



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

PATRÍCIA NATÁLIA MONTEIRO LEITE

CONCEITO DE
CONFORTO EM HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NEONATAL NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

RIO DE JANEIRO

2022

PATRÍCIA NATÁLIA MONTEIRO LEITE

**CONCEITO DE
CONFORTO EM HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NEONATAL NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação submetida à avaliação da banca do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: O conforto (im)possível a partir dos cuidados de enfermagem frente as tecnologias pesadas em UTI.

Linha de Pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva.

RIO DE JANEIRO

2022

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

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

L533 Leite, Patrícia Natália Monteiro
Conceito de Conforto em Hipotermia Terapêutica Neonatal na Perspectiva dos Profissionais de Enfermagem / Patrícia Natália Monteiro Leite. -- Rio de Janeiro, 2022.
106

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

1. Conforto do Paciente. 2. Hipotermia Terapêutica . 3. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 4. Cuidados de Enfermagem. I. da Silva, Carlos Roberto Lyra, orient. II. Título.

LEITE, Patrícia Natália Monteiro. **Conceito de Conforto em hipotermia terapêutica neonatal na perspectiva dos profissionais de enfermagem**. 2022. 106 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação, Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Dissertação submetida à avaliação da Banca do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF, Mestrado em enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador:

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva

Aprovada em: 02 de dezembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva (Orientador) - UNIRIO
Presidente

Prof. Dra. Andrea dos Santos Garcia – (ESTÁCIO)
1º Examinador (Externo)

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado - (UNIRIO)
2º Examinador (Interno)

Prof. Dra. Adriana Teixeira Reis – (UERJ)
1º Suplente (Externo)

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva - (UNIRIO)
2º Suplente (Interno)

DEDICATÓRIA

Aos profissionais de enfermagem e a todos da equipe de saúde, que se dedicam a trabalhar na assistência dos pacientes neonatais (pequenos grandes guerreiros) em terapia intensiva, que prioriza a segurança, qualidade assistencial, o conforto do RN e cuidado baseado na ciência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Soberano e meu Salvador, por me conceder tranquilidade nas horas que mais preciso, determinação para continuar seguindo em frente e sabedoria para fazer a diferença.

Aos meus pais, Silas (*em memória*) e Ana Maria, pelo apoio e confiança. Com todo amor e incentivo, apesar de minhas ausências, sempre vibraram a cada vitória, me proporcionaram alicerce de que precisava para vencer na vida. Respeito e admiro muito vocês, são batalhadores e essenciais em minha vida. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Alexandre e Priscila, pelo apoio e torcida de sempre. Vocês também são essenciais em minha vida. A amizade de ambos é valiosa para mim, os admiro muito, amo vocês.

Aos docentes do PPGENF por me acolher como mestranda com compromisso e responsabilidade.

Ao professor Carlos Roberto Lyra da Silva, meu orientador, um talento único especial de ensinar e orientar, me proporcionou contribuições que superaram as minhas expectativas. Eu te respeito muito e admiro tamanha inteligência e dedicação pela ciência da enfermagem. Os seus conhecimentos e habilidades me permitiram trilhar o caminho da investigação científica com maior segurança.

A coordenação da Unidade Neonatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto, aos excelentes profissionais que contribuíram para a concretização deste estudo, por terem me recebido nessa renomada instituição, meus sinceros agradecimentos.

Aos membros da Comissão Examinadora, professores: Andrea Garcia, Roberto Carlos, Adriana Reis e Daniel Aragão, pelas contribuições que me auxiliaram a tornar a versão final mais consistente.

Aos queridos colegas de mestrado que acompanharam esta jornada e torceram por mim. Também torço por todos vocês.

Aos familiares e amigos que sempre oram e torcem por mim. O amor, admiração e carinho são recíprocos.

Aos meus colegas e companheiros de trabalho que me acompanharam nessa trajetória de estudos, vocês fazem parte de minha jornada.

*A Enfermagem é uma arte e
para realizá-la como arte, requer uma devoção tão
exclusiva, um preparo tão rigoroso,
quanto a obra de qualquer pintor ou escultor.*

(Nightingale, 1989)

LEITE, Patrícia Natália Monteiro. **Conceito de Conforto em hipotermia terapêutica neonatal na Perspectiva dos profissionais de enfermagem**. 2022. 106 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação, Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Resumo

Introdução: a Hipotermia Terapêutica é uma tecnologia inovadora com resultados benéficos ao recém-nascido com Encefalopatia Hipóxico isquêmica, porém é uma técnica que causa desconforto para o bebê e para a família. **Objetivo geral:** identificar nas falas dos profissionais de enfermagem, elementos e práticas que possam influenciar no conforto dos recém-nascidos durante a hipotermia terapêutica. **Objetivos específicos:** identificar possíveis sinais semiológicos que caracterizam o desconforto no recém-nascido durante a hipotermia terapêutica e descrever os aspectos referentes à assistência de enfermagem, que podem ser considerados como condicionantes de conforto, durante o tratamento. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quanti-qualitativa. O cenário do estudo foi uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público do Rio de Janeiro. A população constituiu-se por profissionais de enfermagem. Os dados quantitativos foram analisados à luz da estatística descritiva e análise de conteúdo formulada por Bardin. A pesquisa foi aprovada pelo CEP sob os pareceres nº 4.980.625 e nº 5.102.740. **Resultados:** a amostra do estudo foi formada por 28 participantes. A palavra com maior valor semântico foi “conforto” que ocupa o primeiro lugar no ranking das palavras evocadas da zona 1. As predicções prevalentes foram: “avaliar”, “frequência cardíaca” e estabilidade da “spO2”. Os achados semiológicos reconhecidos pelos profissionais de enfermagem são: sinais vitais estáveis principalmente com normocardia e face sem dor, ausência de convulsão e monitorização cerebral. Evidenciaram práticas condutoras de conforto voltadas para proteção neurológica, alívio da dor, proteção da pele e acolhimento familiar. **Conclusão:** o alívio da dor, mudança de decúbito, controle dos sinais vitais e a presença dos pais do recém-nascido durante a hipotermia terapêutica, foram os elementos mais relevantes para um cuidado confortável centrado no paciente e família. Recomenda-se que outras pesquisas sejam realizadas, a fim de aprofundarem sobre o conceito de conforto na prática assistencial em hipotermia terapêutica neonatal.

Descritores: Conforto do paciente. Hipotermia terapêutica. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Cuidados de enfermagem

LEITE, Patricia Natalia Monteiro. Concept of Comfort in neonatal therapeutic hypothermia in Perspective of nursing professionals. 2022. 106 f. Dissertation (master's degree). Postgraduate Program, Master's in Nursing, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Abstract

Introduction: Therapeutic Hypothermia is an innovative technology with beneficial results for the newborn with Hypoxic-Ischemic Encephalopathy, but it is a technique that causes discomfort for the baby and the family. General objective: To identify in the speeches of nursing professionals, elements and practices that may influence the comfort of newborns during therapeutic hypothermia. Specific objectives: identify possible semiological signs that characterize discomfort in the newborn during therapeutic hypothermia and Describe aspects related to nursing care, which can be considered as comfort conditions during treatment. **Methodology:** This is an exploratory descriptive study with a quantitative-qualitative approach. The study setting was a Neonatal Intensive Care Unit of a public hospital in Rio de Janeiro. The population consisted of nursing professionals. Quantitative data were analyzed in light of descriptive statistics and content analysis formulated by Bardin. The research was approved by the CEP under opinions n°. 4,980,625 and n°. 5,102,740. **Results:** The study sample consisted of 28 participants. The word with the highest semantic value present in zone 1 was “comfort”, which ranks first in the ranking of words evoked by nursing professionals. The prevailing predications were: “assess”, “heart rate” and “spO2” stability. The semiological findings recognized by nursing professionals are: stable vital signs, mainly with normocardia and pain-free face, absence of seizures and brain monitoring. They evidenced practices conducive to comfort aimed at neurological protection, pain relief, skin protection and family embracement. **Conclusion:** Pain relief, change of position, control of vital signs and the presence of the newborn's parents during therapeutic hypothermia were the most relevant elements for a comfortable care centered on the patient and family. It is recommended that further research be carried out in order to deepen the concept of comfort in care practice in neonatal therapeutic hypothermia.

Keywords: Patient comfort. Hypothermia, Induced. Intensive Care Units, Neonatal. Comfort. NursingCare.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Distribuição das cinco primeiras palavras evocadas pelos profissionais de enfermagem sobre conforto em HT, Rio de Janeiro, 2022.	42
Figura 2 – Gráfico percentual do cruzamento das variáveis: categoria profissional e tempo de experiência em neonatal, Rio de Janeiro, 2022.	43
Figura 3 – Lei de Zipf aplicada aos profissionais de enfermagem, Rio de Janeiro, 2022.	45
Figura 4 – Gráfico da análise das três zonas das palavras de Zipf aplicada aos profissionais de enfermagem, Rio de Janeiro, 2022.	46
Figura 5 – Dendograma da classificação hierárquica descendente (CHD) do <i>corpus</i> textual sob o método de Reinert. Rio de Janeiro, 2022.	48
Figura 6 – Análise fatorial por correspondência das coocorrências segundo a classificação hierárquica descendente das palavras evocadas participantes, Rio de Janeiro, 2022.	53
Figura 7 – Análise fatorial por correspondência das coocorrências segundo as categorias profissionais de enfermagem, Rio de Janeiro, 2022.	55
Figura 8 – Análise fatorial por correspondência das coocorrências segundo experiência profissional na área neonatal, Rio de Janeiro, 2022.	56
Figura 9 – Análise hipergeométrica das palavras segundo tempo de experiência profissional, Rio de Janeiro, 2022.	57
Figura 10 – Análise hipergeométrica das palavras segundo o sexo, Rio de Janeiro, 2022.	58
Figura 11 – Elementos e práticas do conforto na hipotermia terapêutica neonatal a das teorias de Kolkaba (1996) e Dahlberg (1992), Rio de Janeiro, 2022.	59
Figura 12 – Mapa de similitude das coocorrências entre os profissionais participantes da pesquisa, Rio de Janeiro, 2022.	60
Figura 13 – Nuvem de palavras das palavras evocadas pelos profissionais participantes da pesquisa, Rio de Janeiro, 2022.	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Formas ativas de palavras do <i>corpus</i> , Rio de Janeiro, 2022.	47
Quadro 2 – Falas dos profissionais de enfermagem da UTIN, Rio de Janeiro, 2022.	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do perfil dos participantes do estudo, Rio de Janeiro, 2022.	40
Tabela 2 – Associação das variáveis “categoria profissional” e “tempo de experiência em enfermagem neonatal”, Rio de Janeiro, 2022.	43
Tabela 3 – Distribuição das ocorrências da classe 1 – <i>corpus</i> textual. Rio de Janeiro, 2022.	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

aEEG - Eletroencefalograma de amplitude integrada
cEEG - Eletroencefalograma convencional
AFC - Análise fatorial de correspondência
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CHD - Classificação hierárquica descendente
Chi² - *Characteristic function of the central chi-squared distribution*
EEG - Eletroencefalograma
EHI - Encefalopatia Hipóxico-isquêmica
Etc - et coetera/ entre outras coisas
FC - Frequência cardíaca
HT - Hipotermia Terapêutica
IG - Idade Gestacional
IRAMUTEQ - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Text e set de Questionnaires
mEq I - Miliequivalentes
MCP - Multiple Country Publications (País com múltiplas publicações)
NIRS - Espectroscopia de infravermelho próximo
NV - Nascidos Vivos
PA - Pressão arterial
PaCO₂ - Pressão parcial de CO₂ do sangue arterial
PAM - Pressão arterial média
PCR - Parada cardiorrespiratória
PH - Potencial Hidrogeniônico
RN - Recém-nascido ou recém-nascidos
SCP - Single Country Publications (País com uma única publicação)
SNC - Sistema Nervoso Central
ST - Segmento de Texto
SUS - Sistema Único de Saúde
TALP - Técnica de Associação Livre de Palavras.
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE - Unidades de Contexto elementares
UCI - Unidades de Contexto Inicial
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
X² - qui-quadrado

SUMÁRIO

1	MOTIVAÇÃO DO ESTUDO	13
1.2	INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO	14
1.3	JUSTIFICATIVA	16
1.4	OBJETIVOS	18
1.4.1	Objetivo Geral	18
1.4.2	Objetivos específicos	18
2	REVISÃO DE LITERATURA/ REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	A TEORIA DO CONCEITO	19
2.2	A TEORIA DO CONFORTO	20
2.3	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN)	23
2.4	O CONFORTO EM UTIN	24
2.5	A TECNOLOGIA DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA	25
2.6	MANEJO CLÍNICO NA HT	27
3	ABORDAGEM METODOLÓGICA	29
3.1	TIPO DE PESQUISA	29
3.2	CENÁRIO E LOCAL DO ESTUDO	30
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	31
3.4	COLETA DE DADOS	32
3.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	32
3.6	PREPARO DO <i>CORPUS</i>	36
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	37
3.8	RESUMO DO ESTADO DA ARTE	37
4	RESULTADOS	39
4.1	DADOS QUANTITATIVOS: ESTATÍSTICA DESCRITIVA	39
4.1.1	Análise de matriz: frequência das cinco palavras mais evocadas pelos participantes.	41
4.2	DADOS QUALITATIVOS: ANÁLISE QUALITATIVA	44
4.2.1	Análise de lexicometria com uso da Lei de Zipf.	44
4.2.2	Análise da Classificação Hierárquica Descendente.	47
4.2.3	Análise fatorial por correspondência das palavras.	54
4.2.4	Análise de similitude e nuvens de palavras evocadas.	60
5	DISCUSSÃO	63
5.1	Achados semiológicos manifestados no corpo do RN que podem caracterizar o conforto e desconforto em HT neonatal.	63
5.2	Predicações presentes no conforto do RN em HT na perspectiva dos profissionais de enfermagem da UTIN.	65
5.3	Elementos e práticas que podem promover o conforto ao RN em HT na UTIN.	67
5.4	Aspectos da assistência de enfermagem que podem favorecer a proteção neurológica do RN em HT.	71
5.5	Percepções dos profissionais de enfermagem a respeito do acolhimento familiar durante a realização da HT em UTIN.	74
6	CONCLUSÃO	78
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICES e ANEXOS	88

MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

O interesse pela área neonatal ocorreu desde a Graduação em Enfermagem, em 2010, durante a assistência aos recém-nascidos (RN) no estágio em alojamento conjunto, contudo o ponto de partida foi à participação em um projeto de pesquisa sobre a determinação das necessidades de saúde de RN egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), gerando o trabalho de conclusão de curso intitulado “Mobilidade urbana e garantia de transporte na redução de agravo à saúde de RN de Maternidade Cegonha Carioca, 2007-2012”.

Em 2018, iniciei em um programa de residência em enfermagem neonatal em um Hospital Universitário no estado do Rio de Janeiro, com a intenção de aprimorar os conhecimentos teórico-práticos na área de enfermagem neonatal. Na residência, experienciei o cuidado ao RN nos seguintes cenários: Alojamento conjunto, Banco de Leite Humano, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no Instituto de Cardiologia, ambulatório Follow-Up, Berçário Intermediário e, em especial, na UTIN.

O trabalho de conclusão de curso da residência foi “O Perfil do RN submetido à Hipotermia Terapêutica (HT) em um Hospital Universitário”. O estudo teve como fonte de dados os prontuários de 40 RN tratados com HT nos primeiros dois anos de implantação da terapia e concluiu que a segurança no desenvolvimento da técnica exige treinamento da equipe de enfermagem e multidisciplinar, visando garantir a eficácia do tratamento. O desconforto enfrentado pelas famílias dos RN, devido às expectativas de sobrevida durante a terapêutica, levou à reflexão sobre a importância das práticas promotoras de conforto ao RN em HT, envolvendo o paciente, a família e suas vulnerabilidades.

Essa técnica de HT tem demonstrado ser segura e oferece resultados benéficos e viáveis de neuroproteção. A equipe de saúde tem o papel primordial de ofertar práticas promotoras de conforto a esses RN. A maternidade é de alto risco materno fetal, cujos RN podem ter nascidos na unidade ou transferidos de outras maternidades, filhos de mães que podem ter realizado o pré-natal na Instituição, transferidas de outras maternidades ou necessitam da realização do parto por emergência.

1.2 INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO

O conforto segundo Kolkaba (1996) é caracterizado por uma experiência imediata de fortalecimento por ter as necessidades de alívio, facilidade e transcendência atendidas em quatro contextos, sendo estes: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural.

A humanização é caracterizada por prestação de assistência ao paciente considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual e referindo-se também a tudo o que está ligado ao processo saúde doença: família, equipe multiprofissional e ambiente (VILA; ROSSI, 2002). Desse modo, para realizar ações condicionantes de conforto é essencial a humanização na prática assistencial condutora de conforto.

Relacionado à humanização no ambiente crítico como a UTIN, a assistência será humanizada quando mãe e filho forem atendidos de modo a satisfazer suas necessidades. Independentemente do prognóstico da criança, a assistência deve ser promovida para transmitir o devido respeito em relação à dor dos familiares, principalmente dos pais (IKEZAWA; KAKEHASHI, 1995). Porém, por mais que os enfermeiros se esforcem para que seja realizado um cuidado humanizado, nem sempre é possível, devido à grande demanda de atividades desse setor (VILA; ROSSI, 2002).

Contrapondo-se ao ambiente uterino, a UTIN é um ambiente que propicia certo desconforto para o RN, pois é um lugar com constante barulho e intensa luminosidade, várias interrupções do sono do bebê e diversos procedimentos, além do fato de que há manipulação excessiva do neonato (TAMEZ, 2013). A alteração do estado intrauterino para o estado do RN é uma enorme mudança para o bebê, o ambiente quente e confortável do útero deixa de existir e ele passa a viver em outro totalmente diferente, perdendo-se aquela garantia de segurança, proteção e conforto.

Ademais, o conforto é inerente ao cuidado, mas nem sempre é ofertado um cuidado com conforto, além disso, há uma preocupação maior com o controle dos aparatos tecnológicos e se esquece o principal que é o próprio paciente submetido à tecnologia. Sobretudo, o RN hospitalizado em UTIN perpassa por um período estressante tanto para ele quanto para seus familiares. A UTI é “o local onde o sofrimento e a morte tornam os clientes mais vulneráveis, já que existe a

possibilidade de, em alguns momentos, os enfermeiros estarem provocando ‘desconfortos’ [...]” (SILVA, 2008, p.16).

Contudo, esse ambiente, embora imprescindível pela tecnologia sofisticada que assegura a vida, pode ser também considerado hostil. Isso porque, a agressividade das técnicas, tecnologias, procedimentos invasivos, ruídos excessivos, e outras ações podem gerar desconforto ao RN (SA NETO; RODRIGUES, 2010).

Em meio à hospitalização, a família vive uma aflição intensa que é gerada pela condição de saúde do RN, pois a possibilidade de perda definitiva, pelas relações que vivenciam com o ambiente estressante e de risco iminente de morte, gera um sentimento de vulnerabilidade (COA; PETTENGILL, 2011).

No ambiente complexo de uma UTIN, comumente, realizam-se procedimentos importantes que priorizam a vitalidade como a aplicação da técnica de HT em RN utilizada para neuroproteção e redução de sequelas causadas pela Encefalopatia Hipóxico isquêmica (EHI). A terapêutica reduz o metabolismo, o consumo cerebral e miocárdio de oxigênio. A técnica consiste na inserção do RN com idade gestacional (IG) a partir de 35 semanas, a uma temperatura de 33,5° C dentro das seis primeiras horas de vida, durante 72 horas de resfriamento com controle on-line de temperatura, posteriormente, ele é reaquecido de forma lenta e progressiva (CAMPBELL *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2016; AZZOPARDI *et al.*, 2014).

Historicamente, o uso da hipotermia se iniciou aproximadamente há 200 anos, onde os “primeiros relatos referem-se ao tratamento na pós-parada cardiorrespiratória (PCR) e por meio de experimentos em animais caninos” (MAGALHÃES *et al.*, 2015).

A partir do ano de 2005, vários ensaios clínicos randomizados controlados foram realizados, mostrando que a HT é uma estratégia clinicamente viável para minimizar os danos cerebrais e a mortalidade nos RN, após a asfixia aguda que evolui com EHI de moderada a grave (GLUCKMAN *et al.*, 2005; LAPTOOK *et al.*, 2017; AZZOPARDI *et al.*, 2014).

A EHI é consequência da asfixia perinatal que configura um problema mundial, em especial, nos países menos desenvolvidos tecnologicamente, cerca de um a cinco RN a cada 1000 nascidos vivos, nascem com asfixia (SILVA *et al.*, 2016). Segundo a World Health Organization/OMS (2006), essa é uma das principais

causas de morte do RN. No estado do Rio de Janeiro, entre 2014 e 2016, a taxa de asfixia neonatal foi de dois RN a cada 1000 NV (DATASUS, 2018).

Os RN acometidos com asfixia perinatal já nascem condicionados ao desconforto respiratório causado pela hipóxia tecidual intrauterino, eles são imediatamente transferidos à UTIN, onde recebem assistência médica especializada e acompanhamento contínuo da equipe de enfermagem.

Diante disso, na ótica do conforto do RN na HT e a segurança no desenvolvimento dessa técnica é essencial um plano de cuidado pautado nas demandas de atenção, treinamento da equipe multidisciplinar, com ênfase na compreensão do comprometimento multissistêmico que envolve a asfixia perinatal e dos princípios da HT na EHI (LEITE *et al.*, 2020).

Quanto às boas práticas dessa técnica, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2020) recomenda as seguintes ações, para iniciar e manter a terapêutica com segurança: um manejo hemodinâmico e hidroeletrólítico; monitoramento contínuo dos sinais vitais e cuidado com a sobrecarga hídrica.

Em relação às medidas de conforto, são recomendadas as seguintes condutas: manter o monitoramento cerebral de preferência beira leito por meio do eletroencefalograma com amplitude ampliada (aEEG), pois as crises convulsivas são altíssimas e frequentemente as de caráter subclínicas; importante o acompanhamento multidisciplinar, prevenção e tratamento da dor, cuidados gerais com a pele, proteção da luminosidade e ruídos extremos (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2018).

Por fim, o cuidado que é oferecido ao RN durante a HT e que pode causar algum grau de (des)conforto, tanto para o bebê quanto para família, deve gerar reflexões para os profissionais de enfermagem inseridos na assistência, na UTIN. Assim, o objeto de investigação é: conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem nos cuidados de HT em UTIN.

1.3 JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica pela lacuna no conhecimento de estudos publicados em periódicos nacionais a respeito do conforto do RN em HT. Além disso, trata-se de uma técnica inovadora na neonatologia e no Brasil, estando essa tecnologia

ainda em expansão no país, o que pode justificar o déficit de publicações em periódicos brasileiros.

No âmbito da assistência, este estudo é relevante porque se intenciona ampliar o conhecimento e a prática dos enfermeiros sobre o manejo do RN com asfixia perinatal em HT, na unidade neonatal. Além disso, as evidências científicas poderão subsidiar a assistência dos profissionais de saúde aos RN hospitalizados em UTIN.

Espera-se que os resultados deste estudo, possam contribuir para pesquisa e fomentar a realização de novos estudos voltados para o conforto oferecido aos RN, principalmente, os que são submetidos à HT. As evidências científicas poderão subsidiar a assistência dos profissionais de saúde aos RN hospitalizados em UTIN.

O presente estudo é relevante para o ensino, servindo como capacitação a partir da exemplificação do procedimento, conceitos e conteúdo técnico-científico, contribuindo, assim, na formação dos alunos dos cursos de graduação e pós-graduação.

O estudo é de extrema relevância para a assistência aos RN dos profissionais em Unidade Neonatal, o cuidado desses profissionais é um diferencial para clientela neonatal. Eles têm expertise na assistência que não é encontrada em qualquer unidade. É um cenário que detém todos os olhares da unidade hospitalar. Os pacientes são vulneráveis e todas as ações são bem minuciosas, exigindo empatia dos enfermeiros com a fragilidade da família.

