



Conforto do recém-nascido em hipotermia terapêutica na perspectiva dos profissionais de enfermagem

Comfort of newborns in therapeutic hypothermia from the perspective of nursing professionals

Confort de los recién nacidos en la hipotermia terapéutica desde la perspectiva de los profesionales de enfermeira

Patrícia Natália Monteiro Leite¹, Andrea dos Santos Garcia², Daniel Aragão Machado¹, Adriana Teixeira Reis³, Roberto Carlos Lyra da Silva¹, Rosângela Barbosa Teixeira⁴, Gustavo Dias da Silva⁵, Carlos Roberto Lyra da Silva¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar nas falas dos profissionais de enfermagem, práticas que possam influenciar no conforto dos recém-nascidos durante a hipotermia terapêutica, identificar possíveis sinais semiológicos que caracterizam o desconforto e descrever os aspectos de conforto. **Métodos:** Pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. A coleta ocorreu entre fevereiro a junho de 2022; participaram do estudo 28 profissionais de enfermagem. A partir dos dados textuais originados pela entrevista semiestruturada, foi realizado o processamento dos dados pelo software Iramuteq 7.2. **Resultados:** Emergiram cinco categorias, sendo elas: achados semiológicos no recém-nascido, predicações de conforto, práticas de conforto, proteção neurológica e acolhimento familiar. Os elementos da assistência que possam promover o conforto ao recém-nascido foram relacionados aos aspectos ambientais, físico e sociocultural. **Conclusão:** Foi possível identificar que a proteção neurológica, redução da luminosidade e ruídos, alívio da dor e a presença dos pais, são práticas promotoras de conforto ao recém-nascido em hipotermia terapêutica nas unidades neonatais, este estudo visa contribuir com o conhecimento do conceito de conforto para equipes de saúde que assistem diretamente essa clientela, visto a relevância da humanização do cuidado centrado no cliente-família.

Palavras-chave: Conforto do paciente, Recém-nascido, Hipotermia terapêutica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Cuidados de enfermagem.

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro - RJ.

²Universidade Estácio de Sá (ESTÁCIO). Rio de Janeiro - RJ.

³Instituto Nacional de Saúde, da mulher, da criança e do adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). Rio de Janeiro-RJ.

⁴Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro - RJ.

⁵Curso PRIUS. Rio de Janeiro - RJ.

ABSTRACT

Objective: To identify, in the speeches of nursing professionals, practices that may influence the comfort of newborns during therapeutic hypothermia, identify possible semiological signs that characterize discomfort and describe aspects of comfort. **Methods:** Descriptive research with a quantitative and qualitative approach, developed in a Neonatal Intensive Care Unit of a university hospital in the state of Rio de Janeiro. The collection took place between February and June 2022; 28 nursing professionals participated in the study. From the textual data originated by the semi-structured interview, data processing was carried out using the Iramuteq 7.2 software. **Results:** Five categories emerged, namely: semiologic findings in the newborn, comfort predications, comfort practices, neurological protection and family embracement. The care elements that can promote comfort to the newborn were related to environmental, physical and sociocultural aspects. **Conclusion:** It was possible to identify that neurological protection, reduction of light and noise, pain relief and the presence of parents are practices that promote comfort for newborns undergoing therapeutic hypothermia in neonatal units, this study aims to contribute to the knowledge of the concept of comfort for health teams that directly assist this clientele, seen the relevance of the humanization of care centered on the client-family.

Keywords: Patient comfort, Newborn, Hypothermia, Induced, Intensive Care Units, Neonatal, Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar, en los discursos de los profesionales de enfermería, prácticas que pueden influir en el confort de los recién nacidos durante la hipotermia terapéutica, identificar posibles signos semiológicos que caractericen el malestar y describir aspectos del confort. **Métodos:** Investigación descriptiva con enfoque cuantitativo y cualitativo, desarrollada en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital universitario en el estado de Río de Janeiro. La recolección se realizó entre febrero y junio de 2022; Participaron del estudio 28 profesionales de enfermería. A partir de los datos textuales originados por la entrevista semiestructurada, se realizó el procesamiento de datos mediante el software Iramuteq 7.2. **Resultados:** Emergieron cinco categorías, a saber: hallazgos semiológicos en el recién nacido, predicaciones de confort, prácticas de confort, protección neurológica y acogimiento familiar. Los elementos de cuidado que pueden promover el confort al recién nacido se relacionaron con aspectos ambientales, físicos y socioculturales. **Conclusión:** Fue posible identificar que la protección neurológica, la reducción de luz y ruido, el alivio del dolor y la presencia de los padres son prácticas que promueven el confort de los recién nacidos sometidos a hipotermia terapéutica en unidades neonatales, este estudio tiene como objetivo contribuir al conocimiento del concepto de confort para los equipos de salud que atienden directamente a esta clientela, dada la relevancia de humanizar el cuidado centrado en el cliente-familia.

