UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALINE CAROLINA DE ARAÚJO SANTOS

A vivência materna no contato pele a pele para alívio da dor em prematuros submetidos ao teste do pezinho em unidade neonatal

RIBEIRÃO PRETO
2015

ALINE CAROLINA DE ARAÚJO SANTOS

A vivência materna no contato pele a pele para alívio da dor em prematuros submetidos ao teste do pezinho em unidade neonatal

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente

Orientador: Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi

RIBEIRÃO PRETO
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santos, Aline Carolina de Araújo
A vivência materna no contato pele a pele para alívio da dor em prematuros submetidos ao teste do pezinho em unidade neonatal. Ribeirão Preto, 2015.
155 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.
Orientador: Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi

1. Dor. 2. Prematuro. 3.Método Canguru. 4.Enfermagem Neonatal. 5.Relações Familiares.

SANTOS, Aline Carolina de Araújo

A vivência materna no contato pele a pele para alívio da dor em prematuros submetidos ao teste do pezinho em unidade neonatal

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____
Instituição:_____

Prof. Dr._____
Instituição:_____

Prof. Dr._____
Instituição:_____

DEDICATÓRIA

*Dedico essa vitória a minha **mãe Aparecida** pelo amor incondicional e constante incentivo. Você sempre me fez acreditar na realização dos meus sonhos, me apoiou nas horas difíceis e compartilhou comigo tristezas e alegrias.*

***Mãe** você é meu alicerce, exemplo de amor, carinho, ternura, coragem e força!*

***Mãe**, você é aquela que supriu sempre minhas necessidades...*

É aquela que me deu vida, amor, cuidado, enxugou minhas lágrimas, corrigiu meus erros, me levantou de meus tombos, me deu conselhos, disse não na hora certa, é uma grande amiga, é um pai, é uma mãe.

Você é a única pessoa que consegue ser todas ao mesmo tempo.

Para esta mulher incrível, eis minha declaração incondicional de Amor!

*Obrigada por ser minha **mãe**... Te Amo.*

*Ao meu **tio Paulo**...*

*No meu coração há um grande número de pessoas, cada uma em seu cantinho. Existem pessoas especiais ocupando lugares especiais e uma dessas pessoas é você, **tio**.*

*Como eu sou feliz em ter um **tio** assim, que se preocupa comigo e que cuida de mim como se fosse meu pai. Você é uma pessoa genuína que sempre dá o seu melhor para ver os outros felizes.*

Tenho muito orgulho no que você é, naquilo que você me ensina e na amizade que nós construímos. Existem pessoas que deveriam ser eternas, e o senhor é uma dessas, quero que você permaneça para sempre na minha vida!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Agradeço a **Deus** que me deu a oportunidade de existir, ser feliz e conhecer pessoas maravilhosas, apesar das provas e tribulações que passamos em nossa vida terrena.*
***Deus** nos dá a liberdade de escolhermos diferentes caminhos e a responsabilidade de arcar com cada uma de nossas escolhas.*
*Viver é um compromisso sério, não se vive impunemente, mas **Deus** é bom e misericordioso, plantou em nós a esperança que desperta a fé em nossos corações e nos faz sempre desejar o que é bom, a alegria, a paz.*
***Deus**, sou grata pela vida que me deu, sou grata por ter saúde e por ter a capacidade de aprender com tudo aquilo que a vida coloca em meu caminho, e com todas as escolhas que faço, as certas e as erradas.*
Tudo o que eu fiz, tudo o que eu tenho, tudo o que eu sou, é graças ao Senhor, meu bom Deus. Sou grata pela dádiva da vida que o Senhor me concedeu!

***Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi**, dizer-lhe obrigado seria muito pouco, porque o amor e dedicação que você transmitiu desde o momento em que te conheci é impagável. Em todas as situações principalmente nas mais complexas você me ofereceu seu carinho, amizade, tranquilidade e muita paz, além de todo seu conhecimento profissional que é indiscutível... Conviver com você foi um presente divino, sua presença e tudo que vivemos até aqui ficará marcado em meu coração.*
Obrigada por tudo!

*Agradeço também a minha querida amiga e **Enfermeira Chefe do setor de pediatria, Maria José Menossi,** que mesmo em pouco tempo já se tornou uma pessoa extremamente especial em minha vida... Nesse momento meus olhos já lacrimejam, vem à tona tudo o que você tem feito por mim, mesmo sendo uma pessoa com exaustivos afazeres e com uma grande carga de responsabilidade você sempre parou para me ouvir, me deu conselhos maravilhosos e quando achei que seria incapaz você me levantava, estendia sua mão e mostrava a mim quão grande era minha capacidade. Como sempre te falo, espero em minha vida profissional chegar a ser 1% do que você é em todos os sentidos, não tenho palavras para agradecer.*
Obrigada!

AGRADECIMENTOS

*Ao meu pai **Claudionor**, pelo imenso amor e dedicação.*

*Ao meu marido **Wesley** pela compreensão da ausência e paciência.*

*À **Maria José Gilbert**, Diretora Técnica do Serviço de Enfermagem de Pediatria, pela compreensão, incentivo e por sempre colaborar comigo em minhas dificuldades, proporcionando o cumprimento de estágios, disciplinas e a conclusão desta etapa em minha vida.*

*À **Mariana Daré** por compartilhar comigo seu conhecimento e ajuda, na construção deste trabalho.*

*Aos **funcionários e amigos da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal** (UCIN) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, pelo acolhimento, paciência e abertura durante o processo da realização deste trabalho.*

*À Enfermeira Chefe da UCIN, **Lucimara**, sem dúvidas você é uma pessoa especial, não vê empecilho e sempre se propõe em ajudar em qualquer circunstância. Lu você é uma grande colaboradora para a melhora da prática hospitalar e incentivadora de sua equipe, apoiou não só meu trabalho, mas vários que foram realizados em sua unidade, você sempre propaga alegria, simpatia e simplicidade, todos que a conhecem sabem do que estou falando... Obrigada!*

*Às **mães e seus pequenos prematuros**, pela participação, disponibilidade e carinho, possibilitando a construção deste trabalho.*

*À **Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello** e **Profa. Dra. Adriana Morais Leite**, pelas importantes contribuições no exame de qualificação.*

*Aos meus queridos companheiros de trabalho enfermeiros da pediatria e amigos que me proporcionam convivência tão prazerosa **Paula, Paulo, Hilda, Fernanda, Natali, Jaqueline, Rosyan, Amanda, Ana Carolina, Carolina, Aletéia e Viviane,** vocês são minha segunda família, na verdade passo a maior parte do tempo com vocês... Também sempre estiveram dispostos a conversar e me ajudar, obrigado por uma relação tão harmoniosa. **Paulinha** você mora no meu coração.*

*Às minhas amigas **Marina** e **Lucilei**, obrigada pela convivência e ajuda, dentro e fora do ambiente da pós-graduação, é maravilhosa a amizade de vocês.*

*Aos membros do **Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente** (GPECCA) pelos estudos e aprendizado compartilhado.*

“Leva na brincadeira
Não me leve a mal
Nem tudo é de primeira
Nem tudo é banal
Uma vida só é perfeita
Quando chega no final
Não segue uma receita
É uma história sem moral
Você leva a vida inteira
E a vida é curta e coisa e tal
Se você não aproveita a vida passa
E tchau
Leva a vida mais simples
Que a morte é sempre ingrata
Se acabar ficando quites
É a vida que te mata”

(Compositor: Túlio Dek)

RESUMO

SANTOS, A. C. A. **A vivência materna no contato pele a pele para alívio da dor em prematuros submetidos ao teste do pezinho em unidade neonatal**. 2015. 155 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

A dor no recém-nascido é um fenômeno complexo, constituído por diferentes estímulos e tipos de dor, que pode envolver várias combinações de receptores e mecanismos do sistema nervoso em desenvolvimento. No Brasil, é direito de cidadania da criança e do adolescente não sentir dor, quando existirem meios de evitá-la. Esse direito também está previsto na Declaração Universal dos Diretos do Prematuro, segundo a qual a dor do prematuro deverá ser sempre considerada, prevenida e tratada por meio dos processos disponibilizados pela ciência atual. Entre as medidas não farmacológicas para o manejo da dor aguda decorrente de procedimentos de apoio ao diagnóstico e terapêuticos, tem-se particular interesse no contato materno pele a pele, por sua comprovada efetividade no alívio da dor em prematuros. Pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente da EERP-USP, preocupados com a problemática da dor em recém-nascidos a termo e pré-termo e crianças, desenvolveram pesquisas que comprovaram a eficácia deste contato também para o alívio da dor durante a coleta do teste do pezinho. O intuito do grupo, assim como o de outros pesquisadores, é reduzir a lacuna entre o conhecimento produzido e a prática clínica para a avaliação e o manejo da dor em crianças, incentivando a participação materna e da família. A atual motivação reside em investigar a perspectiva materna no processo de alívio da dor aguda do recém-nascido pré-termo mediada pelo contato pele a pele. Assim, o objetivo do presente estudo é analisar os significados atribuídos pela mãe em sua vivência de contato pele a pele com seu filho prematuro para o alívio da dor decorrente da coleta do teste do pezinho em unidade neonatal. Trata-se de estudo descritivo, na abordagem qualitativa, tendo como quadro teórico o cuidado humanizado, integral e centrado na família. Realizou-se a investigação na unidade de cuidado intermediário neonatal do hospital universitário de Ribeirão Preto – SP. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada com 15 mães de prematuros. Da análise de conteúdo dos discursos emergiram seis eixos temáticos: Pele a pele mãe e filho gera prazer; Pele a pele tranquiliza e acalma o bebê; Contato materno pele a pele alivia a dor do prematuro; Contato pele a pele insere a mãe no cuidado do filho mesmo durante procedimento doloroso – resgata o papel materno; Desejo de realizar o contato pele a pele durante outros procedimentos com o filho prematuro; e Indicando e incentivando o pele a pele para outras mães. Constata-se que as mães possuem sentimentos positivos reconhecendo que o contato pele a pele com o filho promove alívio da dor, com consequente redução de manifestações comportamentais durante o teste do pezinho. Os significados atribuídos a esta vivência materna corroboram estudos que mostram a redução da reatividade biocomportamental do prematuro em posição canguru, cuja prática deve ser amplamente utilizada para o alívio da dor decorrente de procedimentos dolorosos.

Palavras chave: 1. Dor, 2. Prematuro, 3. Método Canguru, 4. Enfermagem Neonatal, 5. Relações Familiares.

ABSTRACT

SANTOS, A. C. A. **The experience of mothers in skin-to-skin contact to alleviate pain in preterm infants undergoing the heel prick test in a neonatal unit**. 2015. 155 f. Master's Thesis. University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, 2015.

Pain among newborns is a complex phenomenon composed of different stimuli and types of pain, which may involve various combinations of receptors and mechanisms of the developing nervous system. In Brazil, children and adolescents are entitled not to suffer pain whenever it is avoidable. In addition, there is the Universal Declaration of the Rights of Preterm Infants, in which it is stated that the pain of a premature infant should also taken into account, prevented and treated using processes enabled by current science. Among the non-pharmacological measures used to handle acute pain accruing from procedures that support diagnosis and therapeutic action, there is special interest in skin-to-skin contact with the mother, the effectiveness of which has been proven to alleviate pain among preterm infants. Researchers from the Research Group in Nursing Care Provided to Children and Adolescents at EERP-USP, concerned with pain among at term and preterm infants and children conducted research that proved the efficacy of skin-to-skin contact in the alleviation of pain during the heel prick screening test, among others. They work to reduce the gap between knowledge and clinical practice in regard to assessment and handling pain among children, encouraging the participation of both mother and family. Currently, the motivation is to investigate the maternal perspective of the process of alleviating acute pain in preterm newborns, mediated by skin-to-skin contact. This study's objective was to analyze the meanings assigned by mothers to their experience of skin-to-skin contact with their preterm children to alleviate the pain accruing from the heel prick test in a neonatal ward. The theoretical framework of this descriptive study with qualitative approach is integral, humanized and family-centered care. The study was conducted in the neonatal intermediate care unit at the University hospital at Ribeirão Preto, SP, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews conducted with 15 mothers of preterm infants after free and informed consent forms were signed. Content analysis was used to analyze data, from which six thematic axes emerged: Mother and child skin-to-skin contact generates pleasure; Skin-to-skin reassures and calms down the baby; Maternal skin-to-skin contact alleviates pain in preterm infants; Skin-to-skin contact included the mother in the care provided to the child even during a painful procedure – redeems the maternal role; Desire to have skin-to-skin contact during other procedures with the preterm child; and Encouraging other mothers to practice skin-to-skin contact. The mothers reported positive feelings, acknowledging that skin-to-skin contact with their children promotes pain relief and that behavioral manifestations decreased during the heel prick test. The meanings assigned to this maternal experience corroborate studies that show reporting reduced biobehavioral reactiveness among preterm infants in the kangaroo position, a practice that should be widely used to alleviate pain accruing from painful procedures.

Key words: 1. Pain, 2. Infant, Premature, 3. Kangaroo-Mother care Method, 4. Neonatal Nursing, 5. Family Relations.

RESUMEN

SANTOS, A. C. A. **La vivencia materna en el contacto piel a piel en el alivio del dolor en prematuros sometidos a la prueba del talón en la unidad neonatal.** 2015. 155 p. Tesis (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

El dolor en el neonato es un fenómeno complejo, constituido por diferentes estímulos y tipos de dolor, que puede envolver varias combinaciones de receptores y mecanismos del sistema nervioso en desarrollo. En el Brasil, es derecho ciudadano del niño y del adolecente no sentir dolor, cuando existe medios para evitarla, además la Declaración Universal de los Derechos del Prematuro en el cual consta que el dolor del prematuro deberá ser siempre considerado, prevenido y tratado por medio de los procesos disponibles por la ciencia actual. Entre las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor agudo debido a procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento, se tiene un interés particular por el contacto de piel a piel, que tiene una efectividad comprobada al alivio del dolor en los prematuros. Investigadores del Grupo de Investigación en Enfermería en el Cuidado del Niño y del Adolecente de la EERP-USP, preocupados con la problemática del dolor en el neonato a término y pre término e infantes, desarrollaron investigaciones que comprobaron la eficacia del contacto piel a piel al alivio del dolor durante la colecta de la prueba del talón, entre otros estudios, bien como han buscado reducir el distanciamiento entre el conocimiento producido y la práctica clínica para la evaluación y el manejo del dolor en los bebes, incentivando la participación materna y de la familia. La motivación ahora es investigar la perspectiva de la madre en el proceso del alivio del dolor agudo del neonato pre término por medio del contacto de piel a piel. El objetivo del presente estudio fue analizar los significados atribuidos por la madre en su vivencia del contacto de piel a piel con el bebe prematuro para el alivio del dolor debido a la prueba del talón un una unidad neonatal. Se trata de un estudio descriptivo de abordaje cualitativo, teniendo como marco teórico el cuidado humanizado, integral y centrado en la familia. El estudio fue realizado en la unidad de cuidados intermediarios neonatales de un hospital universitario de Ribeirão Preto – SP. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada con 15 madres de prematuros, posterior al consentimiento informado. Al análisis de contenido de los discursos extraídos posibilitó el delineamiento de seis ejes temáticos: Piel a piel madre y bebe genera placer; Piel a piel tranquiliza y calma al bebe; Contacto materno de piel a piel alivia el dolor del prematuro; Contacto de piel a piel introduce a la madre al cuidado del bebe durante el procedimiento doloroso – rescata el papel materno; Deseo de realizar el contacto de piel a piel durante otros procedimientos con el bebe prematuro e indicando e incentivando el piel a piel para otras madres. Se verifica que las madres poseen sentimientos positivos reconociendo que el contacto de piel a piel con el bebe promueve el alivio del dolor con reducción de manifestaciones conductuales durante la prueba del talón. Los significados atribuidos a esta experiencia materna corroboran estudios que muestran una reducción en la reactividad bio-conductual de los bebés prematuros en la posición del canguro cuya práctica debe ser ampliamente utilizado para aliviar el dolor en los procedimientos dolorosos.

Palabras clave: 1. Dolor, 2. Prematuro, 3. Método del Canguro, 4. Enfermería Neonatal, 5. Relaciones Familiares.

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 Caracterização das mães de prematuros entrevistadas no hospital universitário de Ribeirão Preto – SP, no período de março a agosto de 2015..... 76

Tabela 2 Intercorrências durante o parto das mães de prematuros entrevistadas no hospital universitário de Ribeirão Preto – SP, no período de março a agosto de 2015..... 77

Tabela 3 Intercorrências 24 horas antes da coleta de dados dos bebês prematuros internados na UCIN do hospital universitário de Ribeirão Preto – SP, no período de março a agosto de 2015. 77

Tabela 4 Caracterização dos prematuros internados na UCIN do hospital universitário de Ribeirão Preto – SP, no período de março a agosto de 2015..... 78

Tabela 5 Data da realização da triagem neonatal e dias de vida dos prematuros internados na UCIN do hospital universitário de Ribeirão Preto – SP, no período de março a agosto de 2015.. 79

Tabela 6 Mães entrevistadas no hospital universitário de Ribeirão Preto – SP que realizaram o contato pele a pele com filho atual e filho(s) anterior(es)..... 80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABM	Academy of Breastfeeding Medicine
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CNPq	*National Counsel of Technological and Scientific Development* / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPAP	*Continuous Positive Airway Pressure*
DRS	Departamento Regional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPIC	*Evidence-Based Practice Identification & Change*
FC	Frequência Cardíaca
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GM	Gabinete do Ministro
GPECCA	Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente
HCRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
IASP	*International Association for Study of Pain*
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IHAC-Neo	Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais
IG	Idade Gestacional
IPFCC	*Institute For Patient and Family Centered Care*
MS	Ministério da Saúde
NFCS	*Neonatal Facial Coding System* / Sistema de Codificação Facial Neonatal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PARIHS	*Promoting Action on Research Implementation in Health Service*
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIPP	Premature Infant Pain Profile
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
SIICUSP	Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da Universidade de São Paulo

SUS	Sistema Único de Saúde
TSH	*Thyroid-Stimulating Hormone* / Hormônio Estimulante da Tiroide
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UNICEF	*United Nations Children's Fund* / Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	*World Health Organizat*ion / Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	
1.	**INTRODUÇÃO.....**	**18**
2.	**OBJETIVO.....**	**41**
3.	**QUADRO TEÓRICO.....**	**43**
4.	**MATERIAL E MÉTODO.....**	64
4.1	Tipo de estudo.....	65
4.2	Contexto e Cenário.....	66
4.3	Sujeitos.....	67
4.4	Procedimentos para a coleta	68
4.5	Análise dos dados.....	70
4.6	Aspectos éticos.....	73
5.	**RESULTADOS E DISCUSSÃO.....**	**74**
6.	**CONSIDERAÇÕES FINAIS.....**	**124**
	REFERENCIAS.....	**128**
	APÊNDICES.....	**149**
	ANEXOS.....	**153**

APRESENTAÇÃO

Desde o segundo ano da graduação, participo do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), com especial dedicação às atividades desenvolvidas pelo subgrupo de Enfermagem Neonatal, coordenado pela Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi. A inserção nesses grupos possibilitou-me contato com diversos projetos de pesquisas relacionados ao cuidado com o recém-nascido, a criança e o adolescente e suas famílias, tendo atuado como bolsista de iniciação científica (PIBIC/USP/CNPq) desenvolvendo estudo sobre "Percepção da equipe multiprofissional sobre o ruído em unidade de cuidado intermediário neonatal", apresentado no 17º SIICUSP – Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo, o qual foi contemplado com menção honrosa e publicado em periódico indexado.

Nos dois últimos anos de graduação participei também, como bolsista do projeto Aprender com Cultura e Extensão, do estudo "A Enfermagem no apoio aos pais de bebês em unidades neonatais: a caminho da humanização e integralidade da assistência", no qual realizava atividades recreacionais com mães de recém-nascidos internados nas unidades de cuidado intermediário e intensivo neonatais do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, visando a humanização e integralidade da assistência.

Concomitante a essas atividades, colaborei em outras pesquisas em desenvolvimento no GPECCA, como o projeto de tese "Impacto de um programa participativo de redução do ruído em unidade neonatal", da Dra. Nelma Ellen Zamberlam-Amorin, no qual participei de grupos focais com profissionais de saúde e mães da unidade de cuidado intermediário neonatal. Também atuei em dois outros projetos sobre o manejo da dor neonatal, sendo esses "A relação entre fatores maternos e a reposta à dor e ao estresse do prematuro em posição canguru", da Dra. Thaíla Corrêa Castral, e "Efetividade do leite humano no alívio da dor no prematuro submetido ao exame de fundo de olho", da Dra. Laiane Medeiros Ribeiro. Nesses dois últimos projetos auxiliei na coleta de dados comportamentais (mímica facial, choro) e fisiológicos (frequência cardíaca, cortisol salivar) de RN pré-termo e mães. Essas experiências contribuíram para despertar o meu interesse na temática da dor neonatal e pela aquisição de habilidades técnicas e conhecimento científico.

Além da experiência em pesquisa na área de Enfermagem Neonatal,

também vivenciei, durante a graduação, estágios curriculares em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, Alojamento Conjunto Neonatal e Núcleo de Saúde da Família.

Após o término da graduação, mantive vínculo com a universidade e tive a oportunidade de atuar como bolsista de apoio técnico à pesquisa, nível superior, junto ao projeto de pesquisa “A enfermagem e a atenção humanizada e qualificada ao prematuro e família em unidades neonatais Fase II - Processo CNPq nº 303519/2010-0”, durante 10 meses, aprofundando os estudos no manejo da dor aguda e colaborando com as pesquisadoras na produção de evidências e subsídios para a prática de enfermagem neonatal.

No contexto da prática clínica, atuei como enfermeira durante 15 meses em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de um hospital filantrópico de Ribeirão Preto e há dois anos atuo como enfermeira em setor de enfermaria pediátrica de um hospital de nível terciário em Ribeirão Preto, ocasiões em que mais uma vez observei a exposição dos RN e lactentes a diversos procedimentos dolorosos, como coleta de sangue, teste do pezinho, vacinas, entre outros, sem o uso de medidas para o alívio da dor aguda e diversas vezes sem a presença materna. Tal constatação pode ser referenciada para a maioria dos serviços de saúde do país, evidenciando a problemática do subtratamento da dor neonatal, apesar de já existirem evidências acerca de medidas farmacológicas e não farmacológicas para seu alívio em RN e lactentes.

Daí o interesse na temática do manejo não farmacológico da dor aguda no RN, por meio de contato pele a pele, mas avançando nas pesquisas do GPECCA na perspectiva da protagonista nesse processo – a mãe. Este olhar motivou-me a realizar o presente estudo que investiga a vivência materna relacionada ao contato pele a pele como medida para o alívio da dor do RN durante a coleta do teste do pezinho em unidade neonatal.

Espero, assim, contribuir com evidência e subsídios para melhoria do cuidado integral, humanizado e atraumático ao binômio mãe e filho, na perspectiva da vivência materna no contato pele a pele com vistas ao alívio da dor de seu RN. Proponho ainda, investigar este momento com o intuito de identificar os significados atribuídos pelas mães de forma a instrumentalizar intervenções que contribuam para sua ativa participação também no manejo da dor relacionada ao estresse de seu filho, tendo como um dos eixos norteadores o cuidado centrado na família.

Por entender o processo de investigação como coletivo, envolvendo a contribuição de diversos atores, utilizo, a partir de agora, os verbos na primeira pessoa do plural.

1. INTRODUÇÃO

Todos os anos, aproximadamente 15 milhões de bebês nascem prematuramente em todo o mundo, e mais de um milhão deles morrem por ano. No Brasil, décimo país com maior número de partos antes do tempo normal de gestação, cujas taxas se apresentam altas e crescentes, das 279.300 crianças nascidas nessa condição, 12.000 morrem por complicações em sua saúde. Apesar dos avanços nas tecnologias de cuidados neonatais e subsequente maior sobrevida desses bebês, a prematuridade contribui para 45% das mortes entre os recém-nascidos no Brasil. Ademais, o impacto em curto e longo prazo da prematuridade e suas implicações é traumatizante para os pais e acarreta alto custo para o sistema de saúde brasileiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Destaca-se que a sobrevida de prematuros tem aumentado, inclusive entre aqueles nascidos com peso e maturidade cada vez menores, os quais permanecem longos períodos hospitalizados. Devido ao contexto socioeconômico e sanitário, em nosso país é urgente a necessidade de se trabalhar um novo paradigma para atenção humanizada à criança, aos seus pais e à família, respeitando-os em suas características e individualidades. Assim, um conjunto de ações tem sido desencadeado procurando elevar o padrão de atendimento técnico à população e incentivar uma abordagem por parte dos profissionais que seja fundamentada na integralidade do cuidado obstétrico e neonatal. Dessa forma, introduziu-se o Método Canguru em algumas unidades brasileiras na década de 90, incorporando-o às políticas de saúde no campo perinatal (BRASIL, 2011a).

O Método Canguru foi inicialmente idealizado na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelos Drs. Reys Sanabria e Hector Martinez, como proposta de melhorar os cuidados prestados ao Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) naquele país. Tal método visava ainda reduzir os custos da assistência perinatal e promover, por meio do contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento. A partir de então, o ato de carregar o RNPT contra o tórax materno expandiu-se mundialmente, recebendo adeptos e opositores, como é natural em qualquer processo de aplicação de novas tecnologias (BRASIL, 2011a).

Além disso, o Método Canguru surgiu com o objetivo de amenizar a escassez de recursos tecnológicos, uma vez que era frequente, naquela época, a manutenção de dois ou três RN na mesma incubadora. Implantá-lo contribuiu também para diminuir as taxas de infecção cruzada e hospitalar, com impacto na

morbimortalidade neonatal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Esse aspecto fez com que, por muito tempo, a questão fosse rotulada como uma alternativa encontrada pelos países ditos de terceiro mundo para baratear o custeio do cuidado neonatal. Aos críticos do método, no entanto, escapavam a sensibilidade e o reconhecimento de que a precoce aproximação da mãe ao seu RN estaria estimulando e fortalecendo, entre outros fatores, um forte laço psicoafetivo, termo esse tão pouco conhecido e aplicado neste meio, muito embora já fosse enfatizado nos anos de 1900 pela escola francesa de Tarnier e Budin (BRASIL, 2011a).

Atualmente, no Brasil e em diversos países, existem políticas e estratégias que preveem a adoção do Método Canguru. A Academia de Medicina da Amamentação (ABM), em cooperação com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estabeleceu diversos protocolos que podem servir como base para o desenvolvimento nacional de critérios para as Pediatrias Amigas da Criança e UTIN Amigas da Criança; tais protocolos são divulgados e atualizados regularmente (BRASIL, 2008).

Também merecem destaque os Protocolos Clínicos da ABM que abordam o Método Canguru e seus benefícios: *#2 – Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Newborn and Mother*: ‘‘*The Going Home Protocol*’’, que incentiva o Método Canguru e o encorajamento materno em realizá-lo, juntamente com a amamentação sempre que possível, principalmente nos casos de alta hospitalar materna anterior à do bebê; *#10 – Breastfeeding the Late Preterm Infant* (*340/7 to 366/7 Weeks Gestation*), que incentiva o contato pele a pele como forma de alívio do estresse térmico; *#16 – Breastfeeding the Hypotonic Infant*, neste protocolo o encorajamento se faz necessário ao bebê com dificuldade para a amamentação, que deve ser estimulado por meio do contato pele a pele e toque. A conduta também contribui para aumento da oferta de leite materno e estabelecimento de vínculo entre a família (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE, 2015).

No Brasil, com o objetivo de favorecer a mudança de postura dos profissionais e visando à humanização da assistência ao RN, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), atualizada pela

Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, que estabelece o Método Canguru como um modelo de assistência perinatal voltado à melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas (BRASIL, 2011b), descritas a seguir.

- 1ª Etapa – Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto risco e segue até a internação do RN na unidade neonatal.

Os procedimentos desta etapa são: acolher os pais e a família na unidade neonatal; esclarecer sobre as condições de saúde do RN e os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da unidade neonatal; estimular o livre e precoce acesso dos pais à unidade neonatal sem restrições de horário; propiciar, sempre que possível, o contato com o bebê; garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais; oferecer suporte para a amamentação; estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na unidade; assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê; comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências; garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário; diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos; adequar o cuidado às necessidades individuais comunicadas pelo bebê; garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor; utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, assim favorecendo o seu desenvolvimento; assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa, oferecendo auxílio-transporte para a vinda diária à unidade pelos estados e/ou municípios, refeições durante a permanência na unidade pelos estados e/ou municípios, assento (cadeira) adequado para a sua permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso, atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

- 2ª Etapa – O bebê permanece de maneira contínua com a sua mãe e a posição funcionará como um estágio pré-alta hospitalar.

Na 2ª etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na

segurança do manuseio da criança, no prazer e na sua satisfação e da mãe. Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação do bebê em posição canguru. A presença de berço no alojamento de mãe e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a mãe ali permaneça na hora do exame clínico, durante a higiene da criança e nos momentos em que ela e a equipe de saúde julgarem necessário.

Os critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa são: mãe segura, psicologicamente motivada e bem orientada, familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê, compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível, peso mínimo de 1.600g, ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta, sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitadas a realizar a complementação.

- 3ª Etapa – Caracteriza-se pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial.

A transição do bebê do ambiente das unidades neonatais para casa também é extremamente importante e não pode ser negligenciada pela equipe de saúde, sendo de extremo valor o acompanhamento do RN em seu lar.

Constituem algumas atribuições do ambulatório de acompanhamento: realizar exame físico completo da criança, tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida; avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte; apoiar a manutenção de rede social de apoio; corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias; orientar e acompanhar tratamentos especializados; orientar esquema adequado de imunizações. O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características: ser realizado por médico e/ou enfermeiro que, de preferência, tenham acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores; o atendimento, quando necessário, deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar; ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite; o tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade; após atingir o peso de 2.500g, o

seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde.

Com base no exposto, podemos constatar que o Método Canguru não deve ocorrer isoladamente, mas, para sua efetividade, é necessária a inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão dos cuidados e dos processos de trabalho, como preconiza a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS. A interligação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a Política Nacional de Humanização considera o "motor" de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde. Humanizar se traduz, então, como a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013).

No Brasil, dispomos da Portaria nº 930, de 10 maio de 2012, que traz, em sua seção III, que as Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) constituem serviços em unidades hospitalares com infraestrutura física e material que permita acolher mãe e filho para a prática do Método Canguru, bem como para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 horas do dia, até a alta hospitalar. Cabe destacar ainda a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS. Trata-se de estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Essa estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país (BRASIL, 2012).

Além dessas estratégias, atualmente, a unidade canguru tem sido considerada alternativa segura de cuidado neonatal para os RN de baixo peso ao nascer e estáveis clinicamente, pois além de humanizar a assistência aos neonatos e suas famílias, apresenta vantagens clínicas em relação ao cuidado convencional, como a diminuição de infecção relacionada à assistência à saúde, redução da apneia decorrente da prematuridade, incentivo ao aleitamento materno, controle térmico mais eficiente do neonato, estímulo sensorial adequado, favorecimento do vínculo mãe e filho, melhora do desenvolvimento neurocomportamental do RN e do

relacionamento da família com a equipe de saúde, maior competência e confiança dos pais no manuseio do RN de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar (ESTRINGER et al., 2013).

O Método Canguru é uma forma de contato pele a pele entre a mãe e o bebê, seja ele prematuro ou não. Anteriormente, os RNPT eram mantidos durante vários dias nas incubadoras e, após a adoção do Método Canguru, puderam ter contato pele a pele com suas mães desde o nascimento, caso apresentem condições clínicas adequadas. Assim, o contato pele a pele, além de incentivar o aleitamento materno e a troca de afetividade entre pais e bebês, configura-se importante instrumento para que se efetivem o conceito de humanização e o Cuidado Centrado na Família nas unidades neonatais.

Em estudo de coorte prospectivo com objetivo de avaliar os resultados do Método Canguru no Brasil, Lamy Filho et al. (2008) compararam 16 unidades (8 grupos de estudo e 8 controle) que participaram ou não da segunda fase do Método Canguru, incluindo 985 RN pesando entre 500 e 1.749g. Os resultados mostraram que as unidades canguru tiveram desempenho superior em relação ao aleitamento materno exclusivo na alta (69,2 *versus* 23,8%), e as evidências sugeriram que a estratégia de humanização adotada pelo Ministério da Saúde é alternativa segura ao tratamento convencional e uma boa estratégia para a promoção do aleitamento materno.

Estudos que abordam a influência do Método Mãe Canguru sobre outros aspectos fisiológicos dessas crianças também foram encontrados, apesar de aparecerem em menor frequência nas publicações. Entre esses aspectos, é possível constatar que a aplicação do Método proporciona, por exemplo, melhora da postura dos prematuros quando em contato pele a pele e significativo aumento na ocorrência de períodos de sono profundo (FELDMAN et al., 2002a; FERBER; MAKHOUL, 2008). Há, igualmente, estudos apontando que a posição canguru minimiza e evita episódios de choro (LUDINGTON-HOE; CONG; HASHEMI, 2002), assim como diminui a sensação dolorosa do RN diante das inúmeras intervenções a que é submetido (GRAY; WATT; BLASS, 2000; JOHNSTON et al., 2003).

Bebês prematuros que realizaram contato pele a pele apresentam melhor desenvolvimento mental e melhores índices em testes de motricidade (FELDMAN et al., 2002b). O desenvolvimento neurocomportamental também aparece como uma das variáveis bastante investigadas, sendo que estudos realizados com crianças de

seis meses a um ano (portanto, após a alta) evidenciaram que o Método Mãe Canguru favorece o desenvolvimento neurocomportamental do prematuro, pelo relacionamento pais-bebê, promovendo uma relação de apego e efeitos benéficos ao desenvolvimento neurocomportamental e temperamento dos bebês (OHGI et al., 2002).

Castral et al. (2008) também comprovaram a efetividade deste tipo de contato no alívio da dor durante a coleta de sangue para o exame de triagem neonatal em prematuros, confirmando a hipótese de que os RN submetidos ao contato pele a pele, 15 minutos antes e durante a coleta do teste do pezinho, apresentam menos manifestações fisiológicas e comportamentais relacionadas à dor, em comparação àqueles que não receberam esse contato.

Em revisão sistemática, Johnston et al. (2014) apontam que o Método Canguru é uma intervenção não farmacológica para o controle da dor em RN. O objetivo desse estudo foi determinar o efeito do contato pele a pele isolado durante procedimentos dolorosos realizados por médicos ou membros da equipe de enfermagem em neonatos, em comparação ao uso de sacarose, analgésicos e outras formas de contato com o RN, como também avaliar os efeitos da duração da dor em minutos e o método de administração (quem esteve em contato pele a pele, posicionamento e o binômio). Segundo os resultados, aqueles que permanecem de 10 a 15 minutos em contato pele a pele antes e durante a punção de calcâneo já apresentam resultados positivos, como redução na mímica facial, menor elevação da frequência cardíaca, menor duração de choro e diminuição dos níveis de cortisol salivar.

