

Confecção e tentativa de inserção da luva terapêutica em contexto hospitalar: relato de caso**Production and attempt to insert therapeutic glove in hospital context: a case report****Confección e intento de inserción del guante terapéutico en contexto hospitalario: relato de caso****Recebido: 31/08/2018****Aprovado: 28/02/2019****Publicado: 13/05/2019****Fabiana Silva Alves Corrêa¹****Karina Piccin Zanni²****Luana Rodrigues Oliveira Tosta³**

O objetivo deste estudo é apresentar a construção, experiência e tentativa de inserção do recurso da luva terapêutica em contexto hospitalar com recém nascido pré-termo. Trata-se da descrição de uma experiência desenvolvida em contexto hospitalar, no período de abril a dezembro do ano de 2016. A narrativa tem o enfoque de descrever o início dos testes das luvas com os recém nascido pré-termo, destacando os resultados iniciais em um hospital público. A luva terapêutica é um dispositivo de posicionamento que, aliado ao aroma materno, tem seu efeito terapêutico potencializado. Nos testes iniciais desta experiência, foi possível observar a mudança comportamental do bebê após se aconchegar na luva terapêutica, mesmo sem a introdução do aroma materno, bem como a diversidade de posicionamentos presumíveis com o uso da luva terapêutica. Por sua vez, verificou-se dificuldade de inserção de novas alternativas terapêuticas em contexto hospitalar.

Descritores: Recém-nascido; Humanização da assistência; Equipamentos e provisões.

The aim of this study is to present the construction, experience and attempt to insert the therapeutic glove resource in hospital context with preterm newborn. This is the description of an experience developed in a hospital context, from April to December 2016. The narrative focus on the description of the beginning of the gloves tests with the preterm newborns, highlighting the initial findings at a public hospital. Therapeutic glove is a positioning device which, combined with maternal scent, has its therapeutic effect enhanced. In the initial tests of this experiment, it was possible to observe a behavioral change of the baby after snuggling in the therapeutic glove, even without the introduction of maternal scent, as well as the diversity of presumed positions with the use of therapeutic glove. In turn, it is observed difficult to insert new therapeutic alternatives in hospital setting.

Descriptors: Infant, newborn; Humanization of assistance; Equipment and supplies.

El objetivo de este estudio es presentar la construcción, experiencia e intento de inserción del recurso del guante terapéutico en contexto hospitalario con recién nacido pre-termo. Se Trata de la descripción de una experiencia desarrollada en contexto hospitalario, en el periodo de abril a diciembre del año de 2016. La narrativa tiene enfoque de describir el inicio de los testes de los guantes con los recién nacidos pres termo, destacando los resultados iniciales en un hospital público. El guante terapéutico es un dispositivo de posicionamiento que, aliado al aroma materno, tiene su efecto terapéutico potencializado. En los testes iniciales de esta experiencia, fue posible observar el cambio comportamental del bebé después de acomodarse en el guante terapéutico, mismo sin la introducción del aroma materno, bien como la diversidad de posicionamientos presumibles con el uso del guante terapéutico. Por su vez, se ha verificado dificultad de inserción de nuevas alternativas terapéuticas en contexto hospitalario.

Descriptores: Recién nacido; Humanización de la atención; Equipos y suministros.

1. Terapeuta Ocupacional. Especialista na Saúde da Criança e do Adolescente. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-9188-001X E-mail: fabianaterapeutaocupacional@hotmail.com

2. Terapeuta Ocupacional. Doutora em Neurociências. Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional e Coordenadora da Área de Saúde da Criança e do Adolescente da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-8456-5038 E-mail: kpzanni@hotmail.com

3 Psicóloga. Especialista na Saúde da Criança e do Adolescente. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-6033-2299 E-mail: luana.ro.tosta@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o nascimento prematuro refere-se a todo nascimento anterior a trigésima sétima semana completa de gestação¹. Sabe-se que, quanto menor a idade gestacional do recém-nascido prematuro, maior o risco de morte e de complicações em seu estado de saúde².