Palabras clave: Comodidad del Paciente, Recién Nacido, Hipotermia Inducida, Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O conforto do recém-nascido hospitalizado em UTI neonatal está associado à prática assistencial humanizada, objetivando a neuroproteção principalmente no sono seguro e medidas não farmacológicas para alívio da dor em procedimentos dolorosos como: contenção facilitada, sucção não nutritiva, administração de gotas de glicose umedecida no dedo enluvado (ALLEGAERT KA, 2018; KEGLER JJ, et al., 2023). É importante salientar que os hormônios responsáveis por regular o estresse e a dor, sendo eles o cortisol e endorfina, respectivamente, devem ser levados em consideração na avaliação de cada paciente, além disso, os pacientes comprometidos neurologicamente podem apresentar alterações desses mediadores hormonais sendo necessárias também intervenções farmacológicas.

Contrapondo-se ao ambiente uterino, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal é um ambiente com diversos fatores associados ao aumento de níveis de estresse para o recém-nascido (RN), pois é um lugar

com altas técnicas, tecnologias duras, excesso de ruídos e intensa luminosidade, várias interrupções do sono do bebê e diversos procedimentos invasivos, além disso, manipulação excessiva (KEGLER JJ, et al., 2023). O conforto, associado ao estado de alívio e o bem estar biopsicoespiritual são conceitos da teoria do conforto, criada pela enfermeira Katherine Kolkaba, caracterizada por uma experiência imediata de fortalecimento por ter as necessidades de alívio, facilidade e transcendência, que busca atender aos quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (KOLCABA K e FISHER E, 1996).

Nesse sentido, Soares PR, et al. (2020) corroboram afirmando que o alívio do desconforto físico é essencial para a recuperação da saúde da clientela hospitalizada em UTI, sobretudo, por estimular o estabelecimento de uma relação de confiança, proteção e segurança para a tríade criança-família-equipe, proporcionando o cuidado adequado e conseqüentemente o conforto.

Ainda são tímidas as publicações científicas relacionadas ao conforto durante aplicação da técnica de hipotermia terapêutica (HT) neonatal. Esta técnica é indicada ao RN com Encefalopatia Hipóxico-isquêmica (EHI) para neuroproteção e redução de sequelas. Recomenda-se realizar nas primeiras seis horas de vida, chamada de janela terapêutica, recomendado apenas em ambiente de terapia intensiva devido à alta complexidade do tratamento, com vigilância nas primeiras 72 horas (período recomendado para o resfriamento) e fase de reaquecimento onde pode ocorrer alterações térmicas importantes (CAMPBELL H, et al., 2018; LEITE PNM, et al., 2020; PUGA GR, et al., 2023).

Para tanto, o referencial teórico-metodológico foi fundamentado na teoria do conforto de Kolcaba K (1996) e teoria do conceito de (DAHLBERG I, 1992). A teoria de Kolkaba define como *Comfort Care* uma filosofia de cuidados de saúde que se concentra em abordar as pessoas que apresentam as necessidades de conforto em quatro contextos: físico (incluindo mecanismos homeostáticos, bem como sensações relacionadas a problemas médicos), psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

No que tange a relevância do estudo, é válido ressaltar que é primordial o conhecimento das práticas promotoras de conforto ao RN na HT para qualidade da assistência dos profissionais em unidade neonatal. Dois estudos abordaram sobre tratamento e técnica de minimizar a dor nos procedimentos em UTI neonatal (SALMANI N, et al., 2018; NASSEF SK, et al., 2020). Um estudo que envolveu experiência dos pais de filhos em HT evidenciou a importância do acolhimento familiar no tratamento de EHI (NASSEF SK, et al., 2020). Destacam-se também estudos que avaliaram a segurança do procedimento de HT por meio de capacitação da equipe de enfermagem sobre a terapêutica (HUANG YT, et al., 2020; CHOCK VY, et al., 2018).

Assim sendo, a questão norteadora deste estudo é: quais elementos, na opinião dos profissionais de enfermagem, são determinantes para proporcionar conforto aos RN durante a HT? Portanto, os objetivos são: identificar nas falas dos profissionais de enfermagem, elementos e práticas que possam influenciar no conforto dos RN durante a HT, identificar possíveis sinais semiológicos que caracterizam o desconforto no RN durante a HT e descrever os aspectos referentes à assistência de enfermagem, que podem ser considerados como condicionantes de conforto do RN, durante o tratamento da HT.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um núcleo perinatal de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro, que é referência para assistência, ensino e pesquisa materno-infantil. A UTI neonatal possui capacidade para 15 leitos e Unidade Intermediária para 6 leitos. A coleta de dados ocorreu no período de Fevereiro a Junho de 2022. Norteadas pelas diretrizes de padrão de qualidade para produção de pesquisa em saúde, sendo utilizado o *checklist* COREQ do Equator (SOUZA VR, et al., 2021).

Participaram da pesquisa 28 profissionais de enfermagem de um universo total de 102 profissionais, dentre eles, enfermeiros, técnicos/auxiliares e residentes de enfermagem. Dois participantes (residentes) se recusaram a participar do estudo devido ainda não terem tido contato com RN de HT.