Corroborando com nosso estudo, em relação ao conforto na HT, dois estudos abordaram sobre tratamento e técnica de minimizar a dor nos procedimentos em UTI neonatal (ALLEGAERT, 2020; SALMANI *et al.*, 2018). Um estudo que envolveu experiência dos pais de filhos em HT evidenciou a importância do acolhimento familiar no tratamento de EHI (NASSEF; BLENNOW; JIRWE, 2020). Destacam-se também estudos que avaliou a segurança do procedimento de HT por meio de capacitação da equipe de enfermagem sobre a terapêutica, a importância do conhecimento para ampliação da taxa de realização de HT na UTIN, onde concluiu que disseminação de conhecimento entre os enfermeiros sobre HT na UTIN melhorou de 82,0% para 94,5% (HUANG *et al.*, 2020; NASSEF; BLENNOW; JIRWE, 2020; HUANG *et al.*, 2020; CHOCK *et al.*, 2020).

No capítulo de fundamentação teórica foi realizada uma pesquisa de estado da arte, por meio de revisão bibliométrica da literatura, cuja análise dos 152

documentos da base de dados Scopus relacionados às palavras chave “Hipotermia Terapêutica Neonatal”, “Encefalopatia Hipóxico-isquêmica” e “conforto” revelou informações relevantes sobre o estado da arte de conforto em HT neonatal, como: há uma lacuna nas fontes de dados, os estudos primários ainda são tímidos no âmbito Nacional e, sobretudo os estudos de ensaio clínico randomizado sobre a aplicação desta técnica estão mais difundidos em países desenvolvidos como Reino Unido, Portugal e EUA. Houve maior crescimento de publicações a partir do ano de 2005, o idioma predominante é o inglês, os artigos são publicados principalmente em periódicos de medicina, seguidos pela enfermagem. As publicações encontradas na revisão de literatura concernem, em suma, sobre hipotermia do RN, segurança da técnica de HT, assistência clínica, uso de aEEG para avaliação imediata de episódios convulsivos, eficácia do tratamento e as complicações da EIH e HT (Resumo do estado da arte está descrito na subseção 3.8 da metodologia).

Para tanto, o estudo é relevante e poderá servir como canal de atualização de conteúdo teórico prático, melhorar o conhecimento e a prática dos enfermeiros sobre o manejo do RN com asfixia perinatal em HT na unidade neonatal. 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?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Identificar nas falas dos profissionais de enfermagem, elementos e práticas que possam influenciar no conforto dos RN durante a HT.

1.4.2 Objetivos específicos

Identificar possíveis sinais semiológicos que caracterizam o desconforto no RN durante a HT;

Descrever os aspectos referentes à assistência de enfermagem, que podem ser considerados como condicionantes de conforto, durante o tratamento da HT dos RN.

2 REVISÃO DE LITERATURA/ REFERENCIAL TEÓRICO

Como referencial teórico utilizou duas teorias: de conforto de *Katharine Kolcaba* e teoria de conceito de *Ingetraut Dahlberg*.

2.1 A TEORIA DO CONCEITO

A Teoria do Conceito foi desenvolvida por *Ingetraut Dahlberg*, nos anos 1960, e foi utilizada, posteriormente, na elaboração de Tesouros; essa teoria veio demonstrar a possibilidade de se utilizar princípios de elaboração de terminologias para o domínio das linguagens documentárias de ordem alfabética, sobretudo, no interesse das ciências da informação (SILVA, 2008)

Silva (2008) destaca, em sua tese de doutorado, a importância de enfatizar que essa teoria possibilitou uma base mais sólida para a determinação e o entendimento do que consideramos conceito, para fins de representação ou de recuperação da informação.

“(...) Ela desenvolve princípios para estabelecer relações entre conceitos com base na lógica, em método para a fixação do conteúdo do conceito e para seu posicionamento em um Sistema de Conceitos, fornecendo os elementos para definições consistentes” (DAHLBERG, 1992, p. 85).

Sabe-se que a ideia de conceito em *Dahlberg* (1992) é formada por três elementos, a saber: o referente, às características e a forma verbal. Para *Dahlberg*, o processo de determinação do conceito se dá, pois, no momento em que selecionamos, na pesquisa, um item de referência – o referente – sendo então, o conforto analisado dentro de um determinado universo, em nosso caso, HT na UTIN. A partir daí, atribuem-se predicados ao referente, a partir de características relevantes que auxiliarão no processo de designação de uma forma verbal apropriada, e que denotam o conceito.

Desse modo, o conceito só pode ser determinado a partir da reunião de todos esses elementos que o compõem (SILVA, 2008). Inclusive, enfatiza-se, ainda, a importância fundamental da categoria na estruturação do conceito e do sistema de conceitos (DAHLBERG, 1978).

As categorias possuem a propriedade de permitir a sistematização de todo o conhecimento da realidade, e podem ser identificadas no momento da determinação do conceito ao serem inferidas como predicacões entendidas como “verdadeiras e finais” a respeito de um item de referência da realidade observada ou investigada (SILVA, 2008).

As afirmativas finais devem ser acumuladas, passo a passo, através de predicacões entendidas como “verdadeiras” sobre um dado referente no mundo (DAHLBERG, 1978). Essas predicacões são um dos elementos do conceito – as características – que estão presentes na definição e contribuem para o estabelecimento das relações entre os conceitos e podem permitir compatibilização semântica entre termos e conceitos (DAHLBERG, 1978).

2.2 A TEORIA DO CONFORTO

O conforto é um dos temas mais importantes nos tempos atuais. Existem definições que, de modo geral, tendem a ressaltar aspectos relacionados à formação profissional e ao interesse daqueles que as formulam: um médico tende a enfatizar os aspectos fisiológicos; um psicólogo, os comportamentais; um engenheiro, o desempenho (IIDA, 1998).

Ainda assim, a questão do conceito de conforto e das suas dimensões ainda é um tema que propicia polêmica na área de enfermagem. Autores e teóricos utilizam o desconforto como uma medida de conforto, e, portanto, implicitamente aceitam a existência do eixo conforto desconforto (KOLCABA, 1996; SILVA, 2008).

A teoria do conforto de *Katharine Kolcaba* (2007) define o conceito de conforto como sendo toda condição experimentada pelas pessoas que recebem as intervenções de enfermagem idealizadas para abordar necessidades específicas.

A autora define Teoria do Conforto como uma teoria preditiva de médio alcance devido ao número limitado de conceitos e seu menor grau de abstração em comparação com modelos conceituais e grandes teorias. Os principais conceitos relacionados ao conforto são: necessidades de cuidados de saúde; intervenções de conforto; variáveis de Intervenção; conforto Melhorado; comportamentos de busca de saúde (comportamentos internos, morte pacífica e comportamentos externos); integridade institucional; melhores práticas e melhores políticas.

De acordo com a taxonomia estruturada de conforto por *Kolcaba* (1996, p-66-67), existem algumas definições para o tipo de conforto, que são:

- Alívio: sendo este o estado de ter uma necessidade específica de conforto atendida;
- Facilidade: o estado de calma de contentamento;
- Transcendência: o estado em que alguém pode superar os problemas ou a dor.

Já em relação aos quatro contextos em que ocorre o conforto:

- Físico: são relativos a sensações corporais, mecanismos homeostáticos, função imunológica, etc.;
- Psicoespiritual: consciência interna de si mesmo, incluindo estima, identidade, sexualidade, significado na vida e o relacionamento compreendido de alguém com uma ordem ou seu superior;
- Ambiental: pertencente ao contexto externo da experiência humana (temperatura, luz, som, odor, cor, móveis, paisagem, etc.);
- Sociocultural: pertencente ao interpessoal, família e relacionamento sociais (finanças, ensino, pessoal de saúde, etc.), também às tradições familiares, rituais e práticas religiosas.

Katherine Koalcaba nasceu em *Cleveland, Ohio*. Graduiu em Enfermagem em 1965, trabalhou em tempo parcial, por muitos anos, em enfermagem médico-cirúrgica e se especializou em gerontologia, em 1987, pela Escola de Enfermagem Frances Payne Bolton, *Case Western Reserve University* (CWRU).

Porém, foi durante a sua experiência como enfermeira-chefe em uma unidade de demência que começou a escrever sobre sua teoria de conforto. Na visão de *Koalcaba*, a teoria é *Comfort Care for All* (conforto de cuidado para todos), que incluiu pacientes (em primeiro lugar), suas famílias, funcionários, instituições, incluindo hospitais, lares de idosos e agências, estudantes de enfermagem e comunidades (KOLCABA, 2007).

Ela cursou o mestrado em enfermagem e entrou para o corpo docente da Universidade de *Akron College of Nursing*. Durante o doutorado, desenvolveu três publicações: uma análise de conceito de conforto com seu marido filósofo, diagrama de aspectos do conforto e o conforto como resultado do cuidado (KOLCABA, 2007).

Para Kolcaba (2007) *Comfort Care* é definido como 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.

O *Comfort Care* tem três componentes: (a) e intervenção apropriada e oportuna, (b) um modo de entrega que projeta carinho e empatia e (c) a intenção de aumentar o conforto. É um padrão de cuidado holístico, mas é individualizado para cada indivíduo ou grupo. O conforto também é um conceito universal, o que significa que é compreendido na maioria das disciplinas e culturas (KOLCABA, 2007).

De acordo com Silva (2009, p. 436) o “conforto é imprescindível ao ambiente, aos corpos dos indivíduos (principalmente de quem cuida e é cuidado) no âmbito dos planos que envolvem o cuidado de enfermagem”.

O autor supracitado diz que é possível que “confortar” possa ser uma maneira de se recuperar de um “desconforto” de dependência das ações de enfermagem ou de estar enfermo. Para Silva (2008) a ausência de definição pertinente para a ideia de conforto, talvez, possa parecer natural, pois considerando o desenvolvimento da profissão nos anos 1950 – 1970, fundamental era definir o que a enfermeira deveria e poderia “saber-fazer”.

Até, então, as enfermeiras ainda não eram caracteristicamente consideradas como capazes de diagnosticar problemas de sua prática. Ao invés disso, eram preparadas educacionalmente para o desempenho de atividades junto aos clientes e de ajudá-los a conseguir a independência tanto quanto possível das ações de enfermagem (SILVA, 2008, p.27).

Assim, neste estudo, o conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem está centrado em aspectos essenciais do cuidado de enfermagem e assistência na HT aos RN durante a aplicação do procedimento no âmbito da UTIN, envolvidos em situações sujeitas ao planejamento e à coordenação dessa assistência com base em ações e medidas de enfermagem. No entanto, outro aspecto a ser considerado quando falamos de conforto, é o relativo ao ambiente onde convivem enfermeiros e clientes.

Ao refletir em conforto, concentra-se a atenção em *Nightingale* (1860, 1989) e *Henderson* (1966), cujas bases teóricas definidas por elas, dão destaque e sentido a este estudo.

Ao ampliar as reflexões e bases para estudar sobre cuidado aliado ao conforto, busca-se apoio, em *Henderson* (1966), considerando que ela foi uma das teóricas que mais influenciou a prática e os modelos/processos de cuidar na enfermagem. Encontra-se em suas afirmativas sobre conforto, ênfase na função primária da enfermeira com intencionalidade objetivada na assistência aos clientes. De fato, Henderson define a função da enfermeira, nos seguintes termos:

A função peculiar da enfermeira é dar assistência ao indivíduo doente ou sadio no desempenho de atividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la (ou ter uma morte serena) – atividades que ele desempenharia só se tivesse a força, vontade ou o conhecimento necessário. E fazê-lo de modo que o ajude a ganhar sua independência o mais rápido possível (NIGHTINGALE, 1989, p.18).

Florence Nightingale (1989) nos chama atenção para a importância do ambiente, no entanto as bases que têm fundamentado as ações de enfermagem, em sua grande maioria, trazem em si um saber significativamente biológico voltado para o reconhecimento de sinais e sintomas da enfermidade, aspectos esses, habitualmente considerados de fácil mensuração. Convém ressaltar que o conhecimento biológico não deve ser o enfoque para assistência, deve ser articulado a outros saberes e ações que ressaltam o cuidado e o conforto para promoção da cura.

Características que podem demonstrar a presença de conforto ou desconforto do RN em HT são os sinais semiológicos, como choro, fácies de dor, taquicardia, tremores e coloração da pele. Para tanto, os profissionais da área neonatal são capacitados para diagnosticar e intervir em caso de sinais que possam identificar o conforto do paciente.

2.3 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN)

A UTIN é um cenário hospitalar que gera medo e insegurança, pois existe o risco de morte iminente, admite pacientes de alta complexidade com idade até 28 dias de vida. Alguns diagnósticos de admissão são: complicações relacionadas à prematuridade, desconforto respiratório e malformações.

O RN hospitalizado em UTIN perpassa por um período estressante tanto para ele quanto para seus familiares. A UTI é “o local onde o sofrimento e a morte,

tornam os clientes mais vulneráveis, já que existe a possibilidade de, em alguns momentos, nós enfermeiros estarmos provocando “*desconfortos*...” (SILVA, 2008, p.16).

Contudo, esse ambiente, embora imprescindível pela tecnologia sofisticada que assegura a vida, é também hostil pela agressividade das técnicas, tecnologias e procedimentos invasivos, ruídos excessivos, dentre outras ações, que podem gerar desconforto aos quais os RN são submetidos (SA NETO; RODRIGUES, 2010).

A permanência do RN em uma UTIN pode variar dependendo do motivo de internação e da resposta aos tratamentos. A permanência de RN prematuro extremo em UTIN pode se estender em muitos meses, sendo então, dependendo da estrutura hospitalar, transferido para Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). O RN asfíxico após HT também permanece por longo período na UTIN até a estabilização do quadro clínico e condições necessárias para alta hospitalar.

Em meio à hospitalização do RN, a sua família vive uma aflição intensa que é gerada pela condição de saúde, pois remete a uma possibilidade de perda definitiva, pelas relações que vivenciam com o ambiente e com os profissionais que ali atuam, criando um sentimento de vulnerabilidade (COA; PETTENGILL, 2011).

Para tanto, o cuidado de enfermagem precisa se preocupar com a satisfação do conforto dos indivíduos cuidados e não somente com a doença do paciente, de modo a promover conforto para a criança hospitalizada e seus acompanhantes. Cuidar e oferecer conforto é uma prática complexa, pois a hospitalização nesse grupo é encarada como uma situação difícil para a família (PONTE *et al.*, 2015).

2.4 O CONFORTO EM UTIN

A enfermagem ao ofertar o cuidado humanizado ao RN de risco deve considerar sua fragilidade física e emocional provocada pelas condições de seu nascimento e doença. Dessa forma, se torna indispensável a ela desenvolver sentimentos de afeição, de respeito, de simpatia, de empatia, entre outros, inerentes às necessidades do ser humano (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

A UTI abrange um cenário que acomoda pacientes de alta complexidade e requer uma atenção maior dos profissionais que lidam com a vida e a morte constantemente no seu serviço. Um estudo mostrou que a UTIN é um ambiente estigmatizado e equipado com tecnologias duras, por vezes, fica difícil favorecer o

cuidado. Nesse sentido, a Enfermagem precisa fazer uso do cuidado para garantir um ambiente favorável, promovendo o bem-estar ao paciente, minimizando os efeitos negativos da hospitalização e envolvendo o paciente, de acordo com suas necessidades individuais e reais (MOURA *et al.*, 2011).

Para Rolim, Pagliuca e Cardoso (2005):

A UTIN, por ser um local que enfatiza os recursos materiais e a tecnologia, contribui para comportamentos automatizados, nos quais o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do serviço, desviando o foco da atenção que deveria estar no paciente.

Dessa forma, é de extrema relevância o controle dos ruídos e luminosidade no ambiente da UTIN, a fim de promover o conforto e diminuir o desconforto dos RN. Estudo evidenciou nas falas de profissionais de enfermagem em UTIN que o ambiente da terapia intensiva ocasiona na criança: “sofrimento, dor, tensão e desconforto” (SOARES, 2020, p.3).

2.5 A TECNOLOGIA DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

O mecanismo da hipotermia consiste em interromper a evolução do processo de lesão cerebral induzida pela isquemia. Na fase inicial da lesão, ocorre necrose neuronal por hipóxia e, após reanimação e reperfusão do SNC, há um período de latência de até 6 horas, seguido da fase tardia, caracterizada por apoptose neuronal que pode durar dias (AZZOPARDI *et al.*, 2014).

O procedimento é indicado nas primeiras 6 horas de vida, para RN com IG ≥ 35 semanas que apresentem EHI moderada ou grave definida por escore de *Thompson* ≥ 8 , que apresentem um índice de Apgar ≤ 5 no 10º minuto de vida, necessidade de reanimação aos 10 minutos de vida e/ou acidose na primeira hora de vida, com $\text{pH} < 7,0$ ou déficit de base maior ou igual -16 ou mais dentro de 60 minutos após o nascimento e não tenham peso < 1800 g ou malformações congênitas incompatíveis com a vida (AZZOPARDI *et al.*, 2014; SILVERA *et al.*, 2016).

O escore de Thompson é um sistema de avaliação da EHI, por meio um instrumento utilizado mundialmente para determinar a gravidade e conseqüentemente o prognóstico da EHI: de 0 a 7= ausência de Encefalopatia; 8 a

10= Encefalopatia leve; 11 a 14= Encefalopatia moderada; 15 a 22= Encefalopatia grave (THOMPSON *et al.*, 1997).

Existem duas técnicas igualmente eficazes para resfriamento corporal: a hipotermia seletiva da cabeça com temperaturas reduzidas a 34,5 °C e hipotermia corpórea total com temperaturas reduzidas a 33,5 °C, sendo ambas por 72 horas. Entretanto, independente da técnica que for utilizada, a fase de reaquecimento deve ser lenta e gradual, ao longo de 4-5 horas, com aumento de 0,5 °C por hora até atingir a temperatura de 36,5 °C. Esse processo objetiva evitar complicações do súbito reaquecimento após a hipotermia, pois flutuações do fluxo sanguíneo cerebral estão associadas com hemorragia cerebral se o reaquecimento for rápido (SHANKARAN *et al.*, 2014; AZZOPARDI *et al.*, 2014).

Recomenda-se que a hipotermia seja induzida por meio de equipamento próprio com uso de manta térmica e/ou colete apropriado para RN. Entretanto, na ausência de equipamentos de resfriamento servo-controlados, o resfriamento passivo por meio da exposição do RN despido em unidade de calor radiante desligada associada ao uso de compressas frias ou pacotes de gelo é uma opção se iniciada dentro das seis horas após o evento, e até que o RN tenha condições de ser transferido para um centro de referência em HT (SHANKARAN *et al.*, 2014).

Um estudo randomizado cego realizado por Lupton *et al.* (2017), mostrou benefícios da HT, sendo realizado com os bebês nascidos a termo com EHI que resultou em 76% de probabilidade de qualquer redução em morte ou incapacidade, e uma probabilidade de 64% de pelo menos 2% menos morte ou incapacidade aos 18 a 22 meses.

Os resultados apresentados em uma revisão sistemática indexada em periódico internacional mostraram, dentre os 11 estudos analisados, evidências de que os RN, os quais apresentaram EIH moderada a severa se beneficiaram da hipotermia induzida com redução significativa da mortalidade e melhor desenvolvimento neurocomportamental durante as consultas de follow-up em comparação ao grupo controle (JACOBS *et al.*, 2013).

Outro estudo multicêntrico mostrou que embora a redução na taxa combinada de morte e incapacidade grave não tenha sido significativa entre os bebês resfriados e não resfriados (RR: 0,86 [IC 95% 0,68-1,07]; p=0,17), os bebês resfriados tiveram um aumento na taxa de sobrevivência sem anormalidade neurológica (RR 1,57 [IC 95% 1,16-2,12]; p=0,003. (AZZOPARDI *et al.*, 2014)

2.6 MANEJO CLÍNICO NA HT

Um estudo multicêntrico, retrospectivo e observacional de uma coorte de pacientes que receberam hipotermia controlada entre 2011 e 2014 internados em um Centro Hospitalar no Uruguai, mostrou como efeitos adversos: hiperóxia e hipocapnia na assistência inicial e acidose metabólica, hiponatremia e hiperglicemia durante o período de manutenção, bem como o diagnóstico exagerado de convulsões. Os distúrbios da coagulação foram os efeitos adversos mais graves (SILVEIRA *et al.*, 2016).

Protocolos de manejo médico incluem a manutenção da euglicemia, restrição hídrica para manter altos níveis normais de sódio sérico (135-145 mEq/L), suporte ventilatório para manter normocapnia (PaCo₂ 40-50), suporte vasopressor para manter a pressão arterial sistêmica normal alta (PAM 45-55 mmHg) para promover a perfusão cerebral e o tratamento oportuno de coagulopatias e convulsões (AZZOPARDI *et al.*, 2014; LAPTOOK *et al.*, 2017).

Para aplicação da técnica de Hipotermia em RN acometidos com EHI, recomenda-se que as UTIN que ainda não possuam um protocolo instituído, estabeleçam e implementam protocolos claramente definidos semelhantes aos utilizados em ensaios clínicos randomizados publicados e em Instalações com capacidade para atendimento multidisciplinar e acompanhamento longitudinal (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Um estudo sobre um programa de educação com profissionais de enfermagem e médicos mostrou que a introdução de um programa educacional relacionado aos cuidados de enfermagem para bebês, que são tratados com HT para EHI com aEEG pode melhorar o conhecimento, conforto com a tecnologia e os resultados dos cuidados de saúde (SACCO, 2016).

O aEEG é um monitor de função cerebral que comprime o tempo, retifica e filtra o eletroencefalograma convencional (cEEG), que pode ser visualizado e interpretado pelo profissional de cabeceira, permitindo que o profissional identifique a atividade convulsiva, que nem sempre é reconhecido pela avaliação visual (SACCO, 2016)

Uma revisão integrativa da literatura evidenciou a importância da monitoração hemodinâmica do RN em HT, o controle térmico retal, observação da pele e o uso e vigilância do aEEG para captação de atividade convulsiva precoce (SACCO, 2016).

Os estudos mostram que para a aplicação do protocolo de HT no RN com EHI, a segurança do procedimento exige meses de treinamento da equipe multidisciplinar, com ênfase no entendimento do comprometimento multissistêmico que envolve a asfixia perinatal, associado às potenciais complicações sistêmicas dessa modalidade de tratamento. (LEITE *et al.*, 2020; LAKTOOK *et al.*, 2017; AZZOPARD *et al.*, 2014.)

É fundamental que o profissional enfermeiro entenda os princípios da HT para tratamento da EHI, bem como aplique o processo de enfermagem visando garantir a eficácia do tratamento, oferta de um cuidado com conforto ao RN e minimizando as potenciais complicações.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Neste capítulo, serão abordados os métodos e técnicas utilizados neste estudo.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quanti-qualitativa. A finalidade da pesquisa descritiva é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos (PEROVANO, 2014).

De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa permite ao pesquisador investigar um determinado fenômeno sob a ótica do grupo ou indivíduo estudado, uma vez que possibilita adentrar a subjetividade dessas pessoas. Nesse sentido, busca uma compreensão do problema, segundo a perspectiva do informante-chave contextualizada a sua realidade.

De acordo com Figueiredo (2008), o percurso do estudo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

De acordo com Flick (2004) citado por Souza e Kerbauy (2017, p. 39):

A convergência dos métodos quantitativos e qualitativos proporciona mais credibilidade e legitimidade aos resultados encontrados, evitando o reducionismo a apenas uma opção. Dentre as contribuições da pesquisa quanti-qualitativa/quali-quantitativa, o autor destaca: reúne controle de vieses (métodos quantitativos) com compreensão, a partir dos agentes envolvidos na investigação (métodos qualitativos); agrega a identificação de variáveis específicas (métodos quantitativos) com uma visão global do fenômeno (métodos qualitativos); enriquece constatações obtidas sob condições controladas com dados obtidos dentro do contexto natural de sua ocorrência; e a validade da confiabilidade das descobertas pelo emprego de técnicas diferenciadas.