De acordo com a OMS a estimativa de partos prematuros é de 15 milhões em todo mundo e, dentro deste cenário, o Brasil se encontra na décima posição³. Dados apontam que, entre 2007 a 2014, houve um crescente aumento dos partos prematuros no Brasil, totalizando 2.094.689, na qual a região sudeste foi líder no ranking nacional⁴.

O Ministério da Saúde (MS) ressalta que o nascimento prematuro à curto prazo, dentre outras consequências, aumenta o risco de originar deficiências fisiológicas como sugar, engolir e respirar de forma coordenada, de modo que o sistema imunológico torna-se mais suscetível a infecções e há uma maior instabilidade da temperatura corpórea⁵.

Os recém nascidos pré-termo (RNPT) necessitam de uma série de cuidados, em função da internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), muitas vezes por prolongado período de tempo e devido à sua condição biológica fragilizada, além das restrições hospitalares, que envolvem o contato com a mãe e familiares⁶. Com a ampliação tecnológica disponível nas UTIN, observa-se um aumento progressivo na sobrevida do RNPT⁷, evidenciando a elevação de cinco por cento nos últimos quatro anos na taxa de sobrevivência dos RNPT⁴.

A restrição do contato materno e os diversos procedimentos dolorosos aos quais os RNPT são submetidos geram dor e stress. Para reduzi-los, existem algumas alternativas, como as terapias farmacológicas e as não farmacológicas. A primeira consiste na administração medicamentosa prescrita isoladamente ou não, enquanto a segunda contempla ações como a redução dos estímulos dolorosos, adequação dos procedimentos técnicos e utilização de glicose oral, sucção não nutritiva,

amamentação, posicionamento terapêutico, contato pele a pele, e outros⁵.

Nesse sentido, as políticas públicas de assistência à saúde infantil direcionam as suas ações para a humanização do cuidado. O MS, a partir de 2003, instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), visando efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em busca de um modelo de saúde que transponha o biomédico⁵.

O MS compreende por humanização a valorização dos diversos atores implicados na ação de produção de saúde, sendo seus valores norteadores: a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde⁵.

Em se tratando da humanização do cuidado neonatal, existem várias ações preconizadas pelo MS, entre as quais se destaca o Método Canguru (MC). Este foi criado em Bogotá na Colômbia nos anos 1980, e prevê o contato pele a pele precoce entre mãe-bebê, de “maneira crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazerosa e suficiente⁹.

Dentre os benefícios do MC destaca-se menor período de internação, favorecimento da vinculação mãe-bebê, redução do risco de infecções, além de auxiliar na amamentação⁹. Mesmo diante de inúmeros benefícios e sendo uma ação preconizada pelo MS, o MC não se efetivou na maioria das maternidades brasileiras, uma vez que apenas 34,5% das maternidades capacitadas implantaram as três etapas orientadas no método¹⁰.

Estudos da psicologia sobre a relação mãe-bebê apontam a importância do contato pele a pele entre ambos. De acordo com Winnicott¹¹:

“Os bebês precisam de contato pele a pele com a mãe, de serem movimentados pelo sobe e desce de sua barriga, de sentirem a respiração materna para diminuir a acelerada respiração após o nascimento, aproximando-se dos batimentos cardíacos da mãe e aprendendo a brincar de ritmos e contra ritmos em uma relação de mutualidade” (p. 168).

Contudo, por sua condição fisiológica e biológica frágil e devido à rotina imposta pelo ambiente hospitalar, uma parcela significativa de RNPT, não têm condições de se beneficiar desta importante intervenção¹⁰.

Entende-se que, sem o contato da pele com o corpo de outra pessoa, o bebê nasce sem o sentido da sua própria corporeidade, sem as dimensões de tempo e espaço, sem conseguir reunir a experiência que viveu em útero com a experiência que passará a viver com a gravidade do seu corpo, empurrando-o para baixo e levando-o para o centro do mundo¹².

Nesse sentido, faz-se necessário consolidar políticas públicas de saúde vinculadas à humanização, com vistas a fornecer acolhimento e atendimento favorável ao desenvolvimento físico, emocional e social dos RNPT¹³. É necessário viabilizar novas alternativas no que se refere ao cuidado neonatal e na sobrevivência de RNPT cada vez mais imaturos, de modo a incorporar novas terapêuticas, que visem benefícios para o desenvolvimento e bem-estar.

