prioritariamente de acordo com:**

- a rotina estabelecida previamente
- a rotina, mas sempre que possível minimizando o mal estar do RNPT.
- de forma individualizada, sempre que possível, levando em conta os sinais emitidos pelo RNPT.

**11. Você acredita que o recém-nascido prematuro em geral é capaz de se comunicar (de forma não verbal)?**

- Não.
- Sim, mas só com os familiares.
- Sim, mas eu não compreendo.
- Sim, e eu percebo isso.
- Nunca pensei sobre isso.

**12. Você em geral conversa com o recém-nascido prematuro enquanto cuida dele?**

- Nunca, isso não faz sentido, pois ele não me entende.
- Nunca, porque não tenho tempo para isso.
- Raramente.
- Às vezes, mas não acho isso relevante.
- Sempre, mas não acho isso relevante.
- Sempre, acho que isso é relevante.

**13. Você acredita que o recém-nascido prematuro é capaz de sentir dor?**

- Não, ainda é muito imaturo e por isso não sente dor.
- Não, pois não reconheço sinais de dor.
- Sim, mas em geral eu não consigo identificar os sinais de dor.
- Sim, igual a um recém-nascido a termo.
- Sim, mais que um recém-nascido a termo.

**14. O que você acha da presença dos pais dos prematuros na UTIN?**

- Atrapalha a família, o desenvolvimento do RNPT e os cuidados prestados pela equipe.
- Desnecessária ou indiferente.
- Importante para a família, mas atrapalha o desenvolvimento RNPT.
- Importante para família e para o desenvolvimento do RNPT, mas atrapalha os cuidados prestados pela equipe.
- Importante para a família, para o desenvolvimento do RNPT e também favorece os cuidados prestados pela equipe.

**15. Como você avalia as normas atuais que regulam a presença atual dos pais na UTIN?**

- Inadequada, deveriam existir mais horários.
- Inadequada, deveriam existir menos horários.
- Adequado.
- Nunca pensei sobre isso.

**16. Como você avalia as normas atuais que regulam a presença atual de familiares na UTIN?**

- Inadequada, deveriam existir mais horários.
- Inadequada, deveriam existir menos horários.
- Adequado.
- Nunca pensei sobre isso.

<b>Refletindo...</b>
----------------------

**Quando você cuida de um prematuro você pensa que ele é...**

---

---

---

---

---

---

**Você acha que ele é capaz de...**

---

---

---

---

---

---

---

**Você acha que ele é incapaz de...**

---

---

---

---

---

---

**Muito obrigada pela sua participação.**

## ANEXO 1



**MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ**



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O RECÉM-NASCIDO PREMATURO: REFLEXÕES E REFLEXOS NO CUIDADO VOLTADO AO DESENVOLVIMENTO

**Pesquisador:** IRENE DA SILVA NAVARRO AMER

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50063615.2.0000.5275

**Instituição Proponente:** Maternidade-Escola da UFRJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.299.559

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho de conclusão de curso do programa de residência multiprofissional, onde a Enfermeira Irene Amer pretende coletar dados através de questionário com perguntas fechadas e abertas, sobre a percepção dos enfermeiros da UTI Neonatal sobre o recém-nascido prematuro e os reflexos para o cuidado voltado ao desenvolvimento. O presente projeto pretende contribuir para uma prática institucional de cuidado que considere as singularidades do recém-nascido internado na UTIN, promovendo condições favoráveis ao desenvolvimento.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Tomando como referência a importância do cuidado contingente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) como forma de favorecer o desenvolvimento do prematuro, o trabalho tem como objetivo geral identificar a percepção dos enfermeiros que atuam na UTIN dos sinais comportamentais do recém-nascido pré-termo (RNPT), da influência do ambiente no desenvolvimento do prematuro e as consequências destas percepções nos cuidados prestados.