Os prematuros, principalmente os de baixo peso ao nascer, permanecem por longos períodos internados e, diariamente, estão expostos às estimulações, inclusive dolorosas. Já é notório que todos os neonatos sentem dor e são mais sensíveis a ela do que crianças e adultos (GUINSBURG, 1999).

Segundo a *Internacional Association for the Study of* Pain (IASP), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos teciduais reais ou potenciais, ou descrita em termos de tal dano. A inabilidade do indivíduo em comunicar verbalmente essa sensação não o impossibilita de vivenciá-la e não exclui que esteja precisando de alguma intervenção visando ao seu alívio (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2011).

A partir das últimas três décadas, a dor experimentada desde a vida

intrauterina tornou-se cada vez mais foco de atenção e de investigações científicas. A dor no RN, em especial, é um fenômeno complexo, constituído por diferentes estímulos, envolvendo diversos tipos de sensações dolorosas e várias combinações de receptores e mecanismos do sistema nervoso em desenvolvimento (SMITH et al., 2000),. A dor pode ser aguda, estabelecida ou crônica e também classificada em fisiológica, inflamatória, neuropática ou visceral (ANAND et al., 2006).

A dor aguda é aquela que possui início súbito e duração menor que 6 semanas, e a crônica persiste por mais que 12 semanas; nesse período, denomina-se dor subaguda aquela com duração de 6 a 12 semanas (BRATTON, 1999).

Outra classificação refere-se ao grau de invasividade dos procedimentos: leve, como a passagem de sonda para a gavagem, realização do exame físico, inserção de cateter umbilical arterial ou venoso, coleta de cultura nasal e aspiração traqueal; moderado, como a punção arterial e venosa, cateterização venosa, punção de calcâneo, intubação traqueal e injeção intramuscular, e severo, como a cateterização arterial, fístula arteriovenosa, circuncisão, punção lombar e exame de fundo de olho para diagnóstico da retinopatia da prematuridade (ANAND et al., 2005).

Carbajal et al. (2008) discriminam os procedimentos dolorosos daqueles estressantes, sendo os primeiros: aspiração nasal e traqueal, cateterização venosa, drenagem torácica, fisioterapia respiratória, injeção subcutânea, inserção de cateter central, inserção de cateter umbilical arterial ou venoso, inserção de sonda gástrica, intubação e extubação traqueal, punção arterial e venosa, punção de calcâneo, remoção de adesivos e tratamento de feridas. Já os procedimentos estressantes incluem: aferição de pressão arterial, aspiração oral, banho, inserção de cateter nasal, massagem estimulante, pesagem e realização de eletroencefalograma, raio X e ultrassonografia de crânio.

Importante destacar que, além da grande variedade de estímulos e procedimentos dolorosos, esses bebês são submetidos à elevada exposição que tem sido dimensionada em estudos realizados em unidades neonatais francesas (CARBAJAL et al., 2008), canadenses (STEVENS et al., 2010) e brasileiras (BONUTTI, 2014; CAPELLINI, 2012; PRESTES, 2004; PRESTES et al., 2005).

Entre os procedimentos dolorosos aos quais os RN são expostos em UTIN, Nóbrega, Sakai e Krebs (2007) encontraram, como os mais frequentes, punção venosa (41,4%), coleta de sangue (21,1%), inserção de sonda gástrica

(15,6%) e punção de calcâneo (11,8%).

Carbajal et al. (2008), em pesquisa prospectiva multicêntrica realizada na França, na qual observaram 430 neonatos (pré-termo, com menos de 45 semanas pós-concepcional, e a termo, com menos de 28 dias de vida), contabilizaram um total de 42.413 procedimentos dolorosos, durante os primeiros 14 dias de internação em uma das 13 UTIN. Os autores constataram uma média de exposição a 12 procedimentos dolorosos por dia de hospitalização, perfazendo 98 procedimentos dolorosos durante o período de estudo; a média diária chegou a 12 por RN. A punção de calcâneo esteve entre os mais frequentes e ocupou o terceiro lugar no *ranking* do estudo, com 19,8% do total das 20 intervenções dolorosas mais executadas.

Investigação realizada em 32 unidades neonatais e pediátricas de oito hospitais canadenses mostrou que, entre as 3.822 crianças analisadas, 2.987 (78,2%) foram submetidas a um ou mais procedimentos dolorosos registrados no período de 24 horas, ou seja, mais de três quartos das crianças estudadas sofreram pelo menos uma intervenção dolorosa ao dia, com média de 6,3 procedimentos por criança. Considerou-se a punção de calcâneo o procedimento doloroso com maior frequência encontrado, predominante em 26 estudos (STEVENS et al., 2010).

No Brasil, pesquisa realizada nas unidades de cuidados intensivo e intermediário neonatais de um hospital estadual paulista mostrou que nos primeiros sete dias de internação os RN foram submetidos a uma média de 5,9 a 4,7 procedimentos potencialmente dolorosos por dia, variando de 9,4 a 6,2 no primeiro dia e de 3,8 a 3,2 no sétimo dia de internação. Quanto ao tipo de procedimento, durante a primeira semana de internação, houve maior frequência da punção de calcâneo (26,5%) (CAPELLINI, 2012).

Outro estudo descritivo-exploratório com prematuros em unidades de cuidados intensivo e intermediário neonatais de um hospital universitário do interior paulista, cujo objetivo foi dimensionar a exposição a procedimentos dolorosos de recém-nascidos pré-termo e as intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor realizadas durante os primeiros 14 dias, encontrou que a média diária chegou a 5, 37 procedimentos dolorosos por prematuro, sendo 6,56 na primeira semana e 4,18 na segunda. Os mais frequentes foram aspirações nasais ou oral (35, 85%) e traqueal (17,17%). Apenas 44,9% dos procedimentos dolorosos tiveram alguma intervenção para o alívio da dor (BONUTTI, 2014).

Ainda no Brasil, estudo realizado em quatro UTIN paulistas encontrou que os 91 RN observados por 30 dias (representando 1025 pacientes-dia) foram submetidos a uma média de três a cinco procedimentos potencialmente dolorosos por dia e apenas 25% deles receberam alguma dose de analgésico por via sistêmica. Nos procedimentos de intubações traqueais, punções arteriais, venosas, capilares e lombares não se administrou qualquer medicação específica para alívio da dor aguda. Os 91 neonatos internados nas quatro instituições somaram 1.025 pacientes-dia. Destes, 257 (25%) estavam sob analgesia. A instituição B foi a que mais utilizou analgésicos (43%), seguida pela C (27,5%) e pelas instituições A e D, nas quais 20% dos pacientes-dia no mês do estudo estavam sob analgesia. Assim, apenas 35 (28%) dos 91 RN internados nas quatro instituições receberam alguma dose de analgésico, sendo as indicações para tal: uso de ventilação mecânica em 15 (44%), período pós-operatório em sete (20%), relato da presença de dor em quatro (11%), agitação em um (3%) e presença de dreno de tórax em quatro pacientes (11%) (PRESTES, 2004; PRESTES et al., 2005).

Os efeitos imediatos da exposição à dor e ao estresse no RN incluem alterações biofisiológicas como aumento da frequência cardíaca, queda da saturação de oxigênio e do cortisol salivar (HERRINGTON; OLOMU; GELLER, 2004), bem como mudanças comportamentais como mímica facial de dor, choro e movimentação corporal (GRUNAU et al., 2005; WARNOCK et al., 2010).

Para Grunau (2002), a exposição à dor é um dos fatores mais prejudiciais encontrados no ambiente extrauterino aos RN e pode gerar sérias consequências orgânicas e emocionais, comprometendo o seu crescimento e desenvolvimento; entre os comportamentos alterados, em longo prazo, além da hiperalgesia e da percepção alterada de estímulos não nocivos como se fossem dolorosos, citadas anteriormente, destacam-se a diminuição do limiar de sensibilidade à dor, a sensibilização, o neurodesenvolvimento e o funcionamento afetivo-social alterados.

A exposição repetida dos RN à punção de calcâneo, por exemplo, pode resultar em alodinia - resposta dolorosa a um estímulo que normalmente não causa dor, por exemplo, a desinfecção do calcâneo com álcool 70% antes da punção, ou ainda desencadeia o fenômeno da hiperalgesia, podendo ainda ocasionar redução de energia e interferir na habilidade do RN de autorregulação e recuperação após evento doloroso ou estressante (FITZGERALD, 2005). Assim, o neonato fica submetido à frequente ativação do sistema de resposta, aumentando seu gasto

energético sem que haja tempo para se recuperar (GUNNAR; QUEVEDO, 2007).

Quanto mais imaturo ou doente for o neonato e, quanto mais precoce e frequente a exposição a esses eventos estressantes e dolorosos, maior o risco de consequências nocivas (ANAND; SCALZO, 2000).

Na perspectiva do cuidado atraumático, humanizado e desenvolvimental ao prematuro e sua família em unidades neonatais, a dor do RN deve ser considerada e tratada, fomentando-se investigações sobre o seu manejo, subsidiando o conhecimento e a prática da enfermagem dos demais membros da equipe de saúde e dos familiares, os quais, muitas vezes, permanecem sem participação ativa nessa assistência, assim desconhecendo o quanto podem atuar como protagonistas neste processo.

Cabe assinalar que, no Brasil, segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, Resolução 41/95, ambos possuem garantido o direito de não sentir dor quando houver meios de evitá-la (BRASIL, 1995). Na Declaração Universal dos Diretos do Prematuro consta, no artigo VI, que a dor do prematuro deverá ser sempre considerada, prevenida e tratada por meio dos processos disponibilizados pela ciência atual (TAVARES, 2009).

Apesar das evidências sobre recursos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor aguda, muitos RNPT e a termo continuam sendo submetidos a diversos procedimentos dolorosos sem o uso de analgesia, constatando-se, portanto, o subtratamento da dor (PRESTES et al., 2005). Tal fato constitui uma preocupação que transcende as barreiras geográficas nacionais, sendo considerado problema de saúde pública mundial, que deve ser tratado como uma das prioridades dos serviços de saúde (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006; STINSON; McGRATH, 2007).

Mesmo o RN sem qualquer morbidade experiencia a dor aguda logo ao nascimento e nas primeiras semanas de vida neonatal, decorrente da administração da vitamina K, vacinação e exame de triagem neonatal (teste do pezinho). Já para o RNPT ou aquele com alguma morbidade, essa experiência é bem diferente, visto que são repetidamente expostos a procedimentos dolorosos e extensos danos teciduais resultantes de cirurgia ou inserção de tubos endotraqueais para ventilação mecânica. Desse modo, tanto os RN a termo saudáveis quanto os pré-termo, que estão em processo de desenvolvimento, lidam com a dor que, se não tratada, pode interferir no crescimento e desenvolvimento normais (ANAND et al., 2006).

Em nosso estudo, a situação de dor escolhida para investigar a vivência do contato materno pele a pele é a punção de calcâneo para coleta do exame de triagem neonatal, procedimento, como mencionado em parágrafos anteriores, considerado um dos mais dolorosos e recorrentes. Ressalta-se que a finalidade do Teste Triagem Neonatal (teste do pezinho) é o rastreamento neonatal de crianças portadoras de doenças que devem ser diagnosticadas e tratadas o mais precocemente possível, a fim de evitar sequelas, como o Hipotireoidismo Congênito e a Fenilcetonúria, ou então, doenças que cursam com elevada morbimortalidade, a qual pode ser diminuída com a adoção de alguns cuidados básicos de saúde, como no caso da Anemia Falciforme e de outras hemoglobinopatias e da Fibrose Cística (uso profilático de antibióticos, vacinação adequada; uso de ácido fólico, etc.) (HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

O teste do pezinho faz parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal, programa de saúde pública implantado em 2001 pela Portaria Ministerial nº 822 de 06/06/2001 do Ministério de Saúde e que determina a gratuidade e a obrigatoriedade da realização dos testes para diagnóstico neonatal da Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Hemoglobinopatias e Fibrose Cística. Esse programa tem como objetivos ampliar a triagem neonatal já existente, expandir a cobertura populacional da triagem neonatal para 100% dos nascidos vivos, realizar a busca ativa de pacientes suspeitos de serem portadores das patologias, proceder à confirmação diagnóstica, ao acompanhamento e ao tratamento adequados dos pacientes e criar um sistema de informações para cadastrá-los em Banco de Dados Nacional (BRASIL, 2004).

O teste do pezinho deve ser colhido em todo RN com 3 a 5 dias de vida, de preferência no 3º dia. Este tempo é ainda mais importante no caso de crianças que tiveram sua primeira coleta devolvida como mal colhida. Vale ressaltar que o teste, idealmente, não deve ser colhido antes de a criança ter pelo menos 48 horas de vida por dois motivos: 1) evitar um resultado falso-negativo para Fenilcetonúria: a fim de que o resultado do exame para esse diagnóstico seja confiável, o RN deverá ter mamado quantidade suficiente de leite para que a fenilalanina se acumule no sangue; se for colhido antes deste tempo, o leite ingerido poderá não ser suficiente para que o resultado do teste se altere; 2) evitar um resultado falso-positivo para Hipotireoidismo Congênito: logo que a criança nasce, há liberação fisiológica de TSH

no sangue (hormônio dosado no teste para diagnóstico de Hipotireoidismo Congênito), com posterior diminuição das concentrações, atingindo valores séricos menores que 10 µUI/ml (nível de corte para resultado alterado), somente em torno de 72 horas de vida do RN (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

No entanto, se houver necessidade de o bebê receber transfusão de sangue, o teste do pezinho deve ser colhido antes da mesma, independentemente da data de nascimento. No caso de crianças prematuras (idade gestacional < 37 semanas), a coleta de sangue deve ser realizada preferencialmente ao final da 1ª semana de vida. Nesse caso, o teste deve também ser repetido quando os bebês completarem um mês de vida, o que será comunicado no resultado de exame da 1ª coleta. Com o método utilizado no Laboratório de Triagem Neonatal do HCFMRP-USP, a avaliação de possíveis alterações de hemoglobinas é prejudicada em crianças com mais de 1 mês de vida. Portanto, se o teste de triagem neonatal for colhido após os 30 dias de vida do RN, não será possível a realização da triagem para hemoglobinopatias, sendo necessária a coleta da eletroforese de hemoglobina após o 4º mês de vida (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Sabe-se que o teste do pezinho é procedimento preconizado para todos os bebês brasileiros, cuja dor está presente não somente durante a punção de calcâneo, mas também na sua manipulação no decorrer da ordenha e compressão local (LEITE, 2005, LEITE et al., 2009).

O contato pele a pele ou posição canguru é uma das medidas não farmacológicas para o manejo da dor aguda decorrente de procedimentos de apoio ao diagnóstico e terapêutico que tem sua efetividade comprovada no alívio da dor em prematuros (CASTRAL, 2007; CASTRAL et al., 2008; JOHNSTON et al., 2003; WARNOCK et al., 2010;).

Johnston et al. (2003) constataram que tal posição promove menor resposta comportamental à dor, sendo observada redução de 20% na mímica facial em prematuros com 32 a 36 semanas de gestação.

Cabe destacar que o contato materno pele a pele constitui medida simples e natural, sem custos adicionais (CASTRAL, 2007; CASTRAL et al., 2008), além de congregar diversos elementos que sugerem os mecanismos para sua analgesia, tal como o toque materno, o reconhecimento da mãe por parte do RN

pela voz materna (DeCASPER; SPENCE, 1986) e o cheiro do leite materno (VARENDI; PORTER; WINBERG, 1996), similar ao líquido amniótico, possibilitando aos neonatos o reconhecimento da mãe pelos sentidos olfativo e auditivo, ainda em vida intrauterina. Tal procedimento mostra-se tão efetivo quanto a sacarose (CODIPIETRO; CECCARELLI; PONZONE, 2008).

O fato da mãe segurar o RN constitui fator relevante para a analgesia. No conforto materno ao bebê, as endorfinas são acionadas pelo contato físico, a ocitocina promove esta conjugação e a regulamentação, além de potencializar a excreção de opiáceos endógenos (CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTAL, 2009; HENNIG; GOMES; GIANINI, 2006; JOHNSTON et al., 2008).

Os efeitos analgésicos promovidos pela posição canguru estão relacionados ao bloqueio da transmissão do estímulo nociceptivo pelas fibras aferentes ou pela inibição das fibras descendentes. O estímulo tátil contínuo possibilitado pela posição canguru parece estar relacionado à ativação do sistema inibitório da dor por meio da modulação do sistema endógeno. A permanência na posição por 20 minutos altera o nível de cortisol no sangue do bebê e permite a liberação de betaendorfinas, reduzindo seu estresse (FERBER; MAKHOUL, 2004).

Outra possível explicação para a redução álgica decorrente da posição canguru seria a organização comportamental promovida pelo contato pele a pele devido à posição na qual o bebê é colocado contra o tórax da mãe, estimulando o sono profundo e a termorregulação. A resposta à dor em prematuros que permanecem em sono profundo parece ser minimizada (FREIRE; GARCIA; LAMY, 2008).

Em uma revisão sistemática realizada por Warnock et al. (2010), foram encontrados doze estudos experimentais ou casos-controle que investigam a efetividade da posição canguru no alívio da dor aguda em RN a termo e pré-termo estáveis. Com base nas evidências disponíveis, os autores recomendam o uso da posição canguru no alívio da dor aguda relacionada a uma única punção de calcâneo em RN a termo e pré-termo (> 26 semanas de idade gestacional – IG) com estabilidade clínica.

A posição canguru possui efeitos calmantes quando utilizada pelo menos dez minutos antes do procedimento doloroso, devendo ser mantida durante e após o mesmo. Ainda sobre os efeitos, há menor aumento da frequência cardíaca e menor queda da saturação de oxigênio (WARNOCK et al., 2010).

Castral et al. (2012), em estudo descritivo envolvendo 42 mães e prematuros de uma unidade neonatal, investigaram a associação entre os fatores maternos relacionados à resposta de dor e ao estresse do prematuro diante do exame de triagem neonatal em posição canguru. Mensuraram mímica facial, sono e vigília, choro, cortisol salivar e frequência cardíaca neonatais, além de comportamento, cortisol salivar e estado mental maternos. As autoras analisaram a influência das variáveis explanatórias maternas nas variáveis de resposta neonatais por análise bivariada, análise de variância e regressão múltipla, e obtiveram como resultados que a depressão e/ou ansiedade e comportamento materno não influenciaram a resposta do prematuro à dor e ao estresse. O cortisol salivar pré-punção materno explicou a variância do cortisol salivar pós-punção neonatal (p=0,036); e o cortisol salivar noturno materno, juntamente com a idade pós-natal neonatal, explicaram a variância da frequência cardíaca neonatal (p=0,001). A capacidade das mães em regular seu próprio estresse contribuiu para resposta de dor e estresse do prematuro, tendo sido encontradas associações significativas implicando a existência de uma corregulação entre mãe e filho no contexto da dor e do estresse neonatal. O achado evidencia que as mães exercem papel importante na regulação do prematuro ao estresse e à dor aguda em posição canguru.

A promoção do contato pele a pele entre mãe-filho tem sido objeto de trabalhos científicos que comprovam os inúmeros benefícios fisiológicos e psicossociais, tanto para a saúde da mãe quanto do RN. Esse tipo de contato precisa, portanto, ser estimulado desde os primeiros minutos de vida e respeitado na sua individualidade e magia, que envolve o binômio mãe-filho neste momento (ALMEIDA; MARTINS-FILHO, 2004; CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007).

Considerando tantas alternativas à disposição da equipe de saúde e família para o alívio da dor, destacamos aquelas que envolvem a participação ativa e relevante da mãe no cuidado do filho, como o contato materno pele a pele, que a insere em tal situação como protagonista no manejo da dor aguda, além de favorecer o estabelecimento de laços afetivos com seu bebê.

Essa técnica é usada como incentivadora da participação dos pais e da família no cuidado aos filhos prematuros e de baixo peso. Além disso, representa uma alternativa na humanização do cuidado neonatal, pela promoção do vínculo mãe-filho e do aleitamento materno, dois elementos essenciais para a sobrevida e o favorecimento do desenvolvimento dos RN vulneráveis (CHARPAK et al., 2005).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), estratégia lançada no mundo inteiro pela OMS e pelo UNICEF em 1991, com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no âmbito hospitalar, consiste no treinamento dos profissionais de saúde para o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. O contato pele a pele ou Método Mãe Canguru está previsto no 3º passo: Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno, no qual destaca a importância do contato pele a pele com o bebê desde cedo, e no 4º passo: Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, que hoje é interpretado como colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por, no mínimo, uma hora, e encorajá-las a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário.

Cabe destacar que estão previstas nas políticas e protocolos a continuidade do pele a pele para além do período de hospitalização do bebê e sua família e a importância de incentivar a família quanto ao cuidado adequado às gestantes, às puérperas e aos bebês no ambiente hospitalar e domiciliar, orientando-as sobre os passos iniciais da lactação, as técnicas de alimentação auxiliares à amamentação e os procedimentos básicos de higienização pessoal e do bebê. Encontram-se igualmente inclusos em tais políticas e protocolos o vínculo pais-bebê, as formas de contato com o RN em cada fase do Método Canguru, com ênfase no contato pele a pele desde a UTIN, na observação dos sinais de risco para o bebê quando na posição pele a pele, os fatores e os sinais de risco comportamentais para a mãe no pós-parto, especialmente na segunda e terceira etapas do Método (BRASIL, 2011b).

A IHAC foi criada em 1990 pela OMS e UNICEF, em resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti, conjunto de metas criadas com o objetivo de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 1990). Desde 2010, registra-se o crescimento da implantação da IHAC e, à ocasião, havia mais de 20 mil hospitais credenciados em 156 países do mundo, incluindo o Brasil. Alguns itens devem ser considerados em relação ao tratamento amigo da criança prematura ou doente: os critérios ou cuidados padronizados pela modalidade específica da IAHC em unidades neonatais, como o exame antes da alta, a avaliação após alta e o apoio especial oferecido às mães (BRASIL, 2010).

Alguns países têm expandido a IHAC para outros cenários de cuidados neonatais, levando em consideração o contexto da UTIN e as necessidades peculiares dos bebês prematuros e/ou gravemente doentes. Em 2009, um grupo formado por representantes da Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia e do Canadá se reuniu para elaborar uma proposta de versão unificada de expansão da IHAC para Unidades Neonatais, a IHAC-Neo, baseada em revisão de evidências científicas, opiniões de especialistas e nas experiências dos países nórdicos e outros países do mundo. Assim, essa expansão seguiu padrões revisados dos 10 passos e incluiu três princípios norteadores como referencial teórico: Práticas embasadas no respeito às mães, Abordagem do cuidado centrado na família e Continuidade do cuidado. Com relação aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, mesmo na IHAC-Neo, assim como na IHAC convencional, o passo 4 mantém o foco no contato pele a pele: Encorajar precocemente o contato pele a pele mãe-bebê de maneira contínua e prolongada (Cuidado Mãe Canguru) (NYQVIST et al., 2012).

No Brasil, a IHAC-Neo ainda não está implementada enquanto política de saúde, embora exista projeto de pesquisa multicêntrico em andamento nessa direção, inclusive em nosso grupo de pesquisa, denominado: "Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais", sob responsabilidade da Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi. Tal projeto tem o objetivo geral de implementar e avaliar a efetividade da intervenção inovadora IHAC-Neo, norteada pela transferência de conhecimento, para aumentar o início precoce e as taxas de aleitamento materno exclusivo em unidades neonatais, melhorar as condições de saúde dos prematuros relacionadas ao AME e as práticas profissionais para a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno em prematuros. Trata-se de pesquisa quase experimental, do tipo pré-teste/pós-teste, com grupo controle, sendo a variável independente a intervenção IHAC-Neo, cuja implantação está sendo guiada pelo modelo PARIHS (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services*) da transferência do conhecimento e pela estratégia EPIC (*Evidence-Based Practice Identification & Change*). O projeto está sendo realizado em dez maternidades (5 intervenção e 5 controle) das cinco regiões do Brasil.

No campo da neonatologia, as Boas Práticas, referendadas na Medicina Baseada em Evidências, abarcam estudos variados em relação às práticas utilizadas em UTIN – desde as clínicas (uso do surfactante, controle da infecção

hospitalar, prevenção de retinopatia da prematuridade, prevenção de hemorragia craniana, etc.), até aquelas que incorporam a qualidade relacional entre membros da equipe de saúde e familiares (construção da equipe multidisciplinar colaborativa, Cuidado Centrado na Família) (HENNIG; GOMES; MORSH, 2010).

As Boas Práticas constituem protocolos que objetivam unificar critérios sobre 843 diferentes temas relativos a medicamentos e definem uma série de pautas por meio das quais estudos clínicos podem ser disseminados, implementados, finalizados, auditados, analisados e informados de forma a assegurar sua confiabilidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2006).

O Cuidado Centrado na Família reconhece a importância dos pais na vida dos RN e enfatiza o respeito, o apoio e a parceria entre a família e os profissionais de saúde, aspectos esses fundamentais no cuidado pediátrico, incluindo o neonatal; enfatiza a importância de reconhecer e aceitar o apoio familiar no processo saúde-doença; é útil na estratégia de disseminação e efetiva incorporação de boas práticas neonatais como Método Canguru, o qual constitui uma diretriz clínica na assistência neonatal, cujo objetivo é ser visto como uma boa prática e considerado também no campo das tecnologias em saúde (HENNIG; GOMES; MORSH, 2010).

Constituem alguns dos pressupostos do Cuidado Centrado na Família: reconhecer a família como uma constante na vida da criança; facilitar a colaboração entre pais e profissionais em todos os níveis de cuidado; responder às necessidades de desenvolvimento da criança e da família como parte das práticas em saúde e planejar um cuidado flexível, culturalmente competente e responsivo às necessidades da família. Trata-se de uma maneira de cuidar da criança, incluindo a sua família, de modo a assegurar um planejamento em torno de ambos enquanto uma unidade, em que todos sejam reconhecidos como foco do cuidado e não somente a criança (SHILDES; PRATT; HUNTER, 2006).

O Cuidado Centrado na Família beneficia todos os envolvidos: pacientes, famílias, profissionais de saúde e investidores, com consideráveis benefícios. Este cuidado está cada vez mais ligado a melhoras nos resultados de saúde para os pacientes, proporciona menores custos, alocação mais efetiva de recursos, redução de erros e processos médicos; maior satisfação do paciente, família e profissional; aumento da autoeficácia/advocacia de pacientes e famílias e melhora na educação médica e demais áreas de saúde, em virtude do compartilhamento do cuidado da criança doente com sua família. Tal relacionamento, por sua vez, faz com que o

profissional de saúde adquira ampla visão dos problemas, das necessidades e das prioridades da família, facilitando o desenvolvimento adequado do plano de cuidado a essas pessoas (JOHNSTON et al., 2009).

Cruz e Angelo (2011), por meio de resgate histórico, conceitual e pragmático da assistência à criança e da fundamentação teórica do modelo do Cuidado Centrado na Família, mostraram que na área pediátrica a participação dos familiares nos cuidados à criança é reconhecida como essencial para o atendimento de suas necessidades e para o bem-estar de toda a família. Apontam ainda que este tipo de cuidado vem sendo avaliado como o ideal para assistência em muitos estudos realizados em pediatria; entretanto, ainda não está incorporado de forma prevalente nos serviços de saúde, sobretudo em âmbito nacional, constituindo desafio a sua implementação.

Estudo qualitativo conduzido em um hospital filantrópico no Sul do Brasil com nove mães investigou a experiência de cuidar do filho prematuro e os desafios enfrentados na hospitalização em UTIN. As participantes relataram que a possibilidade de tocar seus bebês, pegá-los no colo e sentir afeto por eles minimiza suas ansiedades e favorece que melhor compreendam a necessidade da hospitalização, conformando-se com a situação por meio da fé, sem deixar de sentir esperança de levar seu filho para casa. Com base nos relatos, as autoras destacam a importância de a enfermagem favorecer a construção do vínculo afetivo por meio de atividades de educação em saúde e da implementação do Método Mãe Canguru (ROSO et al., 2014).

Salles (2003) avaliou 25 bebês nascidos prematuramente e assistidos em uma unidade que utilizou medidas consideradas protetoras para o desenvolvimento normal do sistema nervoso central (adequação postural na incubadora, atenuação do ruído excessivo e da luminosidade e realização do contato pele a pele, incluindo o Método Mãe Canguru), comparando-os com um grupo controle, atendido em uma unidade de cuidados convencionais. O exame utilizado foi o teste neurocomportamental de Dubowitz, aplicado quando os bebês tinham 40 semanas de idade corrigida. O grupo que recebeu os cuidados protetores mostrou desempenho significativamente melhor no exame do que o grupo controle.

Há também evidências de que um contato íntimo da mãe com seu bebê prematuro pode interferir positivamente na relação desse bebê com o mundo. A pele, maior órgão do corpo, recebe estímulos sensoriais de várias magnitudes, e o

contato pele a pele, que no Método Mãe Canguru implica o contato cutâneo corpo/tórax entre o bebê prematuro e sua mãe, pode promover várias mudanças no organismo tanto de um como do outro. O conhecido efeito desta aproximação enquanto estimulador da liberação de ocitocina parece desempenhar importante papel no comportamento da mãe e afetar positivamente o seu humor, facilitando o vínculo com o bebê (MATTHIESEN et al., 2001).

No que se refere à percepção dos profissionais de saúde acerca dos procedimentos dolorosos, Cignacco et al. (2007) investigaram tal aspecto em quatro UTIN da Suíça e verificaram que 70% dos procedimentos de rotina realizados nessas unidades foram por eles considerados dolorosos, sendo 44% classificados como muito dolorosos (ex.: inserção de tubo torácico, intubação, punção lombar, punção suprapúbica, remoção de dreno torácico, exame de fundo de olho, drenagem torácica, inserção de cateter periférico, injeção intramuscular e subcutânea, aspiração endotraqueal, punção de calcâneo e venopunção). No entanto, houve divergência entre os profissionais: os enfermeiros tenderam a classificar com maior intensidade os procedimentos dolorosos em relação aos médicos, além de terem considerado alguns procedimentos (ex.: inserção/reinserção de pronga de CPAP, extubação, remoção de adesivos de fixação, passagem de sonda gástrica, etc.) como dolorosos, enquanto os médicos não os consideraram dolorosos.

Em estudo descritivo, qualitativo, cujo objetivo foi descrever a percepção dos profissionais de enfermagem que atuam em UTIN sobre a dor no RN, 25 profissionais de um hospital universitário brasileiro foram entrevistados. Os resultados evidenciaram o reconhecimento dos profissionais quanto ao fato dos RN serem capazes de sentir dor, porém houve discordância quanto a considerar que ela é igual em adultos e crianças. Os RN, quando internados, expressam a dor por meio de alterações comportamentais e fisiológicas, percebidas pela maioria dos profissionais. Detectou-se ainda vulnerabilidade no conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam na UTIN no que se refere à dor e à analgesia do RN, aspectos essenciais para compreensão da necessidade de identificar e tratar esse fenômeno tão complexo, embora identifiquem e adotem estratégias para o seu controle (VERONEZ; CORRÊA, 2010).

Em estudo cujos objetivos foram analisar os parâmetros utilizados pela equipe de enfermagem de um hospital público da Bahia para avaliação da dor no

RNPT e descrever as intervenções utilizadas para aliviá-la, os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com dez participantes e analisados pela técnica de análise de conteúdo. Os resultados apontaram a utilização do choro e a expressão facial como parâmetros indicativos de dor, bem como o uso, de forma não sistematizada, de medidas não farmacológicas para amenizar este processo. Os profissionais entrevistados conhecem os métodos alternativos, como contenção, diminuição do barulho, de luz, o toque palmar no RN, sacarose e sucção não nutritiva para o alívio da dor, e a importância deste alívio. Sabem também identificar o método mais adequado para melhorar a qualidade de vida do RNPT, assim minimizando as sensações dolorosas. No entanto, em virtude do fato de as escalas não fazerem parte do contexto de sua prática clínica diária, como ferramenta do cuidado para a avaliação da dor no neonato prematuro, essas intervenções podem se configurar em iatrogênicas, potencialmente capazes de provocar danos ao RN, infringindo os princípios da segurança do paciente, como utilização de glicose 25%, referida pela maioria dos entrevistados, e chupeta de (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

Temos defendido o uso de intervenções mais naturais para o manejo da dor aguda e que possibilitem maior inserção da família, particularmente da mãe, em unidades de internação neonatal e pediátrica.

O debate em torno de questões sobre a hospitalização infantil e necessidade de a criança ser acompanhada pela sua mãe é algo antigo. Entretanto, atualmente precisamos centrá-lo na necessidade da enfermeira adaptar sua prática levando em consideração a singularidade de cada ser humano, possuidor de crenças e experiências únicas, considerando-o uma fonte de saber específico, assim estabelecendo-se parcerias (PORTO, 2008).

Todavia, os sentimentos de frustração dos pais estão frequentemente interligados à falta de informação a respeito de procedimentos e tratamentos, ao desconhecimento das normas e rotinas hospitalares, a uma sensação de serem indesejados pela equipe ou ao medo de fazerem perguntas (ALGREN; ARNOW, 2006). Esses pais, na medida em que experienciam uma situação abrupta de desequilíbrio emocional, passam também a viver num estado de tensão em que o medo, a culpa e a ansiedade se fazem presentes (ALGREN, 2006).

Estudos sobre a vivência, o sentimento ou a percepção materna a respeito do manejo da dor do RN são escassos e inexistentes quando

acrescentamos o contato pele a pele, seja ele pré-termo ou a termo. Tal situação decorre daquilo que podemos observar na prática clínica: a desvalorização da presença materna e até mesmo o incômodo quando ela está presente. Os profissionais sentem-se coagidos pela presença próxima da genitora durante a realização de um procedimento doloroso, julgando que sua ausência neste momento proporcionaria tranquilidade a ambos (equipe e família).

Esse paradoxo reflete as potencialidades de enfrentamento materno diante da dor do RN, em que a valorização da presença da mãe favorece o cuidado oferecido pelo enfermeiro, na busca pelo bem-estar do RN. Compreende-se que, na sua prática diária, este profissional encontra dificuldades para realizar tais ações, com numerosos procedimentos a serem realizados em tempo mínimo, superlotação de leitos e número insuficiente de profissionais (MELO et al., 2014).

Conforme apontado anteriormente, pesquisadores do GPECCA/EERP-USP, preocupados com a problemática da dor em RN pré-termo e a termo e crianças, desenvolveram investigações que comprovaram a eficácia do contato pele a pele no alívio de tal sensação durante a coleta do teste do pezinho CASTRAL, 2007; CASTRAL et al., 2008) e na punção de calcâneo para coleta de glicemia capilar (MONTANHOLI, 2014), entre outros estudos. O grupo tem ainda buscado reduzir a lacuna entre o conhecimento produzido e a prática clínica para a avaliação e o manejo da dor em crianças, incentivando a participação materna e da família. A motivação agora é investigar a perspectiva materna no processo de alívio da dor aguda do RNPT mediada pelo contato pele a pele.