Destaca-se que a teoria Winnicottiana possibilita que sejam feitas reflexões acerca do ambiente fornecido aos prematuros na UTIN, que além da adaptação extrauterina, se veem diante do distanciamento materno. É considerável a carga de estresse e estímulos excessivos que compõem a realidade de uma UTIN, o que pode tornar o ambiente inicial da vida de um bebê invasivo, ao passo que deveria ser acolhedor e sensível às necessidades iniciais da vida. Ao se considerar a luva terapêutica como um objeto que possa mediar a ausência materna, fornecendo mais segurança e conforto ao bebê, cabe a discussão que Winnicott traz a respeito do uso e função do “objeto transicional” para a criança¹⁴.

De modo geral, o termo descrito por Winnicott refere-se a um objeto, no qual o bebê se apega como forma de enfrentar as angústias referentes ao contato com a realidade externa e a interna, tornando-se possível suportar algumas ausências e falhas ambientais, já que o objeto transicional, na

maioria das vezes, é macio e remete ao cuidado e afago¹⁴.

Um estudo internacional relatou o uso de um dispositivo de simulação parental e seus benefícios para RNPT. Tal dispositivo foi testado a partir de um estudo piloto randomizado desenvolvido em uma UTIN Nível III na Geórgia, Estados Unidos, com 45 RNPT entre 24 e 38 semanas, divididos em 4 grupos¹⁵.

Dois grupos foram posicionados com um dispositivo de simulação parental ponderada (chamado pelos autores de “Zaky” e traduzido para o Português Brasileiro como Luva Terapêutica, nome adotado para o dispositivo neste estudo) com e sem cheiro materno. O terceiro grupo foi colocado num dispositivo de assentamento suave com aroma materno, mas sem o dispositivo de simulação parental ponderada (Luva Terapêutica). Os bebês no grupo controle receberam cuidados de rotina, sem cheiro materno ou dispositivo de simulação dos pais. Os resultados indicaram que os RNPT posicionados com um dispositivo de simulação parental materno perfumado ponderado (Luva Terapêutica) demonstraram significativamente mais comportamentos de auto-regulação e se mostraram menos propensos a experimentar episódios de apneia e bradicardia favorecendo a estabilidade fisiológica¹⁵.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é apresentar a construção, experiência e tentativa de inserção do recurso da luva terapêutica em contexto hospitalar com RNPT.

MÉTODO

Trata-se da descrição de uma experiência, desenvolvida pelas terapeutas ocupacionais, por meio de um programa de residência multiprofissional em contexto hospitalar. É válido ressaltar que a experiência se iniciou no ano de 2016 em formato de pesquisa experimental, embora seu desenvolvimento tenha sido interrompido por questões normativas do hospital. Portanto, o enfoque aqui é descrever o início dos testes das luvas com os RNPT, destacando os resultados iniciais

Nesta experiência, procurou-se reproduzir o dispositivo brasileiro com características semelhantes ao dispositivo americano. Para tal, a luva foi confeccionada em parceria com o hospital, utilizando o tecido tipo *plush*, tendo em vista a sua composição que proporciona um toque suave e aconchegante ao RNPT.

Inicialmente, foi realizada a confecção da luva terapêutica no molde de 45 centímetros de comprimento e peso de 100 gramas adquiridas através do preenchimento com manta acrílica. A costura foi fechada com velcro costurado na borda da extremidade inferior da luva terapêutica. A cor utilizada foi no tom verde claro, buscando uma cor suave para evitar estímulos visuais exacerbados.

As luvas são um dispositivo ergonômico e multifuncional com o potencial de oferecer suporte às condições necessárias para o desenvolvimento físico, fisiológico, psicológico e neurológico essenciais para o desenvolvimento do bebê. Adicionalmente, podem fornecer exposição controlada a diferentes estímulos proprioceptivos, táteis, olfativos e visuais bem como promover a calma e regular o estado comportamental¹⁵.