##### Objetivo Secundário:

Com base no objetivo geral acima descrito, este projeto contemplará os seguintes objetivos específicos: a) Identificar se os enfermeiros que atuam na UTIN conhecem os sinais

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: oep@me.ufrj.br



**MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ**



Continuação do Parecer: 1.299.559

comportamentais do RNPT e se os utilizam como norteadores para o cuidado prestado; b) Identificar a percepção dos enfermeiros que atuam na UTIN sobre o ambiente ofertado e do impacto deste para o desenvolvimento do RNPT e c) Analisar como os enfermeiros que atuam na UTIN concebem o RNPT.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Com o intuito de identificar os riscos associados à pesquisa e diferenciá-los dos que os participantes da pesquisa estariam expostos pelos procedimentos assistenciais, considera-se que o ato de responder a um questionário configura risco ao participante da pesquisa uma vez que poderá causar constrangimentos ou trazer à memória experiências ou situações vividas podendo causar sofrimento psíquico. Dessa forma, serão tomadas as medidas necessárias para minimizar os riscos previsíveis, tais como: a) assegurar aos potenciais participantes da pesquisa que eles receberam uma adequada descrição e informação dos riscos, desconfortos ou benefícios que podem ser antecipados; b) assegurar, conforme sugere a resolução, a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização dos participantes da pesquisa; c) garantir que as informações não serão utilizadas de outras formas, em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

#### **Benefícios:**

Como benefício do projeto pretende-se alcançar resultados que subsidiem a elaboração de protocolos e a adoção de práticas de cuidados ao RNPT que incluam medidas protetoras ao desenvolvimento físico e psíquico do recém-nascido internado em UTIN, através de um ambiente extra-uterino que favoreça o desenvolvimento dos neonatos pré-termos, sendo eles os principais beneficiários do projeto.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Tipo de estudo:** O projeto adotará uma abordagem quanti-qualitativa, sendo um estudo exploratório descritivo.

**População:** A amostra será composta pela totalidade dos enfermeiros assistenciais da UTIN, totalizando 19 enfermeiros. Como a presente pesquisa esta centrada na promoção do cuidado voltado para o desenvolvimento, os enfermeiros são uma categoria muito relevante, pois estão à frente dos cuidados diretamente realizados com o RNPT e são responsáveis pela prescrição do cuidado que será realizado pela enfermagem. Assim sendo, como participantes serão convidados todos os enfermeiros que atuem diretamente nos cuidados direcionados aos prematuros

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2588-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: [cep@me.ufrj.br](mailto:cep@me.ufrj.br)



MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.299.359

internados na UTIN e se enquadrem nos critérios de inclusão. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro que atue diretamente nos cuidados ao RNPT internado na UTIN.

O instrumento de coleta de dados será um questionário com perguntas fechadas e abertas composto de três partes: parte I, referente aos dados sócio demográficos dos profissionais entrevistados, parte II referente às questões fechadas e parte III com questões abertas.

Os dados referentes às perguntas fechadas serão processados e analisados em termos de frequência de resposta nos itens do questionário e organizados posteriormente no software aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 15.0, para cálculo das médias e desvios-padrão das categorias de resposta para o grupo.

Os dados referentes às perguntas abertas do questionário serão submetidos a uma leitura sistemática detectando informações distorcidas ou incompletas, e serão organizados para serem inseridos no software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009. Como o software não é um método, e os relatórios gerados pelo software não serão, em si, a análise dos dados. Por isso, na fase de interpretação, os pesquisadores "se debruçarão" sobre os dados gerados pelo software e amparados pelo referencial teórico da psicologia e do desenvolvimento humano com relação às questões sobre como os enfermeiros concebem o recém-nascido pré-termo internado na UTIN. Assim, através do mapeamento das ocorrências e co-ocorrências dos temas a fim de se fornecer a densidade dos resultados o que nos permitiu realizar um estudo sobre o significado das análises lexicais encontradas associado a um emprego de análises multivariadas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados de maneira adequada.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer do relator aceito

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço:	Rua das Laranjeiras, 180		
Bairro:	Laranjeiras	CEP:	22.240-003
UF:	RJ	Município:	RIO DE JANEIRO
Telefone:	(21)2556-9747	Fax:	(21)2205-9064
		E-mail:	cep@me.ufrj.br



MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.299.529

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_595834.pdf	13/10/2015 15:54:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_IreneCEP_13_10_15.doc	13/10/2015 15:53:30	IRENE DA SILVA NAVARRO AMER	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_Irene.pdf	13/10/2015 14:33:47	IRENE DA SILVA NAVARRO AMER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	13/10/2015 14:20:49	IRENE DA SILVA NAVARRO AMER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 28 de Outubro de 2015

---

Assinado por:  
Ivo Basilio da Costa Júnior  
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9347

Fax: (21)2205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br



## ANEXO 2

**OBSERVATION SHEET**      Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Sheet Number: \_\_\_\_\_

		Time:					Time:						
		0-2	3-4	5-6	7-8	9-10			0-2	3-4	5-6	7-8	9-10
<b>Resp:</b>	Regular						<b>State:</b>	1A					
	Irregular							1B					
	Slow							2A					
	Fast							2B					
	Pause							3A					
<b>Color:</b>	Jaundice							3B					
	Pink							4A					
	Pale							4B					
	Webb							5A					
	Red							5B					
	Dusky							6A					
	Blue						6B						
	Tremor						AA						
	Startle						<b>Face (cont.):</b>	Mouthing					
	Twitch Face							Suck Search					
Twitch Body						Sucking							
<b>Visceral/Resp:</b>	Twitch Extremities						<b>Extrem:</b>	Finger Splay					
	Spit up							Airplane					
	Gag							Salute					
	Burp							Sitting On Air					
	Hiccough							Hand Clasp					
	BM Grunt							Foot Clasp					
	Sounds						Hand to Mouth						
Sigh						Grasping							
<b>Motor:</b>	Gasp						Grasping						
	Flopid Arm(s)						Holding On						
	Flopid leg(s)						Fisting						
	Flexed Arms	Act.					<b>Attention:</b>	Fuss					
	Tucked Arms	Act.						Yawn					
	Flexed Legs	Act.						Sneezes					
	Tucked Legs	Act.						Face Open					
	Extend Arms	Act.						Eye Floating					
	Extend Legs	Act.						Avert					
	Smooth Mvmt Arms	Post.					Frown						
	Smooth Mvmt Legs	Post.					Ooh Face						
	Smooth Mvmt Trunk						Locking						
	Stretch/Drawn						Cooing						
	Diffuse Squirm						Speech Mvmt.						
Arch						<b>Posture:</b>	(Prone, Supine, Side)						
Tuck Trunk							<b>Head:</b>	(Right, Left, Middle)					
Leg Brace						<b>Location:</b>		(Crib, Incubator, Held)					
<b>Face:</b>	Tongue Extension							<b>Manipulation:</b>	Heart Rate				
	Hand on Face						Respiration Rate						
	Gape Face						TcPO <sub>2</sub> /SaO <sub>2</sub>						
	Grimace												
Smile													

© Hank Van Horn 12/2009 10079663 02/11

Fonte: ALS, H. et al., apud ALS, H, Als H e MCANULTY, G.B., 2011

**ANEXO 3**

**Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016.**

**Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012.**

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:**

**Art. 1o Esta Lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano, em consonância com os princípios e diretrizes da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); altera os arts. 6o, 185, 304 e 318 do Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal); acrescenta incisos ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943; altera os arts. 1o, 3o, 4o e 5o da Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008; e acrescenta parágrafos ao art. 5o da Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012.**

**Art. 2o Para os efeitos desta Lei, considera-se primeira infância o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança.**

**Art. 3o A prioridade absoluta em assegurar os direitos da criança, do adolescente e do jovem, nos termos do art. 227 da Constituição Federal e do art. 4o da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, implica o dever do Estado de estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades dessa faixa etária, visando a garantir seu desenvolvimento integral.**

**Art. 4o As políticas públicas voltadas ao atendimento dos direitos da criança na primeira infância serão elaboradas e executadas de forma a:**

