

PERCEPÇÃO E ATITUDE DE PAIS DIANTE DA DOR DO FILHO RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL

Perception and attitude of parents towards newborn pain in neonatal unit

Percepción y actitud de los padres ante el dolor del niño recién nacido en unidad neonatal

Taiana Mara Roma¹; Zeni Carvalho Lam²; Ana Cláudia Garcia Marques³; Marina Uchoa Lopes Pereira^{4*}; Elaine Motta⁵; Fernando Lamy-Filho⁶

Como citar este artigo:

Roma TM, LAM ZC, Marques ACG, *et al.* Percepção e atitude de pais diante da dor do filho recém-nascido internado em unidade neonatal. Rev Fun Care Online.2020. jan./dez.; 12:1234-1241. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9298>

ABSTRACT

Objective: To understand the perception and attitude of parents of newborns admitted to a neonatal unit about their children's pain. **Methods:** Qualitative, exploratory research. Twenty semi-structured interviews were conducted with parents of newborn addressing the relationship between the health professionals and their children, and their approach to painful events. Content Analysis was performed with a thematic approach. **Results:** The parents perceived pain through their child's behavior and attributed painful procedures and prematurity as cause. Some non-painful procedures were listed as such, for example, tape removal. Mothers, compared to fathers, were more sensitive to pain identification. Regarding the attitude towards this, some mentioned caring, others, escape and some reported asking the professionals for help. **Conclusion:** Providing support to parents can make them feel safer about caring for their child, even in the face of pain. Thus, they can take an active stance towards the perception of pain in their newborns.

Descriptors: Pain, Pain perception, Father-child relations, Mother-child Relations, Intensive care units, Neonatal.

¹ Médica formada pela Universidade Federal do Maranhão.

² Médica formada pela Universidade Federal do Maranhão. Título de Especialista em Pediatria com habilitação em Neonatologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Mestrado em Saúde da Criança e Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher, ambos pelo Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Professora Associada do Departamento de Saúde Pública da UFMA.

³ Enfermeira pela Universidade Federal do Maranhão. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança/UFMA. Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará

⁴ Médica formada pela Universidade Federal do Maranhão. Médica residente de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas.

⁵ Enfermeira pela Universidade Federal do Maranhão. Residência em Atenção em Neonatologia pela Universidade Federal do Maranhão. Enfermeira de Terapia Intensiva Neonatal na EBSEH/Hospital Universitário de Brasília.

⁶ Médico pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestrado e doutorado em Saúde da Criança e da Mulher - Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz. Professor titular da Universidade Federal do Maranhão.

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção e a atitude de pais e mães de recém-nascidos internados em Unidade Neonatal sobre a dor de seus filhos.

Método: pesquisa qualitativa, exploratória. Realizou-se vinte entrevistas semiestruturadas com genitores de neonatos abordando a relação entre profissionais de saúde e seus filhos, e sua abordagem ante eventos dolorosos.

Realizou-se Análise de Conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** os genitores perceberam dor pelo comportamento do filho e atribuíram como causa, procedimentos dolorosos e prematuridade. Alguns procedimentos não dolorosos foram elencados como tal, como retirada de esparadrapo. Mães, comparadas aos pais, apresentaram-se mais sensíveis à identificação da dor. Quanto à atitude diante desta, alguns citaram cuidados, outros, fuga e alguns relataram pedir ajuda aos profissionais. **Conclusão:** oferecer suporte aos pais pode fazer com que se sintam mais seguros para o cuidado do filho, mesmo diante da dor. Assim, podem assumir postura ativa diante da percepção da dor em seus recém-nascidos.

Descritores: Dor, Percepção da dor, Relações pai-filho, Relações mãe-filho, Unidades de terapia intensiva neonatal.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la percepción y actitud de los padres de recién nacidos ingresados en una unidad neonatal sobre el dolor de sus hijos. **Método:** investigación cualitativa, exploratoria. Se realizaron veinte entrevistas semiestruturadas con padres de recién nacidos para abordar la relación entre los profesionales de la salud y sus hijos, y su enfoque ante los eventos dolorosos. El análisis de contenido se realizó en la modalidad temática.