Esperamos, com este estudo, contribuir com evidências e subsídios para melhoria do cuidado humanizado e desenvolvimental ao binômio mãe e filho, na perspectiva da vivência materna, apreendendo os significados atribuídos ao contato pele a pele como medida não farmacológica para o alívio da dor de seu RN. Partimos, para tanto, do pressuposto de que cada neonato é único, assim como sua família, com experiências de vida singulares, crenças, religião e nível sociocultural.

2. OBJETIVO

- Analisar os significados atribuídos pela mãe em sua vivência de contato pele a pele com seu filho prematuro para o alívio da dor decorrente da coleta do teste do pezinho em unidade neonatal.

3. QUADRO TEÓRICO

Segundo Severino (2002, p.162), o *"quadro teórico constitui o universo de princípios, categorias e conceitos, formando sistematicamente um conjunto logicamente coerente, dentro do qual o trabalho do pesquisador se fundamenta e se desenvolve."* Nesse sentido, constitui diretriz e orientação de caminhos de reflexão, de maneira consistente e coerente, compatibilizando o tratamento do problema com o raciocínio desenvolvido, formando uma unidade lógica. Alguns autores denominam esta seção de revisão da literatura, outros como referencial teórico.

Apresentamos, nessa seção, o levantamento bibliográfico que deu suporte e fundamentação teórica ao estudo. Iniciamos a construção da moldura conceitual sobre o tema pesquisado, mostrando ligações entre a bibliografia pesquisada e a situação-problema em análise.

Este estudo fundamenta-se em quadro teórico que aborda o processo de cuidar como atitude, centrado na família e na promoção da saúde enquanto produção social que valoriza a qualidade de vida. Assim, para construção do quadro teórico de nosso estudo, definimos alguns conceitos com a finalidade de orientar a análise dos resultados.

O Cuidado Centrado na Família surgiu nos Estados Unidos na década de 60, sendo inicialmente dirigido a crianças com necessidades especiais e suas famílias e, posteriormente, solicitado por pais e profissionais de saúde envolvidos na atenção aos RN gravemente enfermos, nas UTIN (HARRISON, 1993; CHIOU; WANG, 2004).

A sobrevida dos RN de risco e os aspectos éticos que envolvem o seu cuidado são um desafio que deve ser objeto de reflexão sistemática e abrangente, exigindo, portanto, a priorização e urgência na adoção de estratégias que possam garantir o acesso a práticas assistenciais adequadas e baseadas nas melhores evidências possíveis (HENNIG; GOMES; MORSH, 2010).

Os benefícios advindos do Cuidado Centrado na Família, a exemplo da redução do estresse, têm sido pesquisados em várias das UTIN participantes da rede multicêntrica de pesquisas em neonatologia pela rede Vermont Oxford. Os resultados de tais estudos possibilitaram que o modelo passasse a ser reconhecido como uma Boa Prática (HORBAR; PLSEK; LEAHY, 2003).

Uma vez que a hospitalização da criança é um fenômeno traumatizante, pois a mesma vivencia situações de medo e angústia pelo afastamento do seu contexto familiar, do convívio com as pessoas queridas e de suas atividades diárias,

humanizar o ambiente pediátrico durante a internação é de suma importância. Nesse sentido, a inserção da família no cuidado em pediatria favorece o cuidado mais humanizado.

Diante do acelerado desenvolvimento de tecnologias de comunicação e informatização e de sua consequente incorporação aos espaços de cuidado, profissionais de diversas áreas questionam a importância do resgate da promoção de atitudes reflexivas no sentido de humanização da assistência, inclusive os da equipe de enfermagem. Esta dualidade é constante na relação entre profissionais de saúde e família, especialmente em unidades neonatais e na atenção às necessidades do RN (ROCHA et al., 2011).

Em virtude da presença dos pais ou responsáveis trazer segurança para a criança, o cuidar em pediatria deve estar voltado não apenas para ela, mas necessita também considerar seus familiares como clientes. O profissional deve, portanto, atentar para os sentimentos vivenciados por todas essas pessoas durante a fase da hospitalização.

Políticas de humanização hospitalar, assim como pressupostos teóricos preconizados por modelos de cuidado em enfermagem, defendem as estratégias de humanização como inerentes ao processo saúde-doença. Neles, reafirmam-se princípios básicos, como integralidade da assistência nos sistemas de saúde comprometidos com a valorização da vida e o respeito à cidadania, nas múltiplas interfaces do cuidado humano (ROCHA et al., 2011).

O acompanhante é uma pessoa significativa para a criança, um representante de sua rede social que vai acompanhá-la durante sua permanência no ambiente hospitalar (BRASIL, 2004).

O DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1959 publicado na Inglaterra em 1959 foi um marco na organização das práticas de assistência à criança hospitalizada e trouxe à tona a preocupação com o seu bem-estar, levantando alternativas para humanizar o espaço hospitalar. No Brasil, a promulgação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que regulamentou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), dispôs, em seu Artigo 12, que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”. A permanência dos pais em período integral no ambiente hospitalar, sua participação no cuidado e a natureza da relação entre

crianças, pais e profissionais tornaram-se uma realidade que tem desencadeado novas formas de organização de assistência à criança hospitalizada. Nessa perspectiva, o foco é ampliado e torna-se necessário dirigir o olhar para a família como objeto do cuidado, num processo de produção de relações e intervenções, para além do atendimento clínico.

Do ponto de vista existencial, Boff (1999, p.33), apoiando-se no filósofo Martin Heidegger, refere: "*cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano*".

Por esse aspecto, o conceito de cuidado deve ser entendido como ação integral que compreende a saúde como direito do indivíduo, o qual deve ser acolhido, respeitado e assistido em suas necessidades. Ressalta-se que uma ação integral é vista como interação de pessoas, no caso, a equipe e seus usuários, que produz efeitos nos agentes envolvidos e é expressa por meio de práticas qualificadas, respeitosas e de responsabilização (LUZ, 2004).

Além desse enfoque, é importante ressaltar que o cuidado, visto como uma prática em saúde, diante da perspectiva de integralidade, necessita abordar o indivíduo na complexidade de suas dimensões psicológica, biológica, social, cultural e ética. Comprometidas com essa direção, as práticas de promoção à saúde, prevenção a agravos, tratamento, reabilitação e proteção precisam ser incorporadas numa visão ampliada do processo saúde-doença e de forma indissociável (AYRES, 2004).

Dessa forma, para uma assistência integral à criança, necessita-se ir além da inserção das famílias no cuidado, concebendo-o também na perspectiva de cuidar da família como uma unidade. Assistir a família ganhou uma nova dimensão a partir da evolução da própria enfermagem e de seus cuidados. Antigamente, as enfermeiras prestavam assistência nos contextos onde as pessoas estavam inseridas, havendo evidência da existência de práticas dirigidas às famílias desde Florence Nightingale, expressas pela preocupação em incluir seus membros no desenvolvimento dos cuidados (WRIGHT; LEAHEY, 2002; HANSON, 2005).

Especificamente no campo da enfermagem, Florence Nightingale, em 1863, ao se referir à saúde como um estilo de vida, afirmou: "*Cresce a convicção de que em todos os hospitais, por melhor que seja a sua administração, perdem-se*

vidas que poderiam ser poupadas; e que, via de regra, o pobre que recebesse boa assistência médica, cirúrgica e de enfermagem se recuperaria melhor na choça miserável em que vive do que no mais refinado ambiente hospitalar" (ARAÚJO et al., 2000).

Independentemente do contexto vivenciado por Florence Nightingale, dos vieses histórico-ideológicos que permearam sua atuação, bem como das diferenças entre o ecossistema atual e aquele do século XIX, o que hoje se advoga no campo da saúde domiciliar já era preconizado quando esta enfermeira deu início à revolução científica na enfermagem mundial. Na década de 90, em países como a Inglaterra, 20% das intervenções de saúde eram prestadas fora das instituições de saúde (OLIVEIRA; BERGER, 1996), ou seja, as práticas já se dirigiam às famílias, visando à continuidade do cuidado em domicílio.

Cabe ressaltar que os cuidados de enfermagem se desenvolvem ao longo do ciclo vital da família, nas situações de saúde e doença, com ênfase nas respostas aos problemas reais ou potenciais (KLAUS; KENNELL; FANAROFF, 2015).

Quanto ao Cuidado Centrado na Família como estratégia de humanização na assistência neonatal, as equipes de enfermagem das unidades neonatais devem estar atentas para auxiliar os pais e outros familiares a superarem essa fase crítica. Fator importante para o sucesso da recuperação dessa relação pais-filho reside no trabalho integrado não apenas da equipe médica e de enfermagem, mas de todos os profissionais, como assistentes sociais e psicológicos especializados. Essa integração da equipe envolvida no cuidado do RN também vai favorecer o relacionamento com os pais (TAMEZ; SILVA, 2009).

Quando o processo de trabalho está focado no diagnóstico e na terapêutica, que objetiva a recuperação e o controle da doença, a equipe de saúde e a instituição hospitalar apropriam-se do corpo do prematuro, promovendo um “sequestro” desse ser (SCOCHI, 2000) e assim abstraindo a família do convívio com a criança.

Todo serviço, independentemente do nível de recursos, pode tomar medidas para melhorar o ambiente destinado às crianças e aos familiares, e algumas práticas podem ser consideradas para a implementação do Cuidado Centrado na Família. Essas práticas incluem ações como: não considerar os pais como “visitantes”, tratando-os como componentes essenciais da equipe de cuidado; reconhecer o cuidado neonatal como multidisciplinar e baseado no respeito mútuo

entre os provedores do cuidado (família e profissionais) para o desempenho de seus papéis e suas competências; além disso, a equipe de enfermagem deve receber o apoio de que necessita para prestar cuidados adequados e centrados na família, o que inclui educação permanente e recursos físicos e financeiros para apoiar o Cuidado Centrado na Família.

A inserção de um acompanhante e o seu envolvimento no processo terapêutico são fundamentais para a compreensão da dinâmica das relações entre os agentes que prestam o cuidado, pois há questões não bem definidas na assistência à criança hospitalizada. É importante estar alerta às novas necessidades que vão sendo criadas nesse espaço e que envolvem a forma de organização das unidades pediátricas como um todo. Não se trata de uma simples alteração no projeto e na caracterização da unidade ou no tipo de facilidades concedidas à família, mas também de instaurar mudanças nas posturas dos profissionais de saúde no que diz respeito ao envolvimento dos pais no cuidado à criança hospitalizada, na relação com eles estabelecida pelos agentes do cuidado, na qualidade da assistência, enfim, alterações que envolvem a dinâmica do trabalho de uma forma geral (COLLET; ROCHA, 2003).

A perspectiva de levar os pais para dentro do hospital traz consigo alterações nas relações de trabalho aí estabelecidas, uma vez que foram encorajados a permanecer com os filhos durante a hospitalização, tornando-se mais um dos agentes participantes do processo de cuidado. Atualmente, reconhece-se a importância dos pais no hospital, contudo, mostra-se igualmente importante a discussão de sua participação no cuidado ao filho hospitalizado (COLLET; ROCHA, 2003).

É nesse contexto de cuidados, baseados numa abordagem sistemática, que estudar a família, conhecer seu funcionamento por meio de sua complexidade, unicidade e as peculiaridades de cada uma das partes, ou seja, dos indivíduos que integram o sistema, é reconhecê-la como uma estrutura própria, dinâmica e detentora de uma história única, compreendida na interação contextual (PÜSCHEL; IDE; CHAVES, 2006).

A partir desta concepção do cuidado tomamos, como objeto de pesquisa, o processo vivenciado pela mãe no alívio da dor do prematuro por meio do contato pele a pele, tendo como eixo norteador o cuidado humanizado, desenvolvimental e centrado na família. Para contextualizar tal foco, trazemos uma breve síntese sobre

o cuidado humanizado e as transformações no cuidado ao prematuro em unidades neonatais.

A necessidade de humanização dos cuidados no âmbito hospitalar existe em um contexto social no qual alguns fatores têm contribuído para a fragmentação do ser humano como alguém compreendido com necessidades puramente biológicas: a tecnologia, a visão de que a equipe de saúde detém todo o saber e a ausência de percepção da integralidade do ser humano são alguns exemplos. O avanço da tecnologia médica, principalmente a partir da segunda metade do século XX, faz com que, por muitas vezes, o cuidado se torne a aplicação de um procedimento técnico, a fim de atingir um objetivo mecanicista, como puncionar um acesso venoso, aplicar uma medicação ou realizar determinado exame. Ressalta-se que a fragilização do ser humano na posição de "paciente" desfavorece o exercício da autonomia quando há tal visão paternalista de que a equipe de saúde detém o poder e o conhecimento, assim subestimando a capacidade do doente fazer julgamentos com relação a si e a sua saúde (MIRANDA, 2000).

A humanização, por sua vez, é um movimento crescente, com diferentes sentidos e de disseminada presença. Trata-se de um conceito complexo que não se restringe a uma técnica nem arte ou simplesmente a um artifício, mas sim um processo vivencial que permeia toda a atividade do hospital e das pessoas que nele atuam (BECK et al., 2007).

Perceber o ser humano como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética, é fundamental para começarmos a caminhar em direção à humanização dos cuidados de saúde.

Humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade da pessoa e construir "um espaço concreto nas instituições de saúde, que legitime o humano das pessoas envolvidas" (PESSINI, 2004). Assim, para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, sobretudo o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que a norteiam. Neste contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados (PESSINI, 2004).

O hospital passou a ser considerado instrumento terapêutico no fim do

século XVIII. “A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais” (FOUCAULT, 1984, p.99). Anteriormente a esse período, era o local onde os pobres, moribundos, doentes e inválidos ficavam. No entanto, com a introdução da tecnologia e cientificidade médica, começou a ser visto como dispositivo do cuidado médico.

Por muitos séculos, as crianças nascidas antes do termo ou com malformações não mereceram atenção especial após o nascimento, pois se esperava que não sobrevivessem; acreditava-se que a seleção natural se encarregaria daquelas menos aptas à sobrevivência. Desse modo, o nascimento de um bebê prematuro era sinônimo de morte, entendida como uma seleção natural entre aqueles menos dotados biologicamente (SCOCHI, 2000).

No século XIX, destaca-se, na assistência aos prematuros, a atuação do obstetra francês E. S. R. Tarnier, um dos pioneiros no desenvolvimento de tecnologias para o cuidado desses bebês, sendo o responsável pela construção de uma das primeiras incubadoras, em 1880. O contexto que impulsionou o desenvolvimento dessa tecnologia de cuidado foi o conhecimento gerado após duas grandes revoluções sociais e a necessidade de redução dos óbitos entre as crianças pequenas, devido à questão demográfica de países em crescimento econômico e político, diante do risco de despovoamento, pois as estatísticas de óbitos apontavam o nascimento prematuro como uma das principais causas da elevada mortalidade infantil (SCOCHI, 2000).

Posteriormente, Pierre Budin (1846-1907), obstetra francês e discípulo de Tarnier, deu continuidade a esse trabalho e aos estudos de seu professor sobre os cuidados ao RN. Na época, o contato precoce da mãe com os RNPT e enfermos era estimulado por facilitar o aleitamento materno. Assim, nas unidades sob sua responsabilidade, quando possível, eram mantidas amas de leite para suprir as necessidades dos bebês cujas mães estavam impossibilitadas de amamentar. O leite era espremido no canto da boca do bebê ou oferecido com o auxílio de uma colher. A criança era pesada antes e após a alimentação láctea, a fim de estimar a sua ingesta, cuidados que possibilitaram Budin reduzir em 20% a mortalidade (LAMY, 1995).

Apesar da conquista, Budin relatou três problemas que considerava

básicos no cuidado aos prematuros, isto é, a prevenção das doenças infecciosas às quais eram propensos, a alimentação e a termorregulação, responsáveis pela alta mortalidade entre esses neonatos. Destacou ainda a importância de um local mais adequado para prestar assistência a esses bebês, nos hospitais onde havia serviços de partos (RIBEIRO, 1991).

Nesses locais, além da observação minuciosa do bebês, permitia-se a presença das mães junto deles, o maior tempo possível, visando à estimulação do aleitamento materno. Budin justificava sua conduta pelo que constatara da observação que mães, quando separadas dos filhos ainda pequenos, perdem todo o interesse por aqueles que não puderam cuidar ou afagar. Apesar de enfatizar esses cuidados para o estabelecimento do vínculo mãe-filho, também reconhecia as dificuldades dessa assistência, pois algumas genitoras abandonavam seus bebês (KLAUS; KENNELL, 1993).

Em fins do século XIX e início do XX, um de seus alunos, Martin Couney, conseguiu, utilizando incubadoras, evitar a morte de cerca de 5000 prematuros em quatro décadas. Diferentemente de seu professor, Couney não permitia a participação das mães nos cuidados de seus filhos, encontrando dificuldades em persuadi-las a recebê-los após a alta hospitalar (apud SCOCHI; COSTA; ARRUDA, 1996).

As medidas introduzidas para evitar a disseminação de infecções previam a exclusão total das mães do interior dos antigos berçários, as quais só podiam ver seus filhos através de visores (apud SCOCHI; COSTA; ARRUDA, 1996).

Já no século XIX surgiu um sentimento de proteção materno-infantil. O atendimento norteava-se por um modelo que concebia a saúde da criança e da mãe separadamente, restringindo-as à concepção de binômio mãe-filho e desconsiderando a família e a comunidade. Assim, os hospitais da Europa e da América que prestavam atendimento ao parto e não disponibilizavam berçários mantinham as crianças junto às mães que as alimentavam e prestavam cuidados, agindo por instinto (SCOCHI; COSTA; ARRUDA, 1996).

Embora a literatura clínica de 1945 a 1960, fundamentada nos avanços da microbiologia e epidemiologia, reforçasse as normas de isolamento, em fins da década de 30 iniciaram-se também as discussões sobre a validade da separação do binômio mãe e filho e o rigor do isolamento dos bebês. Estudos das áreas de psicologia e psiquiatria infantil destacaram os efeitos negativos da separação

precoce do binômio e da internação infantil e enfatizaram a importância de uma assistência ao bebê plena de indulgência e compreensão, da amamentação materna em livre demanda e dos cuidados maternos, ou de uma mãe substituta, para o desenvolvimento mental e da personalidade da criança (SCOCHI; COSTA; ARRUDA, 1996).

Na área da psicologia e psiquiatria infantil, investigavam-se os efeitos iatrogênicos no desenvolvimento da personalidade decorrentes da separação do binômio mãe-filho, como os distúrbios psicoemocionais e comportamentais da mãe e da criança. Em contrapartida, estudos mostravam que esse vínculo maternal poderia aumentar o índice de infecção hospitalar (SCOCHI; COSTA; ARRUDA, 1996).

Com a institucionalização da assistência neonatal em unidades especiais, o nascimento pré-termo deixou de ser sinônimo de morte, pois a mortalidade, embora elevada, foi reduzida. A sobrevida dos prematuros tornou-se dependente do uso de tecnologias e recursos humanos especializados, constituindo-se num dos marcos da atenção em neonatologia a instalação e expansão de modernas UTIN (SCOCHI, 2000).

Com a implantação desses espaços houve redução da mortalidade neonatal, em especial entre os RNPT extremos e de muito baixo peso ao nascer. Por outro lado, o ambiente dessas unidades é estressante e expõe os RNPT e clinicamente doentes tanto a múltiplos eventos estressantes e dolorosos quanto à estimulação inapropriada pela ausência de experiências que auxiliem a integração sensorial e a organização comportamental do bebê (SCOCHI, 2000).

Em meados do século XX, a assistência ao prematuro e de baixo peso recebeu intenso investimento econômico, principalmente na Europa e América do Norte. Nesse período, o desenvolvimento de pesquisas permitiu a associação entre morbimortalidade dos RNPT e doenças infecciosas digestivas e respiratórias, o que desencadeou a criação de espaços de permanência para os RN, com adoção de equipamentos e normas de condutas especiais, ou seja, houve qualificação e expansão das unidades de cuidados aos neonatos de risco (PHILIP, 2005). Paralelamente aos avanços e à medicalização do nascimento, observa-se aumento das intervenções sobre mãe, filho e, sobretudo, na relação deste com sua família (SCOCHI; COSTA; ARRUDA, 1996).

Todavia, a preocupação com a qualidade de vida relacionada ao lado emocional do bebê emergiu somente após a solução de grandes dilemas e batalhas

concernentes à diminuição de patologias da gravidez, às intercorrências do parto e às causas de óbitos neonatais, tanto do ponto de vista da obstetrícia quanto da neonatologia. A medicina voltou-se, então, para outras problemáticas, como a relação mãe-filho, estendida a seguir para o relacionamento pais e filho; a prevenção de traumatismos psíquicos e a criação de um ambiente favorável ao desenvolvimento integral do indivíduo (RIBEIRO, 1991).

Para Lamy (1995), o processo de humanização do atendimento nas UTIN teve início a partir dos avanços na área de psicologia e psiquiatria infantil, questionando a separação mãe e filho, além das tecnologias que possibilitaram maior controle das doenças infecciosas. Esse instrumental forneceu as bases teóricas que culminaram com a reintrodução dos pais nas unidades neonatais.

Os avanços do conhecimento mostraram ainda outras necessidades que não apenas as de vitalidade de um bebê funcionalmente adaptável, como o prematuro, mas as de um ser que precisa estabelecer relações com a família, com a equipe e com a sociedade, o que lhe confere direitos universais de cidadania (SCOCHI, 2000).

A preocupação com a assistência integral e humanizada emergiu no final da década de 60, expandindo-se para a década de 70, iniciando-se com a ênfase na articulação entre os diferentes níveis de atenção pré-natal, intra-hospitalar e seguimento pós-natal, de modo a assegurar a continuidade da assistência, visando ao diagnóstico e intervenção precoce e à redução da morbimortalidade. A preocupação exclusiva com a sobrevivência, sobre a qual o trabalho em saúde concentrava-se no domínio da doença, expandiu-se de modo a considerar não somente os aspectos quantitativos, mas também a qualidade de vida. Na assistência ao prematuro, a preocupação com a qualidade de vida determinou a busca por um atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e da família. Os pais, em especial a mãe, foram inseridos no processo de trabalho em saúde, visando ao fornecimento de estímulos sensoriais ao neonato e ao estabelecimento do vínculo e apego, além do seu preparo para o cuidado domiciliar do filho (SCOCHI, 2000).

Nesse contexto, o modelo tradicional de assistência centrada no bebê doente, com foco na doença e no seu controle, tendo como finalidade a recuperação biológica do prematuro, transformou-se para o cuidado desenvolvimental e individualizado, sendo este também centrado na família, buscando a promoção da

saúde, qualidade de vida e emancipação dos sujeitos; o paradigma biotecnológico foi substituído pelo holismo (SCOCHI, 2000).

O cuidado desenvolvimental é uma filosofia que implica repensar as relações entre o bebê, a família e os profissionais de saúde. Inclui um conjunto de atividades designadas para controlar o ambiente e individualizar o cuidado ao neonato baseado na observação de seu comportamento, com o objetivo de promover sua estabilidade clínica, auto-organização e competência, tanto quanto possível, ajudando-o a conservar energia para o seu crescimento e desenvolvimento. Os componentes do cuidado desenvolvimental incluem o manejo do ambiente com diminuição do ruído e da luminosidade, o posicionamento do RN em flexão, simulando a posição intrauterina, o agrupamento dos cuidados evitando o excesso de manipulação, a sucção não nutritiva, o cuidado canguru e incentivo ao aleitamento materno, as atividades de promoção de autorregulação dos estados de consciência e a participação dos pais no cuidado, na perspectiva do Cuidado Centrado na Família (BYERS, 2003).

Seguindo esse raciocínio e voltando-se para o objeto de trabalho desenvolvido nas unidades neonatais, é notório que se não houver preocupação da equipe em cuidar da tríade mãe-filho-família, ela não alcançará um de seus maiores objetivos: capacitar a família para o autocuidado em relação ao neonato de risco, pois nada adiantará toda assistência, se ela não for capaz de cuidar da criança no domicílio e no pós-alta (SCOCHI et al., 2003).

Quanto à percepção dos profissionais, em estudo realizado por Santana et al. (2012) que buscou compreender o significado da assistência humanizada sob a ótica dos enfermeiros, o conceito de humanização não se mostrou restrito a uma situação de doença ou saúde, pois abrange o cuidado a um ser humano repleto de potencialidades a serem despertadas. De modo geral, ainda que haja muitas contradições no cuidar no espaço hospitalar, os autores encontraram que, para os profissionais participantes da investigação, o ato de cuidar transcende o conhecimento científico e a sua aplicação. Trata-se de uma união entre dois seres humanos, construída por meio de suas experiências de vida, em que há trocas de aprendizados e desenvolvimentos mútuos; no entanto, em alguns momentos, o profissional age friamente na tentativa de ocultar seu sofrimento pela dor do outro para conseguir cumprir suas obrigações. Importante pontuar também que os próprios profissionais sentem a necessidade de serem valorizados e respeitados,

vistos como humanos pelo serviço.

A humanização no ambiente hospitalar deve ser entendida não só na perspectiva dos cuidados e tecnologias disponibilizados pelos profissionais e serviços de saúde. A humanização, coerentemente ao que se preconiza na atualidade, é percebida pelos pais da criança hospitalizada como um conjunto complexo de atitudes/ações motivadas por um pensamento ético, humanitário, social e holístico. A valorização da presença materna e um processo educativo, informativo, de mão dupla, entre acompanhante e membros da equipe, são condições primordiais para o alcance de uma prática assistencial realmente humanizada e humanizadora. Nesse sentido, estudo que trouxe a percepção do acompanhante em pediatria revelou que as atitudes que conferem caráter humanizado ao processo de assistir estão relacionadas ao estilo de comunicação adotado, ao passo que o atendimento não humanizado é caraterizado por atitudes que valorizam as regras hospitalares, a falta de atenção e a baixa empatia por parte dos profissionais com a família (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007).

O cuidado centrado no paciente e na família originou-se da compreensão de que a família é fundamental na assistência de seus membros e o isolamento social constitui um fator de risco, em especial para indivíduos mais dependentes como os muitos jovens, os mais velhos e aqueles com doença crônica (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE – IPFCC, 2011).

A construção do termo Cuidado Centrado na Família teve início em meados de 1969, com o propósito de definir a qualidade do cuidado prestado no hospital, segundo a visão dos pacientes e suas famílias, e de discutir a autonomia do paciente frente às suas necessidades de saúde (IPFCC, 2011).

Inicialmente, o termo empregado era medicina centrada no paciente, que evoluiu para cuidado centrado no paciente. Com a constatação de que este não descrevia a abordagem pretendida, em 1990 foi incluído o termo família, direcionando a elaboração dos atuais pressupostos do *Institute for Patient and Family Centered Care* (IPFCC, 2011).

O termo Cuidado Centrado na Família é um dos mais importantes movimentos em cuidados pediátricos para o século XXI, definido por Shildes, Pratt e Hunter (2006) como a maneira de cuidar da criança e sua família assegurando que haja um planejamento em torno de todos como uma unidade. Sob esta concepção, todos os membros são reconhecidos como foco do cuidado e não somente a

criança.

É amplamente recomendado que os profissionais incentivem a continuidade da ligação natural existente entre a maioria dos pacientes, suas famílias e sua rede de apoio. Por acreditar que a família exerce influência sobre a saúde do paciente, essa filosofia assistencial a inclui como parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado (IPFCC, 2011).

O IPFCC define o Cuidado Centrado na Família como uma abordagem inovadora para o planejamento, a execução e a avaliação dos cuidados de saúde que se baseiam em parcerias mutuamente benéficas entre os prestadores de cuidados de saúde, pacientes e família. São apontados princípios fundamentais do Cuidado Centrado na Família:

- Respeito e dignidade: Os profissionais de saúde ouvem e respeitam as escolhas e perspectivas do paciente e da família; o conhecimento, os valores, as crenças e a cultura do paciente e da família são incorporados no planejamento e na prestação do cuidado.
- Compartilhamento de informações: Os profissionais de saúde comunicam e compartilham as informações úteis de maneira completa e imparcial com os pacientes e a família; estes recebem informações acuradas, no momento oportuno, a fim de efetivar sua participação no cuidado e na tomada de decisão.
- Participação: Os pacientes e as famílias são encorajados e apoiados a participar do cuidado e da tomada de decisão, escolhendo seu nível de atuação.
- Colaboração: Os pacientes e famílias são incluídos como base de apoio da instituição; os líderes de cuidado à saúde colaboram com os pacientes e família no desenvolvimento, implantação e avaliação das políticas e programas, na facilitação dos cuidados à saúde, na educação profissional e na apresentação de cuidado (IPFCC, 2011).

No âmbito da família inserida no cuidado do prematuro hospitalizado em unidades neonatais, algumas intervenções têm sido recomendadas e implementadas para instrumentalizar o trabalho da equipe, tais como: o livre acesso e a permanência contínua dos pais junto ao filho internado, se assim o desejarem, proporcionando, inclusive, condições para sua acomodação nas unidades; a liberação de visitas de outros membros da família; a implementação de grupos de apoio aos familiares; o incentivo à participação da mãe no cuidado ao bebê e na

tomada de decisão do tratamento, entre outras (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Em pesquisa de campo realizada em unidade pediátrica hospitalar por meio da observação participante do cotidiano da assistência, com o objetivo de identificar em que momento, em quais cuidados e de que modo as mães são incluídas na assistência à criança hospitalizada, atentando-se para a forma como ocorre a negociação dos cuidados entre a equipe de enfermagem e mães, verificou-se a ausência de um projeto terapêutico coletivo sob a perspectiva do Cuidado Centrado na Família como um dos óbices ao envolvimento da mãe na assistência. Os resultados demonstram também que as relações entre mães e membros da equipe de enfermagem mostram-se complexas e permeadas pelo exercício do poder, sendo necessária a busca da construção do cuidado compartilhado. Concluiu-se que o diálogo não faz parte dos instrumentos da enfermagem para negociar os cuidados com a mãe, que demonstra uma atitude implícita de não interferir nos espaços cada vez mais delimitados desses agentes na unidade pediátrica. Por outro lado, observou-se também uma atitude omissa da enfermagem ao não explicitar os espaços e as funções considerados parte do trabalho coletivo de diagnóstico e terapêutico, que cabe à mãe e a ela própria (COLLET; ROCHA, 2003).

Entretanto, em estudo qualitativo, realizado com 28 mulheres, no qual se utilizou grupo focal no intuito de analisar as vivências maternas com o RNPT durante a hospitalização, as mães relataram que a primeira visita à UTIN se configura como um dos eventos mais difíceis no contexto da prematuridade. Nessa ocasião, elas são surpreendidas por um ambiente com recursos tecnológicos e a visão de bebês frágeis, submetidos a diferentes tratamentos invasivos, dentro de incubadoras que funcionam como barreiras ao contato direto entre mãe e filho. Apesar da inerente fragilidade inicial, com a vivência do cotidiano da UTIN observou-se que elas participavam intensamente dos cuidados de seus filhos prematuros, executando afazeres como oferecer a dieta, trocar fraldas ou dar banho. Por outro lado, também verbalizaram conflitos e dificuldades, muitas vezes decorrentes das relações conflituosas com os profissionais de saúde, tornando sua permanência no ambiente hospitalar desagradável, além de despertar sensações de sofrimento e tristeza (SOUZA et al., 2010).

Nessa vivência surgem dificuldades relacionadas à compreensão do real papel da acompanhante na UTIN, pois, se em alguns momentos tal participação é necessária, em outros parece inconveniente, diante da resistência de alguns

profissionais em fornecer informações sobre o estado de saúde dos bebês e orientar sobre procedimentos que podem realizar com os filhos (SOUZA et al., 2010).

Tais insatisfações são oriundas da tentativa de a mãe participar dos cuidados com o filho na UTIN. Nessa situação, os profissionais de saúde são por ela identificados como detentores do conhecimento e, dependendo da forma como se colocam, podem favorecer a competência materna no cuidado com o filho ou contribuir para que a mãe se afaste, desencorajando-a de exercer seu importante papel de provedora do cuidado do filho (SOUZA et al., 2010).

Embora seja esse o contexto de muitas unidades neonatais, algumas permitem a permanência contínua da mãe com o filho, a qual, no entanto, também enfrenta obstáculos, conforme revela outro estudo. Essas dificuldades ocorrem, pois, na condição de mãe acompanhante em UTIN, a mulher é submetida à rotinização hospitalar e afastada do seu convívio familiar e social, pois entende-se que deva priorizar o cuidado ao filho (DITTZ; MOTA; SENA, 2008).

Em revisão sistemática realizada com o objetivo de apontar aspectos a serem considerados no contexto relacional entre enfermeiros e mães de prematuros em UTIN, 21 pesquisas primárias tiveram análise de seus resultados com enfoque nas ações dos enfermeiros junto a essas mães. Constatou-se que a família, apesar de inserida no contexto de assistência nas UTIN, é pouco reconhecida como sujeito de cuidado, tal como preconiza a abordagem do Cuidado Centrado na Família, cuja filosofia de cuidado reconhece o impacto do processo saúde-doença sobre a família e, consequentemente, a concebe como sujeito de cuidado do enfermeiro, visto que a filosofia de Cuidado Centrado na Família aborda três dimensões: o estabelecimento de relações colaborativas, as expectativas familiares e as prioridades de mudança no sistema de cuidado (WERNET; ÂNGELO, 2007).

Os resultados de outro estudo cujo objetivo foi analisar a participação da família na assistência ao prematuro em uma UTIN de hospital universitário, realizado por meio de observação participante, apontaram que, apesar da presença materna no cotidiano da internação do filho prematuro, a família não está de fato inserida no processo de trabalho. Isso ocorre porque somente a mãe participa dos cuidados, e esta participação se dá basicamente na execução dos cuidados de “maternagem”, principalmente na unidade de médio risco. Segundo a investigação, a mãe e a família do prematuro são pouco acolhidas e não existe relação de parceria entre equipe e família, não há intervenções ampliadas da equipe para torná-la sujeito

autônomo na promoção de saúde e qualidade de vida ao bebê. Na UTIN estudada, a família não esteve inserida no processo de trabalho e, apesar de alguns profissionais perceberem essa necessidade, não foram criados espaços ou estratégias para sua participação mais efetiva no cuidado ao prematuro em virtude da equipe não nortear suas ações por uma filosofia que contemple a inserção da família no cuidado. Em geral, observamos discursos autoritários e assimetria na comunicação, colocando a mãe como mera executora de uma ordem, pelo fato da equipe não estar instrumentalizada com outros saberes e técnicas para conferir suporte à dimensão psicossocial do cuidado (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Os achados do estudo de Santos et al. (2013) demonstram que a família, enquanto unidade, pode permanecer na UTIN somente em momentos pré-estabelecidos pelos profissionais de saúde. Percebeu-se, nas falas das entrevistadas, que, no serviço em questão, ela não é considerada membro efetivamente participante do cuidado ao RN hospitalizado, conforme fundamentos do Cuidado Centrado na Família, devido às restrições de horário e à escolha de quais membros do núcleo familiar terão o direito à visitação do prematuro na unidade neonatal. Nesse sentido, sua participação no processo de hospitalização do RN não é vista como uma unidade do cuidado local, mas compreendida como espectadora da atenção ofertada.