**I - atender ao interesse superior da criança e à sua condição de sujeito de direitos e de cidadã;**

**II - incluir a participação da criança na definição das ações que lhe digam respeito, em conformidade com suas características etárias e de desenvolvimento;**

**III - respeitar a individualidade e os ritmos de desenvolvimento das crianças e valorizar a diversidade da infância brasileira, assim como as diferenças entre as crianças em seus contextos sociais e culturais;**

**IV - reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços que atendam aos direitos da criança na primeira infância, priorizando o investimento público na promoção da justiça social, da equidade e da inclusão sem discriminação da criança;**

**V - articular as dimensões ética, humanista e política da criança cidadã com as evidências científicas e a prática profissional no atendimento da primeira infância;**

**VI - adotar abordagem participativa, envolvendo a sociedade, por meio de suas organizações representativas, os profissionais, os pais e as crianças, no aprimoramento da qualidade das ações e na garantia da oferta dos serviços;**

**VII - articular as ações setoriais com vistas ao atendimento integral e integrado;**

**VIII - descentralizar as ações entre os entes da Federação;**

**IX - promover a formação da cultura de proteção e promoção da criança, com apoio dos meios de comunicação social.**

**Parágrafo único.** A participação da criança na formulação das políticas e das ações que lhe dizem respeito tem o objetivo de promover sua inclusão social como cidadã e dar-se-á de acordo com a especificidade de sua idade, devendo ser realizada por profissionais qualificados em processos de escuta adequados às diferentes formas de expressão infantil.

**Art. 5o** Constituem áreas prioritárias para as políticas públicas para a primeira infância a saúde, a alimentação e a nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção contra toda forma de violência e de pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à comunicação mercadológica.

**Art. 6o** A Política Nacional Integrada para a primeira infância será formulada e implementada mediante abordagem e coordenação intersetorial que articule as diversas políticas setoriais a partir de uma visão abrangente de todos os direitos da criança na primeira infância.

**Art. 7o** A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir, nos respectivos âmbitos, comitê intersetorial de políticas públicas para a primeira infância com a finalidade de assegurar a articulação das ações voltadas à proteção e à promoção dos direitos da criança, garantida a participação social por meio dos conselhos de direitos.

**§ 1o** Caberá ao Poder Executivo no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios indicar o órgão responsável pela coordenação do comitê intersetorial previsto no caput deste artigo.

**§ 2o** O órgão indicado pela União nos termos do § 1o deste artigo manterá permanente articulação com as instâncias de coordenação das ações estaduais, distrital e municipais de atenção à criança na primeira infância, visando à complementaridade das ações e ao cumprimento do dever do Estado na garantia dos direitos da criança.

**Art. 8o** O pleno atendimento dos direitos da criança na primeira infância constitui objetivo comum de todos os entes da Federação, segundo as respectivas competências constitucionais e legais, a ser alcançado em regime de colaboração entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

**Parágrafo único.** A União buscará a adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios à abordagem multi e intersetorial no atendimento dos direitos da criança na primeira infância e oferecerá assistência técnica na elaboração de planos estaduais, distrital e municipais para a primeira infância que articulem os diferentes setores.

**Art. 9o** As políticas para a primeira infância serão articuladas com as instituições de formação profissional, visando à adequação dos cursos às características e necessidades das crianças e à formação de profissionais qualificados, para possibilitar a expansão com qualidade dos diversos serviços.

**Art. 10.** Os profissionais que atuam nos diferentes ambientes de execução das políticas e programas destinados à criança na primeira infância terão acesso garantido e prioritário à qualificação, sob a forma de especialização e atualização, em programas que contemplem, entre outros temas, a especificidade da primeira infância, a estratégia da intersetorialidade na promoção do desenvolvimento integral e a prevenção e a proteção contra toda forma de violência contra a criança.

**Art. 11.** As políticas públicas terão, necessariamente, componentes de monitoramento e coleta sistemática de dados, avaliação periódica dos elementos que constituem a oferta dos serviços à criança e divulgação dos seus resultados.