Os critérios de elegibilidade incluíram: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem pertencentes ao quadro de funcionários da Unidade neonatal. Critérios de exclusão foram: profissionais de enfermagem que estavam de licença médica e/ou ausentes por outro (s) motivo (s) no período da coleta, profissionais que estavam fazendo cobertura de escala, mas que não fossem da escala fixa do setor.

A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas com o objetivo de traçar o perfil dos participantes, tais como sexo, idade, categoria profissional, maior grau de formação, tempo de experiência em enfermagem e neonatal. Outras foram formuladas com o objetivo de buscar a percepção que a equipe de enfermagem possui sobre o conforto prestado ao RN submetido à HT na UTI neonatal.

O tempo para responder as perguntas foi de 10 a 20 minutos. Aplicado o questionário com perguntas abertas e fechadas por meio de entrevista que a pessoa respondeu na presença ou não de um entrevistador, a fim de garantir que os participantes expressassem livremente seus pontos de vista acerca do tema. Quando autorizado pelo participante, a entrevista foi gravada por áudio em aparelho celular pela pesquisadora que, posteriormente, foram transcritas as informações coletadas.

Houve saturação dos dados a partir da 28ª entrevista mediante a repetição e ausência de novas informações. O questionário aplicado possuía dez questões e foram excluídas, duas perguntas, após a coleta de dados, que continham informações semelhantes em outras respostas, tais como acolhimento familiar e descrição da técnica de HT.

A partir das questões respondidas pelos profissionais de saúde/enfermeiros foi gerado o corpo textual da pesquisa. As entrevistas foram transcritas e transferidas para o bloco de notas e o arquivo foi salvo como documento de texto que usa codificação de caracteres no padrão UTF-8 (8-bit único de *Transformation Format*). Além disso, foi utilizado o termo participante seguido da numeração para manter o anonimato dos entrevistados.

Os dados quantitativos foram analisados à luz da estatística descritiva, incluindo estatística simples (dados absolutos e relativos, média e mediana), análise de matriz e qui-quadrado. Para os dados qualitativos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo formulada por Bardin (2016). A análise do material coletado segue um processo rigoroso frente às três fases definidas: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Para o tratamento e análise dos dados qualitativos utilizou-se o *software Iramuteq®* versão 0,7 Alpha 2. É uma ferramenta da tecnologia da informação útil em pesquisas. É gratuito, com fonte aberta, e se baseia no *software* R Loubère L e Ratinaud P (2014), permitindo diversas formas de análises estatísticas sobre o corpo textual.

No corpus textual, os textos foram separados por linhas de comando ou linhas de asteriscos. A linha determina o número de identificação do entrevistado e as variáveis que foram definidas. Foi feito, também, o uso de quadros para o corpus das palavras conceituadas.

A participação foi voluntária e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o sigilo e o anonimato. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, sob Parecer nº. 4.980.625 e CAAE nº 51644521.3.0000.5285, e pelo comitê do Hospital cenário de estudo, sob Parecer nº. 5.102.740 e CAAE nº 51644521.3.3001.5259.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 28 profissionais de enfermagem, representando 27,45% do universo de profissionais da área de enfermagem que atuam na UTI neonatal, cenário do estudo, dos quais, 26 (92,86%) mulheres e dois (7,14%) homens. Observou-se a predominância da categoria de enfermeiros 46,43% (n=13), enquanto os técnicos de enfermagem representaram 28,57% (n=8) e residentes de enfermagem 25,00% (n=7). A faixa etária variou de 25 a 61 anos de idade, sendo a média de 43 anos e mediana de 41.

Nove participantes (32,14%) possuem até 5 anos de experiência na área neonatal e 6 a 20 anos, respectivamente, a soma desses dados totaliza-se 18 (64,28%). O menor tempo foi 2 anos e maior 35 anos, a média do tempo de experiência em neonatologia foi de 15 anos e na área de enfermagem geral foi de 16 anos.

As variáveis categóricas segundo categoria profissional e experiência neonatal tiveram resultados significativos segundo análise de quiquadrado ($\chi^2=22,13$) e P valor = 0,001 (intervalo de confiança de 99%). No cruzamento das variáveis, percebe-se que 100% dos enfermeiros residentes possuem experiência de até 5 anos, 50 % dos técnicos acima de 21 anos e 46,15 % dos enfermeiros de 6 a 20 anos de experiência na área neonatal.

Os resultados dos dados qualitativos do estudo mostrou que o *corpus* foi construído a partir das respostas de questionários cuja participação de 28 profissionais de enfermagem do cenário estudado, após análise pelo *Iramuteq®* chegou-se a seguinte informação: o tamanho da UCE (unidade de contexto elementar) utilizada foi de 40, número de textos/entrevistas foram 28, foi fatiado em 77 segmentos de texto, retornou com 2.541 ocorrências/palavras em 732 formas distintas, sendo 60 (77,92%) desses segmentos classificados e analisados na classificação hierárquica descendente (CHD). O número de hapax correspondeu a 418 palavras que representa 16,45% do número total de ocorrências.