Resultados: los padres percibieron el dolor debido al comportamiento de sus hijos y atribuyeron los procedimientos dolorosos y la prematuridad como causa. Algunos procedimientos no dolorosos se enumeraron como tales, como la extracción de cinta. Las madres, en comparación con los padres, eran más sensibles a la identificación del dolor. Con respecto a la actitud hacia esto, algunos mencionaron precauciones, otros, escaparon y algunos informaron que pidieron ayuda a los profesionales. **Conclusión:** brindar apoyo a los padres puede hacerlos sentir más seguros para cuidar a sus hijos, incluso ante el dolor. Por lo tanto, pueden adoptar una postura activa hacia la percepción del dolor en sus recién nacidos.

Descriptorios: Dolor, Percepción del dolor, Relaciones padre-hijo, Relaciones madre-hijo, Unidades de cuidado intensivo neonatal.

INTRODUÇÃO

Recém-nascidos (RN) expostos a situações de estresse emocional tendem a comunicar-se de forma mais intensa, seja de modo verbal ou não.¹ Mesmo os RN pré-termos emitem sinais não verbais de comunicação como movimentos corporais, expressão facial, choro e emissão de murmúrios vocais². Estas formas de comunicação são reconhecidas e utilizadas por pais, mães e cuidadores para identificação de dor, necessidades fisiológicas, fome e sono, inclusive em ambiente hospitalar.³

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é uma experiência de caráter universal, ocorrendo quando há uma agressão⁴. Em crianças, a resposta a esse estímulo é condicionada vários fatores, dentre estes, o nível cognitivo, que irá modular a sua resposta e percepção.⁵

O autorrelato de crianças acima de três anos

é considerado padrão-ouro para diagnóstico e acompanhamento da dor⁶. Entretanto, a incapacidade do pré-termo e do lactente gravemente doentes expressarem verbalmente sua dor é um desafio para sua mensuração⁷, fazendo com que os profissionais dependam da utilização de escalas.⁸

Atualmente há número expressivo de escalas de dor para recém-nascidos, como por exemplo: Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS); Escala de Avaliação de Dor no RN (NIPS); Escala de Dor, Agitação e Sedação Neonatal (N-PASS); *Premature Infant Pain Profile* (PIPP); *Score para a Avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido* (CRIES).⁹

Entretanto, nenhuma dessas formas de avaliação inclui a participação de pais e mães.¹⁰ A contribuição destes na identificação e conduta frente à dor de seus filhos pode ser fundamental para cuidados antálgicos mais efetivos.¹¹ Assim, esta pesquisa teve como objetivo compreender a percepção e a atitude de pais e mães de RN internados em Unidade Neonatal sobre a dor de seus filhos.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa do tipo exploratória. Realizada em hospital universitário de uma capital do nordeste brasileiro entre maio e junho de 2014. No período do estudo o Serviço de Neonatologia contava com 40 leitos distribuídos entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Foram incluídos pais e/ou mães de bebês internados na Unidade Neonatal (UN) durante o período do estudo. Para a amostra foi utilizado o critério de saturação dos sentidos.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Os instrumentos foram: questionário estruturado, com aspectos sociodemográficos e dados do prontuário; e roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas abordando a visão dos familiares envolvidos acerca da relação entre o RN e a equipe de saúde, bem como a abordagem desta em eventos dolorosos.

Para a coleta de dados era realizado o convite ao participante e, após o aceite, agendada a entrevista, que era realizada no hospital, em sala protegida de interrupções. No encontro era lido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), preenchido o questionário e realizada a entrevista, gravada e posteriormente transcrita.

Foi utilizada Análise de Conteúdo na modalidade Temática para a interpretação dos dados, seguindo os passos de pré-análise, categorização e interpretação.¹²

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do "NOME DO HOSPITAL", resolução nº 466/12 e suas suplementares, do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer nº 446.969, em 05 de novembro de 2013. A identidade dos entrevistados foi preservada assegurando anonimato. Seus

nomes foram substituídos por nomes de flores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas sete mães, um pai e seis casais, totalizando 20 participantes, envolvendo 15 RN (um par de gemelares).

Quanto às mães entrevistadas, a idade variou de 18 a 41 anos, a maioria referiu ensino médio completo, religião católica, união consensual e um único filho. Os pais tinham idade entre 26 e 39 anos, católicos e evangélicos, ensino médio completo, predomínio da união consensual com um a dois filhos.