**§ 1o** A União manterá instrumento individual de registro unificado de dados do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como sistema informatizado, que inclua as redes pública e privada de saúde, para atendimento ao disposto neste artigo.

**§ 2o** A União informará à sociedade a soma dos recursos aplicados anualmente no conjunto dos programas e serviços para a primeira infância e o percentual que os valores representam em relação ao respectivo orçamento realizado, bem como colherá informações sobre os valores aplicados pelos demais entes da Federação.

**Art. 12.** A sociedade participa solidariamente com a família e o Estado da proteção e da promoção da criança na primeira infância, nos termos do caput e do § 7º do art. 227, combinado com o inciso II do art. 204 da Constituição Federal, entre outras formas:

- I** - formulando políticas e controlando ações, por meio de organizações representativas;
- II** - integrando conselhos, de forma paritária com representantes governamentais, com funções de planejamento, acompanhamento, controle social e avaliação;
- III** - executando ações diretamente ou em parceria com o poder público;

**IV - desenvolvendo programas, projetos e ações compreendidos no conceito de responsabilidade social e de investimento social privado;**

**V - criando, apoiando e participando de redes de proteção e cuidado à criança nas comunidades;**

**VI - promovendo ou participando de campanhas e ações que visem a aprofundar a consciência social sobre o significado da primeira infância no desenvolvimento do ser humano.**

**Art. 13. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios apoiarão a participação das famílias em redes de proteção e cuidado da criança em seus contextos sociofamiliar e comunitário visando, entre outros objetivos, à formação e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com prioridade aos contextos que apresentem riscos ao desenvolvimento da criança.**

**Art. 14. As políticas e programas governamentais de apoio às famílias, incluindo as visitas domiciliares e os programas de promoção da paternidade e maternidade responsáveis, buscarão a articulação das áreas de saúde, nutrição, educação, assistência social, cultura, trabalho, habitação, meio ambiente e direitos humanos, entre outras, com vistas ao desenvolvimento integral da criança.**

**§ 1o Os programas que se destinam ao fortalecimento da família no exercício de sua função de cuidado e educação de seus filhos na primeira infância promoverão atividades centradas na criança, focadas na família e baseadas na comunidade.**

**§ 2o As famílias identificadas nas redes de saúde, educação e assistência social e nos órgãos do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente que se encontrem em situação de vulnerabilidade e de risco ou com direitos violados para exercer seu papel protetivo de cuidado e educação da criança na primeira infância, bem como as que têm crianças com indicadores de risco ou deficiência, terão prioridade nas políticas sociais públicas.**

**§ 3o As gestantes e as famílias com crianças na primeira infância deverão receber orientação e formação sobre maternidade e paternidade responsáveis, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil integral, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos, nos termos da Lei no 13.010, de 26 de junho de 2014, com o intuito de favorecer a formação e a consolidação de vínculos afetivos e estimular o desenvolvimento integral na primeira infância.**

**§ 4o A oferta de programas e de ações de visita domiciliar e de outras modalidades que estimulem o desenvolvimento integral na primeira infância será considerada estratégia de atuação sempre que respaldada pelas políticas públicas sociais e avaliada pela equipe profissional responsável.**

**§ 5o Os programas de visita domiciliar voltados ao cuidado e educação na primeira infância deverão contar com profissionais qualificados, apoiados por medidas que assegurem sua permanência e formação continuada.**

**Art. 15.** As políticas públicas criarão condições e meios para que, desde a primeira infância, a criança tenha acesso à produção cultural e seja reconhecida como produtora de cultura.

**Art. 16.** A expansão da educação infantil deverá ser feita de maneira a assegurar a qualidade da oferta, com instalações e equipamentos que obedeçam a padrões de infraestrutura estabelecidos pelo Ministério da Educação, com profissionais qualificados conforme dispõe a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), e com currículo e materiais pedagógicos adequados à proposta pedagógica.