Ainda, as mães investigadas no estudo percebem a alteração na rotina familiar por meio dos ajustes dos pais e avós para revezamento no cuidado às crianças que permaneceram em casa, atuando, portanto, como rede de apoio, com palavras de incentivo e força durante a estadia no hospital. Esta rede de apoio familiar e a religiosidade/espiritualidade têm sido usadas como estratégias de enfrentamento. A equipe de saúde, no entanto, não foi referenciada na pesquisa como rede de apoio (SANTOS et al., 2013).

O agir em saúde traz uma nova perspectiva que visa à autonomia do usuário, reconhecendo a saúde como um direito inerente ao cidadão e compreendendo o espaço social no qual este indivíduo está inserido, bem como possibilita a formação de vínculo entre este e a equipe. Favorece, dessa maneira, uma intervenção mais humanizada e integral (PEREIRA, 2008).

O cuidado, quando focado no sujeito e nas suas necessidades, assegura a corresponsabilização entre os profissionais envolvidos nesta prática e permite uma troca de relações cuja fundamentação não se circunscreve a saberes médicos

(FAVORETO, 2004).

Ainda no estudo de Santos et al. (2013), conclui-se necessária a implementação da filosofia do Cuidado Centrado na Família nas unidades neonatais, para que o conceito de família seja ampliado e incorporado ao cotidiano desses espaços hospitalares. Desse modo, prevê a extensão do cuidado aos demais familiares do prematuro, considerando-os parte da unidade de cuidado. Esta seria uma estratégia para reduzir os impactos do processo de hospitalização sobre a mãe acompanhante.

Portanto, para alcançarmos a integralidade do cuidado, precisamos compreender que o meio onde o indivíduo vive, sua família, seu trabalho, suas crenças religiosas e culturais influenciam de forma direta ou indireta nesse cuidado e que a incorporação de novas práticas e novos saberes torna-se indispensável para atender às especificidades de cada indivíduo (CUNHA, 2004).

Pode-se dizer, então, que a participação mais efetiva de mães/pais nas unidades neonatais ainda é incipiente, embora exista interesse da equipe de saúde em implementá-la, reconhecendo a sua importância ao favorecer a estabilidade clínica do prematuro e o seu processo de crescimento e desenvolvimento. Deve-se, portanto, possibilitar a interação mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo, bem como favorecer o preparo materno para a alta do filho (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

Em consonância e defesa da abordagem do Cuidado Centrado na Família em unidades neonatais, nosso grupo de pesquisa tem desenvolvido estudos com foco na participação materna e da família no cuidado ao prematuro (SCOCHI, 2000; GAIVA; SCOCHI, 2005; MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007), bem como tem gerado evidências que mostram o efeito da amamentação (LEITE et al., 2009) e do contato pele a pele (CASTRAL, 2007; CASTRAL et al., 2008) no alívio da dor de RN a termo e pré-termo, intervenções essas que favorecem a inserção e participação da mãe no manejo da dor.

Em estudo de caráter qualitativo-descritivo, cujo objetivo foi apreender a vivência de pais que tiveram seus bebês internados na UTIN desde o nascimento, seis mães foram entrevistadas, tendo como base um roteiro semiestruturado. Os dados puderam ser analisados pelo método proposto por Bardin, originando a seguinte temática central: vivência dos pais no processo de hospitalização do filho em UTIN, e três subtemáticas: vivenciando sentimentos de separação e abandono;

experienciando o medo da perda; identificando dificuldades e encontrando fontes de apoio. O estudo evidenciou a importância de envolver a família no processo assistencial como fator precursor da qualidade da atenção humanizada. A maioria das participantes considerou o ambiente da UTIN frio, asséptico e dificultador do processo de interação do binômio mãe-filho. Entre as reações diante da notícia de necessidade de internação de seus bebês na UTIN, as mães destacaram, fundamentalmente, o medo da separação de seus filhos. O apoio adequado a essas mães emergiu como fator fundamental à superação do trauma da hospitalização precoce e da separação do binômio em um momento tão crucial à formação do vínculo afetivo. Desse modo, a perspectiva de uma abordagem humanizada, que considere e respeite as singularidades e especificidades dessa clientela e situação, parece ser o primeiro passo para que essas famílias possam lidar adequadamente com a internação de seus filhos na UTIN, transformando esse desafio em uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento pessoal. Há que se reconhecer, assim, o papel essencial das redes de apoio a essas famílias e a importância de valorização de cada um desses elementos (família, equipe e religiosidade) para sucesso e otimização do processo de enfrentamento familiar (OLIVEIRA et al., 2013).

Assim, o que se pretende neste estudo, com vistas a contribuir para a atuação materna no contexto das unidades neonatais, é investigar a perspectiva da mãe na vivência de promover o alívio da dor de seu filho prematuro por meio do contato pele a pele. Destaca-se que esses bebês são frequentemente submetidos a procedimentos conhecidamente dolorosos, conforme exposto anteriormente.

Portanto, promover a presença da mãe durante e após a manipulação, confortando o bebê, por meio do toque, do contato pele a pele, torna-se a principal medida para o alívio do desconforto físico e emocional provocado pela dor. Todas essas ações são coadjuvantes ao tratamento da dor, que se inicia com a identificação dos bebês em sofrimento. As prescrições do enfermeiro compreendem ações de baixa complexidade e custo, podendo ser viabilizadas na UTIN, prestando um cuidado realmente humanizado (MATSUDA et al., 2014).

Em estudo qualitativo realizado em hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro, com o objetivo de analisar a perspectiva ética adotada pela equipe de enfermagem em sua prática cotidiana, foram entrevistados 8 integrantes da equipe de enfermagem das unidades neonatais. Os resultados

analisados estabeleceram como categorias analíticas: a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça. Os profissionais demonstraram conhecimento a respeito das alterações apresentadas pelos neonatos diante de situações dolorosas e revelaram a preocupação de não causar danos à criança, buscando amenizar a dor, evitando situações de risco e procurando dela cuidar da melhor maneira possível. Identificaram também situações potencialmente dolorosas, tais como punção venosa e punção de calcâneo, bem como medidas não farmacológicas utilizadas para o alívio da dor, como a administração de glicose ou sacarose, com ou sem sucção não nutritiva e o contato pele a pele. Constatou-se que os princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia se apresentaram de forma implícita nas entrevistas, e que a questão ética tradicionalmente era restrita aos aspectos deontológicos da prática profissional. Percebe-se, portanto, certa fragilidade no embasamento teórico conceitual na forma de sistematizar o cuidado ao RN que sente dor (CHRISTOFFEL et al., 2009).

Entendemos que a enfermagem assume papel fundamental na perspectiva de proporcionar assistência humanizada aos bebês prematuros, seus pais e família, de modo que, ao manter o contato permanente com estes, cria possibilidades para implementar medidas facilitadoras da interação para o vínculo pais/bebê e alívio da dor, favorecendo a inserção da mãe no cuidado. Nesse sentido, tal aproximação materna pode ser facilitada com a implementação do método canguru e o incentivo ao aleitamento materno (CASTRAL, 2007; CASTRAL et al., 2008), visto que as prescrições do enfermeiro, por exemplo, medidas de alívio da dor, contemplam ações de baixa complexidade e custo, podendo ser viabilizadas na UTIN, prestando um cuidado realmente humanizado (MATSUDA et al., 2014).

Acredita-se que o contato pele a pele não deve ser utilizado indiscriminadamente em situações de dor, como no caso do teste do pezinho, mas nos momentos em que a mãe e bebê se mostrarem dispostos para tanto. Ainda não são claros quais os mecanismos de analgesia do contato pele a pele, como potencializá-lo e qual o papel da mãe neste processo (CASTRAL, 2007). Também inexiste estudo que investigue a percepção materna em relação a esse método não farmacológico.

Entendemos que compreender como as mães vivenciam a dor do filho internado em unidade neonatal, como protagonista no seu alívio por meio do contato pele a pele, pode ajudar os enfermeiros na incorporação de intervenções ampliadas,

estendendo o cuidado ao contexto neonatal, materno e familiar.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, na abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa é aquela que busca privilegiar a análise de microprocessos, por meio de estudo das ações sociais individuais e grupais, fazendo uma investigação intensiva dos dados. Caracteriza-se pela diversidade do momento da análise (MARTINS, 2004).

O estudo descritivo tem o objetivo de observar e descrever aspectos de uma situação. Além disso, descreve de que modo os fenômenos observados se manifestam e se relacionam com outros fatores (POLIT; BECK; HUNGLE, 2004). A escolha da metodologia norteou-se pela intenção de enfocar aquilo que é vivido pelo sujeito e buscar desvelar o que lhe é significativo.

Essa natureza de estudo busca relatar os fatos e fenômenos de determinada realidade. A abordagem qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, traduz e expressa o sentido dos fenômenos do mundo social e reduz a distância entre o indicador e o indicado, entre a teoria e os dados, entre o contexto e a ação (NEVES, 1996).

Para Minayo (2010), o método qualitativo é o que mais se aplica aos estudos da história, das relações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Desvela-se, assim, o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes das mães entrevistadas, correspondendo a um espaço mais profundo do fenômeno em questão.

Uma das características da pesquisa qualitativa, cuja natureza é descritiva e exploratória, é compreender o processo pelo qual as pessoas constroem e descrevem significados, tendo como preocupação os ambientes onde são colhidos os dados, isto é, o ambiente natural dos participantes envolvidos na pesquisa (MINAYO, 2010).

Diferentemente dos métodos quantitativos, o enfoque qualitativo não busca enumerar ou medir eventos ou incidentes para a análise dos dados. Seu

interesse é a compreensão dos significados dos fenômenos na perspectiva dos participantes, de forma ampla e complexa. A pesquisa qualitativa parte da premissa que o conhecimento é produzido em uma interação dinâmica entre o sujeito e o objeto do conhecimento, havendo um forte vínculo entre o mundo objetivo e intersubjetivo do sujeito, buscando o significado da ação social segundo a ótica dos sujeitos pesquisados (DESLANDES; ADDS, 2002).

4.2 Contexto e Cenário

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), campo de ensino, pesquisa e extensão da EERP-USP, de referência terciária para a atenção perinatal no Departamento Regional de Saúde (DRS XVIII) do estado de São Paulo. O hospital atende demanda de gestantes, puérperas e RN de Ribeirão Preto, outras regiões e estados, e é referência terciária na atenção perinatal. O estudo foi conduzido na unidade de cuidado intermediário neonatal (UCIN), localizada no oitavo andar deste hospital, a qual dispõe de quatro enfermarias com 27 leitos distribuídos em duas áreas físicas: uma com seis leitos (destinada ao cuidado de prematuros em manipulação mínima) e outra área física maior, subdividida em três subáreas separadas com bancada de fórmica, contendo sete leitos cada, em um total de 21 leitos (berços e incubadoras).

A equipe multiprofissional da UCIN é composta por 7 enfermeiros, 22 auxiliares de enfermagem, 01 técnica de enfermagem, 01 psicólogo, 02 fonoaudiólogos, 02 médicos contratados pela manhã, 01 médico contratado para o período da tarde e 04 médicos residentes durante o dia.

O ambiente de coleta do exame do teste do pezinho foi uma das quatro enfermarias da UCIN, dependendo do local em que o bebê estivesse no dia da coleta. Não foi possível realizar a coleta em um local privativo, pois não havia espaço disponível para tanto, além de os bebês necessitarem de monitoramento e serem transportados desnecessariamente. Procurou-se não interferir nas rotinas do serviço ou expor os bebês a riscos.

4.3 Sujeitos

A população-alvo deste estudo foi constituída por mães e seus filhos prematuros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar em condições físicas e psicológicas para contato pele a pele, durante 20 minutos aproximadamente; (10 minutos antes do exame, durante e 5 minutos após), ter o filho prematuro internado na UCIN do HCFMRP-USP submetido à coleta de sangue para o exame de triagem neonatal, com idade gestacional maior ou igual a 30 semanas, estabilidade clínica com manutenção de parâmetros hemodinâmicos e fisiológicos. Definiu-se a idade gestacional em semanas pelo método do Capurro Somático ou Ballard, calculada pelo médico ou residente e registrada no prontuário do prematuro.

A participação materna foi voluntária e todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de que pudéssemos utilizar os dados para análise, conforme especificado na Resolução 466/2012.

Na escolha das participantes, procuramos contemplar a diversidade dos sujeitos e as interações no espaço estudado. As inclusões seguiram o desenho de amostra qualitativa até a delineação do quadro empírico da pesquisa, de modo que, ao se verificar a saturação teórica com repetição e a ausência de dados novos e crescente compreensão dos conceitos identificados, encerrou-se a coleta de dados (MINAYO, 2010).

Participaram de pesquisa 15 binômios e foram realizadas entrevistas com 15 mães, no período de março a agosto de 2015, visto que a etapa de campo, concomitantemente à de análise, mostrou quando foi alcançada a suficiência de significados, indicando o momento de findar o desenvolvimento de entrevistas (BOEMER, 1994). As informações acerca dos critérios de inclusão, exclusão e da caracterização das participantes foram obtidas por meio de consulta aos prontuários e entrevistas maternas.

4.4 Procedimentos para a coleta

Nesta unidade, a coleta de sangue para o teste do pezinho é realizada somente pelas enfermeiras, conforme a data agendada de acordo com o dia do nascimento do RN. O referido procedimento seguiu o manual de normas técnicas e rotinas de triagem neonatal da instituição (HCFMRP-USP). O exame é colhido de preferência no terceiro dia de vida, podendo ser realizado até o quinto dia; em prematuros, recomenda-se a coleta de duas amostras, sendo a primeira com três a sete dias de vida e a segunda com 25 dias a um mês. As mães e os pais têm garantido o livre acesso à unidade, sem horário estabelecido, conforme Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.

Neste estudo, realizamos a coleta de dados somente em uma das amostras para o teste do pezinho, independentemente de ser a primeira ou a segunda, sendo que o binômio não poderia participar duas vezes do estudo.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, definidas por Haguete (2001) como um processo de interação social entre duas pessoas, segundo o qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado.

As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas de forma livre, informal, com questões abertas que definem, pelo menos inicialmente, a área a ser explorada, a partir da qual o entrevistador ou entrevistado podem discorrer e divergir, a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes (POPE; MAYS, 2005).

Considerando que, em uma entrevista pertinente à pesquisa qualitativa, o objetivo é descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado, a tarefa de pesquisa é evitar, o máximo possível, impor a estrutura e as suas suposições aos relatos dos entrevistados. A investigação precisa permanecer aberta à possibilidade de os conceitos e as variáveis que emergirem serem distintos daqueles inicialmente previstos pelo pesquisador (POPE; MAYS, 2005).

Constituiu instrumento de coleta um roteiro semiestruturado, composto por questões abertas e fechadas, dividido em duas seções: a primeira referente à identificação e caracterização sociodemográfica das mães, e a segunda contendo

questões amplas e abertas, cuja finalidade era a abordagem da temática central do estudo (APÊNDICE A).

Os dados de identificação e caracterização sociodemográfica da mãe e dos bebês coletados nos respectivos prontuários e entrevistas foram: idade, escolaridade, profissão, número de filhos, experiência anterior em contato pele a pele com outros e o filho atual, número de consultas no pré-natal atual, intercorrências no parto, tipo de parto, idade gestacional e dados sobre a estabilidade clínica do prematuro. A segunda parte incluiu informações sobre a vivência materna em contato pele a pele como medida não farmacológica para o alívio da dor de seu filho prematuro, identificando os significados atribuídos e os fatores facilitadores e as barreiras nesse processo. As entrevistas foram conduzidas sob a diretriz das seguintes questões norteadoras:

- Como foi para você permanecer em contato pele a pele com o seu filho enquanto ele estava sendo submetido a um procedimento doloroso (coleta do teste do pezinho)? Quais foram as facilidades e dificuldades nesse processo?
- Você gostaria de utilizar o contato pele a pele em outras situações de dor de seu filho? Por quê?
- Você indicaria o contato pele a pele para alguma amiga?

A entrevista, conduzida pela própria pesquisadora, foi gravada com gravador digital e ocorreu no refeitório do 8º andar em frente à UCIN, fora do horário de almoço e jantar, com duração de aproximadamente 30 minutos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento, quando necessário.

Após a gravação de cada uma delas, procedemos à transcrição das falas na íntegra, sem muitas das convenções da língua padrão culta, sendo que cada participante foi identificada por codificação, com uma letra seguida de um número sequencial (P1, P2... P15), para preservar seu anonimato. Antecedendo cada entrevista, asseguramos às participantes que não seriam identificadas, podendo ficar à vontade para falar livremente e que, após os dados serem compilados, as gravações seriam transcritas para a categorização temática e posteriormente arquivadas pela pesquisadora.

Cada entrevista foi analisada separadamente e, durante a transcrição, foram registrados os silêncios, onomatopeias, entonações diferenciadas nas

expressões verbais e aspectos emocionais, tais como riso, tom irônico etc., tomando-se o cuidado de recortar as falas (frases). Na transcrição, utilizou-se a seguinte legenda: {_} pausa durante a fala, /.../ recortes de outras falas,... recorte na mesma fala e ( ) observações complementares com conteúdos e comportamentos não verbais para contextualizar as falas.

Exigiu-se do pesquisador um posicionamento de descentramento de si, para direcionar-se intencionalmente à compreensão das mães. Durante os encontros, o pesquisador precisou: estar atento aos modos de se mostrar da participante entrevistada; captar o dito e o não dito; observar as outras formas de discurso: o silenciado, os gestos, as reticências e as pausas; e respeitar o espaço e tempo do outro. Essa postura de abertura ao outro possibilitou aprimorar progressivamente a condução da entrevista.

As entrevistas foram gravadas em um gravador (SONY Digital Handcan, modelo ICD-PX312F) para registro das falas das participantes.

4.5 Análise dos dados

Nesta pesquisa utilizamos a análise de conteúdo, modalidade análise temática, que melhor se coaduna a estudos de natureza qualitativa, além de possibilitar, a partir de alguns temas presentes no discurso, o emergir de motivações, percepções, atitudes, valores, crenças e tendências dos participantes (MINAYO, 2010).

A escolha deu-se em função da possibilidade de se apreender as ideias contidas, implícitas ou explícitas, nos discursos dos sujeitos da pesquisa. Minayo (2010) e Bardin (2011) consideram que, por trás dos discursos, escondem-se sentidos simbólicos e polissêmicos, revelam-se condições estruturais, sistemas de valores, normas, símbolos, experiências, além de serem transmitidas representações grupais, num determinado contexto histórico, socioeconômico e cultural específico, convenientes de serem desvendadas desde que sustentadas por processos técnicos de validação.

Segundo Bardin (2011, p.15), "a análise do conteúdo é um conjunto de

instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados". Sendo assim, para Bardin (2009), a análise de conteúdo configura-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Para Minayo (2010*, p.308*), a análise de conteúdo é "*(...) parte de leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levariam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos e as características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem".*

Neste estudo adotamos a análise temática transversal, isto é, aquela que recorta o conjunto das entrevistas por meio de uma gama de categorias projetadas sobre os conteúdos. Ela não leva em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados dados segmentáveis e comparáveis (MINAYO, 2010).

Realizar uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte que estuda as motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças e de tendências (BARDIN, 2011).

O "tema" está relacionado a uma afirmação a respeito de um determinado assunto, comportando um feixe de relações que pode ser graficamente apresentado por uma palavra, frase ou resumo. Essa análise, que trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas, consiste em captar "núcleos de sentido", presentes nas falas, sinalizando para valores de referência e modelos de comportamento, sendo que a sua frequência constitui fator revelador do caráter do discurso (MINAYO, 2010).

Assim, procedemos a um recorte transversal de todo corpus, elegendo os referenciais como unidades de contexto (categorias/temas). A proposta de Bardin (2011) preconiza algumas etapas para a consecução da análise de conteúdo, organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A primeira delas, denominada pré-análise,

é a fase que compreende a organização do material a ser analisado com vistas a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Compreende a realização de quatro processos: (i) a leitura flutuante (estabelecer os documentos de coleta de dados, o pesquisador toma conhecimento do texto, transcreve entrevistas); (ii) escolha dos documentos (seleção do que será analisado); (iii) formulação de hipóteses e objetivos (afirmações provisórias, que o pesquisador se propõe a verificar); (iv) elaboração de indicadores (por meio de recortes de textos nos documentos analisados, os temas que mais se repetem podem constituir os índices).

Nesta fase, é importante que se atente aos seguintes critérios na seleção dos dados (BARDIN, 2011): Exaustividade: atentar para esgotar a totalidade da comunicação; Representatividade: os documentos selecionados devem conter informações que representem o universo a ser pesquisado; Homogeneidade: os dados devem referir-se ao mesmo tema; Pertinência: os documentos precisam ser condizentes aos objetivos da pesquisa. Exploração do material é a segunda etapa, e diz respeito a codificação do material e definição de categorias de análise (rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos, sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns de tais elementos) e a identificação das unidades de registro (corresponde ao segmento de conteúdo, temas, palavras ou frases) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem).

Esta etapa é de suma importância, pois irá possibilitar o incremento das interpretações e inferência. Sendo assim, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2011).

Na construção das categorias, o pesquisador deve-se ater ao critério exclusividade, a fim de que um elemento não seja classificado em mais de uma categoria. A terceira e última etapa consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nela, ocorrem a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011), aqui realizada à luz do quadro teórico apresentado anteriormente.

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), após anuência da Divisão de Enfermagem e do Departamento de Pediatria e Neonatologia do HCFMRP-USP, conforme Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), Anexo A, e aprovado. Em seguida, demos início à coleta dos dados.

Os binômios mãe e filho foram incluídos no estudo somente após a autorização da mãe, com assinatura das duas vias de um TCLE (uma para o pesquisador e outra para a participante); no caso de a participante ser adolescente, além de sua anuência, foram também solicitadas a autorização e a assinatura do responsável (Apêndice A).

Atendendo aos aspectos éticos previstos nessa Resolução, estiveram assegurados o sigilo e anonimato dos participantes, bem como a possibilidade de recusa e desistência em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer ônus. Ainda, a autorização dos sujeitos para a gravação, divulgação dos resultados em eventos científicos e publicações está incluída no TCLE.

Dessa forma, tomamos todos os cuidados explicitados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovados pela Resolução (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra analisada, a idade das mães variou de 14 a 40 anos, com média de 26,3 (desvio-padrão de 8,0) anos. Quanto à escolaridade, predominaram mães com primeiro grau incompleto (40,0%) e segundo grau completo (40,0%) e apenas uma (6,7%) possuía ensino superior completo; a maioria era do lar (33,3%), sendo que a mãe que possuía ensino superior também integrava esse grupo, pois não exercia a profissão (6,7%), totalizando, portanto, 40,0% das mães sem qualquer vínculo empregatício.

Já o número de consultas de pré-natal variou de zero a 11, com média de 6 consultas. Apenas duas mães não o realizaram, e ambas relataram o descontentamento com a gravidez não planejada; a média foi de 6,6 consultas, com desvio-padrão de 2,8.

Sete (46,7%) das 15 mães realizaram parto cesárea e oito (53,3%) normal. O elevado número de cesáreas é um dado que caracteriza o tipo de cliente e o serviço, visto que a instituição, um hospital de nível terciário como já citado, atende gestantes de alto risco, referenciadas de outros serviços de Ribeirão Preto, região e até mesmo de outros estados brasileiros.

O número de filhos das mães entrevistadas variou de um a três, sendo que oito (53,3%) eram primigestas, quatro (26,7%) tinham dois filhos e apenas três (20,0%) possuíam três filhos.

Tabela 1 – Caracterização das mães de prematuros entrevistadas no hospital universitário de Ribeirão Preto – SP, no período de março a agosto de 2015.

Mães	Idade	Profissão	Escolaridade	Tipo de parto	Filhos Vivos	Consultas pré-natal
P1	20	Manicure	1º grau completo	Cesárea	1	11
P2	26	Auxiliar Administrativo	2º grau completo	Cesárea	1	0
P3	14	Estudante	2º grau incompleto	Normal	1	8
P4	19	Do lar	1º grau incompleto	Normal	2	5
P5	29	Do lar	1º grau incompleto	Normal	1	8
P6	14	Estudante	1º grau incompleto	Normal	1	4
P7	33	Do lar	1º grau incompleto	Cesárea	3	sem dados prontuário
P8	20	Vendedora	2º grau completo	Normal	1	6
P9	26	Do lar	2º grau completo	Normal	2	7
P10	40	Babá	1º grau incompleto	Cesárea	1	6
P11	37	Do lar	1º grau incompleto	Cesárea	3	9
P12	22	Técnica de enfermagem	2º grau completo	Normal	1	6
P13	31	Auxiliar de cozinha	2º grau completo	Normal	3	8
P14	33	Auxiliar de expedição	2º grau completo	Cesárea	2	5
P15	31	Do lar	3º grau completo	Cesárea	2	10

Quanto a intercorrências durante o parto, apenas quatro (26,7%) mães negaram tê-las apresentado ou o seu bebê. E em relação às intercorrências com os prematuros 24 horas antes da coleta de dados, 12 (80,0%) deles não as apresentaram, assim como também não houve mudança de conduta em seu tratamento, o que se explica pela adoção de um dos critérios de inclusão: realizar a coleta com bebês clinicamente estáveis, cujas condições permitissem o contato pele a pele.

Tabela 2 – Intercorrências durante o parto das mães de prematuros entrevistadas no hospital universitário de Ribeirão Preto – SP, no período de março a agosto de 2015.

Mães	Intercorrências no parto
P1	Bebê hipotônico / Hipoglicemia
P2	Pré-eclâmpsia / Bebê hipotônico em apneia com cianose generalizada / Entubação
P3	ITU* tratada/Bebê hipotônico/ Dessaturação com progressão para CPAP*
P4	Gemelaridade
P5	Não
P6	Não
P7	Pré-eclâmpsia / Diabetes Mellitus gestacional
P8	Oligoâmnio
P9	Não
P10	Pré-eclâmpsia
P11	Hipertensão / Síndrome Hellp
P12	Não
P13	Polidrâmnio / Bebê com atresia duodenal
P14	Incompatibilidade do fator Rh
P15	Placenta prévia

***** ITU = Infecção do Trato Urinário; ****** CPAP = sigla em inglês para Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

Tabela 3 – Intercorrências 24 horas antes da coleta de dados dos bebês prematuros internados na UCIN do hospital universitário de Ribeirão Preto – SP, no período de março a agosto de 2015.

Prematuros	Intercorrências nas últimas 24 horas antes da coleta de dados
1	Não
2	Não
3	Fototerapia
4	Não
5	Não
6	Não
7	Não
8	Não
9	Não
10	Não
11	SNG* em drenagem / Episódios de dispneia
12	Não
13	Febre
14	Não
15	Não

***** SNG = sonda nasogástrica

O peso ao nascer dos prematuros variou de 1.065g a 2.680g, com média de 1,821g e desvio-padrão de 438,2g. Da amostra, 13 tinham menos de 2.500g, ou seja, eram de baixo peso.

As medianas do Apgar no primeiro e quinto minuto foram respectivamente 8 (oito) e 9 (nove). O Apgar de primeiro minuto variou de 3 (três) a 9 (nove) e, de quinto minuto, teve como mínimo 7 (sete) e máximo 10 (dez).

Tabela 4 – Caracterização dos prematuros internados na UCIN do hospital universitário de Ribeirão Preto – SP, no período de março a agosto de 2015.

Prematuros	**Idade Gestacional** (IG)	**IG em dias**	**Apgar 1º minuto**	**Apgar 5º minuto**	**Peso ao nascer** (g)
1	35s2d	247	9	10	2.430
2	33s1d	232	3	9	1.755
3	31s5d	222	5	7	1.630
4	35s3d	248	9	9	2.560
5	32s1d	225	9	10	1.392
6	31s3d	220	7	8	1.920
7	31s4d	221	7	9	1.680
8	33s3d	234	8	8	1.660
9	34s5d	243	4	10	1.815
10	31s2d	219	7	10	1.065
11	33s3d	234	9	10	1.675
12	32s1d	225	8	10	1.690
13	32s6d	230	9	10	1.455
14	35s1d	246	8	9	2.680
15	32s3d	227	6	9	1.915

Por ocasião da coleta do teste do pezinho com o prematuro em contato materno pele a pele, a idade variou de 3 a 39 dias de vida, sendo em que oito (53,3%) prematuros essa coleta foi realizada na primeira semana de vida.

Tabela 5 – Data de realização da triagem neonatal e dias de vida dos prematuros internados na UCIN do hospital universitário de Ribeirão Preto – SP, no período de março a agosto de 2015.

Prematuros	Data do nascimento	Dias de vida	Data do exame
1	26/02/2015	3	01/03/2015
2	24/02/2015	7	03/03/2015
3	21/02/2015	20	13/03/2015
4	02/03/2015	13	15/03/2015
5	06/03/2015	20	26/03/2015
6	21/03/2015	5	26/03/2015
7	24/03/2015	5	29/03/2015
8	23/03/2015	5	28/03/2015
9	21/04/2015	5	26/04/2015
10	23/06/2015	7	30/06/2015
11	11/07/2015	5	16/07/2015
12	26/07/2015	19	14/08/2015
13	26/07/2015	21	16/08/2015
14	12/07/2015	39	20/08/2015
15	29/07/2015	20	18/08/2015

Dado interessante, por se tratar de um Hospital Amigo da Criança, com finalidade de ensino e pesquisa e busca por aprimoramento constante do cuidado e com foco na construção do cuidado e apoio ao desenvolvimento e centrado na família, é que quase metade das mães (46,7%) relatou ainda não ter realizado o contato pele a pele prévio à pesquisa com o filho atual. Ainda, algumas delas acreditavam que tal contato na unidade era conduta restrita a este estudo. Das sete mães que já possuíam outros filhos, apenas duas (13,3%) já tinham realizado este tipo de contato com filhos anteriores.

Tabela 6 – Mães entrevistadas no hospital universitário de Ribeirão Preto – SP que realizaram o contato pele a pele com filho atual e filho(s) anterior(es).

Mães	Contato pele a pele com filho atual	Contato pele a pele com filho(s) anterior(es)
P1	Não	Não se aplica*
P2	Não	Não se aplica*
P3	Sim	Não se aplica*
P4	Não	Não
P5	Sim	Não se aplica*
P6	Sim	Não se aplica*
P7	Sim	Sim
P8	Sim	Não se aplica*
P9	Sim	Não
P10	Sim	Não se aplica*
P11	Não	Não
P12	Não	Não se aplica*
P13	Não	Não
P14	Não	Não
P15	Sim	Sim

* Não se aplica por ser primigesta.

Após a caracterização dos sujeitos do estudo, apresentamos a vivência materna acerca do contato pele a pele como método não farmacológico para o alívio da dor de seu filho durante o teste do pezinho.

A análise de conteúdo dos discursos emanados dessa abordagem possibilitou o delineamento de seis eixos temáticos, com seus respectivos subtemas: Pele a pele mãe e filho gera prazer; Pele a pele tranquiliza e acalma o bebê; Contato materno pele a pele alivia a dor do prematuro; Contato pele a pele insere a mãe no cuidado do filho mesmo durante procedimento doloroso – resgata o papel materno; Desejo de realizar o contato pele a pele durante outros procedimentos com o filho prematuro e Indicando e incentivando o pele a pele para outras mães.

PELE A PELE MÃE E FILHO GERA PRAZER

Todas as entrevistadas manifestaram prazer na vivência do contato pele a pele durante a coleta do teste do pezinho no filho prematuro.

Este tipo de contato durante o procedimento doloroso não foi visto pelas mães como um momento desconfortável, inclusive pela entrevistada que apontou

demora no início da intervenção e coleta do teste do pezinho, queixa essa justificada pelas atividades na unidade neonatal naquele dia que requeriam maior envolvimento da enfermeira responsável pela coleta na ocasião.

A promoção do contato pele a pele entre mãe e filho tem sido objeto de trabalhos científicos que comprovam benefícios fisiológicos e psicossociais para a saúde do bebê e da mãe. Esse contato deve ser estimulado desde os primeiros minutos de vida e necessita ser respeitado na sua individualidade e na magia que envolve o binômio mãe-filho neste momento (ALMEIDA; MARTINS-FILHO, 2004; CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007).

Em vários momentos, as mães relataram que sentiram prazer, conforto, aconchego e que puderam, além de tudo, transmitir segurança e proteção aos seus bebês. A experiência foi por elas citada como indescritível e maravilhosa, como podemos observar nas falas:

> *Foi gostoso, foi uma experiência diferente, foi uma coisa gostosa... (P1)*

> *É ficar com a L...* (nome do bebê) *no canguru, pele a pele foi muito gostoso mesmo {_} a gente vendo a dor que ela sente, o tanto que eles* (os bebês) *choram, o procedimento até demora um pouquinho, pra acontecer, assim um pouquinho pra gente que é mãe né, acaba demorando mais, mas foi uma sensação muito gostosa. /.../ Eu tenho a intenção de fazer o pele a pele com ela em casa sempre que eu tiver possibilidade sabe, porque foi um sentimento muito gostoso, então assim sempre que eu puder que ela for pra casa, eu quero ter esse contato bem direto com ela, sabe ficar assim, porque foi um sentimento bom, foi uma sensação muito gostosa tá com ela assim encostadinha e tal, foi bem gostoso mesmo... (P2)*

> *Ah, é uma sensação boa sim... /.../ é uma maravilha, muito bom, não tem o que falar, muito gostoso. /.../ é uma sensação boa... (P7)*

> *Eu acho ah, {_} que pra mim e pra ela* (RNPT) *foi bem aconchegante, porque parece que você deixa ela mais segura,... eu acho que ela fica, se sente protegida, do que se ela tivesse longe de mim, acho que eu me senti assim, protegendo ela. /.../ Eu senti uma coisa assim, é um amor muito grande sabe? Então eu não sei nem descrever porque é tão gostoso e dá vontade de ficar ali pra sempre* (risos)*. (P8)*

> *Ah, não tem explicação é uma coisa assim emocionante, é tudo na minha vida, porque só o contato dele* (RNPT) *comigo pra mim já é tudo, /.../ Pra mim foi muito bom, eu fiquei assim {_} bastante emocionada né de ta com ele, mas foi bom ta com ele e quanto mais perto de mim melhor, então eu fiquei emocionada mesmo. (P12)*

Apesar de o contato pele a pele ter sido utilizado em situação de dor aguda do prematuro, o prazer dessa interação mãe e filho permaneceu na perspectiva materna, o que está em consonância com os estudos que tiveram como foco a vivência no Método Canguru.