3.2 CENÁRIO E LOCAL DO ESTUDO

O cenário do estudo foi uma UTIN de uma maternidade de um hospital público de grande porte (560 leitos) do Rio de Janeiro. A Unidade Neonatal foi fundada durante o final dos anos 60. No ano de 1999, foi agraciado com o título de “Hospital Amigo da Criança” projeto nacional para o estímulo ao aleitamento materno exclusivo. E, no ano de 2006, a Unidade Neonatal foi transferida, junto ao Serviço de Obstetrícia, do corpo do hospital para uma unidade em anexo denominada “Núcleo Perinatal”, tendo como principal finalidade a Assistência Humanizada à gestação de risco e aos RN, assim como o ensino (REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS, 2018).

A equipe multiprofissional é formada por um coordenador médico, seis docentes, 34 médicos plantonistas e nove médicos na rotina, 40 enfermeiros plantonistas, cinco enfermeiros rotinas, um gerente de enfermagem, dez residentes de enfermagem, 47 técnicos de enfermagem, oito fisioterapeutas, dois residentes de fisioterapia, cinco fonoaudiólogas, três residentes de fonoaudiologia, três nutricionistas, três psicólogas e dois assistentes sociais (REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS, 2018).

A escala de plantão da equipe de enfermagem é 12x60h. A coordenação e rotina de enfermagem atuam nos períodos matutinos das 7h às 13h ou vespertinos de 13 às 19h de segunda a sexta-feira. Os dez residentes de enfermagem fazem parte do programa de residência pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) são de dedicação exclusiva com carga horária de 60 horas semanais divididas entre blocos teóricos e práticos, contando com apoio de preceptoria e tutoria.

A UTIN encontra-se no escopo do Núcleo Perinatal, que é especializado em atendimento à gestante de alto risco. A maternidade é de alto risco materno-fetal, cujos RN podem ter nascidos na unidade ou transferidos de outras maternidades, filhos de mães que podem ter realizado o pré-natal na Instituição, transferidas de outras maternidades ou necessitam da realização do parto por emergência.

A unidade neonatal atende cerca de 800 RN/ano, provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, sua estrutura corresponde a 25 leitos entre UTI de Alto Risco e Intermediário, 20 leitos de alojamento conjunto, três leitos para pré-

alta e dois acompanhamentos ambulatoriais, sendo para RN de alto risco e o de alta precoce (REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS, 2018).

O núcleo perinatal conta com alojamento para as mães de filhos internados na UTIN, porém não há acomodações de quarto para o pai. É disponibilizada cadeira comum ou poltrona ao lado do leito, para que os pais possam acompanhar seus filhos durante a internação (APÊNDICE D).

A UTIN, atualmente, é dividida em três ambientes, cada área concentra um perfil de RN e denomina-se: UTI 1 (a direita): geralmente admitem os RN com cardiopatias congênitas pré-cirurgia, RN em tratamento com HT, RN acima de 1500g ou IG acima de 35 semanas; na UTI 2 (central): RN prematuros ou com idade gestacional (IG) abaixo de 1500g e UTI 3 (a esquerda): RN a termo (acima de 37 semanas), menos graves e pré-alta; há uma bancada central para garantir uma visão panorâmica do salão. Existe uma sala de medicação, outra sala semelhante ao aquário onde fica os computadores, prontuários dos pacientes e mesa com cadeiras para realização de reuniões e round.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Do total de 102 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos/ auxiliares e residentes de enfermagem) que compõem o quadro de profissionais de enfermagem, 28 profissionais aceitaram participar do estudo. A equipe de enfermagem do plantão de 12h no período da coleta era composta por cinco enfermeiros plantonistas, dez técnicos de enfermagem, cinco residentes (em escala de plantão 12x60h) e dois enfermeiros rotinas (matutino e/ou vespertino).

Os critérios de elegibilidade envolveram os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem pertencentes ao quadro de funcionários da Unidade neonatal ou ao programa de Residência de Enfermagem (enfermeiros residentes), profissionais em contato direto no cuidado ao RN de alto risco e tenham experiência nas ações de cuidado ao RN em HT na UTIN.

Critérios de exclusão: 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.

3.4 COLETA DE DADOS

Foi aplicado o questionário, que se encontra disponível na parte pós-textual deste trabalho (Apêndice C), 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. A coleta de dados ocorreu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no período de fevereiro a junho de 2022. Quando autorizado pelo participante, a entrevista foi gravada pelo pesquisador que, posteriormente, foram transcritas as informações coletadas.

O tempo estimado para responder as perguntas foi de 10 a 20 minutos. Com perguntas que objetivou traçar o perfil dos participantes objeto, 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 o entendimento que a equipe de enfermagem possui sobre o conforto prestado ao RN hospitalizado e submetido à HT na UTIN, a saber: descreva ao menos cinco predicções/características presentes no conforto em HT neonatal; quais os sinais semiológicos manifestados no corpo do RN, que podem caracterizar o desconforto e o conforto em HT neonatal e descreva os cuidados de enfermagem que podem minimizar o desconforto e promover o conforto em HT neonatal.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada uma análise dos dados de natureza quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos foram analisados à luz da estatística descritiva. Para os dados qualitativos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo formulada por Bardin, definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (BARDIN, 2004, p.41).

Análise de conteúdo tem por objetivo analisar o que foi dito em meio a uma investigação, construindo e apresentando concepções em torno de um objeto de estudo. Na fase de exploração do material, se escolhe o tema como “unidade de

registro”. Segundo Bardin (1997, p.105), o tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

A análise do material coletado segue um processo rigoroso frente às três fases definidas por Bardin (2016):

- **Pré-análise:** é a organização do material que será analisado, retomando as questões norteadoras e os objetivos da pesquisa, a fim de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais para referenciação de índices e a elaboração de indicadores.
- **Exploração do material:** é o momento da codificação e categorização, em que se efetivam as decisões tomadas na pré-análise. Os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades que permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo. A codificação será a identificação por enumeração ou recorte que permita a representação de conteúdo. A categorização é a transformação de dados brutos em dados organizados, sendo agrupados por terem características comuns.
- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** consiste no tratamento estatístico dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam informações fornecidas para análise.

Para essa etapa, 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, desenvolvido por Loubère e Ratinaud (2014), e se baseia no *software R*, permitindo diversas formas de análises estatísticas sobre o corpo textual. Desenvolvido em linguagem francesa, passou a ser utilizado, no Brasil, em 2013. Trata-se de um software que viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica, que abrange sobretudo a lematização e o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas como classificação hierárquica descendente de segmentos de texto, análise de correspondências e análises de similitude (CAMARGO; JUSTO, 2013). Por meio desse software, a distribuição do vocabulário pode ser organizada de forma facilmente compreensível e visualmente clara com representações gráficas pautadas nas análises utilizadas (LOUBÈRE e RATINAUD, 2014).

Neste trabalho, utilizou-se a análise de corpus textual, que faz parte da análise de conteúdo, classificada como um exemplo de análise de dados, onde se utiliza a linguagem escrita de várias formas, a saber: documentos, transcrições de entrevistas, textos originalmente escritos. Por meio do *software*, é possível realizar as prováveis análises:

- a) estatísticas textuais clássicas;
- b) pesquisa de especificidades a partir de segmentação definida do texto (análise de contraste de modalidades de variáveis);
- c) Classificação Hierárquica Descendente (CHD) conforme o método descrito por Reinert (1987, 1990, apud CAMARGO; JUSTO, 2013);
- d) análise de matriz
- e) análise de similitude de palavras presentes no texto;
- f) nuvem de palavras.

A partir da análise textual, é possível descrever um material produzido por um produtor, seja individual ou coletivamente, como também se pode utilizar a análise textual com a finalidade relacional, comparando produções diferentes em função de variáveis específicas que descrevem quem produziu o texto.

Sobre a análise textual, Camargo e Justo (2013) fazem as seguintes ponderações:

- a) **corpus**: o conjunto de texto que se pretende analisar;
- b) **texto**: um conjunto de textos constitui o *corpus* de análise e é separado por linha de comando, chamadas de “linhas com asteriscos” (essas linhas informam o número de identificação do entrevistado e algumas características como as variáveis);
- c) **segmentos de texto**: são excertos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionados pelo próprio *software* em função do tamanho do *corpus*. Após reconhecer as indicações dos textos a ser analisado, o software divide os textos do *corpus* em segmentos de texto. Esse programa viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde as mais simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras) (CAMARGO; JUSTO, 2013);
- d) **análises lexicográficas clássicas**: identifica e reformata as unidades de texto, transformando Unidades de Contexto Inicial (UCI) em Unidades de Contexto elementares (UCE); identifica a quantidade de palavras, a frequência média e hápax (palavras com frequência um), pesquisa o vocabulário e reduz palavras com base em suas raízes (lematização), cria um dicionário de formas reduzidas, identifica formas ativas e suplementares;

e) **especificidades**: trata-se de uma análise de contrastes, na qual o *corpus* é dividido em função de uma variável escolhida pelo pesquisador; é possível associar diretamente os textos do banco de dados com variáveis descritoras dos seus produtores e, é possível analisar a produção textual em função das variáveis de caracterização;

f) **método da classificação hierárquica descendente (CHD)**: os segmentos do texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas (palavras já climatizadas). Essa Análise visa obter classes de UCE, que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e o vocabulário diferente entre a UCE e as outras classes;

g) **análise fatorial de correspondência (AFC)**: é um complemento baseado nos dados obtidos pelo CHD. Cruzamento entre o vocabulário (considerando a frequência de incidência de palavras) e as classes, gerando uma representação gráfica em plano cartesiano, na qual são vistas as oposições entre classes ou formas;

h) **análise de matriz**: envolve as variáveis categóricas e listas de palavras, tais aquelas utilizadas para analisar a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). O software viabiliza a contagem de frequência, análise prototípica e análise de similitude, para isso trabalha-se em um banco de dados montado a partir de um arquivo do Open Office Calc ou CSV.

i) **análise de similitude**: baseia-se na teoria dos grafos, e é utilizada frequentemente por pesquisadores das representações sociais;

j) **nuvem de palavras**: agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém graficamente bastante interessante, na medida em que possibilita rápida identificação das palavras-chaves de um *corpus*.

Ressalta-se que, para esta pesquisa, o corpo textual foi gerado a partir das questões respondidas pelos profissionais ao roteiro de entrevista, conforme supracitado. As entrevistas foram transcritas no bloco de notas, salvas em arquivo com extensão codificada para UTF8, conforme descrição do *Iramuteq*®, e aplicadas no *software*.

Foi utilizada a classificação pelo método de *Reinert*, que estabelece a classificação hierárquica descendente em três modalidades: classificação simples

sobre o texto, classificação simples sobre o segmento do texto ST e a classificação dupla sobre os RST. Utilizou-se a análise simples sobre ST que obtém classes de segmentos de texto que apresentam semelhança no vocabulário e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. A partir disso, o *software* organiza a análise dos dados em um dendrograma que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013; LOUBÈRE; RATINAUD, 2014).

3.6 PREPARO DO *CORPUS*

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. Dessa forma, utilizadas as seguintes variáveis: participantes do estudo (*p_), sexo (*s_1= feminino e*s_2=masculino), idade (*i_1= até 25 anos, *i_2= de 26 a 35 anos, *i_3= acima de 36 anos e *i_4= não informada), categoria profissional (*c_1= técnico, *c_2=residente e *c_3=enfermeiro), maior grau de titulação (*t_1= técnico, *t_2= graduação, *t_3= especialização, *t_4= residente, *t_5= mestrado, *t_6= doutorado, *t_7= pós-doutorado e *t_8= Não informado), tempo de experiência (*e_enf_1= até cinco anos, *e_enf_2= de cinco anos a 20 anos, *e_enf_3= acima de anos 21 anos, *e_enf_4= não informada) e tempo de experiência em neonatologia (*exp_neo_1= até cinco anos, * exp_neo_2= de cinco anos a 20 anos, * exp_neo_3= acima de 21 anos, * exp_neo_4= não informada).

Foi utilizado o *software Iramuteq* para interpretação dos dados quantitativos e qualitativos, onde foi realizada a organização dos dados, as predicções foram lidas e ordenadas para apresentação em quadros e outras figuras ilustrativas. A transcrição de todas as informações contidas nos registros executados pelos profissionais de enfermagem das equipes de enfermagem foi realizada no editor de texto Word e no Excel para concatenar as variáveis categóricas. A partir dessa transcrição, todo o conteúdo foi copiado para o bloco de notas e formado o corpus de análise. Foi feito, também, o uso de quadros para o corpus das palavras conceituadas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

No que concerne ao posicionamento ético da pesquisa, o estudo orientou-se pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras das observâncias éticas para o desenvolvimento de pesquisas que envolvam seres humanos no cenário brasileiro, dispostas na Resolução Nº 466/2012 nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2016). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo CEP da instituição proponente sob o certificado CAAE: 51644521.3.0000.5285 e parecer nº 4.980.625 e da instituição coparticipante cenário do estudo, CAAE: 51644521.3.3001.5259 e parecer nº 5.102.740 (Anexo B e C).

Os participantes do estudo foram convidados a participarem da pesquisa de forma voluntária e foram orientados que não haveria nenhum custo ou benefício financeiro ou interferência na sua vida profissional, caso não participassem da pesquisa. Eles receberam todas as informações pertinentes à pesquisa, riscos e benefícios, e à garantia de privacidade, anonimato e direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo para o próprio em qualquer etapa do estudo, conforme descrito no TCLE (Apêndice B).

Ressalta-se que foram tomadas todas as medidas de proteção contra a contaminação do vírus COVID-19, com uso de EPI e higiene das mãos, visto que a coleta de dados foi de forma presencial. Devido ao risco de contaminação do novo coronavírus SARS-CoV-2, a pesquisadora só esteve presente na coleta de dados enquanto não apresentava sintomas gripais e outros relacionados a possível infecção do trato respiratório.

A pesquisa foi desenvolvida sem o auxílio de instituições fomentadoras de projetos. Todas as despesas foram custeadas pelos pesquisadores.

3.8 RESUMO DO ESTADO DA ARTE

Para aprimorar a fundamentação teórica da pesquisa e identificar o que os autores mais produzem sobre o tema conforto na HT neonatal, foi elaborado um trabalho de revisão de literatura do tipo estado da arte intitulado “Presença de conforto na HT em UTIN”, o qual foi submetido no periódico nacional CienCuidSaude

da Universidade Estadual de Maringá, no mês de maio de 2022. A seguir, segue o resumo do trabalho:

Objetivos: identificar a distribuição da produção entre os autores; verificar a dispersão de periódicos acerca do tema estudado e caracterizar os termos mais utilizados para descrição de conceito de conforto em HT neonatal. **Método:** pesquisa com abordagem de métodos mistos, de caráter descritivo e exploratório, período temporal de 1985 a 2021 na base de dados Scopus. Como meio de investigação, aplicou-se a análise bibliométrica e cientométrica com a utilização do software RStudio. **Resultados:** obteve-se como resultado 152 documentos, distribuídos em 97 fontes (periódicos). A média de citações por documento ficou em 15,46. E a quantidade de referências totalizou 2.654. Houve um aumento do número de produções, a partir do ano 2005. Os Estados Unidos é o país com maior impacto. **Considerações Finais:** o uso da HT neonatal está em crescimento. Os temas que mais se aproximaram da palavra conforto foram: técnica segura, conhecimento técnico científico, capacitação profissional, minimizar a dor, humanização dos cuidados com RN, acolhimento e comunicação com a família.

Palavras Chaves: Conforto do paciente; Hipotermia induzida; Unidade de terapia intensiva neonatal.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se a análise descritiva, com estimativa de frequências das variáveis do perfil demográfico e profissional. Por se tratar de um estudo com abordagem quanti-qualitativa, apresentaremos, inicialmente, os resultados quantitativos. Em seguida, serão apresentados os dados qualitativos que foram analisados à luz da análise de conteúdo de Bardin, e os dados tratados pelo programa *Iramuteq*®.

4.1 DADOS QUANTITATIVOS: ESTATÍSTICA DESCRITIVA

A amostra foi composta por 28 profissionais de enfermagem, representando 27,45% do universo de profissionais da área de enfermagem que atuam na UTIN 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 média de idade foi de 43 anos e mediana de 41. (Tabela 1).

Observa-se que o grupo que presta assistência de saúde aos RN hospitalizados na terapia intensiva, incluindo enfermeiros, residentes e técnicos de enfermagem possuem ampla experiência em neonatologia. 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, conforme apontado na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização do perfil dos participantes do estudo, Rio de Janeiro, 2022.

Dados	N	%
Total	28	100,00
Categoria profissional		
Enfermeiros	13	46,43
Técnicos	8	28,57
Residentes de enfermagem	7	25,00
Sexo		
Feminino	26	92,86
Masculino	2	7,14
Idade		
Até 25 anos	1	3,57
De 26 a 35 anos	7	25,00
Mais de 36 anos	12	42,80
Não respondeu	8	28,60
Tempo de experiência na enfermagem		
(Média e Mediana – 16 anos)		
Até 5 anos	7	25,00
De 6 a 20 anos	9	32,14
Acima de 21 anos	10	35,71
Não respondeu	2	7,14
Tempo de experiência em neonatologia		
(Média – 15 anos Mediana – 14 anos)		
Até 5 anos	9	32,14
De 6 a 20 anos	9	32,14
Acima de 21 anos	8	28,57
Não respondeu	2	7,14
Maior grau de titulação		
Especialização	11	39,29
Residência	7	25,00
Mestrado	3	10,71
Graduação	3	10,71
Técnico	2	7,14
Doutorado	1	3,57
Não respondeu	1	3,57

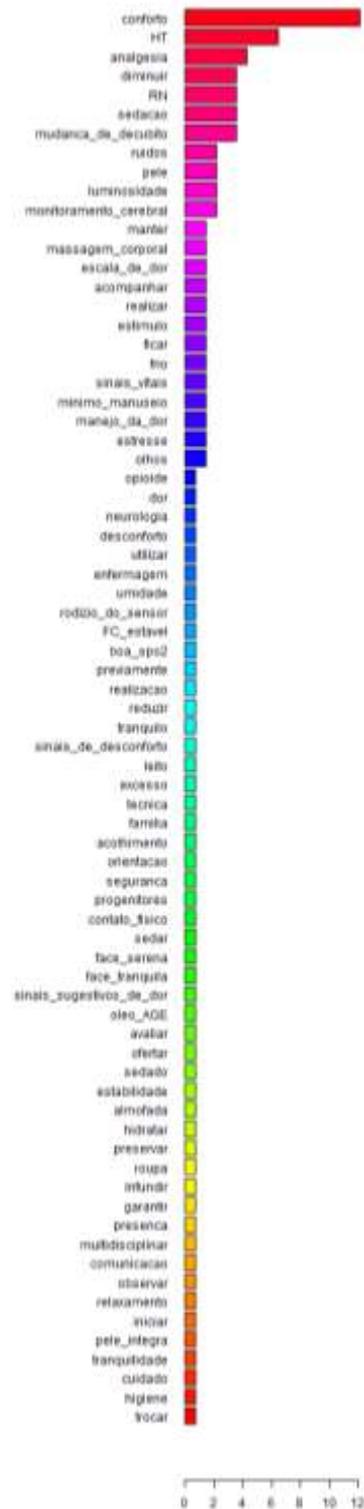
Fonte: A autora, 2022.

4.1.1 Análise de matriz: frequência das cinco palavras mais evocadas pelos participantes

Para avaliação da frequência das primeiras palavras evocadas pelos participantes e que possam contribuir na percepção de conforto do RN na HT, foi realizada análise de matriz das cinco primeiras evocações dos 28 participantes da pesquisa. Utilizado como base, o *corpus* textual elaborado no bloco de notas, preparado em uma planilha no Excel com as variáveis categóricas (*p_, *s_, *i_, *c_, *t_, *e_enf e *exp_neo), seguidas das cinco primeiras palavras (evoc) e sua ordem de evocação (rang). Das 140 palavras, o termo: “conforto” foi o mais evocado pelos participantes, repetiu 17 (12,14%) vezes, “HT” nove (6,43%) e “analgesia” seis (4,29%).

Sendo assim, a primeira palavra mais evocada pelos participantes foi “conforto” com 13 repetições. Já a segunda palavra mais evocada foi: “HT” com cinco repetições, “RN” e “conforto” com três repetições. A terceira palavra mais evocada foi “HT” com quatro repetições, o termo “pele” (3) e “analgesia” (2) foram as mais evidentes na quarta evocação e “mudança de decúbito” (4) na quinta evocação. Diante disso o conforto na HT foi caracterizado principalmente pela presença de analgesia e cuidados com a pele, conforme ilustrado no gráfico da figura 2.

Figura 1. Distribuição das cinco primeiras palavras evocadas pelos profissionais de enfermagem sobre conforto em HT, Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: A autora (2022), com auxílio do programa *Iramuteq*®.

As variáveis categóricas segundo categoria profissional e experiência neonatal tiveram resultados significativos segundo análise de qui-quadrado

(Chi²=22,13) e P valor = 0,001. 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, conforme as informações da tabela 2.

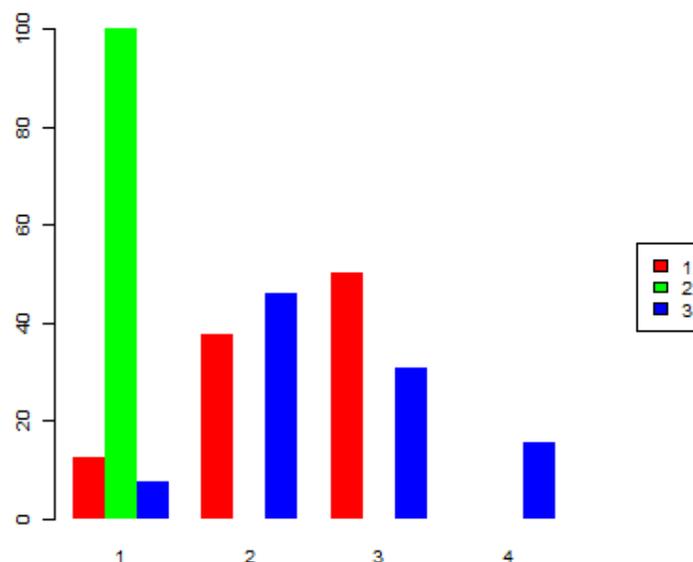
Tabela 2 – Associação das variáveis “categoria profissional” e “tempo de experiência em enfermagem neonatal”, Rio de Janeiro, 2022.

Categoria / tempo experiência	Até 5 anos	De 6 a 20 anos	Acima de 21 anos	Não respondeu	Total
Técnico	12,5	37,5	50	0	100
Residente	100	0	0	0	100
Enfermeiro	7,69	46,15	30,77	15,38	99,99

Fonte: A autora, 2022. Com auxílio do programa Iramuteq®.
(p valor= 0,001; Chi²= 22,13)

Na ilustração da figura 2, observa-se maior diversidade no perfil dos profissionais das categorias de técnico e enfermeiros quanto ao tempo de experiência enquanto o grupo de residentes é mais homogêneo.

Figura 2 – Gráfico percentual do cruzamento das variáveis: categoria profissional e tempo de experiência em neonatal, Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: A autora, 2022. (análise de matriz do Iramuteq®).
(P valor= 0,001; Chi²= 22,13)

Legenda: categoria: 1 – Técnico; 2 – Residente; 3 – Enfermeiro
Experiência: 1=Até 5 anos; 2 – 6 a 20 anos; 3 – acima de 21 anos; 4 – Não respondeu.