Dos 15 RN, 14 nasceram no local do estudo, metade era do sexo masculino, com Índice de Apgar variado, sendo a maioria acima de cinco no primeiro minuto. A idade gestacional (IG) e a idade cronológica variaram, respectivamente, de 24 a 36 semanas e de 8 dias a 5 meses e 3 dias. O peso ao nascimento variou de 680 a 2984g e o peso atual, de 960 a 3360g. Os diagnósticos principais são mostrados no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Características perinatais dos recém-nascidos internados. São Luís, MA, Brasil, 2014

RN*	SEXO	APGAR 1 ^o → 5 ^o min	IG AO NASCER (sem)	PESO AO NASCER (g)	PESO ATUAL (g)	TEMPO DE INTERNAÇÃO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
RN de Anís	Masc	2→6	24	724	960	69d	Prematuridade Extrema
RN de Dália	Masc	9→9	31	1400	1610	26d	Prematuridade Extrema, DMH
RN de Lélia	Masc	0→1	34	1640	3390	5m3d	Prematuridade Extrema, anóxia
RN de Hortência e Saramago	Fem	6→7	29	680	1045	44d	Prematuridade Extrema
RN de Lillian	Masc	5→9	30	1050	1030	49d	Prematuridade Extrema
RN de Jasmim e Narciso	Fem	9→9	34	1606	1485	08d	Prematuridade Extrema
RN de Amarilis e Florencio	Fem	2→8	27	755	1705	38d	Prematuridade Extrema
RN de Lúcia e Delfino	Fem	4→7	31	1000	980	27d	Prematuridade Extrema, Suspeita de Síndrome de Dandy Walker
RN de Magnólia e Jacinto	Fem	8→9	34	1700	1535	17d	Prematuridade Extrema
RN de Margarida	Masc	7→9	36	2984	2685	12d	Prematuridade Tardia, Gastroquise
RN de Iris	Masc	0→5	29	880	1215	95d	Prematuridade Extrema, DMH
RN de Perpétua	Fem	9→9	30	1116	1320	19d	Prematuridade Extrema, PIG, DMH
RN de Cravina e Cosmos	Masc	8→9	31	1200	1275	23d	Prematuridade Extrema
RN de Alisson	Fem	9→9	34	1675	1425	15d	Prematuridade

Nota: Masc = Masculino; Fem = Feminino; min = minuto; IG = Idade gestacional; sem = semanas; g = gramas; d = dias; m = meses; DMH = Doença da Membrana Hialina; PIG = Pequeno para idade gestacional; *Nomes Fictícios

Com relação às condutas e procedimentos, o acesso venoso profundo foi o mais utilizado. Das modalidades de suporte ventilatório, predominou a Ventilação Pulmonar Mecânica (VPM). Com relação às medidas de alívio da dor registradas em prontuário, as farmacológicas foram mais frequentes e, dentre as medidas não farmacológicas,

a posição canguru.

Para os pais e mães entrevistados, os filhos sentiam dor em consequência de manuseios, procedimentos e, até mesmo, da própria prematuridade. Manifestavam a dor pelo choro ou por diferentes comportamentos. Os achados empíricos foram categorizados em: “A dor existe”, “O que é mais doloroso é...” e “Por ele ser prematuro”.

A dor existe

Na maioria das entrevistas, pais e mães alegaram perceber situações de dor em seus neonatos quando estes choravam. O choro é uma das formas de linguagem pela qual o bebê se comunica e expressa sua dor². Porém, embora o choro seja mais observado após estímulos dolorosos, pode indicar também raiva, desconforto e fome.¹³ O relato de Magnólia evidencia esse aspecto multifatorial da comunicação através do choro.

Quando é choro com fome, eu dou de comer. Quando come e não para de chorar, é dor. (Magnólia, 27 anos)

Além do choro, pais e mães mencionaram a expressão facial como um dos sinais de dor. Essa é uma importante questão considerando que muitos neonatos doentes, especialmente os pré-termos, não conseguem expressar sua dor com o choro, tal como o RN de Margarida, nascido com 36 semanas.

Você olha para o seu bebê e sabe que ele tá sentindo dor. (Margarida, 18 anos)

Este achado corrobora o descrito por Guinsburg et al.¹⁴, que observaram existirem expressões faciais específicas e indicativas de dor. Para os autores, cabe principalmente aos cuidadores, que passam maior tempo com o RN, distinguir as mensagens emitidas, ou por expressões faciais ou por atitudes como “agitar as pernas” e “puxar a mão”. Nas entrevistas, evidenciou-se tal fato na fala de Delfino:

Por causa da agonia dele. Fica se remexendo, se torcendo. É quando eu percebo que ele tá com dor. (Delfino, 33 anos)

A irritação e os movimentos excessivos dos membros podem estar relacionados à dor.¹⁵ Entretanto, por aparecerem também diante de estímulos não dolorosos, devem ser avaliados concomitantemente ao choro e à mímica facial para que se constitua em sinal preditivo de percepção dolorosa.¹⁵

A percepção de pais e mães vai além das mensagens corporais emitidas pelos RN. Com o prolongamento da internação passaram a perceber também as alterações fisiológicas como expressão de dor, como na fala de Lélia (RN internado há cinco meses e três dias).