A sugestão do uso das luvas é de que sejam disponibilizadas às mães por, pelo menos, uma hora de duração, sendo orientadas a colocá-las em seus seios para adquirir o aroma materno, potencializando o seu efeito terapêutico. Assim, as luvas são colocadas junto ao RNPT após o término das

visitas e no período noturno, permanecendo com o bebê ao longo do dia e alterando o seu posicionamento conforme rotina da UTIN.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob Parecer 2.041.665.

RESULTADOS

Após higienização do par de luvas terapêuticas na lavanderia do hospital, realizou-se o primeiro teste com o bebê pré-termo internado em uma UTIN. Ainda que o aroma materno não tenha sido utilizado, foi possível observar a mudança no semblante do bebê após se aconchegar na luva terapêutica, como é possível notar nas figuras 1 e 2.

A Figura 1 retrata o primeiro posicionamento do bebê em que o mesmo chorava e demonstrava desconforto em seu semblante. Nas demais imagens, após ser aconchegado na luva terapêutica, é visível a mudança no seu padrão comportamental expressando maior conforto, serenidade e relaxamento. Vale ressaltar que o teste não utilizou o aroma materno por se tratar inicialmente de uma aplicação piloto a partir da confecção da primeira luva terapêutica, tendo em vista que a mesma sofreria modificações no intuito de atender às peculiaridades dos RNPT do setor.

As figuras 1, 2, 3 e 4 retratam as diversas possibilidades de posicionamento que a luva pode proporcionar.



Figura 1. RNPT em decúbito lateral posicionado na região posterior e anterior no par de luvas terapêuticas.



Figura 2. RNPT em decúbito ventral posicionado sobre a luva terapêutica.



Figura 3. RNPT em decúbito ventral posicionado sobre a luva terapêutica com uso do ninho.



Figura 4. RNPT em decúbito ventral posicionado entre as luvas terapêuticas.

Os testes realizados, como demonstrado nas imagens, receberam a parceria de alguns membros do setor hospitalar. Por meio do trabalho em equipe, um resultado interessante foi a sugestão dos próprios profissionais para que fossem feitas alterações na estrutura da luva terapêutica.

Tais apontamentos foram de grande valor para a experiência, pois a equipe conhece mais de perto as especificidades prevalentes nos RNPT hospitalizados.

A partir de então, foram realizadas alterações em seu modelo, para garantir maior funcionalidade e ergonomia, serem

capazes de suprimirem as diversas demandas de posicionamento. A luva passou de 45 para 30 centímetros de comprimento, e o peso foi reduzido de 100 para 45 gramas, sendo o velcro posicionado mais internamente para evitar o contato com o RNPT.

Contudo, ainda que a equipe estivesse participando de modo ativo no trabalho desenvolvido, notou-se que os profissionais que exerciam cargos de chefia no setor mostraram-se inseguros diante de uma proposta nova de humanização, principalmente no que se refere às questões de higienização do material e ao risco de infecção dos pacientes.

Desse modo, por deliberação da equipe médica, não foi possível realizar o teste com a luva terapêutica com as alterações realizadas. A continuidade dos testes foi interrompida, o que permite a análise de alguns resultados, a partir da tentativa inicial de implantação do recurso luva terapêutica no setor.

DISCUSSÃO

Os benefícios da simulação parental ponderada, chamada de luva terapêutica, são comprovados em resultados científicos internacionais, de modo que, aliada ao aroma materno, seu potencial terapêutico é intensificado no desenvolvimento do RNPT¹⁵.

Atualmente, há uma preocupação com o desenvolvimento de dispositivos voltados para RNPT, não se limitando à criação de novas alternativas, mas também em possibilidades que indiquem maior praticidade e menor custo benefício, que possibilitem maior acessibilidade a diversas condições socioeconômicas. Um exemplo é o *Skin Age Light Scan*, dispositivo de baixo custo em formato de caneta com luz de *led* que, ao interagir com a pele do recém-nascido, é capaz de precisar a idade gestacional imediatamente¹⁷.