A primeira análise realizada pela *Interface de R pour Analyses Multidimension nelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq®)* foi a quantificação das palavras evocadas pelos profissionais. A lexicometria considerou a Lei de Zipf, que mede a relação existente entre uma palavra e sua frequência em um determinado texto, distinguindo palavras de alta frequência das de baixa frequência. Na lematização das palavras, ou seja, categorização das palavras com mesmo radical identificou-se 616 formas distintas considerando palavras de baixa e alta frequência, número de hapax foi 316 e média de ocorrência por texto foi 90,75.

Figura 1 - Formas ativas de palavras do *corpus*.

Zona	r	Palavras	f	Soma	Zipf
1	1	conforto	37	37	37
	2	cuidado	31	68	62
	3	desconforto	30	98	90
	4	RN	29	127	116
	5	Mudança de decúbito	25	152	125
	6,5	diminuição, sinais vitais	21	173	136,5
	8	enfermagem	20	193	160
2	10	HT, luminosidade, sinal	19	212	190
	12	ruído	18	230	216
	13	pele	17	247	221
	14	Face de dor	15	262	210
	16	manter, caracterizar, sedação	14	276	224
	18	diminuir	13	289	234
	19	ficar	12	301	228
	20	Mínimo manuseio	11	312	220
	21,5	criança, uso	10	322	215
	25	FC, spO2, observar, promover	9	331	225
	28,5	analgesia, estável, presença	8	339	228
	34	controle, corpo, dor, escala de dor,	7	346	238
	44,5	Avaliação convulsão, mãe, sinais de desconforto,	6	352	267
	59	1_h, acabar, contínuo, forma, hora, lesão de pele	5	357	295
	76	acolhimento, confortável, controlar, UTIN	4	361	304
99	acompanhamento, analgésico, ausência, bebê,	3	364	297	
176,5	Acesso periférico, alívio, ambiente, edema, familiar	2	366	353	
3	374	óstio, óleo, óculos, íntegro, área, água, válido,	1	367	374

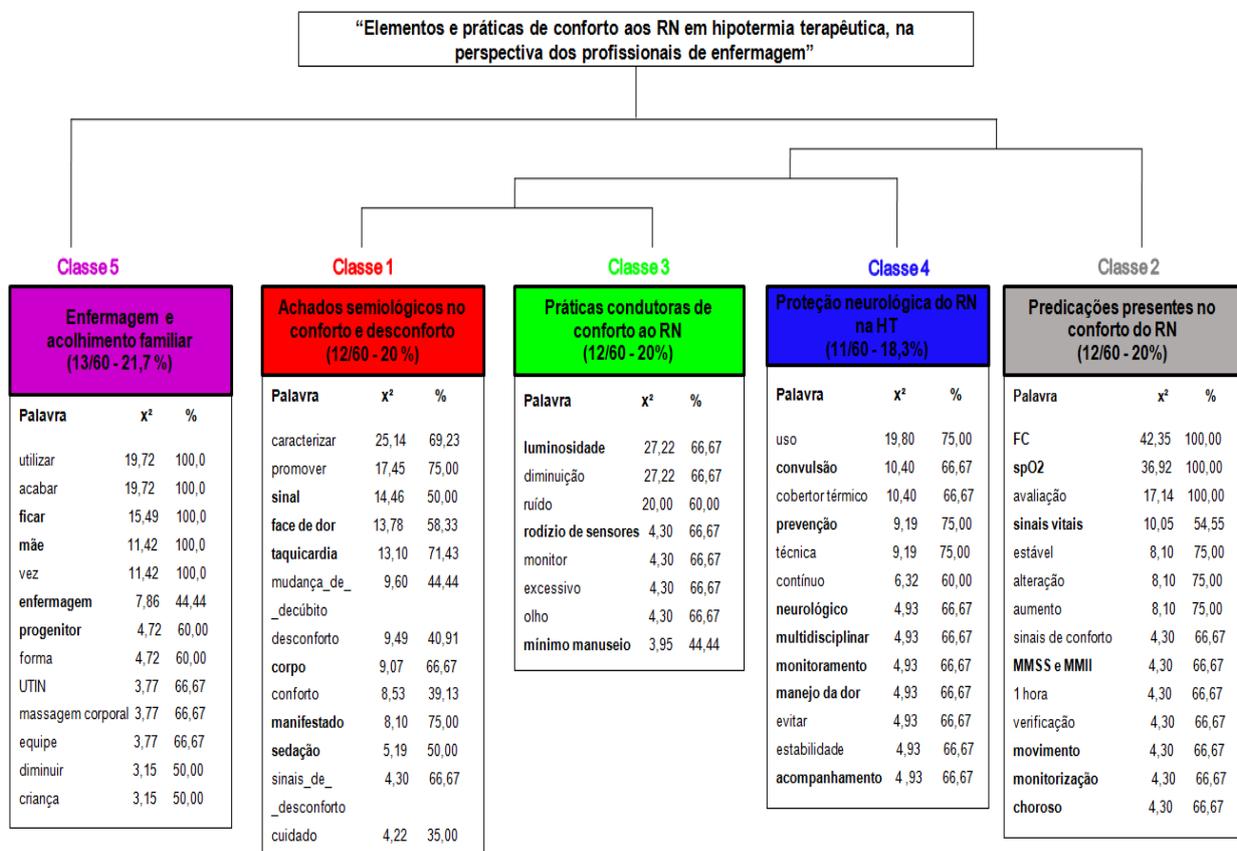
Fonte: Leite PNM, et al., 2024.