Tá com dor porque fica roxinho... Não tá saturando

[bem] (Lélia, 22 anos)

A incorporação, por mães, da linguagem profissional representa uma adaptação a esta situação tão diferente da esperada durante a gravidez. Após o nascimento de um filho a termo, sem intercorrências, as mães desenvolvem cuidados que envolvem amamentação, higiene, dentre outros, denominado por Winnicott como “preocupação materna primária”¹⁶. Diante do nascimento de um filho com problemas e de sua internação, este comportamento é modificado, e as mães desenvolvem preocupação com aspectos relacionados à doença e ao tratamento, incorporando termos médicos. Este comportamento é denominado de “preocupação médica primária”¹⁷.

O que é mais doloroso é...

Quando indagados sobre o que provoca dor, os entrevistados apresentaram diferentes percepções, mas para a maioria a dor esteve associada a procedimentos realizados durante a hospitalização, com ênfase na punção para acesso venoso. Em estudo realizado por Balda et al.⁷, que fotografou a face dos bebês em diversas situações, dentre elas, a punção do calcâneo, ficou evidente sua expressão de dor.

Um casal, cujo filho, nascido com 34 semanas, estava com acesso venoso periférico e em ventilação pulmonar mecânica, relatou não saber o motivo da dor. No prontuário deste RN não foram identificadas medidas para alívio da dor.

Eu não percebi porque ele sente dor. (Jasmim, 35 anos)
O choro foi porque o furo incomodou. Não porque doeu. (Narciso, 35 anos)

Segundo Mendes et al.¹⁵, pais e mães, ainda que percebam a dor, buscam na negação, uma forma saudável de se portar diante de um momento inesperado. A negação pode funcionar como um filtro para compreenderem a situação e elaborarem um plano concreto diante da dor. O autor afirma ainda que seria insuportável, para pais e mães de neonatos, aceitarem a dor diária a que seus filhos são sujeitos.

Há casos em que a dor pode, de fato, estar ausente tanto pela inexistência de estímulos dolorosos, quanto pelo cuidado da equipe.¹⁵ Entretanto, no caso do RN de Jasmim e Narciso, havia motivos evidentes para a dor.

Os pais relataram que a frequência com que os acessos foram realizados influenciava na intensidade da dor. Anis, mãe de um RN com 24 semanas de IG disse:

Às vezes dói porque pega uma, duas, três... Várias furadas. (Anis, 37 anos)

Cruz et al.¹⁸, em revisão sistemática, observaram que nos primeiros 15 dias de vida, RN internados em UTIN são submetidos a 7,5 a 17,3 procedimentos dolorosos por dia.

A realização de cirurgias foi outro destaque. Muitos pais e mães relacionaram esse procedimento como responsável pela dor. A maioria citou o pós-operatório imediato como o momento mais doloroso e em muitos prontuários não havia prescrição de analgesia.

Em estudo realizado por Prestes et al.¹⁹ o uso de analgesia na recuperação cirúrgica aumentou de 33% em 2001 para 89% em 2011. Em contrapartida, mais de 10% dos neonatos internados nas quatro unidades analisadas na pesquisa, em 2011, não receberam qualquer analgesia nos três primeiros dias de pós-operatório.

A fala de Alisson chamou atenção para outros estímulos dolorosos.

O dia que eu mais vi ela chorando de dor foi quando tirou o esparadrapo. (Alisson, 27 anos)

A constante exposição de crianças a procedimentos dolorosos, durante o período de internação, faz com que esta amplie sua sensibilidade à dor, fazendo com que estímulos não dolorosos possam repercutir em dor.²⁰

Por outro lado, os pais aventaram uma adaptação à dor diante da constante exposição, como observado na fala de Hortência, mãe de pré-termo nascido com 29 semanas.