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

Nesta seção, serão apresentados os resultados obtidos a partir da análise do *corpus* textual pelo programa *Iramuteq*®. O *Corpus* textual foi preparado a partir das respostas de oito questões do questionário de entrevista. O *corpus* textual foi preparado a partir de cinco variáveis categóricas sobre o perfil profissional (sexo, idade, categoria profissional, maior grau de titulação, experiência em enfermagem e experiência em neonatologia) e também a partir das respostas às questões de 6 a 8 do questionário. Essas questões abordaram o seguinte: descrição de, pelo menos, cinco predicções presentes no conforto em HT neonatal; sinais semiológicos manifestados no corpo do RN que podem caracterizar desconforto e conforto em HT neonatal e os cuidados de enfermagem que podem minimizar o desconforto e promover o conforto em HT neonatal.

4.2.1 Análise de lexicometria com uso da Lei de Zipf

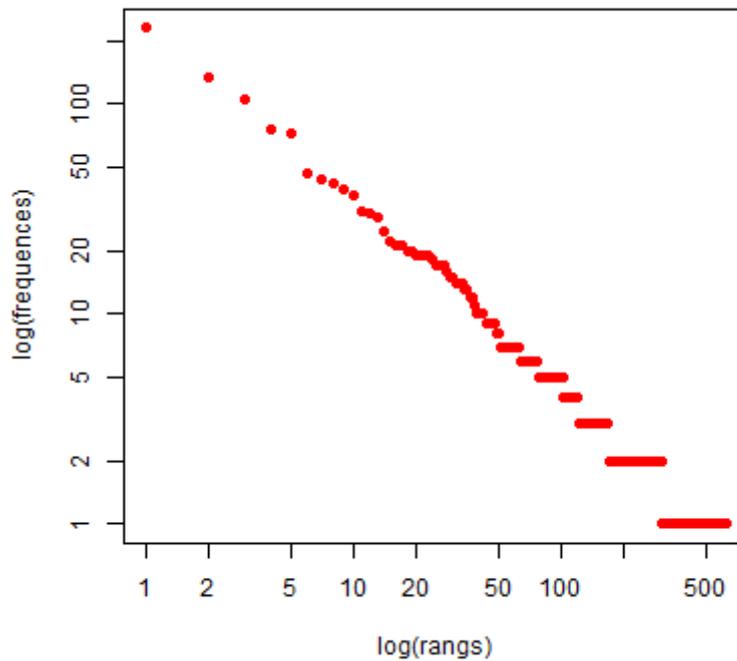
O *corpus* foi construído a partir das respostas de questionários cuja participação de 28 profissionais de enfermagem do cenário estudado, após análise pelo *Iramuteq*® chegou-se a seguinte informação: o tamanho da UCE (unidade de contexto elementar) utilizada foi de 40, número de textos/entrevistas 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, ou seja, o número de palavras que não se repetiram no texto, portanto, ocorreu apenas uma única vez, correspondeu a 418 palavras que representa 16,45% do número total de ocorrências.

A primeira análise realizada pela *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles 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. A palavra com maior ocorrência encontra-se no topo da ordem de série (ranking). O gráfico de Zipf mostra que entre a relação de ordem de série e frequência existe um k , ou seja, uma constante (figura 3). Com isso, formulou sua primeira lei: $r.f = c$.

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.

Na figura 3, a palavra com maior ocorrência encontra-se no topo da ordem de série (ranking). As palavras de dispersão estão na base da ordem de série.

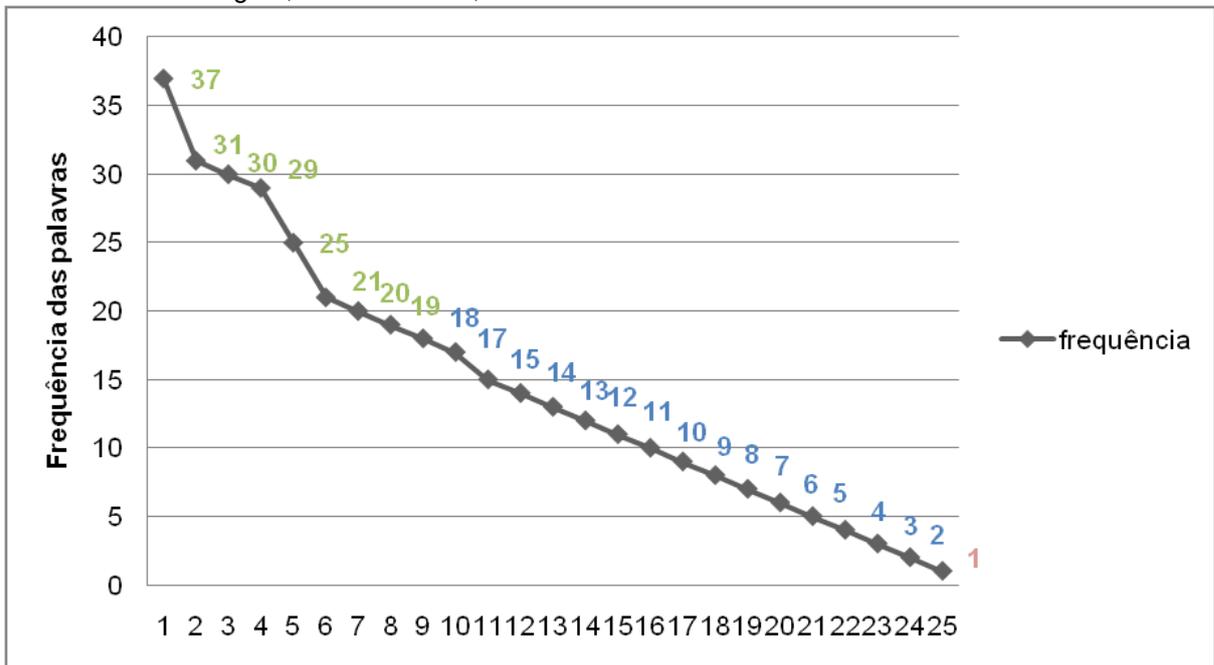
Figura 3 – Lei de Zipf aplicada aos profissionais de enfermagem, Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: A autora (2022), com auxílio do programa Iramuteq®.

Na figura 4, contém o gráfico ilustrativo das três zonas de zipf, onde a zona 1 aparece no topo do ranking das palavras mais evocadas pelos participantes, a zona 2, intermediária no meio, e a zona 3 de dispersão, na base do gráfico.

Figura 4 – Gráfico da análise das três zonas das palavras de Zipf aplicada aos profissionais de enfermagem, Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: A autora (2022), com auxílio do programa Iramuteq®.
 Legenda: cor verde= zona 1, cor azul= zona 2, cor rosa= zona 3

O quadro 1 apresenta 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, neste caso, palavras que estão intimamente relacionadas com o assunto abordado, como “conforto”, que com 37 ocorrências ocupa o primeiro lugar no ranking das palavras evocadas pelos profissionais de enfermagem. Seguem-se as palavras: “cuidado”, com 31 repetições; “desconforto”, que aparece 30 vezes; “RN”, com 29 repetições, “mudança de decúbito” que aparece 25 vezes, “diminuição” e “sinais vitais”, aparecendo 21 vezes, “enfermagem”, com 20 repetições, “HT, “luminosidade” e “sinal” com 19 repetições, respectivamente.

Também foram identificadas 418 palavras com apenas uma ocorrência, podendo ser consideradas como ruídos, ou seja, como termos que não possuem um conceito estabilizado. 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. Acredita-se que são termos ainda pouco emergentes e que causam ruídos estatísticos (QUONIAM *et al.*, 2001, p. 23–24).

Quadro 1 - Formas ativas de palavras do *corpus*, Rio de Janeiro, 2022.

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
	10	HT, luminosidade, sinal	19	212	190
2	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, acesso_periférico, alívio, ambiente, edema, familiar	3	364	297
176,5		2	366	353	
3	374	óstio, óleo, óculos, íntegro, área, água, válido,	1	367	374

Fonte: A autora (2022), com auxílio do programa Iramuteq®.

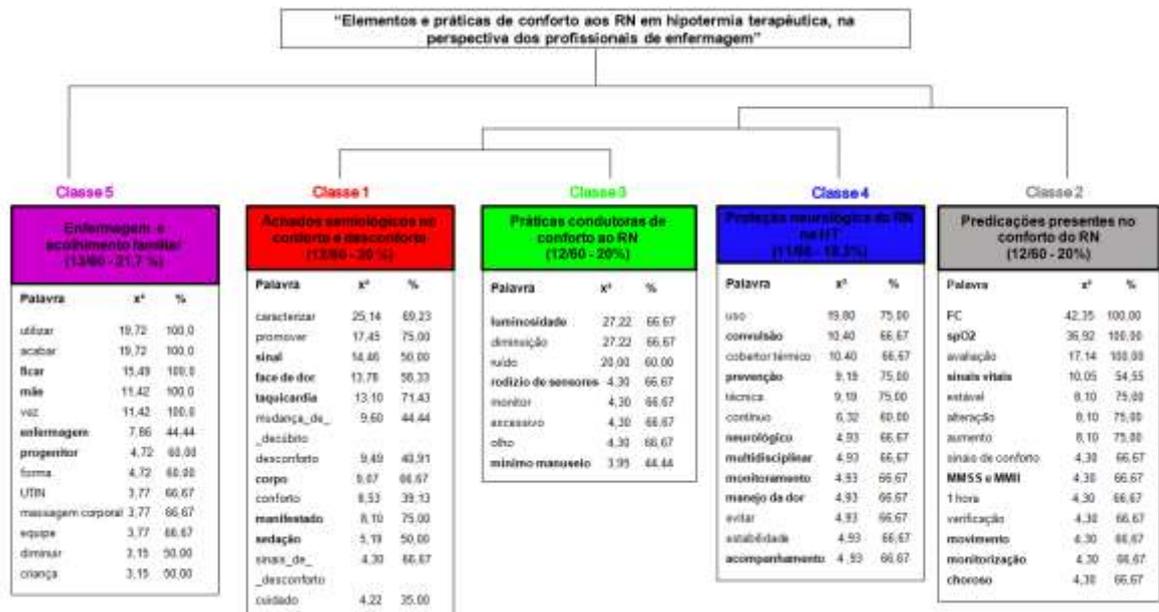
As palavras: “RN”, “conforto”, “cuidado”, “desconforto”, RN, “mudança de decúbito”, “diminuição”, “sinais vitais”, “enfermagem”, “HT”, “luminosidade”, e “sinal” estão presentes na primeira zona de Zipf. São palavras importantes do ponto de vista semântico.

4.2.2 Análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

Conforme o dendograma apresentado na figura 5, 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, correspondendo a 21,7%; a classe 1 (20%) mostra forte relação com a classe 3

(20%) e pouca relação com as classes 4 (18,3%), 2 (20%) e 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 da figura 5.

Figura 5 – Dendrograma da classificação hierárquica descendente (CHD) do *corpus* textual sob o método de Reinert. Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: A autora (2022), com auxílio do programa Iramuteq®.

Observando o dendrograma apresentado na figura 5, percebe-se que a classe com maior percentual de segmentos de textos (ST) analisados foi a classe 5 (21,7%). A única palavra da zona 1 de Zipf que compõem a categoria 5, com p valor significativo, foi “enfermagem”. As palavras da zona 2 de Zipf que compuseram a categoria da classe 5 foram: “utilizar”, “acabar”, “ficar”, “mãe”, “vez”, “progenitor”, “formar”, “UTIN”, “massagem corporal”, “equipe”, “diminuir” e “criança”.

Na classe 5, as variáveis que tiveram p valor significativo foram: “t_5” (p=0,0002), “*e_enf_3” (p=0,003) e “*exp_neo” (p=0,0005), que se relaciona a titulação de mestrado e ao tempo de experiência na área de enfermagem e neonatal, acima de 21 anos, indicando que essas palavras evocadas pelos profissionais com maior tempo de experiência que estiveram presentes na referida classe 5, tiveram maior valor semântico em comparação aos demais profissionais.

Já na classe 1, as variáveis com p valor significativo foram: “t_3” (especialização), p=0,040; “t_6” (doutorado), p=0,043); “e_enf_2” (6 a 20 anos), p=0,093 e “e_neo_1” (até 5 anos), p=0,107. Na classe 2: “s_2” (sexo masculino), p=0,120; “t_2” (graduação), p=0,120 e “e_enf_3 (experiência acima de 21 anos) p=0,151.

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.

As palavras “face_de_dor”, “sinais_vitais”, “ruídos”, “luminosidade”, “neurológico”, “convulsão”, “uso”, “equipes”, “enfermagem”, “mãe” e “progenitor” estão presentes nas classes de palavras classificadas na CHD. Por conseguinte, é de suma importância que essas palavras sejam destacadas nos trechos das falas dos profissionais que participaram desta investigação, conforme assinalado abaixo.

Quadro 2 – Falas dos profissionais de enfermagem da UTIN, segundo a CHD. Rio de Janeiro, 2022.

CHD	Profissional	Fala
Classe 1 -	**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3	Evitar o manuseio_excessivo do RN, realizar mudança_de_decúbito pelo menos lateralizar ele um pouco para promover um conforto na questão de retirar da mesma posição, descomprimindo a pressão nas costas, a questão de analgesia quando perceber que ele está desconfortável choroso, eu acho que esses são uns cuidados importantes. (p_2, c_3).
Classe 1 -	**** *p_25 *s_1 *i_4 *c_3 *t_8 *e_enf_4 *exp_neo_4	Sinais manifestados no corpo do RN que podem caracterizar o desconforto são: taquicardia, dispneia, necessidade do aumento da sedação, lesão_de_pele, mínimo_manuseio agrupamento dos cuidados mudança_de_decúbito, controle de ruído e diminuição de luminosidade. (p_25, c_3).

Classe 1 -	**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3	Os sinais semiológicos de desconforto são: agitação motora, face_de_choro e face_de_dor , taquicardia e aumento de spo2. Os sinais_de_conforto: face_tranquila, sedado e sinais_vitais estáveis com uma FC e spO2 dentro do esperado. (p_2).
Classe 2	**** *p_17 *s_1 *i_3 *c_1 *t_1 *e_enf_2 *exp_neo_2	Cuidados de enfermagem: acomodar o RN em UCR aquecida após reaquecimento ou quando necessário, ajustar a temperatura_do_ambiente, usar cobertor_térmico, verificar sinais_vitais e temperatura_corporal.
Classe 2	**** *p_23 *s_1 *i_3 *c_2 *t_3 *e_enf_1 *exp_neo_1	As predicações presentes no conforto do RN em HT são: manter umidade dos olhos e mucosas, controlar diurese, observar integridade da pele, mudança_de_decúbito e monitorização de sinais_vitais a cada 1_h; os sinais semiológicos que podem caracterizar os sinais_de_desconforto: lesão_de_pele, face_de_dor e bradicardia.
Classe 2	**** *p_20 *s_1 *i_4 *c_3 *t_4 *e_enf_1 *exp_neo_1	No conforto há FC_estável, face_tranquila, uso de analgesia, boa_spo2 e com sedação adequada; os sinais que podem caracterizar o desconforto: face_de_dor e sinais_vitais estáveis; cuidados de enfermagem para promover o conforto: diminuir ruídos, mínimo_manuseio, mudança_de_decúbito e diminuir luminosidade.

Classe 3	**** *p_28 *s_1 *i_2 *c_1 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2	Os cuidados de enfermagem que podem minimizar o desconforto e promover o conforto em HT: rodízio do sensor_de_pele e sensor_de_oximetria, diminuição dos ruídos e luminosidade.
Classe 3	**** *p_8 *s_1 *i_2 *c_2 *t_2 *e_enf_1 *exp_neo_1	Predicações presentes no conforto: diminuição de luminosidade, diminuição de ruídos, oferta da dieta e seditação; sinais semiológicos no RN: face_de_dor alteração dos parâmetros ao monitor; cuidados de enfermagem que podem minimizar o desconforto e promover o conforto em HT: mínimo_manuseio e acomodar o RN de forma confortável no leito.
Classe 3	**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3	Predicações no desconforto é luminosidade, ruído e manuseio excessivo, porque é bem desconfortável e traz um processo que deixa o RN mais irritado, toda hora chegando alguém, toda hora manuseando esse bebê, mínimo_manuseio seria bastante importante.
Classe 4	**** *p_16 *s_1 *i_3 *c_1 *t_1 *e_enf_3 *exp_neo_3	Cuidados de enfermagem que promovem conforto são: a estabilidade da temperatura, cuidados com a pele e extremidades e melhora do desfecho neurológico; uso da UCR aquecida, ajuste da temperatura_do_ambiente, cobertor_térmico, verificação da temperatura_corporal e da UCR.

Classe 4	**** *p_24 *s_1 *i_4 *c_1 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2	Uso de ninho ao redor do RN para conforto após reaquecimento, rodízio do sensor_de_oximetria, sensor_de_pele manguito de PA, mudança_de_decúbito para estabelecer a circulação sistêmica e prevenção de lesão_de_pele causada pelo resfriamento.
Classe 4	**** *p_7 *s_1 *i_2 *c_2 *t_4 *e_enf_1 *exp_neo_1	Ações que podem promover o conforto neurológico: realização da escala_de_dor, cuidados com a pele, manter permeabilidade de vias_aéreas, avaliar e reavaliar as condições dos acessos_venosos, cuidados de higiene, administrar medicações conforme prescrito, avaliar aEEG e presença de convulsão.
	**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3	Uso de sedação e analgésico como a morfina para trazer um conforto durante a técnica com HT, aplicar o hidratante_corporal o óleo_age no corpo do RN e isso traz um conforto.
Classe 5	**** *p_3 *s_1 *i_3 *c_1 *t_2 *e_enf_3 *exp_neo_3	Informações pelas equipes médicas, de enfermagem, psicologia e fisioterapia sobre o RN à família, explicando sobre o procedimento e prognóstico.
Classe 5	**** *p_4 *s_1 *i_3 *c_1 *t_2 *e_enf_3 *exp_neo_3	A gente tenta sempre animar a mãe, conversar muito com ela, acolher, falar que tem que ficar perto do RN, visitar ele e estar sempre presente.
Classe 5	**** *p_7 *s_1 *i_2 *c_2 *t_4 *e_enf_1 *exp_neo_1	O acolhimento familiar é feito por toda equipe através de esclarecimento referente à HT, estímulo ao toque, escuta qualificada, apoio familiar e emocional.

	**** *p_8 *s_1 *i_2 *c_2 *t_2 *e_enf_1 *exp_neo_1	É feito por toda equipe multidisciplinar. São explicados aos progenitores sobre o procedimento, os riscos e benefícios, tentando os tranquilizar.
Classe 5	**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3	Podemos trazer essa mãe , estimular a sua presença.
	**** *p_27 *s_2 *i_4 *c_3 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2	Quanto aos cuidados de enfermagem , o acolhimento familiar e a comunicação da equipe com os progenitores acontecem normalmente beira_a_leito.
	**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3	Sobre 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.

Fonte: A autora (2022), com auxílio do programa Iramuteq®.

A classe 1 é representada pelos elementos: caracterizar (chi2 25,14), promover (chi2 17,45), sinal (chi2 14,46), face de dor (chi2 13,78), taquicardia (chi2 13,10), mudança de decúbito (chi2 9,60), desconforto (chi2 9,49), corpo (chi2 9,07), conforto (chi2 8,53), manifestado (chi2 8,10), sedação (chi2 5,19), sinais de desconforto (chi2 4,30), minimizar (chi2 4,30), bradicardia (chi2 4,30), cuidado (chi2 4,22), RN (chi2 4,223) e manter (chi2 3,95), indicando uma forte relação com os achados semiológicos manifestados no corpo do RN, que podem caracterizar o desconforto e o conforto em HT neonatal, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das ocorrências da classe 1 – *corpus* textual. Rio de Janeiro, 2022.

Palavras	Frequência	P valor	(Continua) Chi ²
caracterizar	14	<0,0001	25,14
promover	09	<0,0001	17,45
sinal	19	<0,0001	14,46
face de dor	15	<0,0001	13,78
taquicardia	07	<0,0001	13.10
mudança de decúbito	25	<0,0001	9,60
desconforto	30	<0,0001	9,49

Tabela 3 – Distribuição das ocorrências da classe 1 – *corpus* textual. Rio de Janeiro, 2022.

			(Conclusão)
corpo	07	<0,0001	9,07
conforto	37	<0,0001	8,53
manifestado	04	<0,0001	8,10
sedação	14	<0,0001	5,19
sinais de desconforto	06	<0,0001	4,30
minimizar	06	<0,0001	4,30
bradicardia	03	<0,0001	4,30
cuidado	31	<0,0001	4,22
RN	29	<0,0001	4,22
manter	14	<0,0001	3,95
diminuir	13	0,05280	3,75
analgesia	9	0,05280	3,75
infusão	6	0,12050	2,41
lesão de pele	5	0,12050	2,41

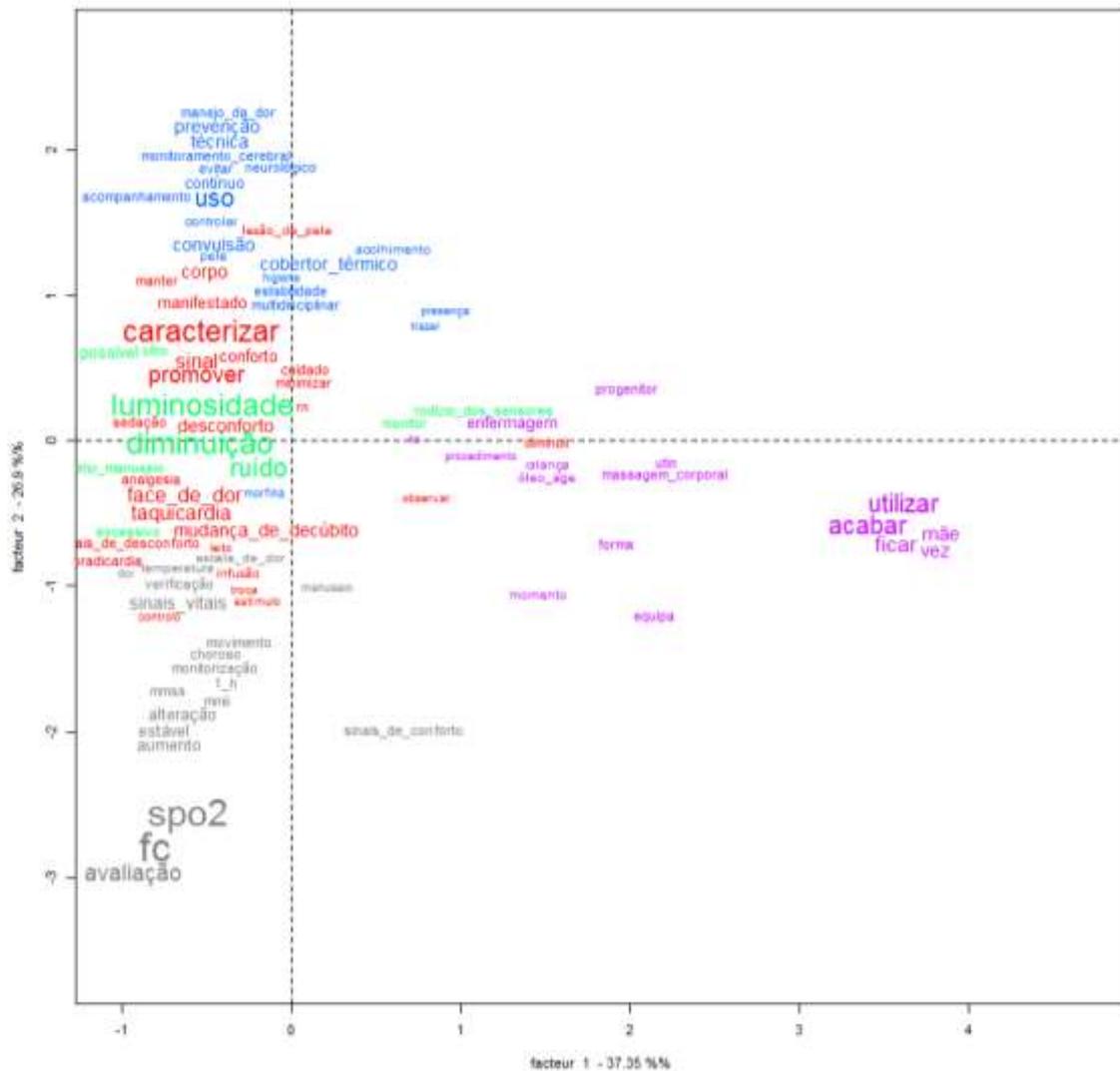
Fonte: A autora (2022), com auxílio do programa Iramuteq®.