Cabe destacar ainda que, no Brasil, o Método Canguru é concebido como um tipo de assistência neonatal que consiste no contato pele a pele precoce entre mãe e RN de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, a inserção dos pais nos cuidados ao filho (BRASIL, 2011b).

Em estudo descritivo conduzido segundo abordagem qualitativa, Furlan, Scochi e Furtado (2003) evidenciaram a satisfação materna em estar na posição canguru, ao entrevistarem 10 genitores (mães e pais) de bebês prematuros quando decorridos até 60 dias da alta hospitalar, os quais permaneciam no Método Mãe Canguru durante o dia e retornavam para o domicílio à noite. Os pais, em especial, apontaram a troca de calor humano e afetividade entre o prematuro e os membros da família, aspectos esses importantes para o relacionamento familiar. Já entre as mães, uma delas comparou o canguru à possibilidade imaginária de retorno do prematuro ao ventre materno, completando assim a gestação interrompida. Para os pais, este contato mais estreito com o filho permitiu o acompanhamento de sua evolução clínica e seu crescimento, o que lhes proporcionou sentimento de tranquilidade.

Nessa perspectiva, a sensação de prazer apreendida pelas mães também decorre do fato de o contato materno pele a pele promover maior interação e vínculo com os seus filhos, aspectos também apontados em outros estudos que abordam o Método Canguru (BRASIL, 2011a; FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003; NOGUEIRA et al., 2003). Para as participantes do presente estudo, este tipo de contato possibilita que confortem os filhos durante a dor aguda. Vejamos algumas falas:

> *Ah, eu achei bom, pra mim foi uma experiência diferente, né? Apesar de ele ser prematuro, parece que isso me ligou mais a ele. Eu estava um pouco preocupada, e isso também me ajudou, então eu acho que isso tanto me ajudou, quanto ajuda a ele também, eu acho que foi bom eu gostei /.../ Então, eu também me sinto bem, e é isso aí foi gostoso. (P10)*

Em estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, Jesus et al.

(2015) verificaram também que o prazer em realizar o Método Canguru foi notório entre os pais que o praticam, os quais sentem imensa satisfação pela maior proximidade com os filhos. Essa maior ligação diz respeito ao contato pele a pele, por eles compreendido como uma situação de bem-estar/prazer, um momento de ternura. Dessa forma, as relações afetivas entre os RN e seus pais são extremamente prazerosas, pois é por meio do contato, do olhar, do choro e do aconchego que a criança se relaciona, constituindo a origem principal do bem-estar, segurança e afetividade.

> *Pra mim, eu acho que foi maravilhoso e, faz parte, eu acho que ajuda muito o bebê, né /.../ Pela proteção, carinho, né? Eu acho que eles precisam disso, tão bom assim. (P11).*

Cabe destacar que o Método Canguru é uma assistência neonatal que requer o contato precoce entre a mãe e o neonato, de forma crescente e prazerosa. Permite maior participação dos pais no cuidado de seu bebê e intenciona o contato pele a pele dos genitores com o RN que, se praticado, proporcionará maior ligação entre todos. A participação do pai nesse momento é de extrema importância, pois irá estimular o convívio com o bebê, fortalecendo cada vez mais o vínculo afetivo entre ambos.

> *Ah, eu me senti bem, porque eu estava ali podendo confortar ele um pouco, pelo menos um pouquinho, né? Então eu me senti bem, me senti confortável. (P4)*

Uma das entrevistadas destacou o quão doloroso considera a coleta de sangue para exames, o que corrobora os resultados obtidos por Cignacco et al. (2007) em estudo retrospectivo que examinou a exposição processual e a dor em prematuros com idade média de 29,7 semanas de gestação, durante os primeiros 14 dias de vida. Com base em dados obtidos por meio da escala visual analógica usada pelos enfermeiros e lista padronizada de procedimentos pela unidade para a avaliação da dor, os autores verificaram que a punção de calcâneo é um dos procedimentos mais dolorosos, superado apenas pela aspiração endotraqueal. No entanto, para a mãe que destacou a dor inerente ao procedimento da coleta de sangue, o contato pele a pele pode trazer conforto neste momento. Vejamos sua fala:

> *...eu achei assim um método muito legal mesmo, da gente poder pegar enquanto estão fazendo algum exame, ainda mais assim exame de sangue que é mais doloroso, achei muito interessante. (P13)*

Contrastando com essa fala, outra mãe considerou rápida a coleta do teste do pezinho na presença de contato pele a pele, em comparação à vivência com o filho anterior. Tal percepção complementa a dimensão analisada e os dados obtidos no estudo de Castral (2007), o qual constatou que a duração média da coleta do teste do pezinho foi significativamente (p=0,014) menor no grupo experimental submetido ao contato pele a pele por 15 minutos antes e durante todo o procedimento (4,8 ± 3,0 minutos), em comparação com o grupo controle que manteve o prematuro no berço ou na incubadora durante todo o procedimento (6,0 ± 3,0 minutos). A autora considera que tal achado decorre do posicionamento do bebê na posição vertical e da possível manutenção do calcâneo aquecido pelo calor materno, facilitando a coleta de sangue.

> *Aí ficar em contato pele a pele com ela, é assim diferente, por que do primeiro não teve isso /.../ Ah {_} me senti assim, me senti satisfeita {_}, não tenho palavras* (mãe emocionada) */.../ Aí não tem palavras, é diferente, não tem como eu explicar, mas é diferente, foi rápido, diferente. (P15)*

Cabe destacar que, para cinco mães, essa vivência foi a primeira oportunidade de um contato mais próximo com o filho, conforme relatos:

> *Ai, O que eu posso te falar, é uma coisa assim, que eu não tinha passado nunca, né? Ele é primeiro filho, mas foi uma coisa gostosa, você sentir ele assim* (em contato pele a pele)*, parece que ele está mais protegido, aí é uma coisa que não tem nem explicação. (P1)*

> *Então, eu nunca presenciei o teste do pezinho, ninguém fazendo, então eu não sabia como é, e é minha primeira filha, realmente eu não sei como que teria sido, eu sei que eu imaginava que fosse algo mais doloroso, assim pra criança, que fosse ficar mais incômodo por mais tempo, e realmente eu achei que ela não ficou tão incomodada depois do procedimento. (P2)*

> *Senti uma atração maior, porque eu ainda não tinha pegado ela assim, foi a primeira vez. (P7)*

> *... na hora do parto eu não pude nem ver ele* (RNPT) *direito e agora poder encostar em mim, sentir o pele a pele é muito bom muito gostoso* (risos)*. (P7)*

> *Do canguru sim, agora do pezinho, vacina é sempre eu que faço, eu prefiro eu* (mãe falando sobre a participação de momentos dolorosos com outros filhos) */.../ O canguru foi muito importante pra mim, ainda mais pela situação que ele está passando, ele está muito "fragilzinho" e eu não tive muito contato com ele, e o canguru parece que me deixou hoje melhor. /.../ desde o dia que você marcou comigo eu estava ansiosa pra chegar a hora. (P11)*

Nesse sentido, poucos estudos abordam o aspecto da percepção da dor em relação ao filho, principalmente em se tratando de situações em que a mãe, por si só, representa uma medida para alívio da dor. Assim, concordamos com Melo et al. (2014) quando afirmam que mesmo os hospitais escolas, de nível terciário, cujas práticas são fundamentadas em investigações científicas, não proporcionam este empoderamento às mães.

Em estudo qualitativo embasado na Teoria Fundamentada nos Dados e no Interacionismo Simbólico, com mães internadas junto aos filhos prematuros em unidade canguru, Caetano, Scochi e Angelo (2003) assinalam que a dinâmica familiar envolvendo o filho prematuro é permeada por condições que favorecem a vivência da família. A mãe, o pai e os familiares vivem o método compartilhando a experiência, o que proporciona circunstâncias favoráveis ao casal para lidar com as consequências da prematuridade e as interferências inerentes a nesse processo. Em tais situações, o Método Canguru propicia à família estar perto e acompanhar a evolução do filho, tendo a possibilidade de aprender a dele cuidar e estar junto a ele.

PELE A PELE TRANQUILIZA E ACALMA O BEBÊ E A MÃE

As mães verbalizaram a respeito de como perceberam seus bebês em contato pele a pele, ressaltando a tranquilidade e a calma transmitidas antes e durante a coleta do teste do pezinho. Afirmaram ainda que tal interação desencadeia comportamentos maternos de corregulação que também as deixam mais calmas e tranquilas. Essa percepção pode ser observada nos seguintes trechos:

> *Você vê que ele fica mais calmo, que ele deitou, e começou já até cochilar, foi uma experiência gostosa. /.../ Porque parece que ele está se sentindo mais calmo... (P1)*

> *... muito rápido ela se acalmou, antes dela fazer* (o procedimento) *ela já estava chorando, já estava um pouquinho nervosa, um pouquinho irritada,*

> *aí ela acalmou, aí a gente começou a fazer o teste, e logo assim depois que terminou ela já acalmou de novo mais rápido, né, e ficou "sossegadinha" ali durante uns 15 minutos dormindo, bem tranquila, passando um sentimento de paz mesmo. (P2)*
>
> *Bom, ele ficou bem agitado, né? Pelo que a gente viu ele ficou bem agitado, ele chorou bastante, mas quando eu comecei a conversar com ele, ele acalmou um pouco, então eu acho que isso pôde ajudar sim um pouco ele. (P3)*

Apesar dos resultados de pesquisas que mostram a efetividade do contato pele a pele no alívio da dor, corroborados pelo nosso estudo na perspectiva da vivência materna, o mecanismo desta analgesia permanece pouco explorado, sendo apontadas ações na regulação do estado de organização do RN (LUDINGTON-HOE et al., 2000), além de efeitos do toque e reconhecimento da voz materna pelo neonato (DeCASPER; SPENCE, 1986).

Montanholi (2014), em ensaio clínico de equivalência randomizado controlado com 80 RN a termo submetidos a duas punções de calcâneo para coleta de glicemia capilar nas primeiras 24 horas de vida, avaliou as ações de autorregulação/autoconforto nos dois grupos: tratamento (pele a pele três minutos antes, durante e após a punção de calcâneo) e controle positivo/ativo (administração oral de sacarose à 25% dois minutos antes da punção); no primeiro grupo também foram observados os comportamentos de conforto neonatal oferecidos pelas próprias mães durante o procedimento doloroso. As quatro ações de autorregulação do RN investigadas pela autora foram: levar as mãos à boca; sugar dedo, mão/punho ou língua; reflexo de busca e atenção à voz/face materna, sendo que essa última foi observada apenas no grupo em que o bebê se encontrava em pele a pele com a mãe. Entre essas ações analisadas, levar a mão à boca e sugar dedo/mão/punho/língua manifestaram-se em maior frequência e por maior tempo em todas as fases da coleta nas duas punções de calcâneo e em ambos os grupos de bebês. Entre as mães do grupo pele a pele, houve maior frequência de ocorrência das ações acariciar o bebê em todas as fases, seguidas do abraçar; as ações conversar, balançar e beijar o RN também estiveram presentes em todas as fases do procedimento, mas em menor prevalência.

Leite (2005), em ensaio clínico randomizado, também estudou o comportamento de autorregulação neonatal de 60 RN submetidos ao teste do

pezinho. A autora observou que o grupo controle permaneceu no colo materno, sem amamentar, e o grupo experimental mamou durante o exame. Os resultados mostraram, significativamente, maior número de manifestações de compensação (sugar as mãos) nos RN do grupo controle do que no experimental. Quanto ao comportamento materno, a autora solicitou às mães que procurassem não tocar nos membros e na face do bebê para não comprometer a filmagem que objetivava a visualização e avaliação do comportamento do RN; no entanto, percebeu que atingir tal intenção foi impossível, pois não se consegue cercear o comportamento materno durante situação de dor e estresse do filho. Tais comportamentos e atitudes maternas referiram-se a movimentos de embalar o RN e verbalizações de frases para seu conforto, realizadas pelas mães de ambos os grupos, incluindo o estímulo de sucção da mama entre aquelas do grupo experimental. A necessidade de transmitir o afeto ao filho dessas maneiras está presente no fragmento de fala abaixo:

> *Pra filho assim* (prematuro)*, parece que sente que é a gente e fica mais tranquilo, eu sinto que eles ficam mais tranquilos perto assim, eles mudam até de cor, porque na hora que pega ele* (retira da incubadora) *tá vermelhinho, na hora que encosta assim ele já vai dando aquela cor normal, ... aí na hora que encosta* (no pele a pele com a mãe) *ele já fica bem coradinho. /.../ Eu sinto que ele fica mais tranquilo, bem mais tranquilo porque quando ele está lá* (na incubadora) *parece que ele fica bem mais agitado, aí na hora que encosta fica pele a pele assim fica bem mais tranquilo. (P7)*

A percepção de algumas mães quanto ao fato de o prematuro ficar mais corado quando por elas consolado corrobora os resultados de estudos que têm apontado que o Método Canguru melhora a respiração e pode ser usado com segurança e eficiência em pré-termo de baixo peso. Outras respostas fisiológicas são assinaladas, como diminuição da frequência de apneias e dos episódios de bradicardia, até o aumento da oxigenação (BAUER et al., 1997; CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999).

Os benefícios da posição canguru relacionados à respiração também estão descritos, como a melhora da oxigenação em bebês com disfunção respiratória, que parece residir em efeitos nas relações ventilação-perfusão, volumes e capacidades pulmonares (KORNECKI et al., 2001).

Almeida; Almeida e Forti (2007), Gazzolo, Masetti e Meli (2000) e

Miltersteiner et al. (2003) constataram aumento da oxigenação tecidual após aplicação do Método Canguru, fato decorrente, segundo os autores, da posição confortável e do estado calmo do bebê em contato com a mãe reduzirem o consumo de oxigênio.

Ademais, sobre os aspectos clínicos é possível observar o quanto a posição canguru auxilia no favorecimento das respostas fisiológicas, como melhora do controle térmico, na manutenção da frequência respiratória, oxigenação e no desenvolvimento do prematuro. Em nosso estudo, alguns benefícios foram destacados pelas mães:

> *Eu acho que ela ficou mais calma, porque das outras vezes, eu acho que ela até chorou mais um pouquinho, dessa vez eu acho que foi só na hora da picadinha depois ela já parou, acho que ficou até mais calminha. (P8)*
>
> *Para mim, eu acho que traz segurança pra ela, desde neném, porque a gente sempre pensa, não sei, quando a gente é criança a gente quando sente dor, sente medo a gente pede sempre o pai e a mãe, né? Então, eu acho que fazer esse tipo de contato com eles desde agora vai trazer segurança pra eles na vida, então eu acho que pra mim eu quis participar por causa disso e eu acho importante também a gente ter esse contato com o bebê pra ele sentir que a gente tá ali pra proteger né, cuidar e proteger. (P9)*
>
> *Achei assim que foi tranquilo {_} pra ele também, porque geralmente criança chora, porque dói né, mas ele ficou quietinho, ficou calmo, eu também fiquei tranquila, foi diferente, é diferente de você ver outra pessoa colhendo, e ele no meu colo colhendo, então parece que eu aconcheguei ele, então eu senti uma tranquilidade também, ele ficou bem calminho. (P10)*
>
> *Bom, eu acho que acalma /.../ O sentimento de amor, carinho, essas coisas passam tudo ali, eu acho que isso faz ficar mais tranquilo mais aliviado nesse procedimento /.../ Eu acho que assim, esse Método Canguru me deixou mais tranquila do que se ela fosse ficar de outra forma, eu acho que deu uma aliviada maior. (P12)*
>
> *Para mim, foi mais tranquilo, né? Porque quando você só pega no colo ou dá pra alguém fica mais angustiante e chora mais né, e assim* (em pele a pele) *até ela fica mais tranquila /.../ Aí, pra mim, eu também fiquei mais tranquila, porque a sensação que dá é que dói, aí eu falei nossa vai doer então, porque é uma agulha né, aí espreme o pezinho, mas eu fiquei tranquila. (P13)*
>
> *... a gente fica mais calma, e ele* (RNPT) *chorou um pouquinho, né? Mas ele ficou mais calminho... (P14)*
>
> *Acho que a criança fica mais calma né, fica mais calminha e não chora, e o primeiro já não teve isso. (P15)*

Está, portanto, amplamente documentado que o contato pele a pele acalma o bebê e a mãe, que entra em sintonia única proporcionada por esse momento; também auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e na respiração da criança; reduz o choro e o estresse do RN, com menor perda de energia e o mantém aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (ALMEIDA; MARTINS-FILHO, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Nesse sentido, as mães discorreram sobre a segurança que sentem e a que proporcionam ao prematuro por meio do contato pele a pele. Vejamos:

> *Ah, eu acho que, na verdade, ele* (RNPT) *sentiu uma segurança, porque ele sentiu que estava no colo da mãe /.../ e então eu tive aquela sensação que eu estava protegendo ele /.../ fiquei tranquila, e tive segurança, achei legal assim eu não senti medo não, me senti bem à vontade mesmo /.../ Na verdade, ele se sentiu mesmo seguro, certa segurança, estava tranquilo, foi bom. (P10)*
>
> *Eu não tinha passado ainda não* (experiência de acompanhar o bebê durante procedimento doloroso)*, mas eu acho que eles ficam mais seguros, você sente que eles choram um pouquinho, mas depois ficam mais seguros, porque, em seguida, você já está ali, junto, né? Dá mais carinho pra ele. (P11)*
>
> *Ah, segurança! Senti-me bem segura mesmo assim, porque a gente fica calma, acho que passa pra ela* (RNPT) *também, né? Aí ela não fica tão agitada. (P13)*
>
> *Eu prefiro assim, porque eu acho que o bebê fica mais seguro também, e a gente eu acho que fica menos aflita, né? Como vai furar e tudo... Acho que passa mais segurança para o neném também né, ele estando com a gente assim, em nosso colo do jeito que ele está ele logo já dormiu já (risos) /.../ eu acho que é bem melhor ficar em contato com o neném, eu acho que isso estressa menos o neném, né? Passa mais segurança, eu prefiro assim, esse método que estão fazendo agora /.../ Eu acho que a dor é igual, pra mim pode ser igual, eu acho que é igual a dor, mas a segurança é diferente do que se ele estivesse deitado no berço, porque como nós estamos no modo canguru, e conversando, fazendo carinho é diferente, eu acho que passa mais uma segurança para o neném, mas eu acho que a dor pode ser a mesma. (P14)*

Apenas uma mãe não considerou que o contato pele a pele promovesse alívio da dor durante o teste do pezinho, embora tenha valorizado essa experiência que, segundo ela, gera segurança tanto para a mãe quanto ao bebê.

> *Aí foi bom! Eu acho que eu passei segurança para ela, né? É isso. (P15)*

A realização precoce do contato pele a pele mãe-filho em sala de parto “transmite para a mãe tranquilidade e segurança, pois, neste momento, ela pode sentir, ver, segurar o seu bebê, e toda a ansiedade e curiosidade pode ser sanada”, como citado por (BARBOSA et al., 2010). No entanto, nos momentos da realização de procedimentos dolorosos aos neonatos, a transmissão de tranquilidade também se faz presente, pois uma mãe segura passa esse sentimento ao filho e sente a reciprocidade de todo esse envolvimento, conforme verbalizado por algumas participantes.

Nesse sentido, a segurança propiciada pelo contato pele a pele decorre da troca de afetividade entre mãe e filho, tranquilizando-os. Embora estejamos tratando da vivência materna em contato pele a pele como uma intervenção pontual, por 15 minutos antes e durante a coleta do teste do pezinho, cabe mencionarmos os amplos benefícios do Método Canguru: contribui para a organização comportamental, regulação da emoção e estado de sono e vigília (FELDMAN et al., 2002b); melhora a estabilidade cardiorrespiratória e a termorregulação do bebê (BRASIL, 1999;LUDINGTON-HOE et al., 2000); favorece o vínculo mãe-filho (CHARPAK et al., 2005), entre outras vantagens.

Esta prática, além de baratear os custos da assistência, favorece a construção do vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento, além de reduzir os níveis de infecções cruzadas decorrentes da permanência de mais de um bebê por incubadora (BRASIL, 2009a; FEFERBAUM; FALCÃO, 2005).

Segundo Katakura et al. (2010), o Método Canguru insere-se em uma estratégia de cuidado neonatal composta por princípios de humanização, na qual mãe e filho permanecem em contato pele a pele durante o maior tempo possível, proporcionando vínculo afetivo entre ambos e privilegiando a amamentação.

Outros estudos também abordam vantagens do Método Canguru: aumento do vínculo afetivo mãe-filho; redução do período de internação; maior competência e ampla confiança dos pais ao manusearem o filho, mesmo após a alta hospitalar; melhor controle térmico; redução do número de bebês em unidades de cuidados intermediários, devido à maior rotatividade dos leitos; melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; diminuição de infecções hospitalares; redução da permanência hospitalar; e estimulação do aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração da amamentação (KATAKURA et al., 2010; BRASIL, 2009b; CARDOSO; SOUTO;OLIVEIRA, 2006).

Além disso, como já citado anteriormente, o Método Canguru estimula o aleitamento materno, pois favorece o fortalecimento do vínculo afetivo entre o binômio, promovendo ganho de peso ponderal ao bebê (CASATI; OLIVEIRA; PAULA, 2010). A posição canguru permite ainda que a mãe transmita a seu filho calor, amor e alimentação ideal. Isto é particularmente importante entre os bebês de alto risco, pois a separação entre mãe e filho, decorrente da instabilidade hemodinâmica deste, pode repercutir de forma negativa na prática da amamentação, no vínculo afetivo e nos fenômenos dependentes da interação entre ambos (BRITO, 2008).

De acordo com Casati, Oliveira e Paula (2010), o envolvimento de toda a família no cuidado do RNPT contribui para que a mãe consiga melhor administrar os conflitos externos, podendo se dedicar ao bebê, proporcionando, assim, longos períodos de contato pele a pele e desenvolvendo habilidades para amamentá-lo e manter o aleitamento exclusivo após a alta.

Spehar e Seidl (2013) realizaram estudo com o objetivo de descrever a realização da posição canguru e as práticas de amamentação, bem como avaliar a percepção de autoeficácia quanto aos cuidados e à interação com o neonato, ao longo das três etapas do Método Canguru, com puérperas de prematuros. O estudo foi conduzido por meio de entrevista e do uso de uma escala para avaliação de autoeficácia materna. As mães expressaram satisfação e tranquilidade transmitida ao bebê com a realização da posição canguru quando ele estava na UTIN; também verbalizaram sua pretensão de dar continuidade à posição em domicílio e a tranquilidade que possuem para tanto, visto que já eram adeptas ao canguru em ambiente hospitalar.

CONTATO MATERNO PELE A PELE ALIVIA A DOR DO PREMATURO

As entrevistadas reconheceram o efeito do contato pele a pele no alívio da dor do filho prematuro decorrente do teste do pezinho por meio da tranquilidade do bebê, expressa pela redução do choro durante a punção, e/ou sua recuperação mais rápida.

> *Eu achei que ele se recuperou mais rápido porque, assim que acabou o procedimento, e eu conversei com ele, ele parou de chorar. /.../ Porque*

acalmou ele, ele se recuperou mais rápido, ele parou de chorar quando eu comecei a conversar com ele. (P3)

Ah, foi bem tranquilo porque eu pude, eu sei que eu pude amenizar a dor dele, ficou bem tranquilinho, não chorou muito. /.../ Eu senti que eu pude confortar ele né, durante o teste, porque assim ele pôde sentir menos dor. /.../ Nunca vi nenhum procedimento doloroso, mas assim, ele chorou só um pouquinho, então pude perceber que pelo contato da pele ele sentiu menos dor mesmo. /.../ Por que é rapidinho, o teste só dá aquela furadinha ali e o bebê está no pele a pele comigo então ele chorou só um pouquinho, doeu menos, teve pouquinha dor, então isso me tranquiliza. (P4)

... Ele chorou menos, eu senti que ele sentiu menos dor. (P6)

...achei que ele (bebê) ficou com menos dor, chorou menos do que quando vai lá picar ele, fazer teste de glicemia, sabe? Achei que agora ele ficou bem menos, chorou menos. (P7)

...você viu que ela nem chorou muito, deu só um chorinho, acho que porque sente mesmo (presença da mãe)*, mas eu acho que traz segurança desde agora acho que é muito importante pra vida da pessoa depois. (P9)*

Eu achei que ele não sentiu dor /.../ Não até porque ele ficou bem calminho, a única coisa que na hora da agulha ele deu uma puxadinha, mas eu acho que isso é natural mesmo porque estava segurando o braço dele, mas eu acho que ele sentiu menos dor, eu já vi assim fazer outro tipo de exame e chorar sabe, e não estava no meu colo e chorou bastante, mas eu achei que aliviou sim, deu certo eu gostei da experiência. (P10)

Eu senti... parece que é menos doloroso, você passa mais carinho pra eles né, mais segurança, não sei, acho que é muito importante, sempre achei, em todos os tipos de exame /.../ Aí eu acho que não é tanta dor, é rápido o exame, mas não deixa de doer, mas foi, é tranquilo. (P11)

Em pesquisa convergente-assistencial, cujo objetivo foi elaborar, em conjunto com membros da equipe de enfermagem (16 profissionais), uma proposta de protocolo de cuidados baseada em métodos não farmacológicos para o manejo do desconforto e da dor no RN internado na UTIN de um hospital universitário, os dados foram coletados em duas etapas: primeiramente num processo educativo-reflexivo e, em seguida, por meio da observação participante nos diferentes turnos de trabalho da equipe de enfermagem. Durante o processo de construção coletiva do protocolo, os profissionais da referida equipe tiveram a oportunidade de repensar a prática do cuidado e aprofundar seus conhecimentos a respeito do tema. Eles listaram alguns cuidados com propostas de protocolo para o manejo do desconforto e da dor do RN internado em UTIN: os procedimentos aos RN serem executados por duas pessoas; os cuidados com RN de peso 1.000g devem incluir a contenção

durante o procedimento e não a oferta de sacarose, estimulação e auxílio dos pais na retirada do RN da incubadora, evitando sua desorganização e, quando da realização da avaliação da dor, a partir da escala apropriada e o escore da dor maior que 4, descrever a intervenção utilizada e reavaliar após 30 minutos, registrando sempre o resultado. Os profissionais também mencionaram procedimentos invasivos e condutas a serem tomadas e suas justificativas para minimizar o desconforto e a dor no RN, entre eles a punção arterial/venosa. Constou das condutas apontadas a promoção do contato pele a pele, com a justificativa de menor tempo de choro durante a realização do procedimento e expressão facial mais tranquila durante e após a intervenção. Este achado foi explicado pela liberação de opioides endógenos, levando a uma ação analgésica (CORDEIRO; COSTA, 2014).

> *Ela* (RNPT) *não chorou muito e passei segurança para ela /.../ Aí ela chorou menos, praticamente nem chorou, foi rápido, não sofreu tanto, porque parece que quando não tem o contato parece que sofre um pouco mais a criança. /.../ não tem palavras para eu explicar, mas é diferente, eu sei que não é a mesma coisa, no contato pele a pele não sofre tanto, agora sem esse contato eu acho que sofre um pouco mais, sei lá não sei se a dor é diferente... (P15)*

> *Pra mim, eu vejo que ele* (RNPT) *chora menos, que ele está em nosso colo, então a gente pode, dar mais carinho e tudo, conversar, eu acho que é melhor, ele já até ficou quietinho e dormiu logo em seguida, entendeu /.../ ele chorou bem menos, do que talvez ele estivesse deitado no bercinho do que comigo, como eu conversei, fiz carinho, então ele já terminou de chorar logo, e ele só chorou um pouquinho mais porque eu acho segurou o pé e espremeu entendeu, então isso já é diferente para o neném, às vezes ele pode ficar um pouquinho mais agitadinho... (P14)*

Paradoxalmente, essa última mãe considerou que a dor era a mesma com ou sem o contato pele a pele, embora tenha valorizado essa experiência capaz de reduzir o choro do prematuro pela interação e pelos comportamentos maternos de conforto que promovem segurança ao filho.

> *Eu acho que a dor é igual, pra mim pode ser igual, eu acho que é igual a dor, mas a segurança é diferente do que se ele estivesse deitado no berço, porque como nós estamos no modo canguru, e conversando, fazendo carinho é diferente, eu acho que passa mais uma segurança para o neném, mas eu acho que a dor pode ser a mesma. (P14)*

Aponta-se que uma das maiores dificuldades na avaliação da dor é a

ausência de linguagem verbal, dependendo, portanto, de como os cuidadores captam e interpretam os sinais não verbais (HALIMAA; VEHVILÄINEN-JULKNEM; HEINONEM, 2001). Ainda, a maturidade e as experiências prévias em UTIN são fatores determinantes para o nível de reatividade apresentado pelos RNPT (GOUBET; CLIFTON; SHAH, 2001).

O choro do neonato, de maneira geral, apresenta uma fase expiratória definida, seguida por breve inspiração, período de descanso e, de novo, fase expiratória. Além disso, possui padrão melódico e frequência de 80dB. No entanto, diante de estímulo doloroso, ocorrem alterações sutis nos parâmetros descritos: a fase expiratória torna-se mais prolongada, a tonalidade mais aguda, há perda do padrão melódico e a duração do choro aumenta. Tais achados parecem indicar que existe, realmente, um choro específico de dor, para o qual se atribui outra "letra” do alfabeto, mas, isoladamente, esse dado não fornece informações suficientes para a decisão clínica a respeito da necessidade de analgesia (GUINSBURG, 1999).

Embora o choro não represente um sinal específico de dor porque também pode estar presente em situações de estresse não doloroso, as mães interpretam o alívio da dor do filho durante o teste do pezinho principalmente por meio de sua redução. Por outro lado, pesquisas comprovam que tanto a frequência quanto a duração do choro são significativamente menores entre os bebês submetidos ao contato pele a pele, em comparação com o grupo controle ou aqueles submetidos a outras intervenções.

Pesquisa de revisão sobre o efeito do contato pele a pele isolado para procedimentos dolorosos, que analisou os resultados de 19 estudos, identificou que quatro deles incluíram a duração do choro como um dos desfechos, sendo observada redução de 19 a 0,73 segundos nos grupos que utilizaram o contato pele a pele, ainda que essa diferença não tenha sido estatisticamente significante (JOHNSTON et al., 2014).

Além disso, Kostandy et al. (2008), em estudo piloto do tipo cross-over, que analisou o efeito do cuidado canguru na resposta do choro de dez prematuros submetidos à punção de calcâneo, identificaram que o tempo de choro diferiu nas fases basal, aquecimento do calcâneo, punção e recuperação em ambas as sequências randomizadas: receber o contato pele a pele por 30 minutos antes do procedimento no dia 1 e permanecer em incubadora no dia 2; ou receber o mesmo

tratamento no dia 2 e permanecer em incubadora no dia 1 ($p \leq 0,0001$). Quando comparado o grupo que recebeu o cuidado canguru com aquele que permaneceu na incubadora, houve menor duração de choro nas fases punção ($p=0,001$) e recuperação ($p=0,001$).

Ludington-Hoe, Hosseini e Torowicz (2005) realizaram estudo experimental randomizado com 24 RNPT: um grupo permanecia três horas em canguru e submetido à coleta de glicemia nesse período e, a seguir, era colocado em incubadora aquecida por mais três horas; o outro grupo era submetido às mesmas condições de tratamento na ordem inversa. A duração do tempo de choro foi menor na condição de contato pele a pele do que na incubadora, e os RNPT retornaram rapidamente ao estado de sono profundo durante o contato pele a pele, enquanto aqueles em incubadora permaneceram em sono ativo ou sonolentos.

Ao comparar o grupo de 31 RNPT submetidos ao contato materno pele a pele por 15 minutos, antes e durante todo o procedimento do teste do pezinho, com o grupo controle constituído por 28 RNPT mantidos no berço ou na incubadora durante o procedimento, sem contato pele a pele Castral (2007) e Castral et al. (2008) também constataram que o tempo médio de choro diferiu significativamente entre os grupos, sendo maior no controle (4,01 minutos) do que no experimental (2,51 minutos), o que representou uma redução de 37,4%.

Em nosso estudo, o alívio da dor durante o teste do pezinho também foi percebido pelas mães por meio da redução de outras manifestações comportamentais, além do choro, como a mímica facial e a movimentação corporal. As falas abaixo trazem essa percepção materna:

> *Ah, foi a expressão dele, ele ficou bem tranquilo, não franziu a testinha, ele ficou calminho, não se mexeu no meu corpo, ele ficou paradinho, me fez sentir que ele não sentiu dor sabe, porque geralmente quando a criança sente dor ela já encolhe, já chora, ele ficou tranquilo, na dele, nem encolheu... (P10)*

> *Acho que ela ficou bem tranquila assim, dormiu, não chorou, não apresentou {_} nem fez uma caretinha de dor, nem nada. Acho que é isso /.../ Ela não chorou, não fez caretinha, nem nada, eu acho que ela estava bem tranquila mesmo. (P12)*

> *Porque estava no meu colo né, fazendo canguru, eu acho assim é um método bem melhor né, que ela nem chora nem nada nem se mexe /.../ Ela ficou quietinha, como se estivesse dormindo mesmo sabe, não teve nenhuma outra reação de choro, ou fazer aquelas carinhas assim, sabe, tipo está incomodada, nada disso. (P13)*

Uma vez que a dor é um fenômeno complexo e subjetivo, que depende das experiências prévias e individuais, o padrão-ouro para mensurá-la seria o autorrelato (HODGINS, 2002). Há, porém, situações em que esse indicador pode estar inviabilizado por: a) população muito jovem (menor que 4 anos), que ainda não compreende o uso das escalas de autorrelato; b) altos níveis de aflição que inviabilizam o autorrelato; c) comprometimento das habilidades cognitivas e comunicativas; d) restrição física, paralisia por uso de drogas ou ventilação mecânica; e) população em que a descrição por autorrelato pode ser considerada exagerada, minimizada ou irreal para as condições cognitivas, emocionais e fatores situacionais. Assim, uma avaliação que considere a análise prévia dos comportamentos se faz necessária. Identificam-se, na literatura, 20 escalas de dor observacionais que incluem comportamentos de mímica facial ou movimentos corporais, além do choro. Apesar de as mães participantes do estudo não se referirem ao uso de uma escala específica, elas reconheceram que tais parâmetros indicam a efetividade do contato pele a pele no alívio da dor (VON BAEYER; SPAGRUD, 2007).