Não sei te dizer quantas vezes por dia ela precisou fazer isso pra se acostumar com essa sensação de dor. (Hortência, 29 anos)

Apesar das crianças hospitalizadas em UN ficarem sujeitas a situações dolorosas, como: procedimentos invasivos, separação da criança dos pais e dor crônica relacionada à própria condição clínica; persistem crenças de que o RN se acostuma com os estímulos algícos.²¹ Pais e mães estão atentos à dor em seus neonatos admitidos em UN, porém a subjetividade inerente a cada um deles, possibilita diferentes percepções, inclusive a negação.⁷

Destaca-se a importância atribuída aos materiais perfurocortantes e ao pós-operatório imediato que, conforme constatou-se, vem sendo negligenciado, não apenas em nosso estudo, como em outros citados.²¹

Por ele ser prematuro...

Em algumas entrevistas, os cuidadores alegaram que RN eram incapazes de sentir dor devido à prematuridade.

Por ele ser muito prematuro, não sei falar se sentia dor. (Anis, 37 anos)

Na vigésima semana de gestação as vias nociceptivas ascendentes adquirem funcionalidade e os RN são capazes de sentir dor.²² Porém ainda não se tem propagação desse conhecimento entre pais e mães. Para Florêncio (pai de prematuro) o bebê não sente dor, entretanto, sua companheira, Amarilis, relatou o contrário.

Eu acho que ele não sente dor. São muito pequenos.

(Florêncio, 30 anos)

Ele deu um gritinho de dor. (Amarílis, 30 anos)

Algumas mães sentem-se culpadas pelo nascimento de seus filhos pré-termo e supervalorizam os sinais não verbais advindos do bebê. Outro fator que influencia na maior sensibilidade materna, é que o vínculo entre mãe e filho já é fortalecido durante a gestação.

Dentre as entrevistadas, algumas mães negaram a presença de dor nos filhos pré-termos: Anis, Dália, Lilian e Lélia, mães de primeiro filho que, conforme os prontuários, foram submetidos a procedimentos dolorosos. Vale ressaltar que o RN de Lélia necessitou de morfina para amenizar os efeitos algícos aos quais foi exposto. Apesar disso, Lélia relata que seu filho não sentiu dor durante a hospitalização de 5 meses e três dias, em virtude de sua prematuridade.

Eles são prematuros, não sente dor. (Lélia, 22 anos)

Entretanto, assim como as mães citadas, Lélia contradiz-se: Foi a fraturinha que ele mais sentiu dor. (Lélia, 22 anos)

A primiparidade, a IG ao nascimento e o tempo de internação, influenciam na percepção de dor pelas mães.¹³ Anis, Dália, Lillian e Lélia, mães de bebês prematuros que permaneceram, no mínimo, 26 dias internados, compõem o grupo de mães que não possuem experiência e não foram treinadas ou instigadas para o manejo de crianças pré-termo, considerando que é necessário olhar aguçado para compreender sua comunicação.¹³ Além disso, esses RN são expostos a muitos estímulos dolorosos, fato que faz com que pais e mães subvalorizem muitas das formas de comunicação do RN.

Em outros depoimentos, evidenciou-se o oposto. Para alguns entrevistados, a prematuridade e o baixo peso exacerbariam a dor.

Ela tem mais dor que os bebês que nasceram no tempo certo. (Alisson, 27 anos)

Para a família, o nascimento do filho é capaz de produzir sentimentos paradoxais, oscilando da alegria pelo nascimento de um filho, ao sofrimento, frustração e incompetência pela antecipação do nascimento e fragilidade do bebê. Essa vulnerabilidade traz a necessidade da percepção dos cuidadores sobre o manejo adequado dos cuidados com o bebê.²³

Constatou-se que o mito de que pré-termos não sentem dor mantém-se ativo para pais e mães, havendo ainda, cuidadores que consideram que pré-termos sentem mais dor se comparados às crianças a termo. Assim, nota-se a necessidade da uniformização de conhecimentos de pais e mães de RN admitidos em UN, para que a dor seja

adequadamente manejada.

Atitudes

As atitudes relatadas pelos pais e mães diante da dor do filho internado em UN, foram categorizadas em três possibilidades: “Eu cuido dele”, “Chamo as enfermeiras” e “Não gosto de ver”.

Eu cuido dele

No que se refere à atitude dos pais e mães, cuidar do filho diante da percepção de que está sentindo dor foi a mais frequente. Um dos cuidados relatados por todas as mães foi chorar diante da percepção de dor. Todas as mães com apenas um filho relataram oferecer colo. É interessante ressaltar que dentre as mães, todas com mais de 27 anos afirmaram conversar com seus filhos e apenas uma, em seu sexto filho, referiu cantar para o filho.