**Parágrafo único.** A expansão da educação infantil das crianças de 0 (zero) a 3 (três) anos de idade, no cumprimento da meta do Plano Nacional de Educação, atenderá aos critérios definidos no território nacional pelo competente sistema de ensino, em articulação com as demais políticas sociais.

**Art. 17.** A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão organizar e estimular a criação de espaços lúdicos que propiciem o bem-estar, o brincar e o exercício da criatividade em locais públicos e privados onde haja circulação de crianças, bem como a fruição de ambientes livres e seguros em suas comunidades.

**Art. 18.** O art. 3º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 3º .....

**Parágrafo único.** Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem.” (NR)

**Art. 19.** O art. 8º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**§ 1º** O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária.

**§ 2º** Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.

**§ 3º** Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação.

.....

**§ 5o** A assistência referida no § 4o deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade.

**§ 6o** A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.

**§ 7o** A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança.

**§ 8o** A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos.

**§ 9o** A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto.

**§ 10.** Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança.” (NR)

**Art. 20.** O art. 9o da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1o e 2o:

“Art. 9o .....

**§ 1o** Os profissionais das unidades primárias de saúde desenvolverão ações sistemáticas, individuais ou coletivas, visando ao planejamento, à implementação e à avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, de forma contínua.

**§ 2o** Os serviços de unidades de terapia intensiva neonatal deverão dispor de banco de leite humano ou unidade de coleta de leite humano.” (NR)

**Art. 21.** O art. 11 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

**§ 1o** A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação.

**§ 2o** Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas.

**§ 3o** Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário.” (NR)

**Art. 22.** O art. 12 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.” (NR)

**Art. 23.** O art. 13 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2o, numerando-se o atual parágrafo único como § 1o:

“Art. 13. ....

**§ 1o** As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas, sem constrangimento, à Justiça da Infância e da Juventude.

**§ 2o** Os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada, os serviços de assistência social em seu componente especializado, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar.” (NR)

**Art. 24.** O art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2o, 3o e 4o, numerando-se o atual parágrafo único como § 1o:

“Art. 14. ....

**§ 1o** .....

**§ 2o** O Sistema Único de Saúde promoverá a atenção à saúde bucal das crianças e das gestantes, de forma transversal, integral e intersetorial com as demais linhas de cuidado direcionadas à mulher e à criança.



**§ 3o** A atenção odontológica à criança terá função educativa protetiva e será prestada, inicialmente, antes de o bebê nascer, por meio de aconselhamento pré-natal, e, posteriormente, no sexto e no décimo segundo anos de vida, com orientações sobre saúde bucal.

**§ 4o** A criança com necessidade de cuidados odontológicos especiais será atendida pelo Sistema Único de Saúde.” (NR)

**Art. 25.** O art. 19 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.

.....

**§ 3o** A manutenção ou a reintegração de criança ou adolescente à sua família terá preferência em relação a qualquer outra providência, caso em que será esta incluída em serviços e programas de proteção, apoio e promoção, nos termos do § 1o do art. 23, dos incisos I e IV do caput do art. 101 e dos incisos I a IV do caput do art. 129 desta Lei.

.....” (NR)

**Art. 26.** O art. 22 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 22. ....

**Parágrafo único.** A mãe e o pai, ou os responsáveis, têm direitos iguais e deveres e responsabilidades compartilhados no cuidado e na educação da criança, devendo ser resguardado o direito de transmissão familiar de suas crenças e culturas, assegurados os direitos da criança estabelecidos nesta Lei.” (NR)

**Art. 27.** O § 1o do art. 23 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 23. ....

**§ 1o** Não existindo outro motivo que por si só autorize a decretação da medida, a criança ou o adolescente será mantido em sua família de origem, a qual deverá obrigatoriamente ser incluída em serviços e programas oficiais de proteção, apoio e promoção.

.....” (NR)

**Art. 28.** O art. 34 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3o e 4o:

“Art. 34. ....

**§ 3o** A União apoiará a implementação de serviços de acolhimento em família acolhedora como política pública, os quais deverão dispor de equipe que organize o acolhimento temporário de crianças e de adolescentes em residências de famílias selecionadas, capacitadas e acompanhadas que não estejam no cadastro de adoção.