Pesquisa de revisão que buscou avaliar a efetividade do contato pele a pele para o alívio da dor em neonatos identificou que os escores da escala PIPP, a qual inclui três ações faciais (fronte saliente, olhos apertados e sulco nasolabial), além do estado de alerta, foram utilizados como variável-desfecho em cinco estudos para avaliar a resposta à dor 30 segundos após a punção de calcâneo e em três estudos para a resposta após 60, 90 e 120 segundos. Já os escores da escala *Neonatal Facial Coding System* (NFCS), a qual é composta por oito ações faciais, foram usados por apenas um estudo para avaliar a dor durante a punção de calcâneo e também durante a fase de recuperação. Essas investigações mostraram-se favoráveis à redução dos escores nos grupos que utilizaram o contato pele a pele como intervenção para alívio da dor (JOHNSTON et al., 2014).

Em relação à recuperação mais rápida, Johnston et al. (2008), em pesquisa para determinar a eficácia do cuidado canguru na diminuição da resposta da dor de RN muito prematuros, identificaram que após 90 segundos da punção de calcâneo o escore da *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) no grupo que recebeu o contato pele a pele por 15 minutos antes e durante o procedimento foi estatisticamente menor ($p<0,001$) que no grupo que permaneceu na incubadora envolvido em um cobertor. Além disso, o tempo de recuperação foi

significativamente menor 1 minuto depois do procedimento (123 segundos para o grupo experimental - IC95% 103-142; e 193 segundos para o grupo controle - IC95% 158-227). E quanto às ações faciais fronte saliente, olhos apertados e sulco nasolabial, foram menores no grupo experimental nos períodos 30, 60,90 e 120 segundos após a punção. Assim, os autores concluem que mesmo os muito prematuros possuem mecanismos endógenos para a recuperação da dor, apesar de não parecerem tão potentes quanto nos prematuros de maior idade gestacional. Ressaltam que essas diferenças entre os grupos na recuperação são clinicamente importantes e colaboram para a homeostase.

No presente estudo, algumas mães compararam o comportamento atual do prematuro ao manifestado em outra exposição a procedimento doloroso, sem o contato pele a pele, ou com a reatividade de outro filho.

> */.../ Eu estava meio que do lado pra pegar um acesso* (punção venosa para coleta de sangue)*, aí eu achei que ela chorou bastante /.../ teve uma diferença maior. (P12)*

> *Então, eu já vi quando vem pra colher sangue, nossa ela esperneia demais, é tanto assim que as enfermeiras até demoram pra achar veia sabe, ela chora que fica assim até sem fôlego, aí você fica assim até angustiada, né /.../ Na incubadora é diferente, porque não tem como você passar a mão para acalmar, falar alguma coisa, porque elas* (as enfermeiras) *ficam em cima tirando sangue, né? Com a gente não, você está aqui, você conversa, faz um carinho, e ela nem percebe que está sendo furada, né? Então muito bom /.../ Porque dá mais uma segurança, pra ela se sente mais confortável, porque ali (em incubadora) é como se eu não estivesse com ela, dando apoio para ela, então acho que é por isso que ela chora mais, fica mais assim inquieta /.../ aí quando está comigo é mais fácil, ela não chora, você pode mexer nela que ela nem se mexe. E na incubadora, quando você vai abrir a fralda, ela já começa a chorar. (P13)*

> *Aí eu achei que foi melhor assim, porque eu fiz do meu primeiro filho não teve esse contato aí eu achei que ele chorou mais, agora ela não, achei que foi bem tranquilo. (P15)*

As falas acima legitimam os estudos aqui mencionados e ressaltam que os filhos por elas comparados não tiveram a oportunidade de receber o contato pele a pele para o manejo da dor, ao contrário dos bebês participantes da pesquisa. Por outro lado, cabe a ressalva apontada por Vinall e Grunau (2014), no sentido de que a dor pode se configurar diferentemente de acordo com cada prematuro e situação.

Segundo Vinall e Grunau (2014) maioria dos prematuros extremos (24 a

32 semanas) atualmente sobrevivem. No entanto, em longo prazo problemas neurodesenvolvimentais e comportamentais são preocupações a serem levantadas. Os neonatos logo cedo possuem circuitos nociceptivos necessários para perceber a dor, no entanto, os seus sistemas sensoriais são funcionalmente imaturos, provocando consequentemente um desequilíbrio de processos inibitórios contra os excitatórios o que conduz a um aumento nociceptivo na sinalização do sistema nervoso central. Um desequilíbrio de processos excitatórios *versus* inibitórios conduz a um aumento de sinalização nociceptiva no sistema nervoso central. Maior exposição ao estresse relacionado com dor neonatal tem sido associada com níveis microestrutura cerebral e hormônio do estresse alterados, bem como neurodesenvolvimento comportamental, cognitivo e motor, “mais pobres” em lactentes e crianças nascidas muito prematuras.

De fato, o contato pele a pele contribui para o efeito de analgesia em procedimentos dolorosos realizados em RNPT, pois acalma o bebê, reduz o nível de estresse e os sinais comportamentais de desconforto e está associado à diminuição do choro em resposta à dor, como relatado em diversas falas maternas. Para Freire, Garcia e Lamy (2008), uma possível explicação para a redução álgica pela realização da posição canguru seria a organização comportamental promovida pelo contato pele a pele devido à posição na qual o bebê é colocado contra o tórax da mãe, estimulando o sono profundo e a termorregulação.

Acresce-se a observação de Kostandy et al. (2008), de que a resposta à dor em RNPT que permanecem em sono profundo parece ser minimizada. Segundo esses autores, os efeitos analgésicos promovidos pela posição canguru estão relacionados ao bloqueio da transmissão do estímulo nociceptivo pelas fibras aferentes ou pela inibição das fibras descendentes. O estímulo tátil contínuo fornecido pela posição canguru parece estar relacionado à ativação do sistema inibitório da dor por meio da modulação do sistema endógeno. A permanência na posição por 20 minutos altera o nível de cortisol no sangue do bebê e permite a liberação de betaendorfinas, assim reduzindo seu estresse. Além disso, a presença do contato materno promove a ativação do centro de dor a nível cortical (KOSTANDY et al., 2008).

Os sistemas tátil e olfatório são os primeiros a se desenvolver, ainda no intraútero. A posição canguru parece contribuir dando mais conforto ao bebê, uma vez que em contato com sua mãe ele é capaz de reconhecer o seu odor pela

semelhança com o leite materno. Assim, a percepção do cheiro da mãe pelo RN parece estar relacionada também à diminuição da dor (JOHNSTON et al., 2003; 2009).

Nesse sentido, as mães trouxeram compreensões acerca de alguns desses fatores que justificam ou contextualizam o alívio da dor em posição de contato pele a pele.

> *Porque ela se sente aconchegante, né* (em contato pele a pele)*, como se estivesse dentro da barriga, que ela sente meu cheiro, escuta minha voz, minha respiração, né? Fica assim tranquilinha. /.../ Porque é bem melhor, porque a gente passa uma segurança para a criança, porque enquanto ela* (RNPT) *está ali sentindo seu cheiro, sendo aconchegada, ela está se esquecendo do que estão mexendo com ela, porque é um momento muito único né. (P13)*

> *...ele* (RNPT) *estava no meu colo, ele estava de canguru, ele estava me sentindo, ele segurou o dedo da minha mão, eu acho que ele se sentiu mais seguro, eu fui conversando com ele, ele se acalma eu acho que quando escuta a voz da mãe, no contato que estava acho que ele fica mais calminho, eu fui conversando com ele... (P15)*

Para Gray, Watt e Blass (2000), em estudo que objetivou verificar a efetividade do contato pele a pele entre mãe e RN a termo para alívio da dor na punção de calcâneo, há uma redução do choro e da mímica facial no grupo de contato pele a pele em comparação àqueles sem intervenção, sugerindo que as ações de conforto maternas (como embalar, segurar firmemente o bebê contra o tórax e falar gentilmente com ele) mantêm as mães relaxadas, fato que dever considerado importante quando estão segurando seus filhos. Assim, o contato pode ser prazeroso para ambos.

Sob tal aspecto, no presente estudo observamos que as mães oferecem ações de conforto para seus filhos, como falar, acariciar e segurar, e reconhecem que essas ações transmitem segurança e contribuem para que o bebê chore menos, faça menos mímica facial e movimentação corporal, se acalme e, portanto, tenha alívio da dor aguda decorrente do procedimento.

CONTATO PELE A PELE INSERE A MÃE NO CUIDADO DO FILHO MESMO DURANTE PROCEDIMENTO DOLOROSO – RESGATA O PAPEL MATERNO

Outro aspecto importante verbalizado pelas entrevistadas refere-se ao resgate do papel materno, inserindo-as no cuidado do filho durante a hospitalização em unidades neonatais.

> *... na hora do parto eu não pude nem ver ele direito e agora poder encostar em mim, sentir o pele a pele é muito bom muito gostoso* (risos)*. /.../ Ah, é uma sensação boa sim, de mãe, sabe? (P7)*

Podemos observar, na fala abaixo, essa percepção materna do calor de seu corpo sendo transmitido ao seu bebê como um gesto de proteção.

> *Eu não sei se o carinho é tanto que faz a gente sentir isso, mas é uma coisa que não tem como explicar, é uma coisa que parece que você tá protegendo não sei, e você consegue transmitir isso pra ele, você percebe que ele chora, e ao mesmo tempo é um chorinho assim rápido, por que ele chega até te abraçar né, o calor passa de um para o outro /.../ Então eu fiquei esperando, agora hora que colocou ele lá de novo* (na incubadora)*, você já sente a falta. (P11)*

Além da proteção, em se tratando das questões fisiológicas, de fato o contato pele a pele contribui para estabilidade e manutenção da temperatura corporal. A temperatura corporal é o resultado do balanço entre os mecanismos de produção e eliminação do calor. No RN, sobretudo no pré-termo, pode ocorrer desequilíbrio desses mecanismos, com aumento nas perdas e limitação na produção. Quando nascidos prematuros, é relevante aos RN uma atenção diferenciada quanto à termorregulação, pois aqueles expostos à hipotermia aguda respondem com uma vasoconstricção periférica, causando metabolismo anaeróbio e acidose metabólica capazes de produzir constrição de vasos pulmonares, resultando na hipóxia, metabolismo anaeróbio e acidose adicionais. Prematuros, em especial os extremos, necessitam de cuidados intensivos com manuseio excessivo, o que pode dificultar ainda mais a estabilidade da temperatura corporal. Além disso, cuidados inadequados e condições anatomofisiológicas podem desencadear episódios de hipotermia (MACDONALD; SESHIA; MULLETT, 2007).

Assim, estratégias que previnam a perda de calor podem ter impacto na

morbidade e mortalidade do RN, especialmente do pré-termo, e têm potencial para melhorar seu prognóstico. A posição canguru, entre outras finalidades, visa mantê-los aquecidos (sem usar incubadora), favorecer a amamentação e o vínculo mãe-filho e diminuir o tempo de internação. Tem, portanto, sido utilizada com bons resultados no Brasil (BRASIL, 2012).

Em nosso estudo, os benefícios do método que proporciona contato pele a pele foram amplamente destacados pelas mães:

> *...estando em contato comigo, eu achei que ela* (RNPT) *ficou bem mais assim, se sentiu mais confiante, até mesmo a gente, que se a gente fosse se submeter a um procedimento a dor, ter alguém do lado eu acho que isso dá uma tranquilidade maior, e faz a pessoa se sentir mais confortável, acho que é isso mais confiante /.../ Eu achei que eu junto com ela, dá para me sentir também mais confiante e que foi um alívio pra ela estar comigo ali. (P12)*

Mesmo em situação de submissão do prematuro a procedimento doloroso, como o teste do pezinho, o contato pele a pele favorece a interação entre o binômio, com troca de afetividade.

Na humanização e personalização da assistência de enfermagem, é essencial o envolvimento para apreensão da percepção do outro. Maior êxito nas ações de enfermagem depende de uma interação eficaz e, nessa, a enfermeira atribui à comunicação significado mais amplo, possibilitando envolvimento, conhecimento do outro e segurança (OLIVEIRA et al., 2005).

Do ponto de vista do paradigma do ambiente como determinante da saúde, o cenário hospitalar constitui espaço de construção e consolidação do desenvolvimento da saúde. As ações preconizadas para humanização do cuidado neonatal referem-se ao respeito à individualidade, à garantia de tecnologia para recuperação e segurança do RN, ao acolhimento à família (ROLIM; CARDOSO, 2006).

O Cuidado Centrado na Família como estratégia de humanização é uma abordagem que reconhece a importância da família como cliente do cuidado, assegurando a participação de todos no planejamento das ações e revelando uma nova maneira de cuidar que abre possibilidades para que os próprios familiares definam seus problemas. O respeito pela individualidade da criança e de sua família é decisivo e representa um desafio contínuo nos serviços de saúde e também para seus profissionais, pois exige da equipe abertura e atenção às interações e ao

impacto das vivências, além de conhecimento acerca da dinâmica, crença, e das formas de adaptação da família a diferentes situações (FRANCK; CALLERY, 2004; MILBRATH et al., 2008).

Considerado um cuidado que reconhece a importância dos pais na vida dos RN e enfatiza o respeito, o apoio e a parceria entre a família e os profissionais de saúde, o Cuidado Centrado na Família é concebido como componente fundamental na esfera da assistência pediátrica, incluindo a fase neonatal (AZOULAY; SPRUNG, 2004; HORBAR; PLSEK; LEAHY, 2003; MALUSKY, 2005).

Esses componentes são percebidos pela mãe e, no presente estudo, foram expressos por algumas:

> *Não vi ainda nada assim, mas eu gostei o jeitinho que ele ficou (durante o contato pele a pele), a carinha, segurando a mãozinha em mim, é uma coisa diferente. (P1)*

> *A L...* (nome do bebê) *me traz muita paz né, olhar assim pra ela, é um misto de sentimento muito grande, porque se eu a vejo chorar eu quase choro junto, aí ela acalma, ela me passa muita paz, tranquilidade, então é um misto muito grande de sentimento assim, é quando tem mudança nela, né? Quando ela está calma, aí ela chora, aí ela fica calma de novo, passa pelas etapas do procedimento, com ela que é incrível, não tem como explicar direito isso não. (P2)*

A literatura também destaca esse resgate do papel materno, bem como os benefícios psicológicos do contato pele a pele para os pais, especialmente para a mãe do RNPT, como fortalecimento da interação e do apego entre pais e filhos RN, redução de sintomas maternos de depressão pós-parto, favorecimento da diminuição do estresse e da ansiedade materna e da percepção de dificuldade da mãe no que se refere ao cuidado do neonato, possibilitando o aumento da competência materna e o empoderamento dos genitores. Nessas situações, eles passam a se sentir mais sensíveis às demandas do filho (BRASIL, 2011b; HALL; KIRSTEN, 2008; LAMY et al., 2005; NYQVIST et al., 2010a; 2010b; MORI et al., 2010; TALLANDINI; SCALEMBRA, 2006).

As falas abaixo expressam essa sensação de empoderamento:

> *Eu me senti confortável pelo fato, como eu já disse eu pude acalentar ele, e eu senti que ele se sentiu bem de estar comigo também. (P3)*

> *Deu resultado, eu achei que ela ficou tranquila, você viu que eu fui*

> *conversando com ela, ela sentiu que eu tava ali, pelo menos eu acredito que seja assim, eu não sei* (risos)*. Mas eu achei que foi bem tranquilo, não senti dó assim, lógico a gente sente um pouquinho porque, tadinha, tá furando o pezinho e tudo, mas é uma coisa boa pra ela né, esse tipo de procedimento é uma coisa boa, e ela já é uma guerreira porque ela já tá lutando ali pra ir pra casa* (risos) *./.../ Justamente porque eu acredito que vai trazer bastante segurança pros meus filhos né, não só ela quanto eles, { } pra vida toda, eu quero que eles saibam que eu estou aqui pra cuidar, pra proteger, e eles sentirem que tem um contato comigo sempre. (P9)*

Em relação aos cuidados prestados pelas mães na UTIN, Costa, Arantes e Brito (2010) verificaram que a maioria delas desconhece a possibilidade de realizá-los, visto que durante as entrevistas não souberam relatar quais cuidados poderiam desenvolver, apesar de demonstrarem vontade de desempenhá-los. Identificaram também que a participação da mãe na assistência ao filho internado é limitada, e que muitas foram impedidas de entrar na unidade durante algum procedimento, como a simples troca de fraldas. Também não foi a elas oportunizado escolher participar ou não do que estava sendo feito com seus filhos. Já o contato pele a pele e o canguru sequer foram citados no estudo como formas de aproximação e segurança à mãe.

Nessa interação do contato pele a pele, a genitora desenvolve sentimento de segurança para cuidar do filho prematuro, o qual, por sua vez, também se sente mais seguro. Com base nos relatos maternos, é possível concluir que esse procedimento contribui de forma relevante para que elas adquiram autoeficácia em relação à interação e ao cuidado de seus filhos. Tais dados vão ao encontro dos achados de outros estudos (BRASIL, 2011b; DAVIN et al., 2009; HALL; KIRSTEN, 2008; LAMY et al., 2011).

No estudo de Costa, Arantes e Brito (2010), as mães afirmaram ser de extrema importância estarem próximas ao bebê, uma vez que teriam a possibilidade, além de estabelecer maior contato, de transmitir amor e carinho, o que, segundo elas, auxiliaria na minimização dos sentimentos de preocupação e ansiedade, entre outros.

Não é, no entanto, o que ocorre na unidade adotada como cenário para o presente estudo, fato observado pela restrição quanto aos horários de visita e em relação à realização dos cuidados ao neonato. Nesse sentido, algumas mães referiram-se a situações explícitas de restrição ao convívio com os filhos. Expressaram também satisfação durante os momentos em que eram autorizadas a

permanecer com eles:

> *... Eu fiquei mais segura, porque eu sentia um pouco de medo de pegar ele* (RNPT)*, machucar ele, dele estar desconfortável por causa das necessidades dele, então às vezes eu achava assim: ah, ele estando no bercinho na posição que ele gosta é melhor pra ele, mas devagar eu tenho que me adaptar e vai ser melhor pra ele e ele vai gostar, ele vai se sentir bem, então não é só no bercinho, na posição que ele está acostumado que ele vai ficar bem, ele tem que ter esse contato comigo, e agora, a partir de agora eu vou fazer isso com mais frequência. (P3)*
>
> *... eu senti {...}, e eu porque sou mãe dele, passei pra ele essa segurança e eu fiquei mais confortável segurando ele, então acredito que foi isso, ele sentiu que ele estava no meu colo e estava seguro, ... e eu segurei ele. (P10)*
>
> *Porque parece que deu uma separação de nós dois* (após nascimento do bebê)*, mesmo você estando ali, vendo ele ali na incubadora, mas não é a mesma coisa você ter o contato /.../ Muito bom! (P11)*
>
> *Porque é bem melhor, porque a gente passa uma segurança para a criança, porque enquanto ela* (RNPT) *está ... sendo aconchegada, ela está se esquecendo do que estão mexendo com ela, porque é um momento muito único, né /.../ É, eu acho que ela foca na mãe, do que quando está na incubadora, ela já fica daquele jeito "Ai meu Deus, então mexendo comigo, o que estão fazendo?" Assim, eu penso e quando está com a gente não, é diferente. (P13)*
>
> *...ele* (RNPT) *estava no meu colo, ... segurou o dedo da minha mão, eu acho que ele se sentiu mais seguro, eu fui conversando com ele, ... no contato que estava, acho que ele fica mais calminho, eu fui conversando com ele... (P15)*

As mães relataram ainda um misto de satisfação e contentamento ao sentirem seus bebês seguros, levando-nos a refletir sobre o papel materno nesse processo.

DESEJO DE REALIZAR O CONTATO PELE A PELE DURANTE OUTROS PROCEDIMENTOS COM O FILHO PREMATURO

Neste subtema, as mães relataram o desejo do contato pele a pele durante outros procedimentos dolorosos:

> *... Mas com certeza* (participaria de outros procedimentos dolorosos em

> contato pele a pele), *eu acho que se for pra diminuir aí, diminuir ou acalmar, porque assim, a dor vai acabar sendo a mesma, em qualquer tipo de procedimento, qualquer idade, mas o negócio assim, é o contato, acho que ele deve acalmar mais, trazer uma segurança pra criança, saber que ela está num lugar seguro, num quentinho, com certeza, se precisar fazer, eu vou fazer de novo, porque eu acho muito melhor, ela sofrer, entre aspas, no meu colo, do que numa mesa gelada com uma toalha em cima sabe, então com certeza. (P2)*

A busca por atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e de sua família implica oferecer aos pais a oportunidade de permanecer junto ao filho durante a internação. Assim, os genitores devem ser inseridos no processo de trabalho, tendo em vista o fornecimento de estímulos sensoriais ao neonato, ao estabelecimento do vínculo e apego, além do preparo para o cuidado domiciliar, melhorando a qualidade de vida do bebê e da família; entretanto, essa necessidade não é reconhecida pelos profissionais e nem sempre a família tem sido ouvida nesse processo (OLIVEIRA et al., 2006). Para as mães entrevistadas, elas devem partilhar da dor do seu bebê sempre que desejarem. Consideram também que precisam ser inseridas no tratamento, com vistas ao empoderamento familiar.

> *Porque eu acho que ele* (RNPT) *iria sentir menos dor* (mãe quando questionada se faria pele a pele em outros procedimentos dolorosos)*. /.../ Ah, eu ia sentir feliz e ia sentir que eu também ia sentir um pouquinho de dor por ele. (P6)*
>
> *Todos, eu queria participar de todos* (os procedimentos dolorosos) (risos)*, mesmo porque, se a gente não tá junto, a gente não vê como que ela* (RNPT) e*stá sabe, então eu queria toda vez que fosse fazer algum* (procedimento doloroso)*, qualquer coisa que fosse eu tivesse do lado segurando ela, por mais que dói na gente, dói mas eu queria participar de tudo. /.../ Ah, é porque, querendo ou não é nosso filho, então não sei, acho que só o fato de você estar perto e protegendo, acho que isso vale mais do que ficar só, ah não sei deixa lá sozinho... Acho que é por isso que eu faria em todos pra não ter que ficar "ah, tadinha, estar sozinha", sabe? (P8)*
>
> *... Eu achei tudo excelente, e mostrou pra mim que realmente quando a gente tá com o nosso bebê nesse tipo de procedimento, ele se acalma, fica mais tranquilo, eu vou analisar agora no próximo procedimento de dor, vou fazer a mesma coisa pra ver se realmente é assim porque eu acreditei que vai funcionar /.../ O P...* (outro gemelar) *já fez, mas dia 6 de maio ele faz de novo, e eu vou fazer desse jeito* (risos)*. (P9)*

O desejo de estar junto ao filho, mesmo durante um momento doloroso,

pode ser explicado pelo fato de, antes mesmo da concepção e durante a gestação, existem fatores que influenciam a gênese do vínculo, por exemplo, o desejo inconsciente dos pais com relação ao desempenho desse papel (SOUZA, 2005). Nesse sentido, as mães verbalizaram a prévia preocupação com a qualidade da relação que estava por vir. Vejamos alguns relatos:

> *Sim, porque se esse deu certo, pode ser que outros também possam dar certo, né /.../ isso faz a criança ficar mais calma eu acho, a criança fica mais segura, ele acha que está sendo protegido pela mãe dele, acho que isso passa uma segurança pra ele também, aonde eu acho que ele fica calmo /.../ Eu faria por ele eu faria tudo, só pra aliviar a dor dele eu faço. (P10)*
>
> *Eu gostaria muito, de participar de todas, eu preferiria /.../ Pra ele sofrer menos né, pra ele sentir que eu estou ali com ele /.../ Eu sempre achei errado as mães que preferem ficar sempre pra fora do consultório, sempre sair fora de ver o sofrimento, mas eu prefiro estar junto, eu acho que estando ele vai se sentir melhor, vai sofrer menos. (P11)*
>
> *Sim! /.../ Eu acho que isso ajuda bastante, em qualquer momento assim eu acho que é bom esse contato, fica mais próximo /.../ Porque parece que passa uma tranquilidade maior tanto para a mãe quanto para o bebê, e fico mais próximo, mais aliviado, eu acho que é isso. (P12)*

Molina e Marcon (2009) consideram que a maioria das mulheres manifesta esperança e alegria por participar do cuidado do filho enfermo, satisfazendo o desejo materno de cuidar da criança como uma forma de continuar ofertando carinho e amor, auxiliando em sua recuperação e estabilização do quadro clínico. Acresce-se que tal aproximação também proporciona tranquilidade e segurança para toda a família, indo ao encontro do que vimos nas falas, pois, mesmo com todo o aparato negativo que podemos imaginar no contexto da dor, elas verbalizaram o desejo de permanecer com seus filhos prematuros, muitas vezes já com outras morbidades além da prematuridade.

> *Eu preferiria* (estar em outros procedimentos dolorosos)*, porque estar aqui já é ruim né, assim em partes aí você vê puxando, tirando sangue, ela fica assim "agoniadinha" sabe na incubadora, aí eu preferiria segurar enquanto eles colhem o sangue. (P13)*
>
> *Gostaria, às vezes tem muita coisa assim que, às vezes assim, quando o neném está internado, eu tenho vontade de ficar com ele no colo, só que aí não pode, mas eu preferiria assim, a gente fica menos também estressada, menos angustiada e eu acho que o neném se sente mais seguro também, eu preferia /.../ Sim! Eu ficaria desse jeito de canguru, /.../ Se fosse esse modo, eu acho que poderia se repetir em vários outros procedimentos também para o neném, eu acho que seria melhor para a mãe e para o bebê*

> *mesmo pela segurança pelo afeto, né, pelo contato e a gente estar ali, ele sente a nossa presença, então que acho que muitos procedimentos poderiam ser assim, dessa maneira, dessa forma. (P14)*

A maioria dos pais deseja estar presente durante um procedimento doloroso realizado em seu filho, pois acredita ser capaz de confortá-lo e auxiliar o profissional da saúde; além disso, eles querem ter a certeza de que a criança não está sendo machucada (ISOARDI; SLABBERT; TRESTON, 2005).

A partir da década de 1980, diversos estudos foram realizados discutindo os efeitos da presença dos pais durante os procedimentos dolorosos realizados em pacientes pediátricos. Autores concluíram que há fortes relações entre a ansiedade dos pais e o estresse da criança durante a venopunção (SHAW; ROUTH, 1982; JAY; OZOLINS; ELLIOTT, 1983; WOLFRAM; TURNER, 1996). Assim, diminuir o estresse dos pais é, também, contribuir para que a criança tolere melhor o procedimento.

Bezerra et al. (2009) desenvolveram estudo com o objetivo de elaborar material didático-instrucional, visando ao preparo da criança a ser submetida à punção venosa periférica guiada pelo ultrassom, junto à sua família, a fim de promover a segurança e o conforto de ambos. Na segunda fase, realizaram pesquisa de campo, segundo abordagem qualitativa, para compreender as necessidades de informações sobre tal procedimento, na perspectiva da criança e de seus pais, e conhecimento especializado da enfermeira pediátrica. Em um dos temas, constatou-se que, embora a mãe perceba o sofrimento do filho durante a punção venosa e também sofra ao vê-lo sendo submetido ao procedimento doloroso, deseja ajudá-lo a enfrentar a situação. Ela entende que a intervenção é necessária para que ele recupere sua saúde e bem-estar, portanto almeja apoiá-lo nesse momento. Embora saiba que a punção venosa traz sofrimento a ela e ao filho, compreende sua necessidade, pois o procedimento possibilita à criança receber soro ou medicação, ou seja, trata-se de uma intervenção para aliviar a dor que ele está sentindo.

Apesar das vantagens apontadas, uma das mães, embora considerasse importante o contato pele a pele durante o exame, relatou que não o realizaria em todos os procedimentos dolorosos, citando a sondagem gástrica:

> *Ah, é que nem eu falei, eu acho que a criança fica mais calma, você passa uma segurança assim, é bom o contato pele a pele, porque sem esse contato parece que sofre mais na hora que vai fazer algum tipo de exame*

> */.../ Aí depende* (uso do contato pele a pele em qualquer procedimento doloroso) *do exame, depende /.../ ...depende do exame, né? Sonda, assim, não sei se eu não dou conta de ver não /.../ Eu acho que sim, um pouquinho mais complicado, aí sei lá acho que não conseguiria ficar junto com ela não. (P15)*

Desde a década de 60 estudos têm descrito a participação materna na hospitalização da criança como fator fundamental de apoio ao filho, principalmente no que diz respeito aos cuidados, mas não tão habitual em procedimentos dolorosos (RIBEIRO, 1999). Vários autores defendem a participação dos pais durante os procedimentos dolorosos porque acreditam que a presença de pessoas significativas para a criança pode oferecer apoio e segurança também nessas situações (BAUCHNER et al., 1996; BOIE et al., 1999; BRENANN, 1994; RICHARDSON, 1997). Durante um procedimento doloroso, ainda que a mãe não possa evitar o sofrimento do filho, sua presença lhe traz compreensão e amor. Quando a criança em sofrimento se sente objeto eleito pela mãe, torna-se mais preparada para superar a angústia e segura para expressar seus sentimentos (DOLTO, 2001).

A mãe orientada quanto a um procedimento doloroso pode tornar a situação mais familiar à criança, pois ela intermedia sua relação com o mundo e oferece respostas ao fato desconhecido. Em síntese, a mãe humaniza tudo que rodeia a criança por intermédio de suas palavras, sua manipulação e presença (DOLTO, 2001).

Sob outra perspectiva, as entrevistadas também apontaram algumas barreiras ou aspectos dificultadores a esta vivência, tais como sentimentos de medo e pena que dificultam o contato materno pele a pele durante a coleta de sangue do prematuro.

Embora as mães valorizem a vivência, esses sentimentos mostram-se conflitantes durante a realização de um procedimento doloroso agudo, como a punção de calcâneo para teste do pezinho O choro da criança pode se constituir em barreira ou fator dificultador do contato materno pele a pele durante essa vivência. Nesse sentido, algumas falas permitem apreender diferentes sentimentos vivenciados pelas participantes:

> *Bom, eu acho que foi bom pelo fato que eu pude acalentar ele num procedimento doloroso, mas dói pra gente também, né? No caso, foi uma coisa que doeu em mim ver ele sofrendo, mas eu gostei pelo fato que eu acalentei ele, deixei ele um pouco mais calmo. /.../ Foi meio doído ver ele*

> *sofrendo, mas é uma coisa necessária, então eu pensei que eu não poderia ficar mal porque ele sentiria isso, então eu tentei ficar o melhor possível pra eu poder passar calma pra ele. (P3)*
>
> *Ah, foi muito bom, eu fiquei com um pouquinho de dó, mas, ao mesmo tempo, eu senti que ela estava tendo proteção, estava bem protegida, e é isso. /.../ Pra mim, foi mais difícil ficar olhando, né* (risos)*, porque fiquei com um pouco de dó. /.../ Eu fiquei com um pouquinho de dó, mas eu me senti bem em passar pra ela mais tranquilidade, mas que ela ficou mais calminha, não ficou tão nervosa, pra mim foi bom essa experiência. (P7)*
>
> *Ah, assim, fiquei com bastante dó, de ver ele chorar, mas tinha que fazer, né, pro bem dele. /.../ eu senti um pouquinho de dó, mas senti feliz também porque é pro bem dele né, saber se tem alguma coisa. /.../ O jeito que eu estava né, que a cadeira estava meio virada, e também foi difícil na hora que você tirou ele de mim, que estava tão bom* (risos). (P6)
>
> *Ah, fiquei com medo, tadinho, com uma dó* (risos)*, mas é pro bem dele né? /.../ é* (teste do pezinho) *bom pra saber se vai ter alguma coisa ou não, previne muita coisa, né? Mas eu fiquei com muita dó /.../ o meu medo é na hora da agulhada que deu nele tadinho, fiquei com muita dó. /.../ Faz e não faz (bem para a mãe estar em pele a pele durante um procedimento doloroso no filho), porque eu tô vendo ele ali sendo picado, castigado sabe, no meu ponto de vista assim ..., mas eu queria sim estar perto, mas meu medo não deixa, eu fico com muita dó. /.../ Ah, porque dó, de ficar sabe, ver chorar. Eu sempre tive dó. Dos meus outros meninos também não ficava, não levava nem pra tomar vacina, o pai dele que levava porque eu tenho dó. /.../ Eu senti medo e, na mesma hora, proteção, entendeu? (P7)*
>
> *Ai, eu fiquei com dó né (risos), acho que todo mundo fica com dó, né? Mas eu queria sei lá, eu abracei ela um pouquinho mais fortinho pra sentir ela mais protegida, sabe? É isso, eu fiquei com mais dó...* (risos)*. /.../ Eu fiquei com muita dó dela, de ficar furando, e a agulha é grande ainda, tadinha. (P8)*

Para lidar com esses ambíguos sentimentos maternos de dó e medo *versus* dar proteção ao filho, torna-se relevante a expansão do cuidado de enfermagem para além da criança, centrando-o na família, sendo que no contexto em pauta, o enfermeiro deve orientar sobre o procedimento a ser realizado com a criança/RN e apoiar a mãe de modo que ela centre sua atenção em ações de conforto e segurança dirigidas ao filho e não ao procedimento doloroso em si.

Cabe assinalar que esta pesquisa tem como sujeitos mães e seus filhos nascidos antes do termo. Assim, é importante resgatar que o nascimento de um prematuro pode levar a sentimento de frustração de muitos desejos, fantasias e, sobretudo, rompe a possibilidade no que concerne ao exercício de ser mãe nesse primeiro momento do nascimento, já que muitos desses bebês necessitam de

cuidados de alta complexidade para garantir a sua sobrevivência. Essa situação gera uma dor intolerável, de difícil e lenta recuperação, rompendo, em geral, o equilíbrio homeostático familiar. Frequentemente, a confirmação de uma gestação é correlacionada à ideia de uma nova vida, na qual são depositadas expectativas e projetos (MARSON, 2008). Além disso, as mães convivem, durante a internação, com os momentos de dor de seus filhos decorrentes de procedimentos, na maioria das vezes, necessários. Entre as diversas intervenções a que são submetidos, o ato da picada, revelou-se, neste estudo, predominantemente o momento mais difícil para as mães, especialmente àquelas que demonstraram formas de enfrentamento durante o exame.