Quando eles estavam terminando de intubar meu bebê eu comecei a chorar. (Anis, 37 anos)

Eu converso com ele, quando está com dor. (Lélia, 22 anos)

Segundo Carmona et al.³, a depender da idade e da paridade das mães, estas apresentaram diferentes comportamentos diante do bebê e concluiu que mães de primeiro filho ou mais jovens tendem à passividade diante da dor.

Tanto pais quanto mães relataram que ao colocarem o bebê na posição Canguru, este aparentava sentir menos dor ou sensação de alívio, sendo este método usado de forma profilática ou terapêutica. Entre os que alegaram uso do Método Canguru para alívio da dor, houve predomínio de mães: das 13 entrevistadas, cinco referiram-se ao método; já, dentre sete pais, apenas um.

Quando eu colocava [o bebê na posição Canguru], ele aliviava. (Cosmos, 39 anos)

A fala de Cosmos, pai de RN nascido com 31 semanas de IG, reitera o estudo de Coutinho et al.²⁴, segundo o qual pais de RN admitidos em UN apresentam atitudes e comportamentos semelhantes aos maternos, apesar do papel de cuidadora principal materno não ser substituído pela presença da figura paterna. Entretanto, a existência deste é fundamental no ambiente de cuidados intensivos, considerando que o nascimento de RN pré-termo pode ser frustrante ao casal, a depender do companheirismo entre as partes.

O Método Canguru é responsável pela integração entre pai, mãe e RN nos cuidados neonatais, e deve ocorrer de modo gradual, iniciando-se com o contato pele-a-pele e progredindo para o toque.²⁵ Nas falas é evidente importância atribuída ao Método Canguru.

Ele vai sentir menos dor no Canguru. (Íris, 41 anos)

Outras formas de contato pele a pele como o toque,

carinho e segurar a mão do bebê foram valorizadas pelos pais como capazes de amenizar a dor.

Carinho alivia [a dor]. (Perpétua, 33 anos)

O contato pele a pele durante um procedimento doloroso reduz sinais fisiológicos e comportamentais de dor. É indicado que seja mantido antes, durante e após o procedimento doloroso.²⁶

Além do papel observador, pais e mães percebem que podem atuar ativamente para aliviar a dor do filho.

Eu tento acalantar passando a mão. Depois, eu dou de mamar. A dor passa. (Anis, 37 anos)

O leite humano, além dos benefícios nutricionais e afetivos para o bebê, também pode ser uma potente intervenção para alívio de dor. O aleitamento materno durante a punção na triagem neonatal assegura menor ativação autonômica e menor escore de dor.²⁷

Assim, apesar de algumas diferenças encontradas entre pai e mãe, entre mais jovens e mais velhos, ter mais filhos ou não, o leite materno e o Método Canguru foram elencados como formas de cuidado de pais e mães em relação aos filhos admitidos em UN.

Chamo as enfermeiras

Pais e mães alegaram pedirem ajuda à equipe de enfermagem quando se sentem impotentes diante da situação vivenciada pelos filhos. A exemplo de Perpétua, mãe de prematuro.

Chamo as enfermeiras. Eu confio no que elas me dizem. (Perpétua, 33 anos)

Durante a internação e nos eventuais momentos de dor do bebê, a equipe de saúde assume atribuições e responsabilidades que demandam capacidades para avaliação, entendimento e apoio à criança e sua família.²⁸ Surge uma relação de dependência mútua. Os cuidadores necessitam da equipe para auxiliarem nos cuidados e para não se afastarem de seus filhos; e, à equipe, a presença dos pais é essencial para oferecer conforto, além de auxiliar na dinâmica laboral.²⁹

Não gosto de ver

Alguns entrevistados descreveram atitudes de fuga, como sair durante o procedimento. Outros, relataram não saber como agir diante de situações de dor vivenciadas por seus filhos.

Na maioria das vezes eu tiro o foco quando percebo dor. (Alisson, 27 anos)

A contemplação da rotina aterrorizadora, somada à precisão do cuidado da equipe de saúde, despertam nos pais e mães o sentimento de incapacidade em auxiliar o

filho. Tais barreiras, entre equipe de saúde e familiares, devem ser quebradas para que pais e mães sejam incluídos no cuidado ao recém-nascido.³⁰

A culpa pela condição clínica do bebê, necessidade de internação do filho e dos eventuais cuidados geradores de dor evidenciou-se no discurso de Amarílis.