**§ 4o** Poderão ser utilizados recursos federais, estaduais, distritais e municipais para a manutenção dos serviços de acolhimento em família acolhedora, facultando-se o repasse de recursos para a própria família acolhedora.” (NR)

**Art. 29.** O inciso II do art. 87 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 87. ....

**II** - serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social de garantia de proteção social e de prevenção e redução de violações de direitos, seus agravamentos ou reincidências;

.....” (NR)

**Art. 30.** O art. 88 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos VIII, IX e X:

“Art. 88. ....

**VIII** - especialização e formação continuada dos profissionais que trabalham nas diferentes áreas da atenção à primeira infância, incluindo os conhecimentos sobre direitos da criança e sobre desenvolvimento infantil;

**IX** - formação profissional com abrangência dos diversos direitos da criança e do adolescente que favoreça a intersetorialidade no atendimento da criança e do adolescente e seu desenvolvimento integral;

**X** - realização e divulgação de pesquisas sobre desenvolvimento infantil e sobre prevenção da violência.” (NR)

**Art. 31.** O art. 92 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 7o:

“Art. 92. ....

**§ 7o** Quando se tratar de criança de 0 (zero) a 3 (três) anos em acolhimento institucional, dar-se-á especial atenção à atuação de educadores de referência estáveis e qualitativamente significativos, às rotinas específicas e ao atendimento das necessidades básicas, incluindo as de afeto como prioritárias.” (NR)

**Art. 32.** O inciso IV do caput do art. 101 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 101. ....

**IV - inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente;**

.....” (NR)

**Art. 33. O art. 102 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 5o e 6o:**

“Art. 102. ....

**§ 5o Os registros e certidões necessários à inclusão, a qualquer tempo, do nome do pai no assento de nascimento são isentos de multas, custas e emolumentos, gozando de absoluta prioridade.**

**§ 6o São gratuitas, a qualquer tempo, a averbação requerida do reconhecimento de paternidade no assento de nascimento e a certidão correspondente.” (NR)**

**Art. 34. O inciso I do art. 129 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:**

“Art. 129. ....

**I - encaminhamento a serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família;**

.....” (NR)

**Art. 35. Os §§ 1o-A e 2o do art. 260 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, passam a vigorar com a seguinte redação:**

“Art. 260. ....

**§ 1o-A. Na definição das prioridades a serem atendidas com os recursos captados pelos fundos nacional, estaduais e municipais dos direitos da criança e do adolescente, serão consideradas as disposições do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária e as do Plano Nacional pela Primeira Infância.**

**§ 2o Os conselhos nacional, estaduais e municipais dos direitos da criança e do adolescente fixarão critérios de utilização, por meio de planos de aplicação, das dotações subsidiadas e demais receitas, aplicando necessariamente percentual para incentivo ao acolhimento, sob a forma de guarda, de crianças e adolescentes e para programas de atenção integral à primeira infância em áreas de maior carência socioeconômica e em situações de calamidade.” (NR)**

**Art. 36. A Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 265-A:**

**“Art. 265-A. O poder público fará periodicamente ampla divulgação dos direitos da criança e do adolescente nos meios de comunicação social.**

**Parágrafo único. A divulgação a que se refere o caput será veiculada em linguagem clara, compreensível e adequada a crianças e adolescentes, especialmente às crianças com idade inferior a 6 (seis) anos.”**

**Art. 37. O art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos X e XI:**

**“Art. 473.**

**X - até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira;**

**XI - por 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica.” (NR)**

**Art. 38. Os arts. 1o, 3o, 4o e 5o da Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, passam a vigorar com as seguintes alterações: (Produção de efeito)**

**“Art. 1o É instituído o Programa Empresa Cidadã, destinado a prorrogar:**

**I - por 60 (sessenta) dias a duração da licença-maternidade prevista no inciso XVIII do caput do art. 7º da Constituição Federal;**