Segundo o resultado das formas ativas extraídas do *corpus* analisado separado por zonas, a primeira zona de Zipf é denominada de informação trivial ou básica e mostram palavras pertencentes a um domínio de saber bastante delimitado (**Figura 1**).

A segunda zona diz respeito às informações interessantes, e ocupa o espaço intermediário entre a primeira e a terceira zona. Por último, na terceira zona, ou zona de dispersão, ocorre uma quantidade aumentada de palavras com baixa ocorrência.

Conforme o dendrograma apresentado, observa-se as relações existentes entre as classes. A CHD dividiu o *corpus* em cinco classes. Observa-se que a classe com o maior percentual de segmentos de texto analisados foi a classe 5 (21,7%). Em um primeiro momento, dividiu-se o *corpus* agrupando as classes 1 e 3, sendo separadas das classes 4 e 2 e interligadas com classe 5, gerando o resultado apresentado no dendrograma (**Figura 2**).

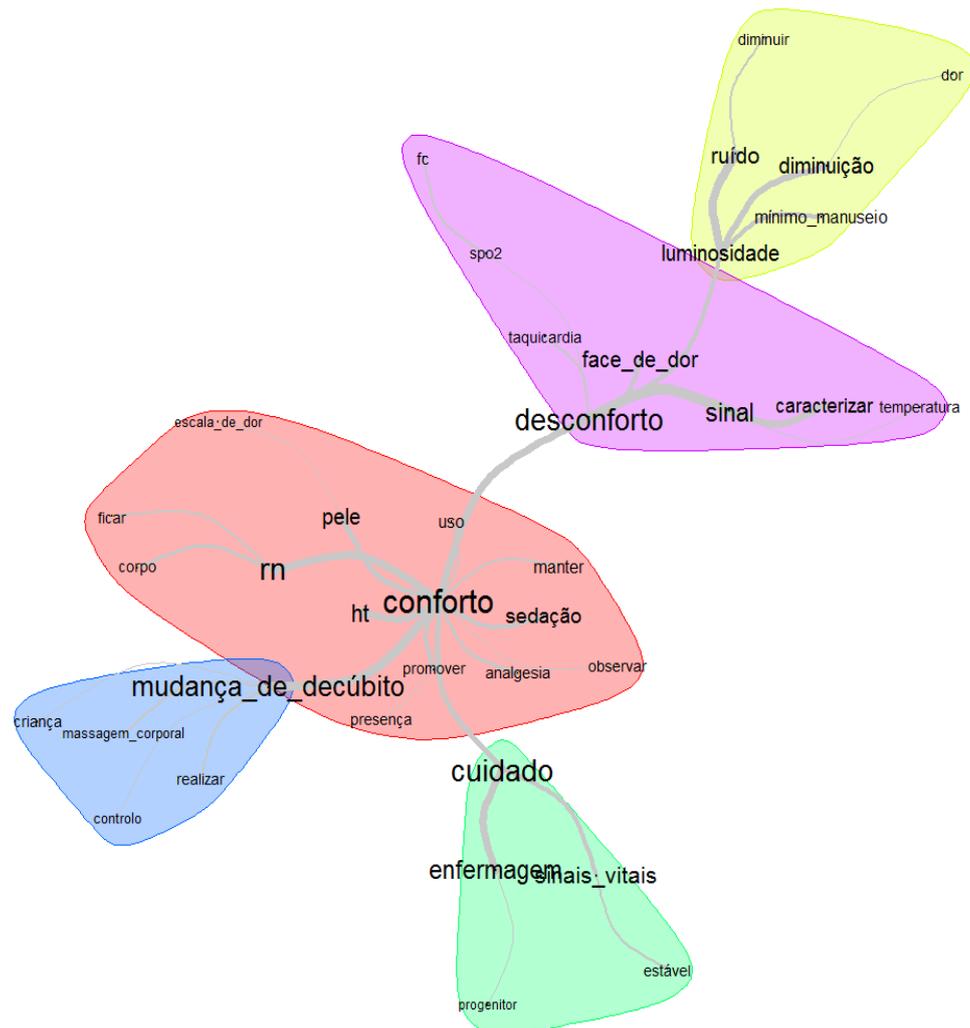
Figura 2 - Dendrograma da classificação hierárquica descendente (CHD) do *corpus* textual sob o método de Reinert.