A gente até se culpa. Era para a bebê estar guardadinha. Mas tá fora e tem que ter esses cuidados. (Amarílis, 30 anos)

Sentimentos como sofrimento, medo, estresse, culpa ou insegurança são comuns aos cuidadores de RN admitidos em UN e exigem escuta, apoio e assistência. É fundamental que os pais sejam incentivados e orientados a participarem da recuperação e desenvolvimento do RN, haja vista o sentimento de impotência e distanciamento diante da hospitalização.²⁸

As entrevistas foram realizadas em momentos que os cuidadores estavam no hospital com os filhos. Apesar do horário ser previamente agendado, é possível que isso tenha dificultado o envolvimento dos pais e mães com a entrevista, já que estavam aguardando para poder ver o filho. Outra limitação observada foi a preocupação de alguns entrevistados em falar negativamente do cuidado recebido, mesmo sendo explicado que aquele era um ambiente protegido. Apesar disso, acredita-se que com as entrevistas foi possível atingir os objetivos da pesquisa, além de criar um espaço de escuta e troca de experiências que foi benéfico aos pais neste momento de fragilidade.

CONCLUSÕES

Os cuidadores demonstraram que percebem a dor dos filhos. Os principais comportamentos de dor identificados foram choro, expressão facial, movimentos corporais e alterações fisiológicas. Entretanto, alguns relataram que pelo fato dos filhos terem nascido pré-termo, sentem menos dor, provavelmente reproduzindo um conhecimento que durante muito tempo foi disseminado pelos próprios profissionais de saúde, até que evidências demonstrassem o contrário.

Quanto à atuação diante da dor, embora alguns pais e mães tenham demonstrado comportamento ativo no sentido de resolver ou buscar ajuda, a maioria relatou sentimentos de medo e comportamento de fuga.

Conclui-se que oferecer suporte aos pais pode fazer com que se sintam mais seguros para o cuidado do filho, mesmo diante da dor. Assim, podem assumir uma postura ativa diante da percepção da dor em seus recém-nascidos.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) e ao