**II - por 15 (quinze) dias a duração da licença-paternidade, nos termos desta Lei, além dos 5 (cinco) dias estabelecidos no § 1o do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.**

**§ 1o A prorrogação de que trata este artigo:**

**I - será garantida à empregada da pessoa jurídica que aderir ao Programa, desde que a empregada a requeira até o final do primeiro mês após o parto, e será concedida imediatamente após a fruição da licença-maternidade de que trata o inciso XVIII do caput do art. 7º da Constituição Federal;**

**II - será garantida ao empregado da pessoa jurídica que aderir ao Programa, desde que o empregado a requeira no prazo de 2 (dois) dias úteis após o parto e comprove participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável.**

**§ 2o A prorrogação será garantida, na mesma proporção, à empregada e ao empregado que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança.” (NR)**

**“Art. 3o Durante o período de prorrogação da licença-maternidade e da licença-paternidade:**

**I - a empregada terá direito à remuneração integral, nos mesmos moldes devidos no período de percepção do salário-maternidade pago pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS);**

**II - o empregado terá direito à remuneração integral.” (NR)**

**“Art. 4o No período de prorrogação da licença-maternidade e da licença-paternidade de que trata esta Lei, a empregada e o empregado não poderão exercer nenhuma atividade remunerada, e a criança deverá ser mantida sob seus cuidados.**

**Parágrafo único. Em caso de descumprimento do disposto no caput deste artigo, a empregada e o empregado perderão o direito à prorrogação.” (NR)**

**“Art. 5o A pessoa jurídica tributada com base no lucro real poderá deduzir do imposto devido, em cada período de apuração, o total da remuneração integral da empregada e do empregado pago nos dias de prorrogação de sua licença-maternidade e de sua licença-paternidade, vedada a dedução como despesa operacional.**

**.....” (NR)**

**Art. 39. O Poder Executivo, com vistas ao cumprimento do disposto no inciso II do caput do art. 5º e nos arts. 12 e 14 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, estimará o montante da renúncia fiscal decorrente do disposto no art. 38 desta Lei e o incluirá no demonstrativo a que se refere o § 6º do art. 165 da Constituição Federal, que acompanhará o projeto de lei orçamentária cuja apresentação se der após decorridos 60 (sessenta) dias da publicação desta Lei. (Produção de efeito)**

**Art. 40. Os arts. 38 e 39 desta Lei produzem efeitos a partir do primeiro dia do exercício subsequente àquele em que for implementado o disposto no art. 39.**

**Art. 41. Os arts. 6o, 185, 304 e 318 do Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), passam a vigorar com as seguintes alterações:**

**“Art. 6o .....**

**X - colher informações sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa.” (NR)**

**“Art. 185. ....**

**§ 10. Do interrogatório deverá constar a informação sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa.” (NR)**

**“Art. 304. ....**

**§ 4o Da lavratura do auto de prisão em flagrante deverá constar a informação sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o**

contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa.”  
(NR)

“Art. 318. ....

IV - gestante;

V - mulher com filho de até 12 (doze) anos de idade incompletos;

VI - homem, caso seja o único responsável pelos cuidados do filho de até 12 (doze) anos de idade incompletos.

.....” (NR)

Art. 42. O art. 5o da Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3o e 4o:

“Art. 5o .....

§ 3o O sistema previsto no caput deverá assegurar a interoperabilidade com o Sistema Nacional de Informações de Registro Civil (Sirc).

§ 4o Os estabelecimentos de saúde públicos e privados que realizam partos terão prazo de 1 (um) ano para se interligarem, mediante sistema informatizado, às serventias de registro civil existentes nas unidades federativas que aderirem ao sistema interligado previsto em regramento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).” (NR)

Art. 43. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 8 de março de 2016; 195o da Independência e 128o da República.

**DILMA ROUSSEFF**

**Nelson Barbosa**

**Aloizio Mercadante**

**Marcelo Costa e Castro**

**Tereza Campello**

**Nilma Lino Gomes**

Este texto não substitui o publicado no DOU de 9.3.2016