Fonte: Leite PNM, et al., 2024. Com auxílio do Iramuteq®.

As palavras: “enfermagem”, “progenitor” e “sinais vitais estáveis” estão nas ramificações que representa aspectos de acolhimento familiar (**Figura 3**).

Figura 3 - Mapa de similitude das coocorrências entre os profissionais participantes da pesquisa.



Fonte: Leite PNM, et al., 2024. Extraído do Iramuteq®.

Categoria 1: Achados semiológicos manifestados no corpo do RN que podem caracterizar o conforto e desconforto em HT neonatal.

Os achados semiológicos que caracterizam conforto e desconforto durante a HT foram descritos pelos profissionais participantes, como: sedação, luminosidade, ruído, analgesia, avaliação da escala de dor, monitorização com aEEG e sinais vitais estáveis como normocardia, ausência de dor evidenciada por uma face tranquila. Conforme descrito no seguinte trecho do entrevistado:

“No conforto há monitoramento_cerebral contínuo, sedação, escala_de_dor umidificação dos olhos e mucosas, manejo_da_dor, diminuição de ruído e luminosidade, sinais no desconforto: convulsões, face_de_dor, tentativa de movimento mesmo sedado e pele moteada” (Participante_18).

Nesse sentido, outros estudos apontaram bons resultados com manejo da dor em RN, com massagem durante os procedimentos realizados na UTI neonatal e utilização de estratégias não-farmacológicas, por meio de sucção não-nutritiva, a sacarose ou glicose oral, a contenção e o contacto humano. Infere-se que tais medidas se mostra positiva na redução da pontuação em escalas de dor, diminuição das FC e FR, aumento na spO2, melhorias no estado comportamental, desenvolvimento neurológico, menor tempo de choro e realização do procedimento doloroso (COSTA TMS, et al., 2021; GOMES PPS, et al., 2019). Diante

disso, é importante a capacitação constante da equipe multidisciplinar, no que diz respeito à intervenção precoce nas potenciais complicações, para que possa garantir a realização de uma técnica segura e confortável para o RN e para a família (LEITE PNM, et al., 2020).

Categoria 2: Predicações presentes no conforto do RN em HT na perspectiva dos profissionais de enfermagem da UTIN

A palavra “conforto” foi a mais evocada, classificada da zona 1. Além disso, as predicações presentes no conforto que mais se destacam são: proteção neurológica, ausência de dor, proteção tegumentar, diminuição da luminosidade e ruídos, sinais vitais estáveis e humanização do cuidado do RN e da família. Conforme se destaca no trecho da seguinte fala:

“[...] o último ponto seria a presença da mãe, a enfermagem entende que o RN identifica a mãe, muitas vezes, pelo cheiro, pela voz, essa mãe próxima é uma forma de conforto para o RN [...]” (Participante_2).

As principais ocorrências destacadas das falas dos participantes foram: FC, spO₂, avaliação, sinais vitais, estável, alteração, sinais de conforto, MMSS, MMII, 1 hora, verificação, monitorização e choro. Resultados semelhantes ao de nosso estudo foram destacados em outros estudos, dentre as complicações inerentes ao tratamento, destacam-se: arritmias, bradicardia (FC <80bpm), hipotensão (PAM < 40 mmHg), trombocitopenia, inibição dos fatores de coagulação, hemorragia intracraniana, anemia, leucopenia, hipoglicemia, hipocalcemia, oligúria e hipertensão pulmonar (SHANKARAN S, et al., 2014; LAPTOOK AR, et al., 2017).

Segundo uma fala de uma participante do presente estudo sobre as predicações presentes no conforto na perspectiva do profissional de enfermagem que cuida do RN na UTI neonatal, foi dito que:

“[...] A única predicação no conforto é analgesia[...]” (Participante_11)”.

Já na opinião de outra participante, a fala é:

“[...] não há conforto durante a HT [...]” (Participante_10)”.

Já em outras falas dos profissionais de enfermagem, evidenciaram as seguintes ocorrências: “sinais vitais estáveis”, “FC”, “PA” e “ausência da dor”. Nesse sentido um autor de ensaio clínico recomenda que os sinais vitais sejam monitorados a cada 15 minutos por 4 horas, a cada hora durante 8 horas e de 2 em 2 horas até o fim do tratamento; exames laboratoriais nas 24, 48 e 72 horas; gasometria arterial no início, 24, 48 e 72 horas (PROCIANOY RS, 2012).

Categoria 3: Elementos e práticas que podem promover o conforto ao RN em HT na UTI neonatal.