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Wanderley LD, Barbosa GOL, Pagliuca LMF, Pinheiro de Oliveira PM, Almeida PC, Rebouças CBA. Comunicação verbal e não-verbal de mãe cega durante a higiene corporal da criança. *Rev da Rede Enferm do Nord (Online)* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 08 set 2019];11:150-9. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4697g/pdf/3240/324027973017.pdf>
2. Zhi R, Zamzmi G, Goldgof D, Ashmeade T, Sun Y. Automatic Infants' Pain Assessment by Dynamic Facial Representation: Effects of Profile View, Gestational Age, Gender, and Race. *J Clin Med (Online)* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 08 set 2019];7(7):173. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/7/7/173>
3. Carmona EV, Vale IN, Ohara CVS, Abrão ACFV. Percepção materna quanto aos filhos recém-nascidos hospitalizados. *Rev Bras Enferm (Online)* [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 09 set 2019];67(5):788-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672014000500788&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
4. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. 2. ed. International Association for the Study of Pain Press. Seattle: International Association for the Study of Pain Press; 1994.
5. Leitão IB, Cacciari MB. A demanda clínica da criança: uma psicanálise possível. *Estilos da Clin (Online)* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 09 set 2019];22(1):64-82. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/121240>
6. Portugal. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de controlo da dor: orientações técnicas (Online). Lisboa; 2012 [acesso em 09 set 2019]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>
7. Balda RCX, Almeida MFB, Peres CA, Guinsburg R. Factors that interfere in the recognition of the neonatal facial expression of pain by adults. *Rev Paul Pediatr (Online)* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 09 set 2019];27(2):160-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
8. Oliveira RM, Silva AVS, Silva LMS, Silva APAD, Chaves EMC, Bezerra SC. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery (Online)* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 09 set 2019];15(2):277-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200009&lng=pt&tlng=pt
9. Witt N, Coynor S, Edwards C, Bradshaw H. A Guide to Pain Assessment and Management in the Neonate. *Curr Emerg Hosp Med Rep (Online)* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 09 set 2019];4(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40138-016-0089-y>
10. Benczik EBP. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Rev Psicopedag (Online)* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 09 set 2019];28(85):67-75. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v28n85/07.pdf>
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília (DF); 2011.
12. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Melo GM, Llis AL, Cardoso MVL, Farias LM, Balbino AC. Olhar materno sobre a dor do filho recém-nascido. *Rev Enferm UFPE (Online)* [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 09 set 2019];8(1):8-15. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9599/9562>
14. Guinsburg R. A Linguagem da dor no recém-nascido. Documento científico do departamento de neonatologia (Online) [periódico na Internet]. Sociedade Brasileira de Pediatria [online]. 2010 [acesso em 09 set 2019]. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1321446633doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf
15. Mendes LC, Fontenele FC, Dodt RCM, Almeida LS, Cardoso MVLML, Silva CBG. Pain in the newborn within the neonatal intensive care unit. *J Nurs UFPE Online (Online)* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 09 set 2019];7(11):6446-54. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12291>
16. Winnicott DW. A preocupação materna primária. Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas. Imago Rio de Janeiro; 2000.
17. Morsch DS, Braga MCNA. A procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam (Online)* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 09 set 2019];10(4):624-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142007000400005&script=sci_arttext
18. Cruz MD, Fernandes AM, Oliveira CR. Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. *Eur J Pain (United Kingdom) (Online)* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 09 set 2019];20(4):489-98. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejp.757>
19. Prestes ACY, Balda RCX, Santos GMS, Rugolo LMSS, Bentlin MR, Magalhães M, et al. Procedimentos dolorosos e analgesia em UTI Neonatal: o que mudou na opinião e na prática profissional em dez anos? *J Pediatr (Rio J) (Online)* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 09 set 2019];92(1):88-95. Disponível em: <http://jped.elsevier.es/pt-painful-procedures-analgesia-in-nicu-articulo-S2255553615001627>
20. Hohmeister J, Kroll A, Wollgarten-Hadamek I, Zohsel K, Demirakça S, Flor H, et al. Cerebral processing of pain in school-aged children with neonatal nociceptive input: An exploratory fMRI study. *Pain (Online)* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 09 set 2019];150:257-67. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395910002101>
21. Blasi DG, Candido LK, Tacla MTGM, Ferrari RAP. Avaliação e manejo da dor na criança: percepção da equipe de enfermagem. *Semin Ciências Biológicas e da Saúde (Online)* [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 09 set 2019];36(1Supl):301-10. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/view/18491>
22. Bueno M, Kimura AF, Diniz CSG. Scientific evidences for managing pain in the neonatal population. *ACTA Paul Enferm (Online)* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 09 set 2019];22(6):828-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000600016&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
23. Santos MCC, Gomes MFP, Capellini VK, Carvalho VCS. Maternal assessment of pain in premature infants. *Rev da Rede Enferm do Nord (Online)* [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 09 set 2019];16(6):842-7. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2873>
24. Coutinho HRB, Morsch DS. A paternidade em cuidados intensivos neonatais. *Rev da SBPH (Online)* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 09 set 2019];9(1):55-69. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000100005
25. Lamy Z, Morsch D, Marba S, Lamy-Filho F. O Método Canguru nos dias atuais. In: Procianny R, Leone C, organizadores. PRORN Programa de Atualização em Neonatologia: Ciclo 14. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 11-41.
26. Anjos LS, Lemos DM, Antunes LA, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira AP. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Rev Bras Enferm (Online)* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 09 set 2019];65(4):571-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
27. Tamez R. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 6. ed. Guanabara Koogan; 2017.
28. Camponogara S, Pinno C, Dias GL, Bonfada MS, Belmonte TDJ, Lioioli CN. Feelings paid by parents of children hospitalized in intensive neonatal and pediatric therapy units. *Rev Enferm da UFPI (Online)* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 09 set 2019];7(4):43-7. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/7109/0>
29. Martins CA, Colvero MO. Protocolo para alívio de dor e sedação no recém-nascido. Grup Hosp Conceição Hosp Fêmeina - Unidade Ter Intensiva Neonatal Ministério da Saúde. Porto Alegre; 2015.
30. Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH, Sonia Silva M. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Esc Anna Nery (Online)* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 09 set 2019];16(1):73-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a10>

Recebido em: 08/09/2019
Revisões requeridas: 16/10/2019
Aprovado em: 29/10/2019
Publicado em: 31/08/2021

***Autor Correspondente:**
Marina Uchoa Lopes Pereira
R. Barão de Itapari, nº 155
Centro, São Luís, MA, Brasil
E-mail: ulpmarina@gmail.com
CEP: 65.020-070