Semelhante a este estudo, existe o projeto dinamarquês referente ao polvo terapêutico, que recentemente foi pauta da Nota Técnica nº 08/2017 do Ministério da Saúde, que apresenta ressalvas e ponderações em relação ao seu uso¹⁶, e que tem sido objeto de pesquisas em diversas

universidades do Brasil. O baixo custo é um dos marcos deste dispositivo que, em observações iniciais, traz como benefícios a alteração comportamental, acalmando o bebê, reduzindo a retirada acidental de cânulas e diminuindo alterações fisiológicas como apneia e bradicardia.

Esses dois exemplos são tecnologias de baixo custo que visam proporcionar uma melhor qualidade de vida aos RNPT. Assim, a luva terapêutica surge como um dispositivo de baixo custo que busca produzir efeitos físicos, fisiológicos, psicológicos e neurológicos ao bebê, fornecendo exposição controlada a diferentes estímulos proprioceptivos, táteis, olfativos e visuais e, promovendo a calma na regulação do estado comportamental.

Em relação à teoria Winnicottiana, discute-se o conceito de ambiente-indivíduo, que diz respeito à unidade fusional inicial mãe-bebê, em que a dupla é vivida como uma coisa só. A partir desta fusão, a mãe pode identificar as necessidades do bebê, na direção de oferecer um ambiente suficientemente bom, em condições físicas e psicológicas favoráveis¹².

A mãe de UTIN se vê diante de um contexto totalmente novo e, muitas vezes, inesperado, acarretando uma gama de sentimentos. O nascimento de um bebê prematuro rompe com as expectativas criadas pela mãe durante a gestação, gerando sentimentos contraditórios de amor, medo, ansiedade, angústia, preocupação e insegurança, além de dúvidas quanto ao prognóstico e à condição de vida da criança. Isso pode afetar o seu poder de maternagem, já que o ambiente da UTIN implica em uma série de restrições ao contato materno¹⁸.

Dentro deste contexto, a luva terapêutica torna-se uma proposta mediadora para aproximar e possibilitar o contato materno com o bebê de forma mais precoce possível, de modo a resgatar as possibilidades de interação e cuidado da mãe com seu bebê, uma vez que o aroma materno é o potencializador do efeito terapêutico¹⁵. O intuito do uso da luva terapêutica não é substituir a mãe no hospital, mas oferecê-la

como um objeto mediador desta relação fundamental no desenvolvimento humano.

Tomando como base a teoria Winnicottiana, a ideia é oferecer um objeto que proporcione alívio ao bebê diante da ausência da mãe, para mediar sua relação de sofrimento e dor com o ambiente invasivo hospitalar. A proposta, desta maneira, é oferecer um intermediário entre mãe e filho¹⁹. Este recurso facilitaria o contato do bebê com o mundo, tonando-o menos assustar e invasivo, auxiliando na retomada do processo de amadurecimento emocional, ainda que existam falhas ambientais, principalmente em relação à ausência da mãe nos horários determinados pela rotina hospitalar.

As limitações deste estudo estão diretamente ligadas às limitações institucionais, de modo que não foi possível avaliar os efeitos práticos e aplicados em relação ao efeito terapêutico da luva. Contudo, ressalta-se a importância de estudos que destaquem recursos como este em âmbito hospitalar, no que se refere a humanização nos RNPT.

O uso da luva terapêutica não se restringe ao cuidado de RNPT, mas sim a todo e qualquer bebê afastado de sua mãe ou cuidador responsável, sendo sugestão das autoras sua inclusão em abrigos e outras instituições onde se identifique privação ou redução do contato materno.

CONCLUSÃO

A construção, experiência e tentativa de inserção do recurso da luva terapêutica em contexto hospitalar com RNPT foi inicialmente realizada em consonância com o objetivo deste estudo.