As palavras “conforto”, “cuidado”, “desconforto”, “RN”, “pele” e “mudança de decúbito” tiveram maior ocorrência na categoria, demonstrando atenção da equipe quanto à importância das práticas promotoras de conforto voltadas para proteção da pele do RN.

4.2.3 Análise fatorial por correspondência das palavras evocadas

De acordo com a análise fatorial por correspondência das palavras evocadas pelos participantes da pesquisa, percebe-se uma maior coocorrência entre a classe 1 com as classes 2, 3 e 4 e pouquíssima coocorrência com a classe 5. As palavras em destaque como: “sinais semiológicos”, “caracterizar”, “manifestado” e “corpo” pertencentes à classe 1 demonstram preocupação nos achados semiológicos presentes no corpo do RN, que podem caracterizar conforto ou desconforto durante o tratamento com HT como: “taquicardia”, “face de dor”, “lesão de pele”, “tranquilo”, “convulsão” e “sedação” (Figura 6).

Figura 6 – Análise fatorial por correspondência das coocorrências segundo a classificação hierárquica descendente das palavras evocadas participantes, Rio de Janeiro, 2022.

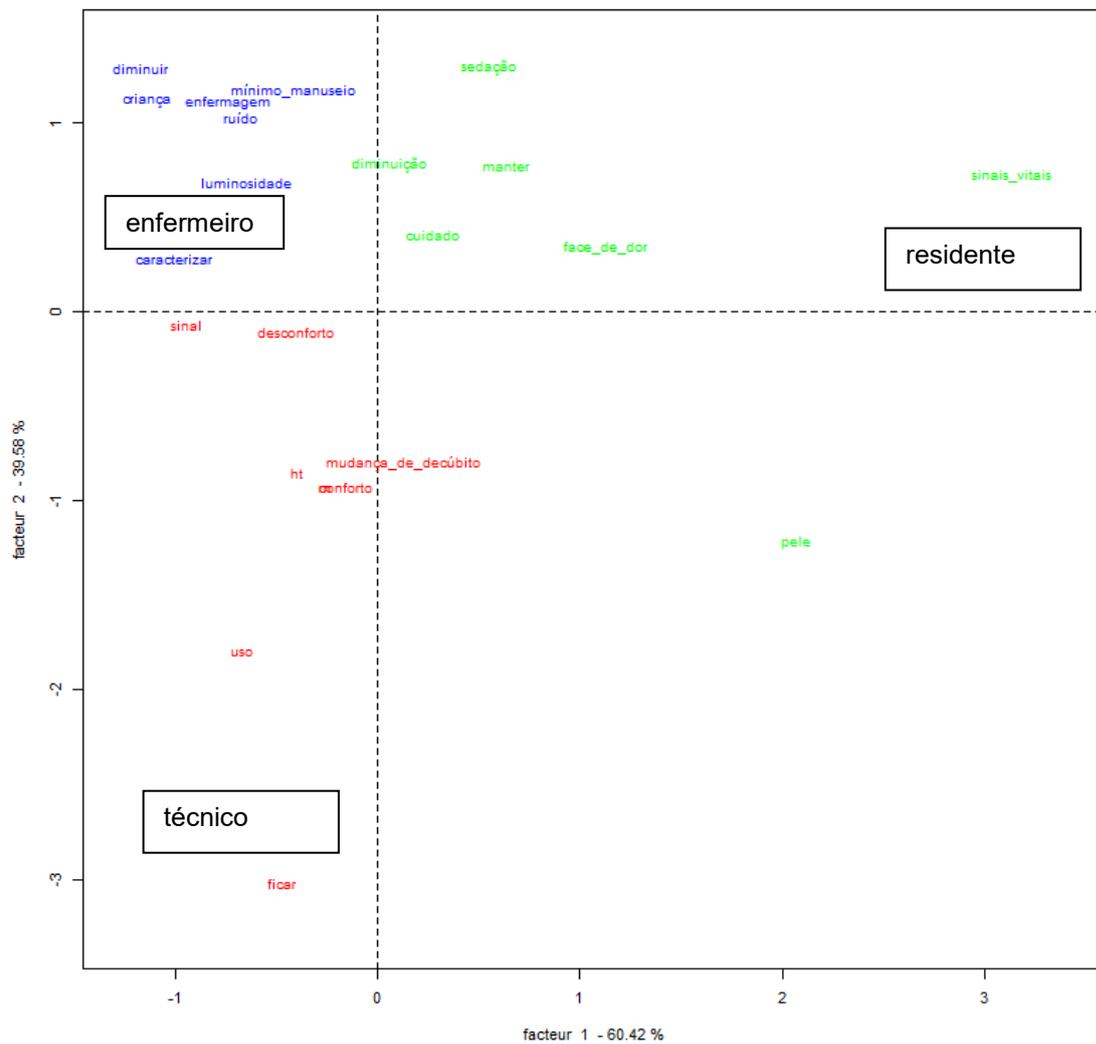


Fonte: A autora (2022), com auxílio do programa Iramuteq®.

De acordo com a interpretação da AFC houve forte coocorrência entre a maioria das palavras segundo classes de palavras, entretanto a classe 5 apresentou menor relação de proximidade como observa-se no quadrante inferior direito. A classe 2 reflete terminologia relacionada às predicações presentes no conforto do RN em HT e mostrou uma forte coocorrência com a classe 1 (achados semiológicos no conforto) estando presente majoritariamente nos quadrantes superior e inferior esquerdos. Dessa forma, as palavras com maior ocorrência foram: mudança de decúbito, taquicardia, face de dor, conforto e infusão, já na classe 2 se destacam as palavras: sinais vitais, temperatura, dor, manuseio e escala de dor (Figura 6).

As classes 1 e 2 também possuem coocorrência direta, demonstram relevância aos achados manifestados no corpo do RN que possam caracterizar conforto e desconforto no RN, referindo aspectos do ambiente e bem-estar físico do RN, como se observa nas palavras “diminuição”, “luminosidade”, “ruído”, “mínimo manuseio”, “excessivo” e “olho” (Figura 6).

Figura 7 – Análise fatorial por correspondência das coocorrências segundo as categorias profissionais de enfermagem, Rio de Janeiro, 2022.

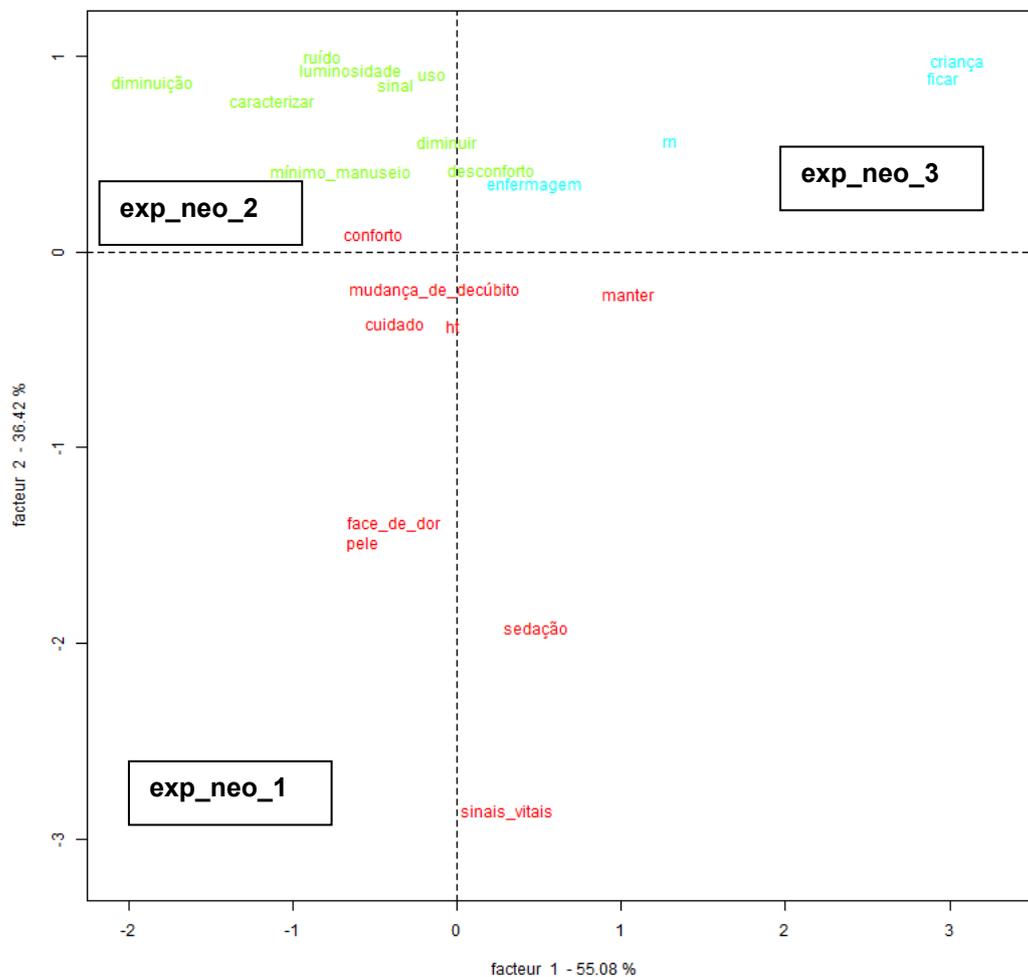


Fonte: A autora (2022), com auxílio do programa Iramuteq®.

A categoria de técnicos teve forte coocorrência com a classe 1 com destaque as palavras: sinal, desconforto, mudança de decúbito, conforto e HT (Figura 7). As palavras com maior coocorrência entre as categorias foram: sinal, desconforto, cuidado, HT, conforto, mudança de decúbito, enfermagem, ruído, luminosidade, face de dor, sedação, manter e diminuição, conforme ilustrado na figura 7.

O maior tempo de experiência profissional foi destacado nas palavras com similaridade para “conforto” observado na classe 1 e 5 que descrevem os achados semiológicos e acolhimento familiar respectivamente. O maior tempo de experiência no cenário de uma UTIN pode contribuir diretamente na prática condutora de conforto ao RN em HT, os enfermeiros de UTIN lidam constantemente com administração de conflitos, tomada de decisão, cuidados complexos e avaliação de protocolo institucional. Nesse sentido, as ocorrências que mais se destacaram nas falas dos participantes foram: “mudança de decúbito”, “conforto”, “desconforto”, “cuidado”, “HT”, “face de dor”, “pele”, “sedação”, “enfermagem”, “mínimo manuseio”, “diminuir”, “sinal”, “uso”, “ruído” e “luminosidade”.

Figura 8 – Análise fatorial por correspondência das coocorrências segundo experiência profissional na área neonatal, Rio de Janeiro, 2022.



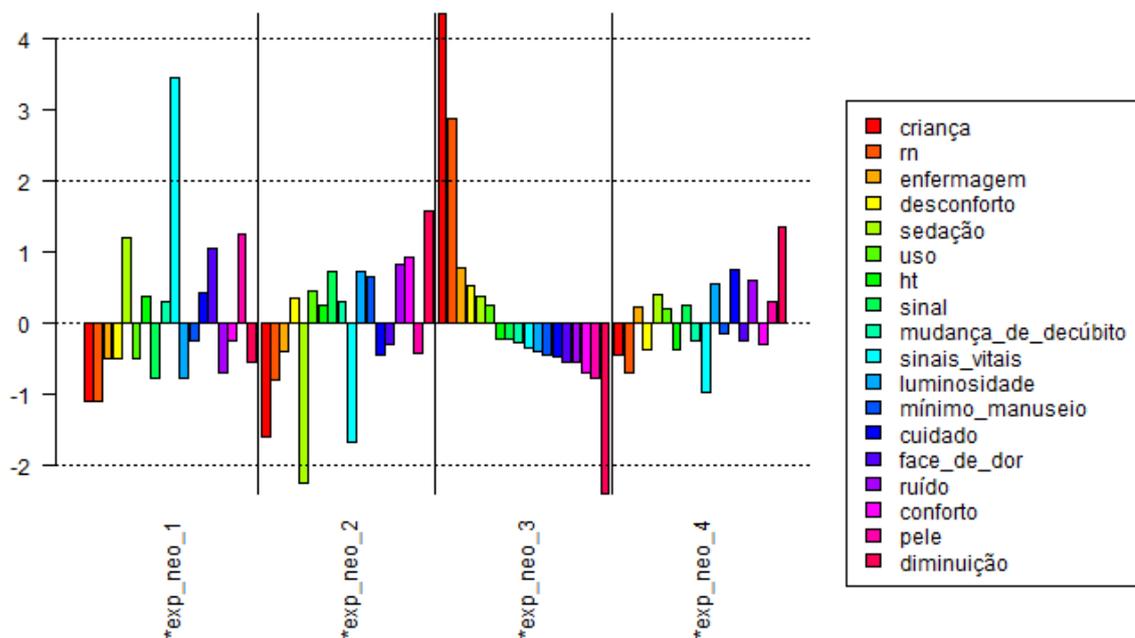
Fonte: A autora (2022), com auxílio do programa Iramuteq®.

Legenda: experiência em neonatal: exp_neo_1= até 5 anos; exp_neo= 6 a 20 anos; exp_neo_3= acima de 21 anos.

As palavras: “mudança de decúbito”, “conforto”, “cuidado”, “HT”, “enfermagem” e “mínimo manuseio” tiveram coocorrência entre os participantes, ao considerar a variável “tempo de experiência profissional” como se observa nos quadrados esquerdos. As palavras “criança” e “sinais vitais” foram as que tiveram menor probabilidade de se repetirem simultaneamente entre as variáveis “exp_neo_3” e “exp_neo_1” (quadrado superior e quadrado inferior direito). Observe-se que essas palavras remetem alguns dos cuidados ofertados empregados pela equipe de enfermagem aos RN em HT, como verificação horária de sinais vitais, monitorização contínua, registro e avaliação do cuidado prestado e acolhimento familiar, como elucidado na figura 8.

A fim de ilustrar melhor as palavras com maior coocorrência segundo o tempo de experiência na área neonatal, observa-se na figura 9, análise hipergeométrica das palavras mais ativas.

Figura 9 – Análise hipergeométrica das palavras segundo tempo de experiência profissional, Rio de Janeiro, 2022.

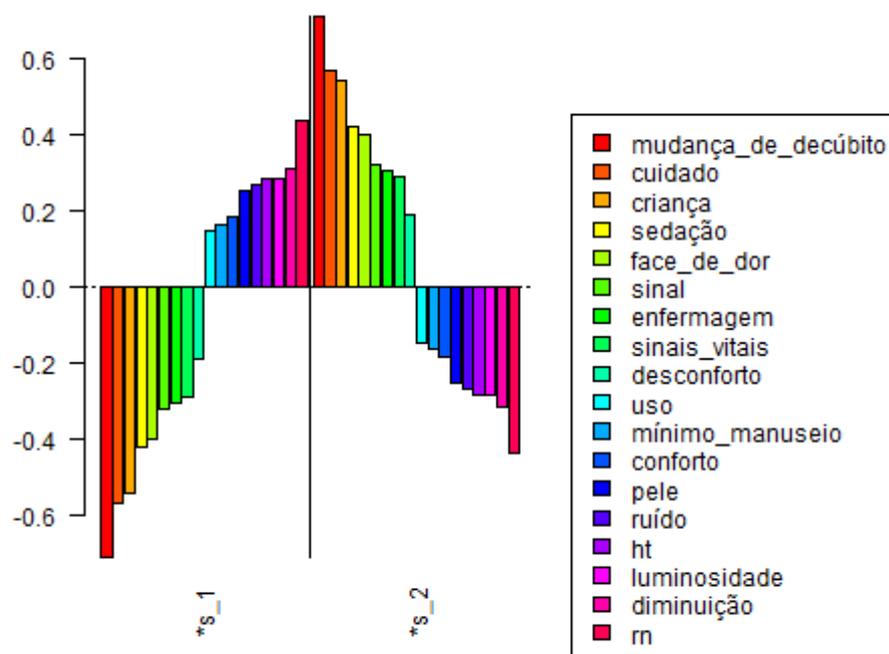


Fonte: A autora, 2022. Com auxílio do Iramuteq@.
 Legenda: *exp_neo_1= até 5 anos; *exp_neo_2= 6 a 20 anos;
 *exp_neo_3= acima de 21 anos; *exp_neo_4= Não informado

Existe maior probabilidade de ocorrência das palavras “criança” (4,3598) e “RN” (2,8753), pelos participantes com tempo de experiência acima de 21 anos em comparação aos com outros profissionais. Também se destacam outras palavras como: “diminuição” (1,5737), “ruído” (0,8289) e “conforto” (0,9312) nos profissionais com tempo de experiência entre 6 a 20 anos, já as palavras: “sinais vitais” (3,4638), “pele” (1,2438) e “sedação” (1,1933) com maior probabilidade entre os participantes com experiência de até 5 anos.

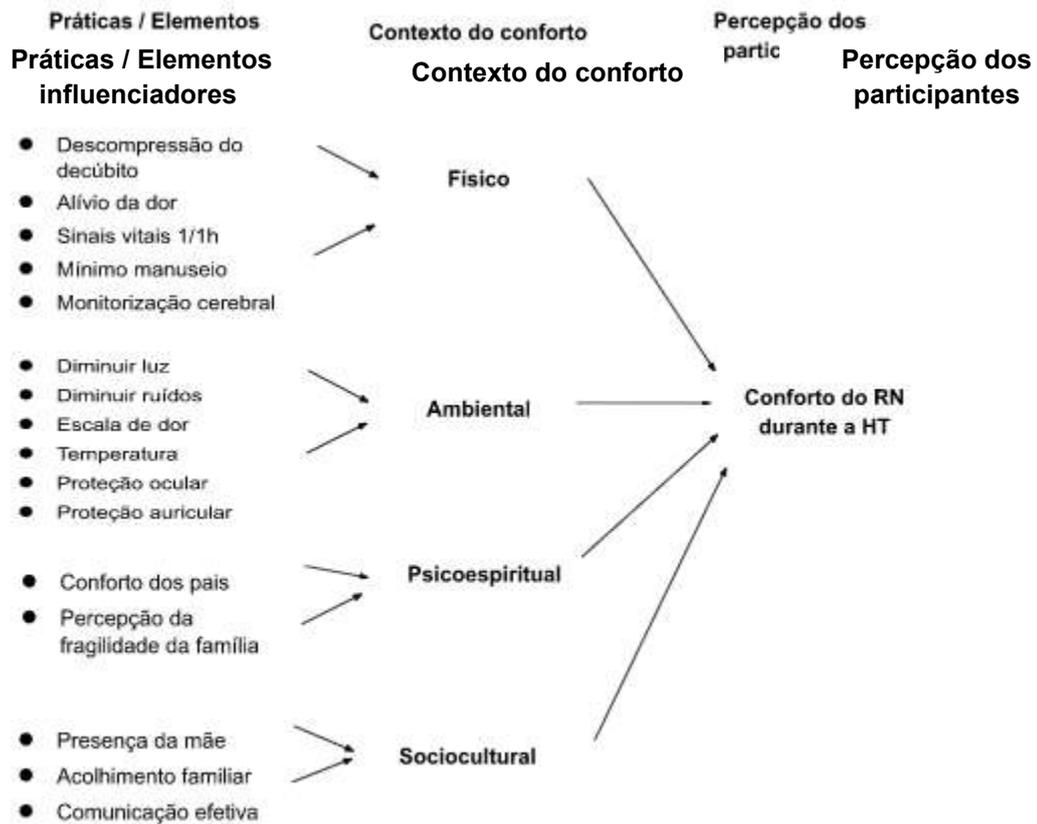
Em relação ao sexo masculino, as ocorrências (palavras) com maior probabilidade de ocorrerem são: mudança de decúbito (0,7118), cuidado (0,5689), criança (0,5428), sedação (0,4221), face de dor (0,3985), sinal (0,3207), enfermagem (0,3046), sinais vitais (0,2896) e desconforto (0,1888). Já no sexo feminino evidenciaram: RN (0,4371), diminuição (0,3128), HT e luminosidade (0,2822), ruído (0,267), pele (0,2518), conforto (0,1849), mínimo manuseio (0,1615) e usar (0,1466). Contudo, na análise hipergeométrica não houve evidência significativa com $P < 0,0001$, ao considerar a variável sexo. Entretanto a ocorrência “mudança de decúbito”, “cuidado” e “criança” teve maior probabilidade de ocorrer no sexo masculino enquanto as palavras “RN”, “diminuição” e “luminosidade” no sexo feminino (Figura 10).

Figura 10 – Análise hipergeométrica das palavras segundo o sexo, Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: A autora, 2022. Com auxílio do Iramuteq®.
 Legenda: *s_1 = Feminino; *s_2= Masculino

Figura 11 – Elementos e práticas do conforto na hipotermia terapêutica neonatal a das teorias de Kolkaba (1996) e Dahlberg (1992), Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: A autora, 2022.

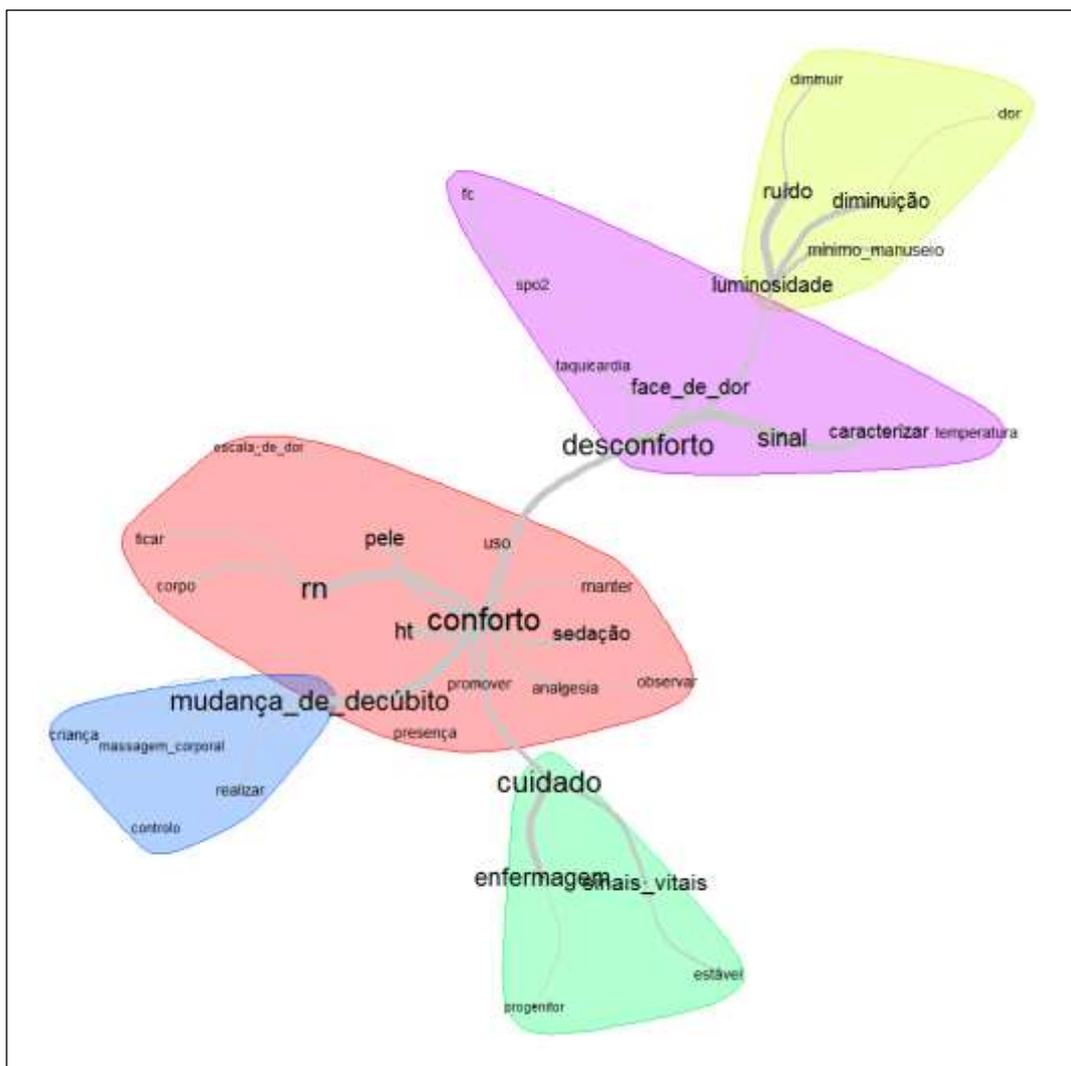
Os elementos e práticas condicionantes de conforto ao RN durante a HT que mais se destacaram foram: cuidado com a pele e medidas de alívio da dor como analgesia e sedação (Figura 11).