> *O mais difícil é ver realmente o seu bebê passando por um procedimento de dor, é difícil, mas não é tão ruim assim. /.../ Eu senti um pouquinho de dó né, daquele sentimentozinho de coitadinha que ela está sendo furada, mas, ao mesmo tempo, força porque eu preciso ter essa força pra passar pra eles, né? E {...} eu achei que foi tranquilo assim, lógico a gente fica um pouquinho, dá aquele sentimentozinho ruinzinho, mas é tranquilo, eu vou ter que passar por isso e não é só agora vai ser pro resto da vida deles, né?* (risos) *(P9)*

> *O mais difícil nesse momento foi ver a picadinha, dá uma sensaçãozinha assim, de ahhh {...}, você tá vendo furar ali, então você sente um pouquinho de dó, mas você sabe que é pro bem dele, e ele também ficou tranquilo, né? Mas, o mais ruim é ver na hora da picadinha, é isso, pra mim foi tudo bem. (P10)*

> *O mais difícil é fazer o exame /.../ Aí eu não sei a furadinha, o pezinho é muito miudinho, pequenininho, só por isso /.../ Aí dói, sei lá uma dor esquisita, parece que preferia que fosse em você do que neles né, mas tem que fazer. (P11)*

Apenas uma entrevistada explicitou outra condição do filho prematuro que gera dificuldade e ansiedade/medo decorrentes da fragilidade do bebê e respectiva terapêutica que inclui o uso de monitores, cateteres centrais, entre outros, merecendo atenção especial da enfermagem para a maior inserção materna no cuidado. A preocupação desta mãe está evidente no fragmento abaixo:

> *... eu tenho um pouco de medo de pegar nela, porque é muito pequenininha, aí você fica com esse medo, mas depois passa /.../ Tenho um pouco, por ela ser pequenininha, mas assim eu pego com aquele medo sabe, de deixar cair de acontecer alguma coisa /.../ É a forma assim de você pegar, porque quando você põe, ela fica toda enroladinha assim no seu colo, aí quando você pega é diferente, porque ela é toda molinha /.../ Eu*

> *pego né já ponho ela sozinha, mas você tem aquele medo, porque tem os fios, aí você aí Jesus, você fica assim ansiosa /.../ Isso, só isso que eu tenho medo* (cateter venoso central)*, porque é muito sensível, né? Qualquer coisinha pode sair né, então você fica assim meio receosa. (P13)*

Na fala a seguir, podemos observar outra ambiguidade de sentimentos, pois ao mesmo que a mãe considera difícil e penoso ver a exposição do filho a vários procedimentos de dor aguda, também precisa compreender a necessidade de realizá-los. Importante lembrarmos que tal ambiguidade já está presente desde o nascimento do filho prematuro, como discutido no estudo de Souza et al. (2009), no qual as depoentes expressaram vivenciar diferentes sentimentos no momento da hospitalização do filho na UTIN. Nesse sentido, elas revelam a quebra do simbolismo de parir e, ao mesmo tempo, não ter o filho nos braços, e pelo afastamento imposto devido ao uso de equipamentos neonatais e tratamentos aos quais os filhos estavam submetidos. Percebe-se, nos discursos, que os conflitos existentes quanto ao desempenho do papel materno precisam ser divididos entre ser mãe acompanhante e as responsabilidades domiciliares de provedora da coesão familiar, gerando sentimentos de descontrole sobre a situação, impotência, irresponsabilidade e negligenciamento.

No presente estudo, o relato de uma das mães foi expressivo desta faceta:

> *Aí eu fico muito triste, porque ele* (RNPT) *também já foi furado um monte de vezes, aí eu fico com dó, que ele está passando tipo assim por um sofrimento, né? Nele já furou aqui, e colocou um cateter, aí fura o pezinho, eu fico com muita dó, mas... É o melhor para ele, então a gente fica triste, mas tem que ser assim. /.../ O meu sentimento é assim, é ruim ver porque chora para furar e tem todo esse procedimento, mas, ao mesmo tempo, tem que fazer e é o exame, então a gente fica mais assim aliviada, mas eu não gosto muito, mas tem que fazer, então a gente tem que entender /.../ Olha! O mais difícil é furar, é ver furando ele... (P14)*

Segundo Winnicott (1988), a existência psicossomática é uma realização e, embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode se tornar um fato sem a presença e participação ativa de um ser humano que segure o bebê e dele cuide. Esse suporte básico vai promover a integração das características próprias de cada criança, diferenciando uma da outra, a partir do apoio encontrado no ego materno que, por sua vez, age como facilitador da

organização do próprio ego do bebê. Assim, ele passa a existir segundo e para ele mesmo, seguindo na direção de vir a se tornar uma unidade. Desse modo, o que eu sou não significa nada, a não ser que, a princípio, seja juntamente com outro ser humano, que ainda não foi diferenciado. A condição de ser é o início de tudo, sem a qual o fazer ou o deixar que lhe façam não têm significado.

Tal perspectiva foi compreendida pelas mães que participaram do presente estudo, visto que consideraram sua presença benéfica ao filho, fato por elas expresso como foi "melhor", apesar do momento conflitante de satisfação e dó. As entrevistadas perceberam também o contato como apoio materno que facilitou a superação do momento negativo ao bebê, tal como exemplificado acima pelo mencionado autor.

Algumas, inclusive, relataram que o contato pele a pele não proporcionou sentimento negativo ou dificuldade.

> *Não, eu não achei nada difícil assim, pra mim não teve nada que fosse difícil não, foi até agradável. (P12)*
>
> *Tudo tranquilo, não teve dificuldade nenhuma para mim. (P15)*

Todavia, para uma mãe, a experiência do contato em situação de dor foi negativa.

> *Foi muito ruim* (risos)*, muito pesado. /.../ Pesado. /.../ Ah, sentimento de mãe, né, doloroso. /.../ Chorou mais* (o prematuro)*. (P5)*

Não podemos desconsiderar o fato de que a mãe enfrenta de maneira muito próxima o sofrimento do filho, e é na sua interação com a enfermeira que este sofrimento pode ser aliviado por meio da escuta, respeito, aceitação e empatia, devendo o cuidado se orientar para a experiência e o contexto de cada pessoa, conforme recomenda Porto (2008).

Por outro lado, nessa vivência, algumas mães enfrentam positivamente os conflitos e permanecem junto dos filhos durante o procedimento doloroso. Melo et al., 2014 lembram que elas possuem potencialidades para enfrentamento do sofrimento do RN durante os procedimentos dolorosos, o que as torna aliadas no processo de cuidar, tendo em vista a relação sujeito/sujeito. Essas potencialidades foram lembradas em alguns depoimentos:

> *De mais fácil assim, pra fazer o contato pele a pele, na verdade eu acho que não teve mais fácil, nem mais difícil, eu acho que foi um procedimento simples, não teve dificuldade nenhuma em fazer, é colocar, deixar ela* (RNPT) *pele a pele, descer o sutiã, descer a blusa, não teve dificuldade nenhuma nisso, apesar do ambiente, ser um ambiente com várias pessoas, mas depois que a gente vira mãe, a gente perde a vergonha de qualquer coisa por causa do filho, então acho que não teve nada fácil, nada difícil assim, pra impedir, que me impedisse de fazer um procedimento como esse... (P2)*
>
> *Dependendo do procedimento, eu não queria* (contato materno pele a pele)*. Mas que nem agora {...}, passou pela minha cabeça {...}, mas falei assim não, vou ficar porque ele está tão quietinho, ele até sentiu minha proteção também, entendeu? /.../ eu tenho que passar junto com ele isso. /.../ Passou* (a vontade de sair de perto o bebê durante punção)*, mas eu fui firme. (P7)*
>
> *O mais fácil foi ficar com ela aqui de pele a pele* (risos)*, porque na hora da picadinha mesmo eu fiquei meio assim, mas o contato pele a pele que me deixou mais tranquila. /.../ eu acho que eu não senti nada assim de muito difícil, acho que a única coisa assim que me fez, que eu fiquei meio assim foi na hora da picadinha só, mas nada que fosse um... sei lá, que atrapalhasse alguma coisa, eu achei que foi tudo bom. (P8)*
>
> *... E o mais fácil foi acalmar ela, eu achei que seria mais difícil e foi muito facinho, eu achei que foi bom porque eu ainda não tinha visto, eu não tinha visto ela passar por nenhum procedimento assim e foi facinho, ela se acalmou facinho, eu gostei* (risos)*. (P9)*

A singularidade do olhar materno é significativa no momento de internação, pois pode caracterizar a autêntica e genuína relação Eu/Tu, quando a mãe se coloca no lugar do filho, compreendendo sua dor e expressando como esse fenômeno a afeta diretamente (LÉLIS et al.,2011). Essa postura se revela nas falas a seguir:

> *Eu acho que assim foi fácil na hora, que facilitou mais assim, se não tivesse esse procedimento, se não tivesse acontecido, ele aí debater mais aí ser mais difícil para colher, aí demorar um pouco mais, foi supertranquilo. Então eu acho que isso aí foi fácil, teria demorado mais se fosse de outro jeito, e sendo assim eu acho que foi mais rápido, durou menos tempo. (P10)*
>
> *Aí pegar ela* (RNPT) *no colo mesmo sabe, porque na incubadora você só passa a mão, faz carinho, mas no colo é algo assim sobrenatural, sabe, uma coisa muito diferente, é como {...} dá vontade de levar pra casa, porque você ficar só olhando é muito ruim, aí quando você pega é outra coisa. (P13)*
>
> *...e o mais fácil que eu gostei assim é que a gente pode ter um contato, porque do meu primeiro filho não teve esse procedimento, põe ele deitadinho e já furava o pé, a gente ficava só do lado, então assim eu acho*

> *que a gente fica melhor e, assim, não tem mais assim o que falar, foi isso mesmo, esse procedimento é bem melhor, porque passa segurança para a mãe e para o neném, né, colocando ele de canguru e tudo, já tem contato e a gente conversa, lá gente conversa com o neném e o neném vai se acalmando mais, então eu acho que pra mim foi muito bom assim, eu gostei, eu prefiro assim... (P14)*

Sabe-se atualmente e pode-se constatar no cotidiano das UTIN, o quanto é fundamental a fase embrionária do vínculo afetivo; são muitos os momentos que podem ser utilizados para a ação prática no fomento dessa vinculação, como o contato pele a pele trazido neste estudo. Transformar o ambiente de cuidados intensivos em um espaço facilitador de relações, bem como zelar para que a equipe possa oferecer seu cuidado de uma forma suficientemente boa, são aspectos facilitadores para que as relações se estabeleçam de maneira suave, saudável, prazerosa e gratificante. Vale a pena acreditar que, em relação aos bebês, a recuperação é uma propriedade importante em sua maneira de fazer frente às perturbações que possam vir a acometê-los. Portanto, o melhor investimento é aceitar o desafio de oferecer, dentro dessas adversidades, um atendimento cada vez mais diferenciado e humanizado, capaz de gerar nesses bebês prematuros uma certeza em suas possibilidades futuras (BRASIL, 2011b).

Por isso, o diálogo que se estabelece requer do enfermeiro um olhar humanizado, com vistas a obter uma resposta efetiva à dor da criança. O ato humanístico, nesse momento, consiste em se colocar no lugar do outro e, subjetivamente, apreender e compreender as mudanças de comportamento e expressões, respeitar a opinião das mães, vislumbrando-as como aliadas da práxis de enfermagem.

INDICANDO E INCENTIVANDO O PELE A PELE PARA OUTRAS MÃES

Mesmo entre as entrevistadas que manifestaram sentimentos conflitantes, os aspectos positivos vivenciados levaram-nas a indicar o contato pele a pele para outras mães ou amigas, agindo como multiplicadoras e incentivadoras dessa intervenção, em situação de dor aguda do filho, conforme expressam alguns relatos:

> *Indicaria pra qualquer pessoa fazer isso, eu acho que é uma experiência*

que tem que passar e se é pra parte boa {...} Eu não conhecia, eu descobri tardiamente que eu ia ser mãe, não conhecia, não tive tempo de me informar de nada, mas é uma experiência boa, e tudo que é bom tem que tentar levar pra nossa filha, e passar pra elas (outras mães)*, então é uma experiência que vale a pena. (P2)*

Bom, eu achei boa a experiência, porque fica bem mais fácil de fazer os exames, tudo é {...} também a tranquilidade das crianças, e eu gostei, eu indicaria para outra pessoa e eu gostei da experiência. (P7)

Falaria pra ela (outra mãe ou amiga) *que o bebê dela sentiria menos dor e que ela também poderia sentir dor por ele. (P6)*

Aham (afirmando a indicação do contato pele a pele a pele para outras mães)*, porque ele* (RNPT) *é muito pequenininho, aí ela* (outra mãe de prematuro da unidade neonatal) *está até ali, aí ela veio junto comigo ontem, pegou também, falei assim que é muito gostoso, parece que ele se sente protegido... /.../ Aí ela veio, pediu pra enfermeira, pôs o menino dela também. (P7)*

... eu acho excelente esse método e todo mundo devia fazer, na hora de fazer os testes, de colher sanguinho, porque é importante né, apesar de levar um pouquinho mais de tempo, é importante pro bebê /.../ Indicaria sim e vou indicar pra todo mundo, inclusive pros meus irmãos que estão aí querendo ter filho também, e eu acho muito importante né, eu acho que é meio instinto esse estilo de ter contato pele a pele porque eu te falei que fiz desde o primeiro dia, mas foi instinto não foi porque eu sabia não (risos)*. Eu acho que é um pouco de instinto e vou indicar sempre com certeza. (P9)*

Sim, indicaria sim /.../ Porque foi bom, foi uma experiência que eu vi que deu certo, funcionou, então eu indicaria sim, pra outra pessoa, pra outra mãe /.../ Eu assim, por exemplo, se ela comentasse comigo que o filho vai colher um exame amanhã e ele chora muito e ele sofre, eu aí falaria assim, olha existe um procedimento que você faz com o seu filho pele a pele e isso vai fazer que ele vá sentir menos dor, mais tranquilo. Por que que você não faz? Funciona assim, assim, aí explicaria pra ela do jeito, e eu tenho certeza que ela vai aceitar, tipo assim, ela vai estar querendo o melhor pra ele né e vai aceitar. (P10)

Destacamos a posição de uma mãe que afirmou ser capaz de defender a aprovação de uma lei para tornar obrigatória a realização do contato pele a pele para o alívio da dor do prematuro, como se fosse algo não presente em seu cotidiano e como se não existissem formas de manejo para o alívio da dor, conforme já citado anteriormente neste estudo e constante da Declaração Universal dos Diretos do Prematuro: artigo II – Todo prematuro tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei; III – Nenhum prematuro será arbitrariamente exilado de seu contexto familiar de modo brusco ou por tempo

prolongado. A preservação deste vínculo, ainda quando silenciosa e discreta, é parte fundamental de sua vida; IV – Todo prematuro tem direito ao tratamento estabelecido pela ciência, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. Assim, todo prematuro tem o direito de ser cuidado por uma equipe multidisciplinar capacitada a compreendê-lo, interagir com ele e a tomar decisões harmônicas em seu benefício e em prol de seu desenvolvimento; V – Todo prematuro tem direito à liberdade de opinião e expressão, portanto deverá ter seus sinais de aproximação e afastamento identificados, compreendidos, valorizados e respeitados pela equipe de cuidadores. Nenhum procedimento será considerado ético quando não levar em conta, para a sua execução, as necessidades individuais de contato ou recolhimento do bebê prematuro e o não mais importante, mas que corrobora nossa pesquisa, o definido no artigo VI – Nenhum prematuro será submetido a tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante. Sua dor deverá ser sempre considerada, prevenida e tratada através dos processos disponibilizados pela ciência atual. Nenhum novo procedimento doloroso poderá ser iniciado até que o bebê se reorganize e se restabeleça de intervenção anterior. Negar-lhe esse direito é crime de tortura contra a vida humana (TAVARES, 2009).

Esses são alguns dos artigos que estão em consonância com a fala materna, a qual, em sua singularidade, relata o desejo de implantar lei ao cuidado de seu filho prematuro, desconhecendo o que já existe no âmbito judicial. Assim, entendemos haver necessidade de maiores investimentos no que se refere ao empoderamento das famílias para que possam usufruir das leis e diretrizes já existentes.

> *Com certeza! Indicaria sim, e se pudesse eu até assinaria como uma lei, pra mim isso tinha que ser, fazer bem para o bebê não sei, é bom demais! Muito bom! /.../ Que o contato do canguru é melhor do que... Não sei é... Evita também o sofrimento dele... O carinho que ele vai sentir vai mudar muito, às vezes até diminui o sofrimento, menos tempo de ficar aí* (UCIN) *né. (P11)*

> *Eu indicaria sim, porque passa realmente um alívio pra criança, faz ela se sentir mais confortável, mais confiante, /.../ esse método ajuda mesmo a criança a ficar mais calma, e se aproximar mesmo mais da mãe /.../ Eu acho que esse incentivo do Método Canguru vai ajudar mesmo as crianças, mesmo aquelas que não são tão calminhas dá um alívio muito grande pra elas assim, a gente olhando é uma coisa totalmente diferente mesmo. (P12)*

> *Eu acho muito importante, porque é bom até para ela* (RNPT) *né, para não*

> *se sentir tão sozinha, porque quando eu chego aqui ela já começa a chorar, porque sabe que eu estou aqui e que eu vou pegar ela, ela fica assim se mexendo porque quer vim para o colo, então é coisa que até ela sente né /.../ Aconselharia sim! Até então que esses dias mesmo a moça não queria pegar a menina dela porque estava com medo de ela passar mal no colo, eu falei: "não é melhor você pegar, porque é melhor até para ela, na recuperação dela ajuda bastante", tipo eu incentivei ela, e ela foi e pegou a menina, e depois ela veio e me agradeceu. Nossa, é um momento muito único né, porque quando a gente vê assim fica com medo né, aí quando a gente pega fica mais tranquilo. (P13)*

> *Sim, indicaria porque é muito bom, né? Eu indicaria sim, indicaria também, porque é muito bom né, por que como eu falei passa segurança para gente, fica menos estressada, menos angustiada e o neném também /.../ Ah! Pelo que eu senti, o que eu senti foi bom, eu prefiro ver, do que se o neném estivesse deitado a gente não pode nem ficar perto ou só ficar perto olhando, não pode nem tocar nem nada, é bem pior, assim eu prefiro mais, porque a gente fica mais em contato, a gente tem mais a liberdade de ficar fazendo carinho, conversando, eu acho que na conversa e, no modo canguru, eu acho que acalma muito a criança, isso que eu iria passar para as mães, que seria muito bom. (P14)*

Como observamos nas falas, nenhuma mãe apresentou resistência a ponto de desistir do contato pele a pele durante a realização do teste do pezinho, ou sentiu-se tão incomodada a ponto de não indicá-lo a outros pais; todas manifestaram desejo deste contato. Visto que o Método Canguru é uma política pública e está sendo ampliado e fortalecido no Brasil, uma vez que foi incorporado às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e à Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, reúne conhecimentos acerca das especificidades físicas e biológicas, bem como necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos do casal grávido, da gestante, da mãe, do pai, do RN de baixo peso e de toda a sua família. O método contempla também a inclusão dos membros das equipes profissionais responsáveis por esse atendimento, buscando motivá-los para mudanças importantes em suas ações como cuidadores (BRASIL, 2011b).

No entanto, não basta dispor de políticas e diretrizes consistentes se elas de fato não nortearem a rotina e o processo de trabalho hospitalar onde tudo acontece. Faz-se necessário ressaltar aos profissionais a importância de incentivar a família quanto ao cuidado adequado às gestantes, às puérperas e aos bebês no espaço hospitalar e domiciliar, orientando-as sobre os passos iniciais da lactação, as técnicas de alimentação auxiliares à amamentação, os procedimentos básicos de

higienização pessoal e do bebê, o vínculo pais-bebê, as formas de contato com o RN em cada fase do Método Canguru, com ênfase no contato pele a pele, desde a UTIN. Os familiares devem também receber orientações para a observação dos sinais de risco para o bebê quando em posição pele a pele, os fatores e os sinais de risco comportamentais para a mãe no pós-parto, especialmente na segunda e terceira etapas do Método (BRASIL, 2011b).

> *Sim! /.../ Aí eu falar para ela que assim, que... Fazer esse contato pele a pele que eu acho que passa mais segurança, a criança sofre menos, melhor do que o normal* (teste do pezinho sem o pele a pele) */.../ aí eu não sei explicar, mas eu acho bom... Eu já vi fazendo sem ser com esse contato e foi uma coisa e agora eu fiz com ela* (RNPT) *e eu vi que foi diferente. (P15)*

É importante explicitar não ser suficiente permitir e incentivar a entrada dos pais nas unidades neonatais, uma vez que a prática deve envolver também respeito e atenção às situações vivenciadas por cada família. É necessário que os pais tenham a oportunidade de interagir com seu filho, tocá-lo intimamente, como ocorre no Método Canguru. Desse modo, adoção do Método pelo Ministério da Saúde do Brasil não visa meramente colocar a mãe no lugar da incubadora, mas sim incentivar sua efetiva participação, assim como a do pai e da família, facilitando sua permanência junto ao bebê durante o período de internação, o que realmente caracteriza um momento de amadurecimento da assistência neonatal, por assumir que o tratamento do RN transcende a utilização de procedimentos e técnicas (BRASIL, 2011b).

Uma das mães, embora tenha afirmado que indicaria o método e incentivaria outros pais, citou a resistência de alguns, e como os membros da equipe poderiam convencê-lo a mudar de ideia. Vejamos sua fala:

> *Eu acho que os pais não gostam muito de ver, sei lá participar, fica meio assim com medo, tem pai que mesmo tendo contato não quer ver, não sei, deve ser isso /.../ Ah, alguns eu já vi que assim, eu já vi alguns que o médico pega para fazer o exame e não quer ir junto, já presenciei, /.../ acho que eles ficam com medo, né? Na hora que tem que fazer o exame, aí vê a criança chorando, deve ser isso /.../ Quando for fazer os exames assim, incentivar eles irem para acompanhar para fazer né, porque eles vão ver que é diferente, com contato e sem contato, eles vão ver que é diferente, tem que incentivar mais. (P15)*

Diante dos achados, observamos o importante papel dos membros da

equipe de saúde, principalmente da enfermagem, tanto na implantação de políticas e protocolos quanto no papel de incentivadores por meio de uma eficiente orientação materna/familiar da criança hospitalizada. Sabemos, no entanto, que a prática de enfermagem centrada na família e em evidências ainda é incipiente no Brasil, embora seja evidente o crescente interesse pelo tema, pelas transformações e, sobretudo, pela percepção de sua importância no ambiente hospitalar. Especialmente na área da enfermagem neonatal, o cuidado engloba responsabilidades e habilidades dos profissionais, entre as quais se encontram a avaliação e a compreensão do contexto e da participação da família na internação do RN (ROLIM et al., 2004).

Apesar de todos os benefícios oferecidos pelo método, Gaíva e Scochi (2005), em estudo de observação participante, apontaram que a família não está inserida no processo de trabalho, visto que a participação da mãe no cuidado ao bebê se dá por etapas, sendo a ela delegadas as tarefas de menor complexidade, justamente aquelas que alguns profissionais entendem como obrigatoriedades da mãe, como ordenha mamária e administração do leite. Outros profissionais percebem a necessidade de uma participação efetiva da mãe na unidade, porém não criam espaços e estratégias para tanto.

O cuidado de enfermagem centrado na família deve, portanto, receber prioridade nos serviços de neonatologia. O longo período de internação e a privação do ambiente familiar elevam o estresse da mãe e da família, assim afetando a construção de vínculo e apego. A criança necessita de cuidados, pois ela não sobrevive sozinha, e suas habilidades e dificuldades devem ser contempladas nos objetivos da assistência (CARDOSO; SOUTO; OLIVEIRA, 2006).

Embora se constatem melhorias com a promoção de políticas pautadas na humanização da assistência e iniciativas nos âmbitos governamentais e não governamentais com o intuito contínuo do resgate às práticas de cuidado humanizado, comumente verifica-se, no cotidiano, relativo grau de distanciamento dos profissionais de saúde, incluindo-se aqueles da equipe de enfermagem, em relação a questões específicas, como apego, vínculo, perdas, crises e condições de trabalho (ROCHA et al., 2011).

No estudo descritivo de Nogueira et al. (2003), em um hospital escola de referência terciária, foram entrevistados 12 membros da equipe de enfermagem, com o objetivo de identificar o significado do Método Canguru e analisar como ele se

articula ao processo de cuidar. Os participantes consideraram o Método Canguru como o retorno a um contato íntimo entre mãe e filho prematuro, que incentiva a troca de afetividade e construção de vínculo, além de proporcionar o aquecimento da criança, estimular o aleitamento materno, favorecer a segurança e tranquilidade da mãe e da criança e contribuir para uma alta precoce. Cientes dos benefícios, os membros da equipe sentem-se ativos no processo de implementação do Método Canguru e consideram-se capacitados para sua aplicabilidade.

Os profissionais devem atuar no sentido de reconhecer a importância da família, pois ela constitui a unidade na qual a criança nasce e se desenvolve. Ao reconhecer sua importância como partícipe no cuidado, os profissionais de saúde precisam efetivamente estar com ela, ouvindo-a sobre seus medos, dúvidas e necessidades e apoiando-a para que possa, respeitando-se seus limites, dificuldades, crenças e valores, cuidar de sua criança da melhor forma possível (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012). Ressaltamos ainda que os profissionais de saúde atuantes em unidades neonatais precisam agir com sensibilidade, ter disponibilidade para escuta e possibilitar o diálogo com a família de prematuros, principalmente com as mães, de forma a favorecer a sua adequação progressiva à realidade do nascimento e da hospitalização de um filho prematuro.

Os pais, por sua vez, podem e devem colaborar ativamente no manejo da dor em seus filhos por meio de medidas farmacológicas ou não, minimizando a ansiedade tanto das mães quanto das crianças e dos profissionais de saúde. Em geral, os procedimentos de enfermagem são os que mais geram resistência às mães acompanhantes de filhos (COLLET; ROCHA, 2003), pois elas já vivenciam um difícil momento, de grande sofrimento e ansiedade, o que torna essencial o oferecimento de um cuidado de enfermagem que contemple sua escuta.

Durante a punção venosa, ainda que ela não possa evitar o procedimento, sua presença, por si só, assegura compreensão e amor à criança. Já o bebê que passa por um sofrimento, ao se sentir assistido pela mãe, estará mais preparado para superar a angústia em outra ocasião (PINTO; BARBOSA, 2007).

Também nessa perspectiva, estudo qualitativo evidenciou que as mães compreendem a dor como decorrente do estado clínico do RN, associado às intercorrências vivenciadas durante a internação na UTIN, sendo caracterizada por alterações comportamentais e de humor causadas por procedimentos rotineiros no cuidado intensivo a neonatais, como as coletas de sangue, aplicações de injeções e

punções venosas. Por outro lado, diante de tal sofrimento do RN durante as diversas intervenções, as mães apresentam potencialidades de enfrentamento que as tornam aliadas no processo de cuidar (MELLO et al., 2014).

Quanto à perspectiva dos pais, a análise de relatos de experiência materna em estudo cujo objetivo foi compreender como as mães avaliam o manejo da dor de seus filhos pela equipe de enfermagem, no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, evidenciou-se a presença de dúvidas acerca da possibilidade de o filho estar com dor e sentimento de impotência das genitoras diante dessa situação. Assim, sinaliza-se para a necessidade de valorização das percepções maternas sobre o comportamento da criança, pois, ao observar o choro do filho, as mães podem perceber que algo não transcorre como habitualmente (NASCIMENTO et al., 2010).

Também os pais, se apoiados e acolhidos, terão mais condições que os profissionais de fornecer ao filho o afeto de que ele necessita. Igualmente, as contribuições da equipe no sentido de assegurar um ambiente afetivo para o bebê também são muito importantes (BRASIL, 2011a).

Em estudo qualitativo cujos dados foram coletados por meio de técnicas de observação participante, história de vida e entrevista semiestruturada, com a participação de 20 casais jovens, de classe socioeconômica baixa, cujos filhos estavam internados na UTIN de um hospital público, os pais perceberam a internação como algo assustador. No momento em que saem de seu universo, encontram-se fragilizados e à mercê das normas e condutas que agora passam a nortear seus passos nesse local desconhecido, assustador e inóspito. Contudo, conseguem perceber seu filho como sujeito, em toda a sua singularidade. Reconhecem gostos, preferências, preocupam-se em lhe oferecer carinho e acreditam que o bebê os reconhece e gosta de sua atenção e do contato com eles. Nesse sentido, constatou-se a importância dos profissionais de saúde e de sua atenção para com esses fatores que podem contribuir, negativa ou positivamente, na formação de vínculos entre pais e bebês (LAMY, 1995; LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997).

Todavia, a atuação mais técnica das mães na unidade neonatal é restrita e está ligada ao seu treinamento, formal ou informal, no sentido de poderem aprender sobre os cuidados, em especial relacionados à alimentação. Somente de acordo com o estado clínico do filho, executam algumas ações especiais, justamente

aquelas que serão posteriormente por elas realizados no domicílio. Esse treinamento é oferecido principalmente pelas enfermeiras, sendo que algumas delas o reconhecem como importante ajuda que reduz a sobrecarga de trabalho no hospital (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

No entanto, o modo de participação da mãe, a qual não é envolvida da tomada de decisões, não contribui para a consequente construção do cuidado compartilhado entre mães e enfermeiras, e ainda fortalece a execução de uma assistência fragmentada, de acordo com o valor atribuído a cada cuidado. Nesses casos, a genitora participa apenas de cuidados concebidos como domésticos, ou seja, os menos valorizados por sua menor exigência intelectual (COLLET; ROCHA, 2003)

Em pesquisa realizada em UTIN, Gaíva e Scochi (2005) verificaram que a família não se encontra inserida no processo de trabalho e, apesar de alguns profissionais perceberem essa necessidade, não têm sido oportunizados espaços e estratégias para sua participação mais efetiva, o que denota que a equipe não se norteia por uma diretriz que contemple a inserção da família no cuidado. Nesse sentido, embora tenham sido percebidas ações que visam ampliar o elemento de intervenção, em geral, predominam discursos de autoritarismo, assimetria na comunicação, de modo que a mãe é vista como mera executora (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Assim, a mãe e a família do prematuro raramente são acolhidas, não se observando relações de parceria entre equipe e família; há também ausência de compartilhamento de decisões entre ambas. Da mesma forma, são poucas as intervenções ampliadas da equipe com vistas a tornar a família sujeito autônomo no processo de saúde e qualidade de vida de seu filho; o cuidado materno é visto como uma obrigação, e o relacionamento com a família é, portanto, impessoal, normativo e autoritário (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

No entanto, destacamos, por parte do enfermeiro, a necessidade de estabelecer formas de comunicação e interação com os familiares dos bebês internados em unidades neonatais, promover a participação dos pais na assistência, orientar e incentivar o toque em seus filhos. Sob tal enfoque, pode-se construir um processo de cuidado com maior chance de obter sucesso nas ações de enfermagem que dependem de comunicações eficazes, preservando a singularidade da criança e de seus pais, favorecendo uma interação que proporcione informações, ajuda,

compreensão, enfim, que amenize a ansiedade e ofereça tranquilidade (CONZ; MERIGHI; JESUS, 2009).

Para Campos (1992, p.255), “um grupo de profissionais só configura uma equipe quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos para uma dada situação, de forma a haver complementariedade e não soma de superposição”. Operar de modo cooperativo, por sua vez, não implica trabalhar sem conflitos, uma vez que são inevitáveis e universais. Japiassu, citado por Campos (1992, p.256), enfatiza que a “cooperação interdisciplinar exige, por definição, qualidades de tolerância mútua, de abnegação e, até mesmo, de apagamento dos indivíduos em proveito do grupo”. Reforça, também, a necessidade de ajustamento de papéis de uns para com os outros.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há vasta literatura apontando as vantagens do Método Canguru e evidências suficientes sobre o efeito do contato materno pele a pele no alívio da dor de RN a termo e pré-termo. Este estudo, em especial, contribui para o avanço do conhecimento no que se refere a uma faceta importante do cuidado neonatal: a compreensão dos sentimentos maternos durante um processo doloroso aos seus bebês prematuros internados em unidade neonatal, tendo-as como proativas no manejo da dor aguda.

A análise desta vivência materna de contato pele a pele com o filho para o alívio da dor decorrente, neste estudo, da coleta do teste do pezinho, aponta efeitos positivos que corroboram as vantagens descritas acerca do Método Canguru, apreendendo os seguintes eixos temáticos: Pele a pele mãe e filho gera prazer; Pele a pele tranquiliza e acalma o bebê; Contato materno pele a pele alivia a dor do prematuro; Contato pele a pele insere a mãe no cuidado do filho mesmo durante procedimento doloroso – resgata o papel materno; Desejo de realizar o contato pele a pele durante outros procedimentos com o filho prematuro e Indicando e incentivando o pele a pele para outras mães.

Assim, constatamos que esse contato possibilita estreita e prazerosa interação entre ambos, por meio da qual a mãe executa ações de conforto, como falar, acariciar e segurar seu bebê, comportamentos esses reconhecidos como formas de transmitir tranquilidade e segurança, que contribuem para que o bebê chore menos, faça menos mímica facial e movimentação corporal, se acalme, portanto, tenha alívio da dor.

Os relatos das participantes mostram que, mesmo diante do procedimento doloroso e da exposição de alguns desses prematuros a várias outras intervenções dolorosas, que causam sentimentos de pena e sofrimento nas mães, a vivência do contato pele a pele proporcionou prazer e constatação do alívio da dor do filho, fato que motiva o desejo de utilizarem o Método Canguru durante outros procedimentos, bem como recomendá-lo a outras mães.

Por outro lado, essas mães vivenciam sentimentos ambivalentes, como o medo de estar em contato pele a pele durante a realização do procedimento doloroso e o desejo de nele permanecer para acalmá-lo, protegê-lo e dar-lhe segurança. Entre outros conflitos, há, portanto, sentimento de pena pela frequente exposição à dor e, ao mesmo tempo, reconhecimento de que o contato é importante e benéfico ao filho.

Muitos prematuros ainda são submetidos à dor sem qualquer forma de intervenção, e as evidências sobre a efetividade de ações para o seu manejo ainda são subutilizadas, assim com a dor aguda apresenta-se subtratada. Esses aspectos também emergiram das falas de algumas entrevistadas ao compararem a vivência atual com outras exposições desse prematuro ou de outros filhos a procedimentos dolorosos. Também ressaltamos o fato de esta ser a primeira experiência de permanecer em contato pele a pele durante o teste do pezinho, uma vez que as participantes não possuíam experiência anterior e entendiam aquele momento apenas como parte de uma pesquisa.

Tal situação é particularmente preocupante pelo fato de esses profissionais terem conhecimento acerca do manejo não farmacológico da dor, muitos deles com pós-graduação concluída ou em desenvolvimento, estarem inseridos em um hospital universitário, onde constantemente há projetos e estudos, e atuarem, inclusive, em unidades neonatais, nas quais já foram realizadas e divulgados os resultados de pesquisas que comprovam a efetividade do contato pele a pele e da amamentação materna no alívio da dor de RN pré-termo e a termo durante o teste do pezinho.

Portanto, embora possivelmente cientes dos benefícios de tal manejo, os membros da equipe optam por medidas mais práticas (como a administração oral de sacarose 25%) que não exigem a presença materna no local, situação essa que pode ser decorrente do modelo de atenção e processo de trabalho citados incessantemente na literatura. Outras possíveis causas podem ser a frequente sobrecarga de trabalho, observada nesta e em outras unidades neonatais, e a pressa em executar os procedimentos da forma mais rápida possível. Também é relevante o fato da presença materna mostrar-se intimidadora para alguns, visto que a mãe, quando não possui informações suficientes sobre os momentos em que seu filho passará por algum procedimento invasivo, sentirá dúvidas e até mesmo receio do que está sendo executado.