Por sua vez, mostra-se que é necessário que o hospital se aproxime de novas práticas, que venham agregar e concretizar as diretrizes da Política Nacional de Humanização, além de ampliar a confiança da família, minimizando as angústias extremas vividas por uma mãe e seu bebê neste momento delicado da vida.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Meeting of advisory group on maternal nutrition and low birthweight [Internet]. Genebra: OMS; 2002 [citado em 20 de set. 2018]. 43p. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/advisory_group_lbwpdf
2. Braghetto ACM, Vilela AJ. Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI neonatal: relato de experiência. Saúde Transform Soc. [Internet]. 2011 [Citado em 5 out 2018]; 1(3):174-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319573022>
3. Governo do Brasil. Brasil está entre os dez países com o maior número de partos prematuros, aponta OMS [Internet]. Brasília, 23 dez 2017 [citado em 16 set 2018]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/12/23/brasil-esta-entre-os-dez-paises-com-o-maior-numero-de-partos-prematuros-aponta-oms>
4. Datasus. Informações de saúde (TABNET): estatísticas vitais [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; [200-] [citado em 29 ago 2018]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=23253854&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evita10>
5. Ministério da Saúde (Br). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
6. Araújo BBM, Rodrigues BMRD. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em unidade de tratamento intensivo neonatal. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2010 [citado em 10 nov 2018]; 44(4):865-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/02.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400002>
7. Morais GS. Intervenções não farmacológicas para alívio da dor em prematuros: uma revisão integrativa. [Monografia]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2013.
8. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2004 [citado em 22 out 2018]; 9(1):7-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>

- f. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>
9. Ministério da Saúde (Br). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
10. Gontijo TL, Xavier CC, Freitas MIF. Avaliação da implantação do método canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado em 25 set 2018]; 28(5):935-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/12.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500012>
11. Winnicott DW. Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
12. Silva SG. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. Psicol Clín. 2016; 28(2):29-54.
13. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru: a proposta brasileira. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2005 [citado em 10 jan 2017]; (3):659-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf>
14. Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Bogomoletz, DL, tradutor. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
15. Russell K, Weaver B, Vogel R. Neuroprotective core measure 2: partnering with families - effects of a weighted maternally-scented parental simulation device on premature infants in neonatal intensive care. Newborn Infant Nurs Rev. 2015; 15(3):97-103.
16. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Nota Técnica nº 08/2017. Utilização do “octopus” nas unidades neonatais [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Nota-Tecnica-n-8-de-2017.pdf>
17. Ivo F. Dispositivo inventado por grupo da UFMG desvenda necessidades de recém-nascidos. Hoje em Dia [Internet], Belo Horizonte, 27 nov 2017 [citado em 15 maio 2018]. Disponível em: <http://hojeemdia.com.br/horizontes/dispositivo-inventado-por-grupo-da-ufmg-desvenda-necessidades-de-rec%C3%A9m-nascidos-1.576680>
18. Tronco CS, Padoin SMM, Paula CC, Terra MG, Rodrigues AP, Aldrighi JD. “Não esperava que nascesse antes” – vivência materna diante da internação na unidade de terapia intensiva neonatal. Cogitare Enferm. [Internet]. 2015 [citado em 10 jan 2017]; 20(1):53-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/38141/24839>
19. Belo F, Scodeler K. A importância do brincar em Winnicott e Schiller. Tempo Psicanál. [Internet]. 2013 [citado em 10 maio 2018]; 45(1):91-101. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v45n1/v45n1a07.pdf>

CONTRIBUIÇÕES

Fabiana Silva Alves Corrêa foi responsável pela redação do estudo. **Karina Piccin Zanni** contribuiu na revisão crítica. **Fabiana Silva Alves Corrêa** e **Karina Piccin Zanni** participaram da elaboração e confecção da luva terapêutica. **Luana Rodrigues Oliveira Tosta** participou na revisão crítica.

Como citar este artigo (Vancouver)

Corrêa FSA, Zanni KP, Tosta LRO. Confecção e tentativa de inserção da luva terapêutica em contexto hospitalar: relato de caso. REFACS [Internet]. 2019 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 7(2):240-247. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

CORRÊA, F.S.A.; ZANNI, K.P.; TOSTA, L.R.O. Confecção e tentativa de inserção da luva terapêutica em contexto hospitalar: relato de caso. REFACS, Uberaba, MG, v. 7, n. 2, p. 240-247, 2019. Disponível em: *<inserir link de acesso>*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Corrêa, F.S.A., Zanni, K.P. & Tosta, L.R.O (2019). Confecção e tentativa de inserção da luva terapêutica em contexto hospitalar: relato de caso. REFACS, 7(2), 240-247. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso de inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.