4.2.4 Análise de similitude e nuvens de palavras evocadas.

Em análise da figura 12, as ocorrências com maior similitude foram: “conforto”, “desconforto”, “mudança de decúbito”, “enfermagem”, “luminosidade” e “cuidado”. Sobretudo, no centro da árvore, naturalmente, se encontra a ocorrência

“conforto”, sendo com maior frequência, que se ligam as palavras: “sedação”, “RN”, “pele” e “HT”. As palavras: “enfermagem”, “progenitor” e “sinais vitais estáveis” estão nas ramificações que representa aspectos de acolhimento familiar, infere-se assim a importância da enfermagem no acolhimento familiar e como elo entre os profissionais da equipe multidisciplinar, sendo essencial a troca de saberes e consolidar uma prática mais humanizada centrada no paciente e família.

Figura 12 – Mapa de similitude das coocorrências entre os profissionais participantes da pesquisa, Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: A autora (2022), com auxílio do programa Iramuteq®.

A visualização das ocorrências, na ilustração de nuvens de palavras da figura 13, evocadas pelos participantes da pesquisa, confirma a alta aderência do *corpus*, o que também corrobora com o olhar da equipe de enfermagem sobre a presença de conforto e desconforto no RN em tratamento com HT na UTIN. Baseado no

5 DISCUSSÃO

5.1 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: seditação, 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 nos seguintes trechos dos entrevistados:

“No conforto há monitoramento_cerebral contínuo, seditação, 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).

“Os sinais de desconforto são: agitação, motora, face_de_choro, face_de_dor, taquicardia e aumento de spo2. Os sinais de conforto: face_tranquila. Os sinais vitais estáveis com uma FC e spo2 dentro do esperado e sedado” (Participante_2).

Nesse sentido, outros estudos apontaram bons resultados com manejo da dor, com massagem no alívio da dor em RN durante os procedimentos realizados na UTIN. Infere-se que a massagem terapêutica 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, *et. al*, 2021; GOMES *et. al*, 2019).

Ao analisar as palavras relacionadas aos achados semiológicos manifestados no corpo do RN e que possam caracterizar o conforto e desconforto em HT neonatal, observou-se valor significativo do Chi² (p valor= <0,0001) para os verbos: “caracterizar” e “promover”. Relacionado a essa categoria, destaca-se a seguinte fala:

“Evitar o manuseio_excessivo do RN, realizar mudança_de_decúbito pelo menos lateralizar ele um pouco para promover um conforto na questão de retirar da mesma posição, descomprimindo a pressão nas costas, a questão de analgesia quando perceber que ele está desconfortável choroso, eu acho que esses são uns cuidados importantes” (Participante_2).

Outras ocorrências evocadas pelos participantes que se relacionam com os achados semiológicos presentes no conforto ou desconforto são: “taquicardia (7)”, “desconforto (22)”, “lesão de pele (4)”, “luminosidade (15)”. Como evidenciado no segmento de texto:

*“Sinais manifestados no corpo do RN que podem **caracterizar** o desconforto são: taquicardia, dispneia, necessidade do aumento da sedação, lesão_de_pele, mínimo_manuseio agrupamento dos cuidados mudança_de_decúbito, controle de ruído e diminuição de luminosidade” (Participante_25).*

No que tange aos achados semiológicos relacionados ao aspecto do **sistema nervoso**, aqueles que podem caracterizar **conforto** foram: sedação, diminuição da luminosidade e ruídos, face tranquila e aEEG normal, já em caso de **desconforto** evidenciou: ruídos extremos, extremos de temperatura, face de choro e dor com resmungos, episódios convulsivos e hipoperfusão cerebral. Referente ao **sistema circulatório** e **respiratório** notou-se a presença de: normocardia, boa spO₂, sinais vitais estáveis como **conforto** e percepção de taquicardia ou bradicardia, dispneia, hipertensão e perfusão tissular prejudicada caracterizando o **desconforto**. Quanto ao **sistema tegumentar**, as falas relacionadas ao **conforto** compreenderam: pele íntegra, perfusão tissular eficaz e conforto na posição corporal e cabeça alinhada e o **desconforto** podem ser caracterizados por: lesão de pele, edema e má perfusão de extremidades.

Uma meta-análise realizada, em 2017, avaliou a ocorrência de arritmia cardíaca, em sete ensaios envolvendo 1.322 bebês com EHI, concluiu que a HT aumentou consideravelmente a taxa combinada de arritmia cardíaca nos sete ensaios (razão de risco 2,42, intervalo de confiança de 95% 1,23 a 4,76. P = 0,01; diferença de risco 0,02, IC 95% 0,01 a 0,04) durante a intervenção (ZHANG *et al.*, 2017).

Sobre o achado semiológico caracterizado pela presença de lesão de pele, estudos evidenciam o risco de necrose gordurosa subcutânea, sendo descrito por Satragno *et al.* (2017) como um evento adverso da HT. Grama *et al.* (2015) realizou estudo multicêntrico com 127 neonatos, mostrando que a incidência da necrose gordurosa subcutânea nessa clientela quando submetida à HT por 72 horas foi de 3,2%, comparado a nenhum caso observado em RN não resfriados.

Outro achado importante é o uso de sedação, recomenda-se o uso de analgésico e sedação para promover conforto e diminuir o desconforto durante a HT. Autores também recomendam cuidados na administração de medicamentos para os neonatos com EHI em HT (FIGUEIREDO *et al.*, 2021). A administração de morfina ou opioide equivalente com baixa dosagem é recomendada para aliviar o desconforto provocado pela hipotermia, porém deve ser utilizada com cautela, pois os resultados dessas drogas a curto e longo prazo não estão claros (LEMYRE; CHAU, 2018). Satragno *et al.*, (2017) também destaca a importância de manter o conforto do paciente através de sedação com morfina em doses mais baixas do que o usual devido à redução do metabolismo hepático.

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.

5.2 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 choroso.

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 *et al.*, 2014; LAPTOOK *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 UTIN, 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”.

As predicações mais citadas pelos participantes do estudo que podem caracterizar o conforto do RN na HT, segundo as palavras que mais se assemelham foram: analgesia, proteção da pele, diminuição de ruídos, proteção neurológica, prevenção de danos e infecção, sinais vitais estáveis, diminuição da luminosidade e humanização nos cuidados e acolhimento familiar.

A bradicardia Sinusal é um efeito esperado, a cada 1° C de queda na temperatura diminui-se 12 a 14 bpm, frequência de 80 a 120 bpm é considerada normal nesse caso; taquicardia geralmente corresponde a sinal de dor e desconforto, deve ser ofertada sedação adequada, com sulfato de morfina a 100mcg/kg, com infusão de 10 a 20mcg/kg/h, midazolam comumente é utilizado se o RN ainda assim apresentar sinais de desconforto (GRAÇA *et al.*, 2012).

Para pregar conforto na HT é interessante, conhecer o protocolo institucional, bem como um treinamento multidisciplinar para prevenção de danos, segurança na técnica e preparo para potenciais complicações previstas, conforme observado na seguinte fala:

“Conforto em HT pode se caracterizar como: segurança na realização da técnica, prevenção de danos, qualidade, humanização, presença de acolhimento, inovação tecnológica, procedimento controlado por indicadores, custo dependente, intervenções de enfermagem relacionada 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).

É evidente a necessidade de uma assistência integral ao paciente com acompanhamento nas 24 h por dia e 72 horas de tratamento com avaliação e monitoração dos sinais vitais, perfusão cerebral, condições da pele, eliminações,

estado nutricional, sinais de infecção, cuidados com edema e intervenção precoce em caso de convulsões.

Para tanto, outros fatores relacionados a predicação do conforto foram evidenciados nas falas dos participantes como: “avaliação” dos “sinais vitais” e “sinais vitais estáveis”, nesse sentido autor de ensaio clínico recomenda-se 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, 2012).

As recomendações das boas práticas, da Sociedade Brasileira de Pediatria (2020), relacionadas ao conforto na HT, detém-se, principalmente, em iniciar e manter a terapêutica com segurança por meio de um manejo hemodinâmico e hidroeletrólítico; além disso, o monitoramento contínuo dos sinais vitais e cuidado com a sobrecarga hídrica.

Ainda sobre as predicações presentes no conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem, uma pesquisa constatou a experiência dos entrevistados com UTI, profissionais expressaram a preocupação que o ambiente da terapia intensiva ocasiona na criança, sendo um gerador de sofrimento, dor, tensão e desconforto, além de possuir características que diminuem a oferta de conforto, dois entrevistados disseram que: “[...] *há várias medidas que podem ser adotadas para promover o conforto, por exemplo: minimizar ruídos e luminosidade sempre que possível [...]*”. (Participante 2); “[...] *redução de ruído, pois o ambiente hospitalar possui inúmeros profissionais atuando e, muitas vezes, extrapolam na fala [...]*” (Participante 16) (SOARES, 2020, p.3).

5.3 Elementos e práticas que podem promover o conforto ao RN em HT na UTIN.

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).

Achados semelhantes em outros estudos destacaram a importância de um olhar crítico dos profissionais de saúde para a família, permitindo que as mães e os familiares expusessem suas experiências e elaborando estratégias de cuidado com vistas a minimizar os efeitos negativos decorrentes da hospitalização do RN na UTIN (EXEQUIEL *et al.*, 2021, NASSEF; BLENNOW; JIRWE, 2020).

Destacaram-se práticas assistenciais que visam à proteção neurológica, ambientais e sistema tegumentar, como visto no seguinte trecho da fala: *“[...] os cuidados de enfermagem para promover conforto são: mudança_de_decúbito, rodízio_dos_sensores, hidratar a pele, diminuir o ruído, a luminosidade e manuseio excessivo [...]”* (Participante_18).

Os elementos e práticas que possam reduzir o desconforto e promover o conforto em HT estiveram relacionados principalmente ao: “uso de analgesia”, “mínimo manuseio”, “umedecer os olhos”, “rodízio do sensor_de_pele” e “sensor_de_oximetria”, “diminuição dos ruídos” e “luminosidade”.

Outro estudo mostrou benefícios relacionados aos cuidados com a pele do RN prematuro destacando, principalmente, o cuidado individualizado e humanizado culminando na prevenção de lesões, preservação da pele, prevenção de infecção e promoção de conforto (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012).

Algumas práticas assistenciais importantes para o entendimento de conforto em HT neonatal foram descritas por técnicos de enfermagem, residentes e enfermeiros que são considerados diamantes para o cuidado no cenário de UTIN, afinal eles detêm um sólido conhecimento e prática do saber/fazer construído em meio aos desafios de um ambiente complexo, conforme evidenciadas nos seguintes trechos:

“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, c_1).

“Postura e posicionamento alinhados, aplicação da escala_de_dor, descompressão das proeminências_ósseas e cuidados com a pele” (Participante_6, c_2).

“Diminuição da luminosidade. Trazer essa mãe, estimular a sua presença, ocluir o ouvido com algodão para diminuir o ruído, diminuir o manuseio, fazer isso de uma forma organizada, controle dos sinais_vitais” (Participante_2, c_3).

A respeito do alívio da dor, estudos destacam os cuidados prestados pelos enfermeiros para alívio da dor no RN como medidas não farmacológicas consideradas importantes na prevenção da dor, anteriormente aos procedimentos dolorosos como: chupeta de gaze embebida em glicose, acalento, enrolamento facilitado, sucção não nutritiva e chupeta embebida em leite materno (HONORATO *et al.*, 2016).

Corroborando com o assunto discutido, em relação ao conforto na HT, dois estudos abordaram sobre tratamento e técnica de minimizar a dor nos procedimentos em UTIN (ALLEGAERT, 2020; SALMANI *et al.*, 2018).

Resultados de outros estudos mostraram que a terapia com HT para EHI moderado ou grave em neonatos é segura e eficaz, sendo que para o manejo de enfermagem correto é importante para garantir o tratamento clínico adequado ao RN internado em UTIN (HUANG *et al.*, 2020).

Em consonância a teoria de conceito e conforto, em relação aos contextos que norteiam o referente pesquisado “**conforto**” às palavras respectivas ao **aspecto físico**, como “uso” de “sedação”, “monitorização cerebral” e de “sinais vitais”, “analgesia” e “mudança de decúbito”. Outras relacionadas ao **ambiente** como a “luminosidade”, “ruídos externos” e “extremos de temperatura”. Concernente ao **aspecto sociocultural**, destaca-se a importância da “presença dos pais”, “estímulo da fala e toque”, “acolhimento familiar” e “promover” comunicação efetiva com a equipe e familiares.

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 de HUANG *et al.*, 2020, encontrou nos resultados que a acurácia do conhecimento dos enfermeiros sobre HT na UTIN melhorou de

82,0% para 94,5%. A taxa de conclusão do procedimento de HT aumentou de 75,6% para 100%. 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.

Segundo Graça *et al.* (2012), para todo RN que for submetido a HT é necessário: posicionar sensor de temperatura central, retal ou esofágica, para controle constante dela; quando necessário, instalar cateter vesical de demora para controle hídrico; puncionar cateter umbilical para amostras sanguíneas que serão colhidas durante o tratamento; aferir medidas antropométricas na admissão do RN.

As mudanças de decúbito devem ser frequentes, a fim de evitar lesão por pressão, sempre mantendo o RN em posição confortável. O insulto hipóxico e a hipotermia também causam vasoconstrição podendo levar à degradação e necrose da pele e do tecido subcutâneo (SHANKARAN *et al.*, 2014; LAPTOOK *et al.*, 2017).

Consonante aos resultados sobre a prática que pode promover o conforto ao RN em HT, um estudo de revisão que avaliou 16 artigos científicos destacou como cuidados essenciais: a manutenção da temperatura corporal central, monitorização hemodinâmica, controle glicêmico, vigilância do aEEG, observação da pele e comunicação com a família. (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

O aEEG é um monitor de função cerebral que comprime o tempo, retifica e filtra o eletroencefalograma convencional (cEEG), que pode ser visualizado e interpretado pelo profissional de cabeceira, permite o profissional identificar a atividade convulsiva que nem sempre é reconhecido pela avaliação visual (SACCO, 2016)

Outro estudo que avaliou nove artigos internacionais e nacionais evidenciou como principais cuidados prestados na assistência de enfermagem, a importância da monitoração hemodinâmica do RN em HT, o controle térmico retal, observação da pele e o uso e vigilância do aEEG para captação de atividade convulsiva precoce (LEITE *et al.*, 2020).

Em suma, ressalta-se que as práticas condutoras de conforto em HT estão voltadas para diminuir ruídos e luminosidade, evitar manuseio excessivo agrupando os cuidados, manter monitorização contínua de oximetria e aEEG, acessos prévios para infusão da terapia medicamentosa, uso de analgesia e sedativo como a morfina para promover conforto durante a terapia, otimizar mudança de decúbito ou

descompressão para evitar lesão de pele e promover a hidratação da pele com massagem corporal e aplicação de óleo AGE.

5.4 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 as 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).

Em consonância a prática de proteção neurológica, destaca-se a palavra conforto presente no seguinte trecho da fala de uma profissional de enfermagem, que diz:

“No conforto em HT se observa preservação neurológica, conforto no reaquecimento gradativo, diminuição de ruídos externos, proteção ocular, diminuição da dor provida por sedativos e acesso profundo com objetivo de reduzir punções repetidas” (Participante_1).

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. Para *Kolcaba (2007) Comfort Care* é definido como 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. A classe 4 mostra uma forte relação com as classes 1 e 3.

Há evidências positivas da HT em relação ao aumento da sobrevivência e prevenção de sequelas neurológica. Em 2009, foi publicado um estudo multicêntrico envolvendo vários hospitais do Reino Unido, que mostrou um aumento na taxa de sobrevivência sem anormalidade neurológica (RR 1,57 [IC 95% 1,16-2,12]; $p=0,003$) nos bebês submetidos à HT. Aos 18 meses de acompanhamento, 44% sobreviveram sem anormalidade neurológica comparado a 28% no grupo não resfriado (AZZOPARDI, 2009).

Evidências sobre a proteção neurológica também foram descritas em outros estudos. No estado da arte da produtividade de autores relacionados à temática de conforto em HT, as produções mais recentes abordaram assuntos sobre cuidados de enfermagem na HT, experiência da família dos RN, aumento da taxa de realização da terapêutica, aplicação da técnica e revisões sistemáticas sobre os resultados na neuroproteção (NASSEF; BLENNOW; JIRWE, 2020; HUANG *et al.*, 2020, LEITE *et al.*, 2020, CHOCK *et al.*, 2020).

Existem evidências sobre melhores resultados no tratamento quando diagnóstico de EHI ocorre precocemente, rápida percepção dos critérios de elegibilidade para realização de HT e início dentro da janela terapêutica das seis primeiras horas de vida. Além disso, orientam que os membros da equipe estejam atentos quanto ao manejo hemodinâmico e conhecimento das alterações clínicas com as devidas intervenções mediante protocolo institucional (IBRANI; MOLACAVA, 2018).

Outro aspecto importante da prática assistencial que pode influenciar no conforto dos RN submetidos à HT é a ferramenta NIRS que é efetiva para monitorar as mudanças na perfusão cerebral. Um estudo americano realizado, em 2020, avaliou o impacto da ferramenta na melhora hemodinâmica e a detecção de riscos cerebrais nos RN gravemente enfermos em seis UTIN e os resultados evidenciaram impacto positivo nos testes diagnósticos realizados com os neonatos, demonstrando o potencial valor agregado de NIRS para atendimento clínico padrão e diagnóstico. Ressaltou, ainda, que os prematuros e RN com EHI ou insuficiência respiratória, portanto, podem se beneficiar do monitoramento NIRS da perfusão tecidual cerebral (CHOCK *et al.*, 2020).

Um estudo nacional que buscou identificar as evidências sobre o uso seguro da HT em RN, concluiu que os cuidados essenciais incluem: monitoramento hemodinâmico, observação da pele, controle térmico retal, e vigilância de aEEG. Além disso, a terapia oferece benefícios, mas sua aplicação depende de protocolo institucional e capacitação da equipe (LEITE *et al.*, 2020).

Em consonância a prática de proteção neurológica, achados de uma pesquisa nacional realizada com equipe multiprofissional, no ano 2019, cuja metodologia corte transversal prospectiva com 19 questões relacionadas à avaliação da EHI e práticas de HT, envolveu 1.092 profissionais, dos quais 681 (62%) referiram utilizar HT em suas unidades. Destes, 624 (92%) forneceram detalhes das práticas de HT: 136 (20%) não usaram nenhum escore neurológico ou aEEG para avaliar a encefalopatia e 81 (13%) não responderam a essa pergunta. Qualquer treinamento específico para avaliação de encefalopatia foi fornecido a apenas 81 (19%) de 407 profissionais (CHOCK *et al.*, 2020).

No que diz respeito à assistência de enfermagem beira leito dedicada aos cuidados em HT, estudo coreano comparou a frequência de enfermagem, o tempo de enfermagem e as prioridades de intervenção de enfermagem dependendo do método de HT neonatal e concluiu que a frequência das atividades de enfermagem foi maior para HT de cabeça seletiva (HTCS) do que para HT de corpo inteiro (HTCI), e o tempo de enfermagem também foi significativamente maior. Em termos de prioridades de intervenção de enfermagem, havia diferenças de prioridade em “risco de termorregulação ineficaz” e “riscos de integridade da pele prejudicada” para HTCS em comparação com HTCI (KIM *et al.*, 2018). Outro estudo também afirma a importância do apoio familiar, comunicação efetiva entre a equipe e familiares do RN com suspeita de EHI e candidato a HT (IBRANI; MOLACAVA, 2018).

Uma meta-análise cujo objetivo foi examinar a precisão do prognóstico do aEEG para prever resultados de neurodesenvolvimento a longo prazo em RN a termo submetidos à HT para EHI evidenciou que a sensibilidade e especificidade, combinadas para um traço anormal às 6 horas de idade para prever resultados adversos foram de 96% (IC 95% 91 a 98%), e apesar de um valor prognóstico positivo de seis aEEG seja ruim, um bom resultado pode ocorrer apesar do aEEG anormal (CHANDRASEKARAN *et al.*, 2017).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2020) ressalta a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde com evidências atualizadas como essencial

para um cuidado qualificado e o sucesso da terapêutica. Afirma-se que o sucesso da HT pode reduzir a presença de sequelas neurológicas que acarretam prejuízos para a qualidade de vida da criança e de sua família, além de elevados custos para a sociedade, incluindo os gastos com a saúde e a diminuição da produtividade do indivíduo afetado (PERLMAN *et al.*, 2015).

5.5 Percepções dos profissionais de enfermagem a respeito do acolhimento familiar durante a realização da HT em UTIN

As palavras: progenitor (7) e mãe (6) ocorreram com frequência, sabe-se que a hospitalização na UTIN e, principalmente, no início do tratamento da asfixia 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 feito 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).

No cenário do estudo, é oferecido cadeira comum ou poltrona para o progenitor que desejar permanecer na UTIN acompanhando seu filho durante a internação. Há um quarto de alojamento para mães de filhos internados na UTIN que fica no mesmo andar do setor, porém no momento não há espaço com cama para o pai dormir.

Nesse contexto, verifica-se desconforto da equipe em relação às questões estruturais da UTIN. Os profissionais demonstraram preocupação em proporcionar ao familiar um ambiente humanizado e agradável, durante a pergunta sobre cuidados de enfermagem que podem minimizar o desconforto e promover o conforto em HT. Isso pode ser evidenciado na fala abaixo:

“Posicionamento alinhado, realizar um cuidado humanizado, envolver os pais com o RN na HT, com a fala e o toque, por exemplo” (Participante_10).

Além disso, consegue-se perceber a preocupação dos profissionais em prestar uma assistência de qualidade, mesmo precisando estar, muitas vezes, centrados na execução dos cuidados. Muitas vezes, é durante o cuidado prestado que a equipe de enfermagem se relaciona com o familiar. Como podemos ver nas falas a seguir:

“Mínimo manuseio com cuidados agrupados com a equipe multidisciplinar, mudança de decúbito [...], garantia da infusão de dripping de opioide [...], diminuição de ruídos e luminosidade, acompanhamento dos sinais vitais e oferta do acolhimento familiar” (Participante_19).

Outra participante também exprime acolhimento familiar ao dizer que o acolhimento pode ocorrer beira leito e não há, necessariamente, um fluxo preestabelecido:

“O acolhimento familiar e a comunicação da equipe com os progenitores acontece normalmente beira a leito, sendo informado de forma simples, para que os progenitores entendam o que está acontecendo e os cuidados realizados” (Participante_27).

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 *et al.*, 2022).