Os elementos e práticas da assistência que possam promover o conforto ao RN, que mais se destacaram nas falas dos profissionais, envolveram, principalmente, os aspectos **ambientais** como: luminosidade, ruídos, protocolo institucional, escalas de dor, controlar a temperatura do ambiente, em relação ao aspecto **físico**: analgesia, sedativo, aEEG, sinais vitais a cada 1 h, descompressão de decúbito, mínimo manuseio e preservação da pele com massagem corporal, rodízio de sensores e higiene perineal na troca de fralda. Quanto ao aspecto **sociocultural**: o aspecto predominante foi o acolhimento familiar. Outro aspecto é de ordem **administrativa** sobre ações de gestão que possam controlar os indicadores. Como observado no seguinte trecho da fala:

“Intervenções de enfermagem relacionadas ao cuidado complexo, cuidado seguro e de qualidade objetivando a diminuição de morbimortalidade, humanização e acolhimento. Cuidado crítico, cuja implementação depende de várias ações de gestão, que deve ser controlado por indicadores com vista à melhoria contínua” (Participante_25).

Desse modo, os elementos e práticas influenciadores do conforto ao RN durante a HT são destacados também por outros autores. Valoriza-se a importância da promoção da capacitação profissional refletindo

melhor segurança na realização da técnica. O estudo internacional Huang YT, et al. (2020), encontrou nos resultados que a acurácia do conhecimento dos enfermeiros sobre HT na UTI neonatal melhorou de 82,0% para 94,5%. Assim, a capacitação aumentou com sucesso a precisão do conhecimento dos enfermeiros sobre HT, resultando em um procedimento mais seguro e padronizado para neonatos submetidos à HT.

Categoria 4: Aspectos da assistência de enfermagem que podem favorecer a proteção neurológica do RN em HT

Os aspectos relacionados à prática assistencial, que são condicionantes para o conforto neurológico do RN em HT, estão pautados na monitorização cerebral beira leito com aEEG, no uso de NIRS (espectroscopia de infravermelho próximo para avaliar perfusão tecidual, na descompressão de decúbito com movimento em bloco para preservar a região cerebral, evitando sangramentos e capacitação dos profissionais nos cuidados neurocríticos e sistêmicos. Relacionado às ações promotoras de conforto, uma enfermeira relata que:

“Cuidados de enfermagem que podem promover conforto são: a estabilidade da temperatura, cuidados com a pele e extremidades e melhora do desfecho neurológico” (Participante_17).

Percebe-se que a classe 4 detém ocorrências que refletem a proteção neurológica e manejo da dor do RN durante a técnica de HT, e na classe 5 o reconhecimento de estratégias para aproximar os pais do bebê contribuindo para conforto do paciente e da família principalmente na dimensão **biofísica e psico-espiritual**, como podemos observar na análise.

Categoria 5: Percepções dos profissionais de enfermagem a respeito do acolhimento familiar durante a realização da HT em UTI neonatal

As palavras: “ficar” (12), “presença” (8), “progenitor” (7) e “mãe” (6) ocorreram com frequência, demonstrando uma consideração da equipe quanto à importância da permanência dos pais na UTIN junto ao filho. Sabe-se que a hospitalização na UTI neonatal e, principalmente, no início do tratamento da asfíxia com HT, a presença paterna se torna mais evidente, porque a mãe ainda está no puerpério imediato. E observa-se uma preocupação da equipe em tornar o acolhimento familiar mais humanizado, ressalta-se a existência de fatores negativos de ordem administrativos como estrutura física, recursos humanos e no aspecto social dos familiares. Como podemos compreender no seguinte trecho da fala de uma enfermeira que diz:

“Mas a gente só dá atenção ao pai à noite, só em um segundo tempo, ou seja, primeiro é feita toda preparação da criança no leito, medicações e monitorização e só depois que é dada a devida atenção para o pai [...], inclusive ele passa a noite toda aqui, porque às vezes não tem como ele ir embora, não tem lugar para esse pai dormir ou acompanhar o seu filho nas 24 horas” (Participante_14).

Para outra participante existe o desconforto dos pais relacionado às incertezas e anseios de uma boa recuperação de seu filho, como descrito no seguinte trecho:

“Há o desconforto do pai e da mãe, essa criança foi gerada e foi imaginada para um parto normal [...], o RN é transferido para nossa unidade neonatal [...] quem o acompanha na admissão geralmente é somente o pai, que acaba entrando em choque! Nesse instante, a equipe médica e de enfermagem, para, e explica sobre o procedimento.” (Participante_14).

A quebra da expectativa e a própria incerteza gerada pela trajetória da doença, despertam reflexões sobre a importância do acolhimento familiar na UTIN. Os pais precisam do acolhimento dessa equipe que, nesse contexto, tem um papel fundamental na humanização, devendo fornecer apoio e estimular a presença dos pais sempre que possível; ajudar a diminuir a distância entre a criança e os familiares,

favorecer os registros fotográficos (com os devidos cuidados), oferecer notícia por outros meios na impossibilidade da presença física, dentre outros aspectos (AGUIAR JRV, et al., 2022).