Exclui-se, assim, a oportunidade da mãe ser vista como aliada e proativa no alívio da dor, pois quando ela protagoniza uma situação dessa natureza vivenciada por seu filho, sem ser excluída dos procedimentos de apoio ao diagnóstico e terapêuticos realizados, sente-se parte do processo e colabora. Neste estudo, as 15 mães participantes não apresentaram, em momento algum (pré, durante ou pós-punção do calcâneo, ainda que sem sucesso na primeira execução),

hostilidade ou resistência para com os profissionais envolvidos na coleta do teste do pezinho e dos dados desta pesquisa. A maioria delas, ao contrário, preocupou-se em interagir e confortar o filho durante o procedimento.

Também as mães, extraordinariamente, demonstraram maneiras de lidar com a situação e afirmaram preferir estar com seus filhos nos momentos de dor, e assim ajudá-los a vivenciá-los da melhor forma possível, com calma e tranquilidade, ainda que fosse uma situação ruim, que se repete várias vezes ao dia nas unidades neonatais.

Ressaltamos também que crianças e adolescentes, ainda que não pelo reconhecimento da importância, têm direitos de cidadania assegurados que incluem a participação/inserção dos pais e família no seu cuidado e alívio da dor. Dessa forma, há necessidade de se investir em recursos e na educação permanente da equipe neonatal, não bastando planejar treinamentos centrados em palestra ou curso em que se transmitam conteúdos de forma convencional, e, mesmo assim, esperar transformações na prática. Consideramos oportuno, portanto, buscar a qualificação da equipe para uma prática de fato avançada e transformadora, que se coadune à filosofia do Cuidado Centrado na Família e desenvolvimental.

Destacamos ainda a contribuição da enfermagem nesse processo por permanecer na linha de frente, 24 horas por dia, no cuidado direto à criança, portanto, em condição privilegiada para inserir e viabilizar a participação ativa da família, no caso para o alívio da dor aguda particularmente neste segmento populacional de alto risco e muito exposto a procedimentos dolorosos e invasivos.

Incentivar e apoiar a mãe e família nessa participação, além de orientar sobre os procedimentos, esclarecendo que o foco de sua atuação não reside no procedimento em si, são atitudes que minimizam os sentimentos de pena por ela vivenciados durante a punção. Com essas informações, ela poderá se dedicar integralmente à sua interação com o bebê, o que confere tranquilidade e segurança à díade.

Mantem-se, portanto, o desafio de transformar a prática assistencial, o que requer ação de todos os envolvidos, inclusive coordenação e administração hospitalar, para melhora das condições de trabalho, consequentemente proporcionando e dando condições aos profissionais para a execução do Cuidado Centrado na Família e da humanização da assistência, em consonância com a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS.

REFERÊNCIAS[1]

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR6023.

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE. **ABM Clinical Protocols**. 2015. Disponível em: <http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx>. Acesso em: 5 set. 2015.

ALGREN, C. Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In: HOCKENBERRY, M. J. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 637-705.

ALGREN, C.; ARNOW, D. Variações das intervenções de enfermagem pediátricas. In: HOCKENBERRY, M. J. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 706-786.

ALMEIDA, E. A.; MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Revista de Ciências Médicas**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 381-388, 2004.

ALMEIDA, C. M.; ALMEIDA, A. F. N.; FORTI, E. M. P. Efeitos do método Mãe-Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 1-5, 2007.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn and Section on Surgery, Canadian Paediatric Society and Fetus and Newborn Committee. **Pediatrics**, Springfield, v. 118, n. 5, p. 2231-2241, 2006.

ANAND K, J. et al. Analgesia and local anesthesia during invasive procedures in the neonate. **Clinical Therapeutics**, Princeton, v. 27, n. 6, p. 844-76, 2005.

ANAND, K. J. et al. Summary proceedings from the neonatal pain-control group. **Pediatrics**, Springfield, v. 117, n. 3 Pt2, p. S9-S22, Mar. 2006.
ANAND, K. J. S.; SCALZO, F. M. Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? **Biology of the Neonate**, New York, v. 77, n. 2, p. 69-82, 2000.

ARAÚJO, M. et al. Saúde da Família: cuidado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. spe, p. 117-122, 2000.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

AZOULAY, E.; SPRUNG, C. L. Family-physician interactions in the intensive care

unit. **Critical Care Medicine**, New York, v. 32, n. 11, p. 2323-2328, 2004.

BARBOSA, V. et al. Aleitamento materno na sala de parto: a vivência da puérpera., **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 366-373, 2010.

BARBOSA, M. A. M.; BALIEIRO, M. M. F. G.; PETTENGILL, M. A. M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 194-199, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, LDA, 2011.

BAUCHNER, H. et al. Parents and procedures: a randomized controlled trial. **Pediatrics**, New York, v. 98, n. 5, p. 861-867, 1996.

BAUER, K. et al. Body temperatures and oxygen consuption during skinto-skin (kangaroo) care in stable preterm infants weighing less than 1500 grams. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 130, n. 2, p. 240-244, 1997.

BECK, C. L. C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de Enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 503-510, 2007.

BEZERRA, A. R. et al. “Minha punção venosa periférica”: Um material didático-instrucional no preparo da criança para o procedimento. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 77-85, 2009.

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

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999. p.33.

BONUTTI, D. **Dimensionamento da exposição de prematuros à dor aguda e o emprego de intervenções no manejo da dor durante a hospitalização em unidade neonatal**. 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 41/95. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 out. 1995. Seção I, p. 1639-1640.

_____. Ministério da Saúde. **Norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo-peso.** Método Mãe-Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa de Triagem Neonatal**, 2ª ed. ampliada. Brasília: Ministério de Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo I - Histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo III - Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança. 2009a (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 18 p.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método canguru. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 930/2012, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal noâmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 maio 2012. Seção I, p. 138-140.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRATTON, R. L. Assessment and management of acute low back pain. **American Family Physician**, Leawood, v. 60, n. 8, p. 2299-2308, 1999.

BRENANN, A. Caring for children procedures: a review of literature. **Pediatric Nursing**, Pitman, v. 20, n. 5, p. 451-458, 1994.

BRITO, M. H. A. **Modelos de assistência neonatal:** comparação entre o método mãe-canguru e o método tradicional. 2008. 218 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BOIE, E. T. et al. Do parents want to present during a invasive procedures performed in their children in Emergency Department? A survey of 400 parents. **Annals of Emergency Medicine**, Lansing, v. 34, n. 1, p. 70-74, 1999.

BYERS, J. F. Care and the evidence for their use in the NICU. Components of developmental. **MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing**, New York, v. 28, n. 3, p. 175-180, 2003.

CAETANO, L. C.; SCOCHI C. G. S.; ANGELO, M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 562-568, 2005.

CAMPOS, M. A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 255-257, 1992.

CAPELLINI, V. K. **Exposição, avaliação e manejo da dor aguda do nascido em unidades neonatais de um hospital estadual.** 2012. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

CARBAJAL, R. et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates

in intensive care units. **JAMA**, Chicago, v. 300, n. 1, p. 60-70, 2008.

CARDOSO, M. V. L. M. L.; SOUTO, K. C.; OLIVEIRA, M. M. C. Compreendendo a experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado na unidade neonatal. **RENE:** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 49-55, 2006.

CASATI, P. S.; OLIVEIRA, C. S.; PAULA, S. Método mãe canguru e suas associações nos benefícios dos recém-nascidos baixo peso. **UNICiências**, Mato Grosso, v. 14, n. 1, p. 135-146. 2010.

CASTRAL, T. C. **O contato pele a pele no alívio da dor em prematuros durante o Teste do Pezinho**. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CASTRAL, T. C. et al. The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. **European Journal of Pain**, London, v. 12, n. 4, p. 464-471, 2008.

CASTRAL, T. C. et al. Maternal factors regulating preterm infants' responses to pain and stress while in maternal kangaroo care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 435-443, 2012.

CHARPAK, N.; CALUME, Z. F.; HAMEL, A. **O Método Mãe-Canguru:** pais e familiares dos bebês pré-termos podem substituir as incubadoras. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1999.

CHARPAK, N. et al. Kangaroo mother care: 25 years after. **Acta Paediatric**, Oslo, v. 94, n. 5, p. 514-522, 2005.

CHIOU, C. J.; WANG, H. H. Reflections on the essence of FCC. **Hu Li Za Zi**, Taibei, v. 51, n. 3, p. 53-58, 2004.

CHRISTOFFEL, M. M. et al. Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. **REME:** Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 321-32, 2009.

CIGNACCO, E. et al. The efficacy of non-pharmacological interventions in the management procedural pain in preterm and term neonates: a systematic literature review. **European Journal of Pain**, London, v. 11, n. 2, p. 139-152, 2007.

CODIPIETRO, L.; CECCARELLI, M.; PONZONE, A. Breastfeeding or oral sucrose solution in term neonates receiving heel lance: a randomized, controlled trial. **Pediatrics**, New York, v. 122, n. 3, p. e716-e721, 2008.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 260-264, 2003.

CONZ, C. A., MERIGHI, M. A. B., JESUS, M. C. P. Promoção de vínculo afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Um desafio para as enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 849-855, 2009.

CORDEIRO, R. A.; COSTA, R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 185-192, 2014.

COSTA, M. C. G.; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 698-704, 2010.

CRESCÊNCIO, E. P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L. C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 64-69, 2009.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 861-865, 2011.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 690-697, 2007.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

DAVIN, R. M. B. et al. Método mãe canguru: vivência de mães no alojamento conjunto. **RENE:** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 37-44, 2009.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (London). Central Health Services Council. **The welfare of children in hospital**: report of the committee. Her Majesty's Stationery Office. London: Department of Health and Social Security, 1959.

DeCASPER, A. J.; SPENCE, M. J. Prenatal maternal speech influences newborn's perceptions of speech sounds. **Infant Behavior & Development**, Norwood, v. 9, n. 2, p. 133-150, 1986.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org). **Caminhos do pensamento:** epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

DITTZ, E. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 75-81, 2008.

DOLTO, F. Esquema corporal e imagem do corpo. In: DOLTO, F. A imagem inconsciente do corpo. **Perspectiva**, São Paulo, p. 1-48, 2001.

ESTRINGER, A. P. et al. Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediário convencional e Unidade Canguru. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1205-1216, 2013.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 609-616, 2007.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. pt.3, p. 205-220

FEFERBAUM, R.; FALCÃO, M.C. **Nutrição do Recém-nascido**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

FELDMAN, R. et al. Comparison of skin to skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. **Pediatrics**, New York, v. 110, n. 1, p. 16-26, 2002a.

FELDMAN, R. et al. Skin-to-skin contact (kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclist, arousal modulation, and sustained exploration. **Developmental Psychology**, Richmond, v. 38, n. 2, p. 194-207, 2002b.

FERBER, S. G.; MAKHOUL, I. R. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. **Pediatrics**, New York, v. 113, n. 4, p. 858-865, 2004.

_____. Neurobehavioral assessment of skin-to-skin effects on reaction to pain in preterm infants: a randomized, controlled within-subject trial. **Acta Paediatric**, Oslo, v. 97, n. 2, p. 171-176. 2008.

FITZGERALD, M. The development of nociceptive circuits. **Nature reviews.** Neuroscience, London, v. 6, n. 7, p. 507-520, 2005.

FRANCK, L. S.; CALLERY, P. Re-thinking family-centered care across the continuum of children's healthcare. **Child:** Care, Health and Development, v. 30, n. 3, p. 265-277, 2004.

FREIRE, N. B.; GARCIA, J. B.; LAMY, Z. C. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. **Pain**, Amsterdam, v. 139, n. 1, p. 28-33, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1984. p.99.

FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 444-452, 2003.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 444-448, 2005.

GAZZOLO, D.; MASETT, I. P.; MELI, M. Kangaroo care improves post-extubation cardiorespiratory paremeters in infants after open-hearth surgery. **Acta Pediatrica**, Oslo, v. 89, n. 6, p. 728-729, 2000.

GOUBET, N.; CLIFTON, R. K.; SHAH, B. Learning about pain in preterm newborns. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, Baltimore, v. 22, n. 6, p.

418-424, 2001.

GRAY, L.; WATT, L.; BLASS, E. M. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. **Pediatrics**, New York, v. 105, n. 1, p. 1-14, 2000.

GRUNAU, R. E. Early pain in preterm infants: a model of long-term effects. **Clinics in Perinatology**, Philadelphia, v. 29, n. 3, p. 373-394, 2002.

GRUNAU,R.E. et al. Neonatal procedural pain exposure predict lower cortisol and behavioral reactivity in preterm infants in the NICU. **Pain**, Amsterdam, v. 113, n. 3, p. 293-300, Feb. 2005.

GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 3, p. 149-60, 1999.

GUNNAR, M.; QUEVEDO, K. The neurobiology of stress and development. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v. 58, p. 145-173, 2007.

HAGUETE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 8ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. 224 p.

HALIMAA, S. L.; VEHVILÄINEM-JULKNEM, K.; HEINONEN, K. Knowledge, assessment and management of pain related to nursing procedures used with premature babies: questionnaire study for caregivers. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v. 7, n. 6, p. 422-430, 2001.

HALL, D.; KIRSTEN, G. Kangaroo mother care: a review. **Transfus Med.**, v. 18, n. 2, p. 77-82, 2008.

HANSON, S. M. **Enfermagem de cuidados de saúde à família:** teórica, prática e investigação. Camarate: Lusociência, 2005.

HARRISON, H. The principles for Family-Centered Neonatal Care. **Pediatrics**, New York, v. 92, n. 5, p. 643-650, 1993.

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a “atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso — método canguru”. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 427-436, 2006.

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M.; MORSH, D. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p. 835-852, 2010.

HERRINGTON, C. J.; OLOMU, I. N.; GELLER, S. M. Salivary cortisol as indicators of pain in preterm infants: a pilot study. **Clinical Nursing Research**, Newbury Park, v. 13, n. 1, p. 53-58, 2004.

HODGINS, M. J. Interpreting the meaning of pain severity scores. **Pain Research & Management**, Oakville, v. 7, n. 4, p. 192-198, 2002.

HORBAR, J. D.; PLSEK, P. E.; LEAHY, K. NIC/Q2000: Establishing Habits for Improvement in NICU. **Pediatrics**, New York, v. 111, n. 4, p. 397-410, 2003.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **Manual de normas técnicas e rotinas do teste do pezinho de triagem neonatal**. Ribeirão Preto: HCFMRP-USP, 2011. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/informacao.aspx?id=283&ref=7&refV=35>. Acesso em: 1 out. 2015.

INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE. **Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system**: recommendations and promising practices. 2nd ed. Bethesda/EUA: Institute for Patient and Family Centered Care, 2011. Disponível em: <http://www.familycenteredcare.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2015.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Pain terminology**. 2011. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavegationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitons/default.htm>. Acesso em: 22 jan. 2015.

ISOARDI, J.; SLABBERT, N.; TRESTON, G. Witnessing invasive paediatric procedures, including resuscitation, in the emergency department: a parental perspective. **Emergency medicine Australasia**, Wes Melbourne, v. 17, n. 3, p. 244-248, 2005.

JAY, S. M.; OZOLINS, M.; ELLIOTT, C. H. Assessment of children´s distress during painful medical procedures. **Health Psychology**, v. 2, n. 2, p. 133-147, 1983.

JESUS, N. C. et al. A vivência do Método Canguru: a Percepção do pai. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v. 9, n. 7, p. 8542-8550, 2015.

JOHNSTON, C. C. et al. Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago, v. 157, n. 11, p. 1084-1088, 2003.

JOHNSTON, C. C. et al. Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. **BMC Pediatrics**, London, v. 8, 13, 2008.

JOHNSTON, C. C. et al. Enhanced kangaroo mother care for heel lance in preterm neonates: a crossover trial. **Journal of Perinatology**, Philadelphia, v. 29, n. 1, p. 51-56, 2009.

JOHNSTON, C.C. et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates (Review). **Cochrane Database Systematic Reviews**, Oxford, v. 1, CD008435, 2014.

KATAKURA, E. A. L. B. et al. Humanização da saúde - O método mãe-canguru e as percepções de mães que o vivenciaram. **Revista ATO Humanização da Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 829-837, 2010.

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

KLAUS, H. M.; FARAROFF, J. M. **Alto risco em neonatologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

KORNECKI, A. et al. A randomized trial of prolonged prone positioning in children with acute respiratory failure. **Chest**, Chicago, v. 119, n. 1, p. 211-218, 2001.

KOSTANDY, R. R. et al. Kangaroo care (skin contact) reduces crying response to pain in preterm neonates: pilot results. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v. 9, n. 2, p. 55-65, 2008.

LAMY FILHO, F. et al. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 84, n. 5, p. 428-435, 2008.

LAMY, Z. C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal**. 1995. 200 f. Dissertação

(Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 5, p. 293-299, 1997.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005.

LAMY, Z. C. et al. Construção do papel materno a partir das vivências de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais**. Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2011.

LEITE, A. M. **Efeitos da amamentação no alívio da dor em recém-nascidos a termo durante a coleta do teste do pezinho**. 2005. 158 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LEITE, A. M. et al. Effects of breastfeeding on pain relief in full-term newborns. **Clinical Journal of Pain**, New York, v. 25, n. 9, p. 827-832, 2009.

LÉLIS, A. L. P. A. et al. Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 694-700, 2011.

LUDINGTON-HOE, S. M. et al. Kangaroo Care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants. **Biologic Research for Nursing**, Thousand Oaks, v. 2, n. 1, p. 60-73, 2000.

LUDINGTON-HOE, S. M.; CONG, X.; HASHEMI, F. Infant crying: nature, physiologic consequences, and select interventions. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 21, n. 2, p. 29-36, 2002.

LUDINGTON-HOE, S. M.; HOSSEINI, R.; TOROWICZ, D. L. Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) analgesia for preterm infant heel stick. **AACN Clinical Issues**, Philadelphia, v. 16, n. 3, p. 373-387, 2005.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio

de Janeiro: Hucitec, 2004, p. 9-20.

MACDONALD, M. G.; SESHIA, M. M. K.; MULLETT, M. D. **Avery neonatologia**: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MALUSKY, S. K. A concept analysis of family-centered care in the NICU. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 24, n. 6, p. 25-32, 2005.

MARSON, A. P. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa... **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 161-169, 2008.

MARTINEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 239-246, 2007.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2004.

MATSUDA, M. R. et al. Métodos não farmacológicos no alívio da dor do recém-nascido**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Maringá, v. 5. n. 1, p. 59-63, 2014.

MATTHIESEN, A. S. et al. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. **Birth**, Berkeley, v. 28, n. 1, p. 13-9, 2001.

MELO, G. M. et al. Olhar materno sobre a dor do filho recém-nascido. **Revista de Enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 1, p. 8-15, 2014.

MILBRATH, V. M. et al. Being a woman, mother to a child with cerebral palsy. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 427-431, 2008.

MILTERSTEINER, A. R. et al. Respostas fisiológicas da Posição Mãe-Canguru em bebês pré-termo, de baixo peso e ventilando espontaneamente. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, p. 447-455, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª

ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, J. M. Tecnologia, autonomia e dignidade humana na área da saúde In: SIQUEIRA, J. E.; PROTA, L.; ZANCANARO, L. (org.). **Bioética:** estudos e reflexões. Londrina: UEL, 2000. p. 101-116.

MOLINA, R. C. M.; MARCON, S. S. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 856-864, 2009.

MONTANHOLI, L. L. **Efeitos analgésico e de conforto neonatal do contato pele a pele versus sacarose durante duas punções de calcâneos repetidas e sucessivas em recém-nascidos**: ensaio clínico randomizado. 2014. 250 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

MORI, R. et al. Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. **Pediatrics International**, Carlton South, v. 52, n. 2, p. 161-170, 2010.

NASCIMENTO, L. C. et al. Mothers' View on Late Postoperative Pain Management by the Nursing Team in Children After Cardiac Surgery. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 709-715, 2010.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, uso e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 1996.

NÓBREGA, F. S.; SAKAI, L.; KREBS, V. L. J. Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Medicina (São Paulo)**, São Paulo, v. 86, n. 4, p. 201-206, 2007.

NOGUEIRA, F. S. et al. Método canguru: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. **Pediatria Atual,** São Paulo, v. 16, n. 8/9, p. 12-20, 2003.

NYQVIST, K. H. et al. State of the art and recommendations Kangaroo Mother Care: application in a high-tech environment. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 99, n. 6, p. 812-819, 2010a.

NYQVIST, K. H. et al. Towards universal kangaroo mother care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop

on Kangaroo Mother Care. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 99, n. 6, p. 820-826, 2010b.

NYQVIST, K. H. et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 28, n. 3, p. 289-296, 2012.

OHGI, S. et al. Comparison of kangaroo care and standard care: behavioral organization, development, and temperament in healthy, low-birth-weight infants through 1 year. **Journal of Perinatology**, Philadelphia, v. 22, n. 5, p. 374-379, 2002.

OLIVEIRA, F. J. A.; BERGER, C. B. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualidade dos serviços. **Momento & Perspectiva em Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 69-74, 1996.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 430-436, 2005.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. especial, p. 105-113, 2006.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Buenas práticas clínicas:** documento de las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2006.

PEREIRA, M. J. B. **A avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de Atenção Básica em Saúde do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na aera da saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo (SP): Loyola, 2004. p. 12-30.

PHILIP, A. G. S. The evolution of neonatology. **Pediatric Research**, Basel, v. 58, n. 4, p. 799-815, 2005.

PINTO, J. P.; BARBOSA, V. L. Maternal-infant bonding and the mother's participation during venipuncture: a psychoanalytic perspective. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 150-155, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa:** na atenção à saúde. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PORTO, C. F. P. O. **Procedimentos de enfermagem dolorosos**: respostas de mães e enfermeiras numa unidade pediátrica. 2008. 251 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) – Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2008.

PRESTES, A. C. **Epidemiologia da dor aguda em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias**: frequência da realização de procedimentos dolorosos e do emprego de analgésicos por via sistêmica. 2004. 183 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

PRESTES, A. C. et al. Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 81, n. 5, p. 405-410, 2005.

PÜSCHEL, V. A.; IDE, C. A.; CHAVES, E. C. Modelos clínicos e psicossociais de atenção ao indivíduo e à família na assistência domicilar: bases conceituais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 261-268, 2006.

RIBEIRO, L. M. S. A. **Prematuro, quem é esse bebê?** As singularidades de bebês que nascem pré-termo em questão. 1991. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

RIBEIRO, C. A. **Crescendo com a presença protetora da mãe**: a criança enfrentando o mistério e o terror da hospitalização. 1999. 239 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

RICHARDSON, C. R. Parents and pediatrics procedures. **Journal of Family Practice**, Parsippany, v. 44, n. 2, p. 131, 1997.

ROCHA, R. S. et al. Promoção de cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal. **RENE:** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 12, n. 3, p. 502-509, 2011.

ROLIM, K. M. C. et al. Sensibilizando a equipe de enfermagem quanto ao cuidado humanizado ao binômio mãe e filho: relato de experiência. **Revista Enfermagem Atual**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 30-33, 2004.

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 85-92, 2006.

ROSO, C. C. et al. Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 47-54, 2014.

SALLES, B. G. C. **Aplicação do exame neurocomportamental de Dubowitz em recém-nascidos pré-termo e sua correlação com condições perinatais diversas**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2003.

SANTOS, L. M.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva**. Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 269-275, 2012.

SANTOS, L. M. et al. Mudanças familiares decorrentes da hospitalização do prematuro em cuidados intensivos: um estudo com puérperas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 3, p. 230-238, 2013.

SANTANA, J. C. B. et al. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2012.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro:** bases teóricas para o cuidado de enfermagem. 2000. 245 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C. G. S.; COSTA I. A. R.; ARRUDA N. M. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. especial, p. 91-101, 1996.

SCOCHI, C. G. S. et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-544, 2003.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22ª ed. São Paulo: Cortez, 2002. p.162.

SHAW, E. G.; ROUTH, D. K. Effects of mother´s presence on children´s reactions to aversive procedures. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 7, n. 1, p. 33-42, 1982.

SHILDES, L.; PRATT, J.; HUNTER, J. Family centered care: review of qualitative studies. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 10, p. 1317-1323, 2006.

SMITH, R. P. et al. Pain and stress in the human fetus. **European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 92, n. 1, p. 161-165, 2000.

SOUZA, J. A. A formação do vínculo afetivo: a questão do apego. **Revista Técnica IPEP**, São Paulo, v. 5, n. 1/2, p. 81-98, 2005.

SOUZA, N. L. et al. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 729-733, 2009.

SOUZA, N. L. et al. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 159-165, 2010.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no método canguru: Contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Pscicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 14, p. 647-656, 2013.

STEVENS, B. et al. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 1, CD001069, 2010.

STINSON, J. N.; MCGRATH, P. O. C. No pain – all gain: advocating for improved paediatric pain management. **Paediatric Child Health**, Oakville, v. 12, n. 2, p. 93-94, 2007.

TALLANDINI, M. A.; SCALEMBRA, C. Kangaroo mother care and mother–premature infant dyadic interaction. **Infant Mental Health Journal**, Malden, v. 27, n. 3, p. 251-275, 2006.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TAVARES, L. **Uma declaração universal de direitos para o bebê prematuro**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

VARENDI, H.; PORTER, R. H.; WINBERG, J. Attractiveness of amniotic fluid odor: evidence of prenatal olfactory learning? **Acta paediatrica**, Oslo, v. 85, n. 10, p. 1223-7, 1996.

VERONEZ, M.; CORRÊA, D. A. M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 263-270, 2010.

VINALL, J.; GRUANAU, R. E. Impact of repeted prodecural pain-related stress in infants born very preterm. **Pediatric Research**, New York, v. 75. n. 5, p. 584-587, 2014.

VON BAEYER, C. L.; SPAGRUD, L. J. Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. **Pain**, Amsterdan, v. 127, n. 1, p. 140-150, 2007.

WARNOCK, F. et al. Brief report: maternal kangaroo care for neonatal pain relief: a systematic narrative review. **Journal of Pediatric Psychology**, Washington, v. 35, n. 9, p. 975-984, 2010.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. A enfermagem diante das mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-235, 2007.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

WOLFRAM, R. W.; TURNER, E. D. Effects of parenteral presence during children´s venipuncture. **Academic Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 3, n. 1, p. 58-64, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding**. Florence: WHO/UNICEF, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Kangaroo mother care**: practical guide. Geneva: World Health Organizations, 2003.

_____. **Baby friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrate care**. Section 1, Background and Implementation, Preliminary Version. Geneve: World Health Organizations, 2006.

_____. **Born too soon:** the global action report on preterm birth. The Global action report. World Health Organization. Geneva, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2012.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para a avalição e intervenção na família. São Paulo: Roca, 2002.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Código: _____

Meu nome é Aline Carolina de Araújo Santos, sou aluna de mestrado da Escola de Enfermagem USP. Convido você e seu bebê a participarem da pesquisa: "A vivência materna no contato pele a pele para o alívio da dor em prematuros submetidos ao teste do pezinho em unidade neonatal", que será realizada para analisar o que significa para você estar em contato pele a pele com seu filho prematuro para o alívio da dor decorrente da coleta do teste do pezinho em unidade neonatal.

Primeiramente solicitaremos a sua autorização para levantarmos algumas informações no prontuário do seu bebê que serão: número de consultas do pré-natal, tipo de parto, idade gestacional ao nascer, intercorrências durante o parto e complicações clinicas nas últimas 24 horas. Em seguida, a entrevistaremos através de um roteiro para sabermos seus dados de identificação como: idade, escolaridade, profissão, número de filhos, sua experiência anterior de contato pele a pele com o bebê atual.

Após coletarmos dados de identificação, iniciaremos o contato pele a pele, entre você e seu bebê, posicionaremos seu bebê em seu colo, em posição vertical, somente com a fralda, e você ficará com o mesmo durante 15 minutos, em seguida será realizado o teste do pezinho, por uma enfermeira do serviço ou pela própria pesquisadora, após o término da coleta, você ficará por mais 5 minutos em canguru com seu bebê.

Em seguida, iremos a um local reservado e faremos as seguintes perguntas:

1- Como foi para você permanecer em contato pele a pele com seu filho enquanto ele estava sendo submetido a um procedimento doloroso (coleta do teste do pezinho)? Quais foram as facilidades e dificuldades nesse processo?

2- Você gostaria de utilizar o contato pele a pele em outras situações de dor de seu filho? Por quê?

3- Você indicaria o contato pele a pele para alguma amiga?

A entrevista, conduzida pela pesquisadora, será gravada com gravador digital e ocorrerá no refeitório do 8º andar em frente a UCIN (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal) fora do horário de almoço e jantar, com duração de aproximadamente 30 minutos.

Os resultados do estudo nos ajudarão a compreender a vivência das mães e também na melhoraria da assistência de enfermagem no alívio da dor do prematuro, com a participação das mães por meio do contato pele a pele.

Sabemos que vivenciar o contato pele a pele, ficar sentada na cadeira e falar sobre esta experiência, e acompanhar o exame do teste do pezinho, pode causar cansaço ou desconforto, trazer lembranças de situações ou momentos difíceis, e este pode ser um risco a você por participar desta pesquisa. Se isso acontecer, poderemos parar e continuar depois, ou não, se você assim desejar.

Você terá direito a indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, em caso de danos eventuais causados pela sua participação nesta pesquisa, de acordo com as leis vigentes no país.

Por outro lado, a sua participação, poderá dar a você e a outras mulheres a oportunidade de vivenciar e falar sobre a experiência do contato pele a pele no alívio da dor do bebê prematuro. Este pode ser um ponto positivo de sua participação.

VERSO TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ _____, aceito participar da pesquisa: "A vivência materna no contato pele a pele para o alívio da dor em prematuros submetidos ao teste do pezinho em unidade neonatal", sob a responsabilidade da pesquisadora Aline Carolina de Araújo Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi. Conheço os meus direitos sobre minha participação e a de meu bebê nesta pesquisa que são:

- A participação é livre e você pode deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo para meu atendimento e do bebê. Ou seja, eu e o bebê não seremos tratados de forma diferente por aceitarmos participar ou não da pesquisa;
- Os dados serão utilizados somente nesta pesquisa e serão guardados de forma segura pela pesquisadora;
- Na apresentação dos resultados deste trabalho em eventos e revistas científicas, não haverá a identificação dos nomes das mães ou dos bebês ou de qualquer dado que possa identificá-los;
- Uma enfermeira treinada irá realizar o procedimento da coleta do teste do pezinho, e ela seguirá o protocolo da unidade, de forma que o procedimento não traga riscos de contaminação ou outros danos ao seu bebê;
- O teste do pezinho é um procedimento de rotina nesta unidade e já seria realizado, participando ou não da pesquisa. Participar da pesquisa não implica em mais exames dolorosos ao seu bebê, sendo que só incluiremos, com essa pesquisa, o contato pele a pele da mãe com seu bebê antes, durante e após a coleta do exame;
- Você poderá se recusar a participar da pesquisa, a qualquer momento, mesmo após responder às questões da entrevista;
- Você não terá que gastar dinheiro com a pesquisa e também nada receberá para participar dela;
- Você assinará duas vias desse documento, uma ficará com você, para garantir sua segurança e a do seu bebê durante a participação na pesquisa, e a outra ficará com a pesquisadora. Todas as vias estarão assinadas pela pesquisadora responsável (Aline).
- Você poderá conversar com as pesquisadoras a qualquer momento da pesquisa e ter acesso aos resultados pelo telefone (16) 3602-3411 (Aline ou Carmen) ou na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Av. Bandeirantes 3900, Campus Universitário;

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim se for necessário entre em contato com este CEP de segunda a sexta das 8 as 17 horas pelo telefone (16) 36023386, ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP no endereço Av. Bandeirantes 3900, Campus Universitário-USP.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20_____.

_____	_____
Mãe participante da pesquisa	Aline Carolina de Araújo Santos Pesquisadora

Apêndice B – Roteiro de coleta de dados

Código:_____

Idade Materna:_____ **Escolaridade:**_____

Profissão:_____ **Número de Filhos:**_____

Número de consultas do pré-natal (dado do prontuário)**:**_____

Tipo de parto (dado do prontuário)**:**_____

Idade gestacional do bebê ao nascer (dado do prontuário)**:**_____

Intercorrências no parto:

O prematuro apresentou nas últimas 24 horas alguma intercorrência clínica? Quais? (dado do prontuário)**:**

_____

Possui experiência anterior em contato pele a pele?

Possui experiência de contato pele a pele com filho atual?

_____

Entrevista:

1- Como foi para você permanecer em contato pele a pele com seu filho enquanto ele estava sendo submetido a um procedimento doloroso (coleta do teste do pezinho)? Quais foram as facilidades e dificuldades nesse processo?

2- Você gostaria de utilizar o contato pele a pele em outras situações de dor de seu filho? Por quê?

3- Você indicaria o contato pele a pele para alguma amiga?

ANEXO

Anexo A - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A vivência materna no contato pele a pele para alívio da dor em prematuros submetidos ao teste do pezinho em unidade neonatal

Pesquisador: Aline Carolina de Araújo Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34527314.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 852.923

Data da Relatoria: 21/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata se de uma adequação as solicitações realizadas por este CEP tanto no projeto quanto no TCLE e criação de Termo de assentimento.

Objetivo da Pesquisa:

Não avaliado neste momento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não avaliado neste momento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não avaliado neste momento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentado conforme solicitação o Termo de Asssentimento devidamente estruturado, realizado os ajustes solicitados no TCLE do responsável quanto a autorização da mãe para busca de informações no prontuário do RN; inserir a informação referente aos riscos/desconfortos aos quais a mãe estará exposta, assim como as formas de manejo e quanto a informação referente à indenização. Substituído o termo cópia por via e garantido uma via assinada pelo pesquisador ao participante. Inserido a função, local,funcionamento do CEP.

No projeto foi descrito as formas de coleta de dados com clareza, os riscos/desconfortos aos

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-3386 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 852.923

quais as mães estarão expostas durante a coleta de dados e suas formas de manejo e feito adequação do cronograma em função do processo de tramitação do CEP.

Recomendações:

Em cada nova versão do TCLE um novo documento deverá ser encaminhado para análise deste CEP,contendo data e versão, em nota de rodapé (Exemplo: VERSÃO02_TCLE_Mês/Ano. Orienta-se impressão do TCLE em frente e verso e, quando não for possível, as páginas devem ser enumeradas da seguinte forma: 1/4; 2/4; 3/4; 4/4, nesse caso deve ter um espaço para as rubricas do pesquisador e participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

RIBEIRAO PRETO, 31 de Outubro de 2014

Assinado por:
Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-3386 **E-mail:** cep@eerp.usp.br