Em suma, observamos em outra fala a importância de permitir logo que possível a participação dos pais nos cuidados de seu bebê:

“Para a oferta do acolhimento familiar é necessário conversar com o pai e mãe sobre condições do RN, após o período crítico permitir a participação do cuidado, permitir colo, entre outros, e solicitar suporte da psicologia” (Participante_22).

O acolhimento familiar foi evidente nas falas dos participantes como inerente do cuidado, pois diferente de outros cenários do hospital, a UTIN tem um diferencial, é constante a presença dos pais acompanhando seus filhos, porque são os responsáveis e têm o direito legal, respeitando as regras institucionais, de permanecer junto ao seu filho durante todo tempo da internação.

Em relação ao apoio da família, um estudo nacional sobre cuidados de enfermagem ao RN com asfixia perinatal submetido à HT ressalta a questão fundamental nos cuidados ao RN asfisiado, nesse caso, “a rede de apoio familiar, pois os pais de bebês tratados com HT são expostos a um conjunto único de estressores na unidade neonatal” (FIGUEIREDO *et al.*, 2021, p.7).

A prática envolvendo a empatia com a família é um desafio para todas as equipes, pois a família se torna vulnerável mediante as incertezas dos prognósticos do RN. Uma pesquisa que buscou explorar as experiências dos pais dos RN em HT que sofrem de EHI, após asfixia perinatal relata que as experiências dos pais são baseadas nas emoções imediatas e no estresse da incerteza do prognóstico do bebê (NASSEF; BLENNOW; JIRWE, 2020).

Ainda sobre o envolvimento da família nas ações prestadas ao RN em HT durante a permanência na UTIN, autores mencionam os valores do cuidado centrado na família na UTIN, pois acrescentam uma transição natural para a paternidade pelo envolvimento dos pais nos cuidados e decisões de enfermagem. Dessa forma o reaquecimento do bebê é visto como um recomeço, após período crítico vivido pelo RN (NASSEF; BLENNOW; JIRWE, 2020).

Destaca-se a importância da comunicação efetiva e clara, conversar com os familiares de forma simples e objetiva. Estudo sobre desafios de comunicação na EHI objetivou caracterizar a comunicação dada aos pais de filhos submetidos à HT

sobre informações relacionadas à EHI e a HT, envolvendo 20 entrevistados, apontaram que os pais, frequentemente, recebiam informações importantes sobre EHI e HT de profissionais de saúde. As famílias valorizavam o papel da enfermeira assistencial, que era percebida como a principal fonte de comunicação para a maioria (75%) das famílias, também ressalta que a família vivencia angústia com a incerteza do prognóstico e concluiu que a comunicação na UTIN apresenta desafios inerentes tanto para as equipes como para as famílias, necessitando de intervenções direcionadas (LEMMON *et al.*, 2016).

Vale ressaltar que a aproximação dos pais, ainda durante a HT, é de total relevância para promover conforto à família e ao RN. Permitir o toque, estimular que os pais conversem com o filho, informar sobre os cuidados realizados, para que, assim, aumente a confiança e promova conforto.

Nessa ótica, existem os dilemas sobre comunicação com a família do paciente de UTI, o estudo de Craig *et al.* (2018) enfatiza o desafio da comunicação transparente com a família devido à complexidade do tratamento terapêutico da hipotermia e ao prognóstico incerto para o bebê. Nesta coorte, após acompanhamento dos pais, os autores sugerem algumas ações visando o acolhimento familiar com resultados positivos: fornecer o máximo possível de continuidade nos cuidados de enfermagem na unidade neonatal, fornecer aos pais informações por escrito que expliquem por que a HT é usada, desenvolver ou implementar políticas existentes em torno do toque dos pais no bebê durante a HT e comunicar-se com os pais de maneira direta, honesta e compassiva, da maneira mais oportuna possível.

Para tanto, é essencial que a comunicação da equipe com a família seja desenvolvida todos os dias, o acolhimento familiar não é pré-estabelecido, podendo ocorrer em qualquer momento e lugar. Atrelado a uma comunicação efetiva existe a necessidade da presença de empatia pelos profissionais, respeitando as fragilidades dos pais devido às incertezas de recuperação do filho.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa objetivou identificar nas falas dos profissionais de enfermagem, elementos e práticas que possam influenciar no conforto dos RN durante a HT. Destacam-se, por meio das frequências de respostas aos itens do questionário, as palavras com maior nível de significância estatística, sendo elas: “luminosidade”, “ruído” e “diminuição”.

Os elementos referentes à assistência de enfermagem que podem ser considerados como condicionantes de conforto durante a HT neonatal envolveram aspecto **ambiental**, como: ambiente tranquilo sem excesso de luminosidade e ruídos, protocolo institucional, registro, escalas para EHI (Thompson), coma (Glasgow) e de dor (NIPS) e controlar a temperatura do setor. No aspecto **físico**: proteção neurológica com uso de analgesia e sedação, permeabilidade das vias aéreas, monitorização com aEEG e oximetria de pulso, bom débito urinário, mínimo manuseio, descompressão de decúbito e posicionamento alinhado, massagem corporal, verificação dos sinais vitais, rodízio dos sensores, troca de fralda e avaliar dispositivos invasivos. **Sociocultural**: Acolhimento familiar: promover a presença da mãe, cuidado humanizado, envolver os pais nos cuidados com toque/fala e manter uma comunicação efetiva.

As principais práticas condutoras de conforto estavam relacionadas à proteção neurológica, da pele, dos dispositivos invasivos e ao acolhimento familiar. Evidencia palavras com maior valor estatístico ($P < 0,0001$), que foram: “diminuir”, “luminosidade” e “ruído”, sobre as predicações presentes no conforto que mais se destacaram, ressalta-se: “avaliar”, “FC” e “spO2”, “mãe” e “enfermagem”.

Evidenciou-se por meio das falas dos profissionais, possíveis sinais semiológicos que possam caracterizar o desconforto no RN durante a HT, pois relataram simultaneamente os termos: sedação, luminosidade, ruído, analgesia, avaliação da escala de dor, monitorização com aEEG e sinais vitais estáveis como normocardia, ausência de dor evidenciada pela face tranquila.

Conclui-se que os elementos mais relevantes para o conforto do RN são: alívio da dor, mudança de decúbito, controle dos sinais vitais e a presença dos pais durante a HT, sendo importante um cuidado confortável centrado no paciente e família.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a HT tem sido a técnica escolhida para o tratamento de EHI leve, moderada ou grave devido a sua eficácia na proteção neurológica. Mas para realização dessa técnica com conforto é necessário um protocolo institucional baseado em evidências científicas e treinamento rigoroso de todas as equipes envolvidas nas ações de cuidado. Para haver sucesso no procedimento, recomenda-se acompanhamento intensivo durante todas as fases de tratamento.

A pesquisa foi aplicada em centro único, hospital federal de referência para HT, sabe-se que a realidade dos hospitais públicos universitários são partes do mesmo universo da saúde brasileira, embora o procedimento não seja comum em todas as unidades públicas. Contudo, todos os participantes envolvidos possuem especialização na área neonatal que, mediante as suas falas, contribuíram significativamente para a descrição das práticas que possam influenciar o conforto.

Nas evocações apresentadas podemos inferir que o conceito de conforto está relacionado aos contextos: físico, ambiental e sociocultural e, algumas estratégias, como: proteção neurológica, redução da luminosidade e ruídos, monitorização da oximetria de pulso e do aEEG, alívio da dor, proteção da pele, controle dos sinais vitais, uso de protocolo institucional, acolhimento familiar e estimular a presença da família junto ao filho, são práticas que podem propiciar a efetivação do conceito nas unidades neonatais.

Recomenda-se que outras pesquisas sejam realizadas, a fim de aprofundarem sobre o conceito de conforto na prática assistencial do RN em HT neonatal, expandindo para percepção dos profissionais multidisciplinares e pais dos RN.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. R. V.; DORNELLES, C.; PRADO, A. R. A.; PRADO, F. M.; BARROS, F. C. L. F.; ARRIEIRA, R. O. Avaliação das internações dos recém-nascidos em uma UTI Neonatal durante uma pandemia. **Rev. Urug. Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 1-14, 2022. Disponível: DOI: 10.33517/rue2022v17n2a7eISSN: 2301-0371. Acesso em: 22 SET. 2022.
- ALLEGAERT, K. A Critical Review On The Relevance Of Paracetamol For Procedural Pain Management In Neonates. **Pediatr frontal**, v. 8, n. 89, 2018. DOI: 10.3389/fped.2020.00089. PMID: 32257982; PMCID: PMC7093493. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32257982/>. Acesso em 22 set. 2022.
- ALVES, J. L. A. Conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos Referência. **Revista de Enfermagem**. Portugal, v. 2, n. 9, p. 61-67, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956007>. Acesso em: 15 out. 2022
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guideline da Heart American Association. Atualização da Diretrizes de RCP e ACE.**, p. 1-36, 2015. Disponível em: www.heart.org>. Acesso em: 20 set. 2022.
- AZZOPARDI, D. TOBY study protocol- Children Study: School age outcomes following a newborn cooling trial. **Medical Research Council**, v.1, p.1-28, 2009. Disponível em: www.npeu.ox.ac.uk/toby>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- AZZOPARDI, D., STROHM, B.; MARLOW, N.; BROCKLEHURST, P.; DEIERL, A.; EDDAMAET, O., *et al.* Effects of Hypothermia for Perinatal Asphyxia on Childhood Outcomes. **N Engl J Med**. v. 371, p. 140-149, 2014. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1315788>. Acesso em 10 set. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 7 ed. São Paulo: Edições 70; 2016, 229 p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Brasil: DF, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 01 jul. 2021
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **A resolução nº 466/2012 que trata de pesquisas e testes em seres humanos e atualiza a resolução 196**. Brasil: DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 01 jul. 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ** Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

CAMPBELL, H.; EDDAMA, O.; AZZOPARDI, D., EDWARDS, U. D.; STROHM, B.; RIVERO-ARIAS, O. Hypothermia for perinatal asphyxia: trial-based quality of life at 6–7 years. **Arch Dis Child**, v. 103, n. 7, p. 654-659, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29510998>>. Acesso em: 10 set. 2022.

CHANDRASEKARAN, M.; CHABAN, B.; MONTALDO, P.; THAYYIL, S. Predictive Value Of Amplitude-Integrated Eeg (Aeeg) After Rescue Hypothermic Neuroprotection For Hypoxic Ischemic Encephalopathy: A Meta-Analysis. **Journal Of Perinatology**, n. 37, p. 684-689, 2017. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/jp201714/>. Acesso em: 22 set. 2022.

CHOCK, V. Y.; VARIANE, G. F. T.; NETTO, A.; MEURS, K. P. V. NIRS Improves Hemodynamic Monitoring And Detection Of Risk For Cerebral Injury: Cases In The Neonatal Intensive Care Nursery. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v.33, n. 10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1528223>. Acesso em: 29 jul. 2021.

COA, T. F.; PETTENGILL, M. A. M. The vulnerability experienced by the family of children hospitalized in a pediatric intensive care unit. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 824-30, 2011. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reben/v71n3/0034-7167-reben-71-03-0998.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2021.

COSTA, T. M. S.; OLIVEIRA, E. S.; ROCHA, R. R. A.; SANTOS, K. V. G.; DANTAS, J. K. S.; DANTAS, R. A. N., *et al.* Massage for neonatal pain relief in intensive care units: a scoping review. **Rev Rene**. 22:e60597, 2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260597>. Acesso em: 15 out. 2022.

CRAIG, A. K.; GERWIN, R.; BAINTEK, J.; EVANS, S.; JAMES, C. Exploring Parent Experience of Communication About Therapeutic Hypothermia in the Neonatal Intensive Care Unit. **Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses**, v. 18, n. 2, p. 136–143, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/Abstract/2018/04000/Exploring_Parent_Experience_of_Communication_About.10.aspx. Acesso em: 10 out. 2022.

DAHLBERG, I. A. Referent-oriented analytical concept theory of interconcept. **International Classification**, v. 5, n. 3, p. 142-150, 1978.

DAHLBERG, I. Knowledge organization and terminology philosophical and linguistic bases. **International classification**, v.19, n.2, 1992.

DATASUS. Informações em saúde. **Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos e Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)**. 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 20 Set. 2021.

EXEQUIEL, N. P.; MILBRATH, V. M.; GABATZ, R. I.; VAZ, J. C.; SILVA, L. L.; KLUMB, M. M., *et al.* Sentimentos vivenciados pelas mães na hospitalização neonatal. **Enferm Foco**, v. 12, n. 1, p. 73-8, 2021. Disponível em: DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4018. Acesso em: 15 out. 2022.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3º ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Ed.Yendis, 2008.

FIGUEIREDO, A. P. S. A.; ALMEIDA, V. S.; CHRISTOFFEL, M. M.; ANDRADE, M.; MELO, I. D. F. Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com asfixia perinatal submetido à hipotermia terapêutica: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e38910111893, 2021. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11893>. Acesso em: 22 set. 2022.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTENELE, F. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. **Esc anna nery**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 480-485, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300008>. Acesso em: 15 out. 2022.

GLUCKMAN, P. D.; WYATT, J. S.; AZZOPARDI, D.; BALLARD, R.; EDWARDS, D.; FERRIERO, D. M., *et al.* Selective head cooling with mild systemichypothermia after neonatal encephalopathy: multicentre ran-domised trial. **Lancet**, v. 9460, n. 365, p. 663-70, 2005. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)17946-X. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360517946X>. Acesso em: 20 set. 2021

GOMES, P. P. S.; LOPES, A. P. A.; SANTOS, M. S. N.; FAÇANHA, S. M. A.; SILVA, A. V. S.; CHAVES, E. M. C. Medidas não farmacológicas para alívio da dor na punção venosa em recém-nascidos: descrição das respostas comportamentais e fisiológicas. **Br JP**, v. 2, n. 2, p. 142-6, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20190026>. Acesso em: 15 out.2022.

GRAÇA, A.; PINTO, F.; VILAN, A.; DINIS, A.; SAMPAIO, I.; MATOS, C., *et al.* **Hipotermia induzida no tratamento da encefalopatia hipóxico-isquêmica neonatal**. Sociedade portuguesa de pediatria, 2012. Disponível em: <http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2012-Hipotermia.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

GRAMA, B.; WEIBEL, L.; HAGMANN, C.; BROTSCHI, B. Subcutaneous fat necrosis in neonates with hypoxic ischaemic encephalopathy registered in the Swiss National Asphyxia and Cooling Register. **BMC pediatrics**, v.15, n. 73, p. 1-7, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0395-7>. Acesso em: 20 set. 2022

HENDERSON, V. **The nature of nursing: A definition and its implications**. 1966. <https://www.thecomfortline.com/about>. Acesso em: 05 jan 2021.

HONORATO, Z. N.; ALVES, B. C. A.; AZZALIS, L.; JUNQUEIRA, V.; FONSECA, F. Minimização da dor na venopunção de neonatos: revisão sistemática da literatura. **Rev. Medicina**, v. 19, n. 1, 2016. Disponível em:

<https://www.semanticscholar.org/paper/Minimiza%C3%A7%C3%A3o-da-dor-na-venopun%C3%A7%C3%A3o-de-neonatos%3A-da-Honorato-Filipini/51e2b8a3c717854036dbd9581ab9ae1f3e972b5e>. Acesso em: 15 out. 2022.

HUANG, Y. T.; LEE, M. Y.; LIAO, H. Y.; CHANG, C. C. Increasing the rate of completion of the therapeutic hypothermia procedure in the NICU. **Journal of nursing**, v. 67, n. 4, p. 72-80, 2020. Disponível em:

[https://doi.org/10.6224/JN.202008_67\(4\).09](https://doi.org/10.6224/JN.202008_67(4).09). Acesso em: 29 jul. 2021.

IBRANI D.; MOLACAVAGE S. The Six-Hour Window: How The Community Hospital Nursery Can Optimize Outcomes Of The Infant With Suspected Hypoxic- Ischemic Encephalopathy. **Neonatal Network**, v. 1, n. 37, p. 155-163, 2018. DOI:

10.1891/0730-0832.37.3.155. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29789056/>. Acesso em: 22 set. 2022.

IIDA, I. **Ergonomia: Produto e Produção**, São Paulo: Blucher, 1998.

IKEZAWA, M. K.; KAKEHASHI, T. Y. **Humanização da assistência na UTI neonatal**. In: Naganuma M. Procedimentos técnicos de Enfermagem em UTI neonatal. São Paulo: Atheneu; 1995. p.163-164.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (IFF) Fundação Oswaldo Cruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Hipotermia Terapêutica**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/hipotermia-terapeutica/>. Acesso em 18 set. 2021.

JACOBS, S.E.; BERG, M.; HUNT, R.; TARNOW-MORDI, W. O.; INDER, T. E.; DAVIS, P. G. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, CD003311, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003311.pub3>. Acesso em 20 set. 2021.

KOLCABA, K. **Teoria do conforto de Kolcaba**. 2007. Disponível em: <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/kolcabas-comfort-theory>. Acesso em: 05 jan. 2021.

KOLCABA, K.; FISHER, E. A holistic perspective on comfort care as an advance directive. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 18, n. 4, p. 66-76, 1996. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/14513712_A_Holistic_perspective_on_comfort_care_as_an_advance_directive. Acesso em: 22 set. 2021.

LAPTOOK, A. R.; SHANKARAN, S.; TYSON, J. E.; MUNOZ, B., SINO, E.; GOLDBERG, R. N., *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**, v. 318, n. 16, p. 24-31, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29067428>>. Acesso em 20 set. 2021.

LEITE, P. N. M.; TEIXEIRA, R. B.; SILVA, G. D.; REIS, A. T.; ARAUJO M. Hipotermia terapêutica e encefalopatia hipóxico-isquêmica. **Rev. enferm UERJ**, v. 28, n. e42281, p. 1-7, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.42281>>. Acesso em 15 set. 2021.

LEMMON, M. E.; DONOHUE, P.K.; PARKINSON, C.; NORTHINGTON, F.J.; BOSS, R. D. Communication Challenges In Neonatal Encephalopathy. **Pediatrics**, v. 138, n. 3, p. e20161234, 2016. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/138/3/e20161234/52653/Communication-Challenges-in-Neonatal?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 22 set. 2022.

LEMYRE, B.; CHAU, V. Hipotermia para recém-nascidos com encefalopatia hipóxico-isquêmica. **Paediatrics & amp Child health**, v. 23, n. 4, p. 285–291, 2018. DOI: 10.1093/pch/pxy028. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30657134/>. Acesso em: 18 set. 2022.

LOUBÈRE, L.; RATINAUD, P. **Documentation IraMuTeQ - 0.6 alpha 3 version 0.1**. 2014, Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

MAGALHÃES, M.; RODRIGUES, F. P. M.; CHOPARD, M. R. T.; MELO, V. C. A.; MELHADO, A.; OLIVEIRA, I., *et al*. Neuroprotective body hypothermia among newborns with hypoxic ischemic encephalopathy: three-year experience in a tertiary university hospital. A retrospective observational study. São Paulo, **Med. J.**, v. 133, n. 4, p: 314-319, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/fnv9Zb7S8cgYNnqdDxbX85f/>. Acesso em: 20 set. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOURA, K. S.; Araújo, L. M.; Araújo, L. M.; Valença, C. N. The experience of nurses in intensive care: phenomenological study. **Rev Rene**, v. 12, n. 2, p. 316-23, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317454975_The_experience_of_nurses_in_intensive_care_phenomenological_study. Acesso em: 20 set. 2022.

NASSEF, S. K.; BLENNOW, M.; JIRWE. M. Parental viewpoints and experiences of therapeutic hypothermia in a neonatal intensive care unit implemented with family centred care. **Journal of Clinical Nursing.**, n. 29, p.4194-4202, 2020. Disponível em: DOI: 10.1111/jocn.15448. Acesso em: 20 jul. 2021.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PERLMAN, J. M.; WYLLIE, J.; KATTWINKEL, J.; WYCKOFF, M. H.; AZIZ, K.; GUINSBURG, R., *et al*. Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 7: Neonatal Resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment

Recommendations (Reprint). **Pediatrics**, v. 136, n. 2, p. 120–166, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3373D>. Acesso em 22 set. 2022.

PEROVANO, Dalton Gean. **Manual de metodologia científica**. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2014, 230p.

PONTE, K. M. A. Gomes, M. C. F.; Ponte, H. M. S.; Farias, M.S. Nursing cares that provide confort to the hospitalized: responsible's view. UNOPAR. **Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 17, n. 3, p. 165-8, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-759604?lang=pt>>. Acesso em: 22 set. 2022.

PROCIANOY, R. S. **Hipotermia terapêutica**. 2012. Porto Alegre, SBP. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/hipotermia-terapeutica.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

QUONIAM, L. M.; TARAPANOFF, K.; ARAUJO JUNIOR, R. H.; ALVARES, L. M. A. R. Inteligência obtida pela aplicação de data mining em base de teses francesas sobre o Brasil. **Ciência da Informação**, v. 30, n. 2, 2001. Disponível em: DOI: 10.18225/ci.inf..v30i2.921. Acesso em: 09 set. 2022.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS. **Unidade neonatal: Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.redeneonatal.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=21>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ROLIM, K. M. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V .L. M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 432-40. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a19>. Acesso em 24 set. 2020.

SA NETO, J. A.; RODRIGUES, Benedita M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Texto contexto - enferm.**, v. 19, n. 2, pág. 372-377, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000200020>. Acesso em: 18 de set. 2020.

SACCO, L. Amplitude-Integrated Electroencephalography Interpretation During Therapeutic Hypothermia: An Educational Program And Novel Teaching Tool. **Neonatal Network**, v. 35, n. 2, p. 78-86, 2016. Disponível em: DOI: 10.1891/0730-0832.35.2.78. Acesso em: 29 jul. 2022.

SALMANI N.; KARJOO Z.; DEGHANI K.; SADEGHNIA A. 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**, v. 20, n. 9, p. 14-19, 2018. Disponível em: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85069471883&origin=inward&txGid=084d9126ebaedb1f4dd69683414d627e>. Acesso em: 22 set. 2022.

SHANKARAN, S.; LAPTOOK, A. R.; PAPPAS, A.; MCDONALD, S. A.; DAS, A.; TYSON, J. E., *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**, v. 312, n. 24, p. 2629-39, 2014. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25536254>. Acesso em: 15 out.2022.

SILVA, C. R. L. **O Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar**. 2008. 185f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, C. R. L.; CARVALHO, Vilma. Concept of Comfort in the Perspective of Clients and Nurses in Hospital Units. **Rev enferm UFPE on line**, v. 3, n. 2, p. 435-6, 2009. DOI: 10.5205/01012007. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5691>. Acesso em: 20 set. 2021.

SILVA, G. D. da. et al. Resfriamento para Recém-Nascidos com Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica. Recife. **Rev. Enferm UFPE online**, v. 10, n. 7, p.1804-5, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acesso em: 20 set. 2020.

SILVERA, Fernando et al. Neuroproteção em pacientes com asfixia perinatal. Urug. Montevideú. **Arch. Pediatr.**, v. 87, n. 3, p. 221-233, 2016. Disponível em: http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300004. Acesso em: 18 set. 2020.

SOARES, P. R.; SILVA, C. R. L.; LOURO, T. Q. Comfort of the child in intensive pediatric therapy: Perception of nursing professionals. **Rev. Bras Enferm.**, v. 73, n. 4, p.1-6, 2020. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0922>. Acesso em: 18 set. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Hipotermia Terapêutica**. Documento científico. Rio de Janeiro: Departamento de Neonatologia, 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/hipotermia-terapeutica/>. Acesso em: 18 set. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Monitoramento do recém-nascido com asfixia perinatal. Manual de Orientação. Departamento Científico de Neonatologia. SBP, 2020 Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/monitoramento-do-recem-nascido-com-asfixia-perinatal-e-tema-de-novo-manual-da-sbp/>. Acesso em 22 set. 2022.