Limitações do estudo

Houve limitações do estudo por envolver informações subjetivas dos profissionais. Contudo, vale ressaltar a magnitude do estudo por se tratar de um estudo inédito e o cenário é um hospital público universitário de referência para HT. Os profissionais de unidade neonatal são filigranas do cuidado e os participantes do estudo possuem especialização na área que, mediante as suas falas, contribuíram significativamente para a descrição das práticas que possam influenciar o conforto do RN.

Contribuições para área de enfermagem e áreas afins

Foi possível identificar nas falas dos profissionais de enfermagem elementos e práticas que possam influenciar no conforto dos RN durante a HT. Este estudo visa contribuir com o conhecimento do conceito de conforto para equipes de saúde que assistem diretamente essa clientela, visto a relevância da humanização do cuidado centrado no cliente-família.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa objetivou identificar nas falas dos profissionais de enfermagem, elementos e práticas que possam influenciar no conforto dos RN durante a HT. Nas evocações pode-se inferir que o conceito de conforto está relacionado aos contextos: físico, ambiental e sociocultural e, algumas estratégias, como: proteção neurológica, monitorização da oximetria de pulso e do aEEG, alívio da dor, mudança de decúbito, controle dos sinais vitais, uso de protocolo institucional e estimular a presença da família junto ao filho, são práticas que podem propiciar a efetivação do conceito nas unidades neonatais, sendo importante um cuidado confortável centrado no paciente e família.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR JRV, et al. Avaliação das internações dos recém-nascidos em uma UTI Neonatal durante uma pandemia. *Rev. Urug. Enferm.*, 2022;17(2):1-14.
2. ALLEGAERT KA. Critical Review On The Relevance Of Paracetamol For Procedural Pain Management In Neonates. *Pediatr frontal.*, 2018; 8:89.8.
3. BARDIN L. Análise de conteúdo. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2016.
4. CAMPBELL H, et al. Hypothermia for perinatal asphyxia: trial-based quality of life at 6–7 years. *Arch Dis Child.*, 2018; 103(7):654-659.
5. CHOCK VY, et al. NIRS Improves Hemodynamic Monitoring And Detection Of Risk For Cerebral Injury: Cases In The Neonatal Intensive Care Nursery. *J Matern Fetal Neonatal Med.*, 2018; 33(10):1802-1810.
6. COSTA TMS, Oliveira ES, Rocha RRA, Santos KVG, Dantas JKS, Dantas RAN, et al. Massage for neonatal pain relief in intensive care units: a scoping review. *Rev Rene.* 2021; 22:e60597
7. DAHLBERG I. Knowledge organization and terminology philosophical and linguistic bases. *International classification*, 1992.
8. GOMES PPS, et al. Medidas não farmacológicas para alívio da dor na punção venosa em recém-nascidos: descrição das respostas comportamentais e fisiológicas. *Br JP.*, 2019; 2(2):142-6.
9. HUANG YT, et al. Increasing the rate of completion of the therapeutic hypothermia procedure in the NICU. *Journal of nursing.* 2020; 67(4):72-80.
10. KEGLER JJ, et al. Fatores associados ao estresse de pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Acta Paul Enferm.*, 2023; 36:eAPE02061.
11. KOLCABA K e FISHER E. A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quartely.*, 1996; 18(4):66-76.
12. LAPTOOK AR, et al. Effect of Therapeutic Hypothermia Initiated After 6 Hours of Age on Death or Disability Among Newborns With Hypoxic-Ischemic Encephalopathy A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2017; 318(16):24-31.

13. LEITE PNM, et al. Hipotermia terapêutica e encefalopatia hipóxico-isquêmica. *Rev. enferm UERJ*. 2020; 28(e42281):1-7.
14. LOUBÈRE L e RATINAUD P. Documentation IraMuTeQ - 0.6 alpha 3 version 0.1. 2014 [cited 2022 Set 10]. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf>. Acessado em: 22 de setembro de 2022.
15. NASSEF SK, et al. Parental viewpoints and experiences of therapeutic hypothermia in a neonatal intensive care unit implemented with family centred care. *Journal of Clinical Nursing*. 2020; 29:4194-4202.
16. PROCIANOY RS. Hipotermia terapêutica. 2012. Porto Alegre, SBP. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/hipotermia-terapeutica.pdf. Acessado em: 22 de setembro de 2022.
17. PUGA GR, et al. Hipotermia terapêutica em recém-nascidos com encefalopatia hipóxico-isquêmica: Uma análise da primeira infância. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. 2023; 12(2):1-12.
18. SALMANI N, et al. Effect Of Facilitated Tucking With The Nurse And A Simulated Hand On Physiological Pain Index During Vein Puncture On Premature Infants. *Journal Of Babol University Of Medical Sciences*. 2018; 20(9):14-19.
19. SHANKARAN S, et al. Effect of depth and duration of cooling on deaths in the nicu among neonates with hypoxic ischemic encephalopathy a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 312(24):2629-39.
20. SOARES PR, et al. Comfort of the child in intensive pediatric therapy: Perception of nursing professionals. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(4):e20180922.
21. SOUZA VR, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.*, 2021; 34:eAPE02631.