SOUZA, K. R.; KERBAUY, M. T. M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. Uberlândia. **Educação e Filosofia**, v. 31, n. 61, p. 21-44, 2017. ISSN 0102-6801. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.14393/REVEDFIL.issn.0102-6801.v31n61a2017-p21a44>. Acesso em: 22 set. 2022.

SATRAGNO, D.; TURCONI, E. L.; GOLDSMIT, G.; RUBIO, C.; COLANTONIO, G.; ROBLEDO V., *et al.* Recomendación para el tratamiento con hipotermia em recién nacidos con encefalopatía hipóxico-isquémica. **Arch. argent. pediatr**, v. 115, n. 3, p. 38-52, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.s38>. Acesso em: 22 set. 2022.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

THOMPSON, C. M.; PUTERMAN, C. O. M. O.; LINLEY, L. L.; HANN, F. M.; VAN DER ELST, C. W.; MOLTENO, C. D., *et al.* The value of a scoring system for hypoxic ischaemic encephalopathy in predicting neurodevelopmental outcome. **Acta Paediatr.**, v. 86, p: 757-6, 1997. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1651-2227.1997.tb08581.x>. Acesso em: 22 set. 2021.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev latino-am. enferm.**, v. 10, n. 2, p. 137-144, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000200003>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-OMS. **Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates**. Geneva: WHO, 2006.

ZHANG, W.; LU, M.; ZHANG, C.; ZHANG, R.; OU, X.; ZHOU, J., *et al.* Therapeutic hypothermia increases the risk of cardiac arrhythmia for perinatal hypoxic ischaemic encephalopathy: A meta-analysis. **PloS one**, v. 12, n. 3, e0173006, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173006>. Acesso em: 22 set. 2022

APÊNDICES

APENDICE A- Palavras da Zona 1 presentes nas falas dos profissionais de enfermagem, Rio de Janeiro, 2022.

**** *p_1 *s_1 *i_2 *c_3 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2
no **conforto** em ht se observa preservação neurológica **conforto** no reaquecimento gradativo diminuição de ruídos externos proteção ocular diminuição da dor provida por sedativos e também acesso_profundo com objetivo de reduzir punções repetidas

**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
uso de sedação e analgésico como a morfina para trazer um **conforto** durante a técnica com ht aplicar o hidratante_corporal o óleo_age no corpo do rn e isso traz um **conforto**

**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
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

**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
a sedação é uma forma de **conforto** e ela interfere na avaliação de situações desconfortáveis para o rn no momento que esse rn se mantém calmo não está choroso ele se mantém estável tanto na fc como spo2

**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
evitar o manuseio_excessivo do rn mudança_de_decúbito pelo menos lateralizar ele um pouco para promover um **conforto** na questão de retirar da mesma posição descomprimindo a pressão nas costas a questão de analgesia quando perceber que ele está desconfortável choroso eu acho que esses são uns cuidados importantes

**** *p_3 *s_1 *i_3 *c_1 *t_2 *e_enf_3 *exp_neo_3
massagem_corporal roupa adequada para ht almofadas e mudança_de_decúbito desconforto oscilação da temperatura_corporal **conforto** registro rigoroso dos sinais_vitais observação geral e da coloração da pele edemas e outras medidas de **conforto** no leito mudança_de_decúbito massagem_corporal e observações detalhadas

**** *p_4 *s_1 *i_3 *c_1 *t_2 *e_enf_3 *exp_neo_3
para o **conforto** do rn se realiza massagem_corporal rodízio_dos_sensores mudança_de_decúbito analgesia e diminuir o ruído da utin sinais_de_conforto é a criança relaxada tranquila os monitores todos funcionam e você vê que ela apresenta uma face_relaxada e face_tranquila

**** *p_4 *s_1 *i_3 *c_1 *t_2 *e_enf_3 *exp_neo_3
para minimizar o desconforto e promover o **conforto** se faz analgesia pra relaxar o rn fazendo massagem_corporal mudança_de_decúbito diminuição da luminosidade mínimo_manuseio e promover um relaxamento para assim minimizar a dor e desconforto

**** *p_7 *s_1 *i_2 *c_2 *t_4 *e_enf_1 *exp_neo_1
 os sinais_vitais estáveis face_serena relaxamento muscular e pele hidratada os
 sinais_de_desconforto mais observados são as alterações de sinais_vitais choro ou
 face_de_dor já os de **conforto** são os sinais_vitais estáveis e ausência de
 sinais_sugestivos_de_dor

**** *p_9 *s_1 *i_3 *c_2 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_1
 sedação é o único **conforto** no período da ht pele fria vasoconstricção rigidez de
 mmss e mmii perfusão prejudicada posicionamento alinhado centralizando cabeça
 descomprimir região dorsal e manter genitália protegida para minimizar exposição

**** *p_10 *s_1 *i_1 *c_1 *t_3 *e_enf_1 *exp_neo_1
 sedação pois não há **conforto** durante a ht pele fria e rígida vasoconstricção e
 perfusão prejudicada posicionamento realizar um cuidado humanizado envolver os
 pais com o rn na ht com a fala e o toque por exemplo

**** *p_11 *s_1 *i_4 *c_3 *t_4 *e_enf_3 *exp_neo_2
 a única predicação no **conforto** é analgesia o sinal manifestado no corpo do rn que
 pode caracterizar o desconforto é a presença de dor um cuidado de enfermagem
 para promover o **conforto** é a mudança_de_decúbito

**** *p_15 *s_1 *i_2 *c_3 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_1
 mudança_de_decúbito sedação e estímulo de contato_físico dos progenitores
 durante toda técnica de ht os sinais que podem caracterizar o desconforto
 face_de_dor e taquicardia **conforto** ausência_de_dor e normocardia cuidados de
 enfermagem para minimizar desconforto e promover **conforto**

**** *p_16 *s_1 *i_3 *c_1 *t_1 *e_enf_3 *exp_neo_3
 e o **conforto** a estabilidade da temperatura cuidados com a pele e extremidades e
 melhora do desfecho neurológico nos cuidados de enfermagem tem o uso da ucr
 aquecida ajuste da temperatura_do_ambiente cobertor_térmico verificação da
 temperatura_corporal e da ucr

**** *p_17 *s_1 *i_3 *c_1 *t_1 *e_enf_2 *exp_neo_2
 no **conforto** há o monitoramento_cerebral contínuo manejo_da_dor e do estresse
 acompanhamento multidisciplinar evitar hipóxia e manter uso de cobertor_térmico
 sinais no desconforto instabilidade hemodinâmica convulsões distúrbios
 hidroeletrólíticos **conforto** estabilidade da temperatura

**** *p_18 *s_1 *i_4 *c_3 *t_3 *e_enf_4 *exp_neo_4
 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

**** *p_18 *s_1 *i_4 *c_3 *t_3 *e_enf_4 *exp_neo_4
 cuidados de enfermagem para promover **conforto** mudança_de_decúbito
 rodízio_dos_sensores hidratar a pele diminuição de ruído luminosidade e diminuição
 do manuseio excessivo

**** *p_19 *s_1 *i_3 *c_3 *t_4 *e_enf_3 *exp_neo_2
o **conforto** na ht é garantido pela analgesia com opióide mínimo_manuseio e realizar mudança_de_decúbito o desconforto pode ser indicado por aumento da fc diminuição da spo2 face_de_dor sendo necessária avaliação periódica por meio de escala_de_dor padronizada na instituição

**** *p_20 *s_1 *i_4 *c_3 *t_4 *e_enf_1 *exp_neo_1
no **conforto** há fc estável face_tranquila uso de analgesia boa_spo2 e com sedação adequada sinais que podem caracterizar o desconforto face_de_dor e sinais_vitais estáveis cuidados de enfermagem para promover o **conforto** diminuir ruídos mínimo_manuseio mudança_de_decúbito e diminuir luminosidade

**** *p_21 *s_1 *i_2 *c_3 *t_4 *e_enf_2 *exp_neo_2
o **conforto** é caracteriza por diminuir o ruído diminuir a luminosidade e mínimo_manuseio quando possível os sinais manifestados no corpo do rn que podem caracterizar o desconforto são taquicardia e face_de_dor os cuidados de enfermagem que podem minimizar desconforto diminuir ruídos diminuir a luminosidade e manter mínimo_manuseio

**** *p_22 *s_1 *i_4 *c_3 *t_5 *e_enf_2 *exp_neo_2
o **conforto** é presença de analgesia diminuição de estímulos negativos como luminosidade e ruído mínimo_manuseio posicionamento adequado se possível com rolinhos prevenção de lesão_de_pele sinais que podem caracterizar o desconforto

**** *p_23 *s_1 *i_3 *c_2 *t_3 *e_enf_1 *exp_neo_1
para o **conforto** do rn deve se manter umidade dos olhos e mucosas controlar diurese observar integridade da pele mudança_de_decúbito monitorização de sinais_vitais a cada 1_h sinais_de_desconforto são lesão_de_pele face_de_dor e bradicardia

**** *p_24 *s_1 *i_4 *c_1 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2
o **conforto** do rn em ht deve realizar mudança_de_decúbito para permitir melhora circulatória uso de óleo_age e massagem_corporal na mudança_de_decúbito para prevenir lesão_de_pele estabelecer um acesso_venoso_pérvio geralmente é o cateter_umbilical_venoso mas quando esse se perde é necessário um acesso_periférico ou ccip

**** *p_24 *s_1 *i_4 *c_1 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2
infusões contínuas de sedativos no caso dripping de morfina para **conforto** do rn sinais_de_desconforto face_de_dor hiperflexão de mmss e mmii face_de_choro e ou com expressão que aparente desconforto cuidados de enfermagem para promover o **conforto** em ht

**** *p_24 *s_1 *i_4 *c_1 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2
uso de ninho ao redor do rn para **conforto** após reaquecimento rodízio do sensor_de_oximetria sensor_de_pele manguito de pa mudança_de_decúbito para estabelecer a circulação sistêmica prevenção de lesão_de_pele causada pelo resfriamento

**** *p_25 *s_1 *i_4 *c_3 *t_8 *e_enf_4 *exp_neo_4
conforto em ht caracterizar por segurança na realização da técnica prevenção de danos qualidade humanização presença de acolhimento inovação tecnológica procedimento controlado por indicadores custo dependente intervenções de enfermagem relacionada ao cuidado complexo

**** *p_26 *s_2 *i_4 *c_3 *t_3 *e_enf_3 *exp_neo_3
o **conforto** está presente quando se observa previamente o leito e o manter organizado atenção para manter controle da temperatura manter e observar sedação da criança promover mudança_de_decúbito e manter ambiente tranquilo sinais que podem caracterizar o desconforto

**** *p_28 *s_1 *i_2 *c_1 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2
conforto em ht higiene perianal e troca de fralda mudança_de_decúbito rodízio_dos_sensores diminuição de luminosidade direta quando possível sinais que podem caracterizar o desconforto hiperemia da pele em região de pressão lesão_por_pressão

**** *p_28 *s_1 *i_2 *c_1 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2
pele seca e descamativa face_de_dor choro taquicardia e taquipnéia e sinais que podem caracterizar o **conforto** sono tranquilo pele íntegra e hidratada higiene corporal troca de fralda mudança_de_decúbito aspiração de tubo_orotraqueal e em vias_aéreas superiores quando necessário

**** *p_1 *s_1 *i_2 *c_3 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2
os sinais que podem caracterizar o **desconforto** são os tremores bradicardia baixa_perfusão invasões como cateter-vesical_de_demora diminuir a luminosidade da utin diminuir ruídos externos manter temperatura corporal nos parâmetros estabelecidos pelo protocolo controlar infusões e diurese

**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
então **desconforto** é luminosidade ruído e manuseio excessivo porque é bem desconfortável e traz um processo que deixa o rn mais irritado toda hora chegando alguém toda hora manuseando esse bebê mínimo_manuseio seria bastante importante

**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
os sinais de **desconforto** são agitação motora face_de_choro e face_de_dor taquicardia e aumento de spo2 sinais_de_conforto face_tranquila os sinais_vitais estáveis com uma fc e spo2 dentro do esperado e sedado

**** *p_3 *s_1 *i_3 *c_1 *t_2 *e_enf_3 *exp_neo_3
massagem_corporal roupa adequada para ht almofadas e mudança_de_decúbito **desconforto** oscilação da temperatura_corporal conforto registro rigoroso dos sinais_vitais observação geral e da coloração da pele edemas e outras medidas de conforto no leito mudança_de_decúbito massagem_corporal e observações detalhadas

**** *p_4 *s_1 *i_3 *c_1 *t_2 *e_enf_3 *exp_neo_3
 sinais_de_desconforto ela fica agitada os parâmetros dos monitores alteram ela fica com face_de_dor isso é um **desconforto** é um sinal que ela está precisando de uma melhor assistência

**** *p_4 *s_1 *i_3 *c_1 *t_2 *e_enf_3 *exp_neo_3
 para minimizar o **desconforto** e promover o conforto se faz analgesia pra relaxar o rn fazendo massagem_corporal mudança_de_decúbito diminuição da luminosidade mínimo_manuseio e promover um relaxamento para assim minimizar a dor e **desconforto**

**** *p_11 *s_1 *i_4 *c_3 *t_4 *e_enf_3 *exp_neo_2
 a única predicação no conforto é analgesia o sinal manifestado no corpo do rn que pode caracterizar o **desconforto** é a presença de dor um cuidado de enfermagem para promover o conforto é a mudança_de_decúbito

**** *p_12 *s_1 *i_2 *c_2 *t_2 *e_enf_1 *exp_neo_1
 sinais_vitais com estabilidade ausência de sinais_sugestivos_de_dor e pele_Íntegra os sinais_de_desconforto são as alterações de sinais_vitais como taquicardia **desconforto** respiratório com queda de spo2 e sinais_sugestivos_de_dor sinais_de_conforto sinais_vitais estáveis e ausência de sinais_sugestivos_de_dor

**** *p_13 *s_1 *i_3 *c_3 *t_6 *e_enf_3 *exp_neo_3
 sinais manifestados no corpo do rn que podem caracterizar o **desconforto** na ht taquicardia hipertensão e face_de_dor

**** *p_14 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
 sinais de **desconforto** tem o caso de convulsão em relação ao olhar dos progenitores o **desconforto** é até pior que das crianças há o **desconforto** dos progenitores essa criança foi gerada e foi imaginada para um parto normal e de_repente justamente na hora do parto

**** *p_14 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
 nos cuidados de enfermagem no momento da colocação dos sensores como termômetro_retal utilizar lidocaína ou água destilada para diminuir o **desconforto** na instalação fazer o rodízio_dos_sensores observar se há algum material como tampinha ou agulha debaixo da criança que possa a machucar

**** *p_15 *s_1 *i_2 *c_3 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_1
 mudança_de_decúbito sedação e estímulo de contato_físico dos progenitores durante toda técnica de ht os sinais que podem caracterizar o **desconforto** face_de_dor e taquicardia conforto ausência_de_dor e normocardia cuidados de enfermagem para minimizar **desconforto** e promover conforto

**** *p_16 *s_1 *i_3 *c_1 *t_1 *e_enf_3 *exp_neo_3
 monitoramento_cerebral contínuo manejo_da_dor e do estresse acompanhamento multidisciplinar evitar hipóxia e manter uso de cobertor_térmico sinais manifestados no corpo do rn que podem caracterizar o **desconforto** pode ser a instabilidade

hemodinâmica convulsões distúrbios hidroeletrólíticos

**** *p_17 *s_1 *i_3 *c_1 *t_1 *e_enf_2 *exp_neo_2
no conforto há o monitoramento_cerebral contínuo manejo_da_dor e do estresse
acompanhamento multidisciplinar evitar hipóxia e manter uso de cobertor_térmico
sinais no **desconforto** instabilidade hemodinâmica convulsões distúrbios
hidroeletrólíticos conforto estabilidade da temperatura

**** *p_18 *s_1 *i_4 *c_3 *t_3 *e_enf_4 *exp_neo_4
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

**** *p_19 *s_1 *i_3 *c_3 *t_4 *e_enf_3 *exp_neo_2
o conforto na ht é garantido pela analgesia com opióide mínimo_manuseio e realizar
mudança_de_decúbito o **desconforto** pode ser indicado por aumento da fc
diminuição da spo2 face_de_dor sendo necessária avaliação periódica por meio de
escala_de_dor padronizada na instituição

**** *p_19 *s_1 *i_3 *c_3 *t_4 *e_enf_3 *exp_neo_2
sinais de **desconforto** expressões de dor principalmente durante o manuseio
aumento da fc diminuição da spo2 movimentos de mmss e mmii mínimo_manuseio
com cuidados agrupados com a equipe multidisciplinar mudança_de_decúbito com
alívio de proeminências_ósseas

**** *p_20 *s_1 *i_4 *c_3 *t_4 *e_enf_1 *exp_neo_1
no conforto há fc_estável face_tranquila uso de analgesia boa_spo2 e com sedação
adequada sinais que podem caracterizar o **desconforto** face_de_dor e sinais_vitais
estáveis cuidados de enfermagem para promover o conforto diminuir ruídos
mínimo_manuseio mudança_de_decúbito e diminuir luminosidade

**** *p_21 *s_1 *i_2 *c_3 *t_4 *e_enf_2 *exp_neo_2
o conforto é caracteriza por diminuir o ruído diminuir a luminosidade e
mínimo_manuseio quando possível os sinais manifestados no corpo do rn que
podem caracterizar o **desconforto** são taquicardia e face_de_dor os cuidados de
enfermagem que podem minimizar **desconforto** diminuir ruídos diminuir a
luminosidade e manter mínimo_manuseio

**** *p_22 *s_1 *i_4 *c_3 *t_5 *e_enf_2 *exp_neo_2
o conforto é presença de analgesia diminuição de estímulos negativos como
luminosidade e ruído mínimo_manuseio posicionamento adequado se possível com
rolinhos prevenção de lesão_de_pele sinais que podem caracterizar o **desconforto**

**** *p_23 *s_1 *i_3 *c_2 *t_3 *e_enf_1 *exp_neo_1
sinais_de_conforto sinais_vitais estáveis cuidados de enfermagem para minimizar
o **desconforto** realizar rodízio_dos_sensores de rotina e mudança_de_decúbito

**** *p_24 *s_1 *i_4 *c_1 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2
infusões contínuas de sedativos no caso dripping de morfina para conforto do rn

sinais_de_desconforto face_de_dor hiperflexão de mmss e mmii face_de_choro e ou com expressão que aparente **desconforto** cuidados de enfermagem para promover o conforto em ht

**** *p_25 *s_1 *i_4 *c_3 *t_8 *e_enf_4 *exp_neo_4
 sinais manifestados no corpo do rn que podem caracterizar o **desconforto** taquicardia dispnéia necessidade do aumento da sedação e lesão_de_pele mínimo_manuseio agrupamento dos cuidados mudança_de_decúbito controle de ruído diminuição de luminosidade

**** *p_26 *s_2 *i_4 *c_3 *t_3 *e_enf_3 *exp_neo_3
 o conforto está presente quando se observa previamente o leito e o manter organizado atenção para manter controle da temperatura manter e observar sedação da criança promover mudança_de_decúbito e manter ambiente tranquilo sinais que podem caracterizar o **desconforto**

**** *p_28 *s_1 *i_2 *c_1 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2
 conforto em ht higiene perianal e troca de fralda mudança_de_decúbito rodízio_dos_sensores diminuição de luminosidade direta quando possível sinais que podem caracterizar o **desconforto** hiperemia da pele em região de pressão lesão_por_pressão

**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
 excesso de ruído ou luminosidade tem algum fator que está interferindo no procedimento que está deixando ele desconfortável quanto aos **cuidados** de enfermagem diminuição da luminosidade pode colocar óculos para tampar os olhos desse rn

**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
 então no momento que entrarmos pra fazer o **cuidado** fazemos todos os **cuidados** que ele precisa para manusear o menos possível tendo em vista que ele já está monitorizado temos o controle dos sinais_vitais visíveis ao monitor

**** *p_2 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
 evitar o manuseio_excessivo do rn mudança_de_decúbito pelo menos lateralizar ele um pouco para promover um conforto na questão de retirar da mesma posição descomprimindo a pressão nas costas a questão de analgesia quando perceber que ele está desconfortável choroso eu acho que esses são uns **cuidados** importantes

**** *p_5 *s_1 *i_3 *c_1 *t_3 *e_enf_3 *exp_neo_3
 sobre os **cuidados** é importante o rn estar monitorizado verificar sinais_vitais que é de hora em hora verificar a diurese porque eles ficam com cateter-vesical observar sinais_de_bexigoma

**** *p_6 *s_1 *i_2 *c_2 *t_4 *e_enf_1 *exp_neo_1
 avaliação da escala_de_dor infusões de sedação e analgesia para diminuição da dor descompressão das proeminências_ósseas e **cuidados** com a pele os sinais_de_desconforto são alteração de sinais_vitais face_de_dor e face_de_resmungos e sinais_de_conforto

**** *p_6 *s_1 *i_2 *c_2 *t_4 *e_enf_1 *exp_neo_1
 sinais_vitais estáveis face_tranquila mmss e mmii relaxados postura e
 posicionamento alinhados aplicação da escala_de_dor descompressão das
 proeminências_ósseas e **cuidados** com a pele

**** *p_7 *s_1 *i_2 *c_2 *t_4 *e_enf_1 *exp_neo_1
 realização da escala_de_dor **cuidados** com a pele manter permeabilidade de
 vias_aéreas avaliar e reavaliar as condições dos acessos_venosos **cuidados** de
 higiene administrar medicações conforme prescrito avaliar aeg e presença de
 convulsão

**** *p_10 *s_1 *i_1 *c_1 *t_3 *e_enf_1 *exp_neo_1
 sedação pois não há conforto durante a ht pele fria e rígida vasoconstricção e
 perfusão prejudicada posicionamento realizar um **cuidado** humanizado envolver os
 pais com o rn na ht com a fala e o toque por exemplo

**** *p_11 *s_1 *i_4 *c_3 *t_4 *e_enf_3 *exp_neo_2
 a única predicação no conforto é analgesia o sinal manifestado no corpo do rn que
 pode caracterizar o desconforto é a presença de dor um **cuidado** de enfermagem
 para promover o conforto é a mudança_de_decúbito

**** *p_13 *s_1 *i_3 *c_3 *t_6 *e_enf_3 *exp_neo_3
 alinhamento_corporal **cuidado** com a pele manutenção das infusões de morfina e
 sedação de acordo com o protocolo e prescrição médica para alívio de dor sempre
 acompanhando balanço_hídrico registrar e acompanhar escala_de_thompson pra
 ehi controle de acessos_venosos dispositivos para que não haja extravasamento ou
 processos inflamatórios

**** *p_14 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
 além da troca dos sensores o **cuidado** de 1_h em 1_h verificação de sinais_vitais
 entre eles a temperatura_retal como temperatura_axilar e fc depois com esse último
 cobertor_térmico novo a enfermeira que faz mestrado aqui da unidade_neonatal
 pesquisou e não encontrou em nenhuma recomendação a utilização de óleo_age

**** *p_14 *s_1 *i_3 *c_3 *t_5 *e_enf_3 *exp_neo_3
 nos **cuidados** de enfermagem no momento da colocação dos sensores como
 termômetro_retal utilizar lidocaína ou água destilada para diminuir o desconforto na
 instalação fazer o rodízio_dos_sensores observar se há algum material como
 tampinha ou agulha debaixo da criança que possa machucar

**** *p_15 *s_1 *i_2 *c_3 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_1
 mudança_de_decúbito sedação e estímulo de contato_físico dos progenitores
 durante toda técnica de ht os sinais que podem caracterizar o desconforto
 face_de_dor e taquicardia conforto ausência_de_dor e normocardia **cuidados** de
 enfermagem para minimizar desconforto e promover conforto

**** *p_16 *s_1 *i_3 *c_1 *t_1 *e_enf_3 *exp_neo_3
 e o conforto a estabilidade da temperatura **cuidados** com a pele e extremidades e
 melhora do desfecho neurológico nos **cuidados** de enfermagem tem o uso da ucr
 aquecida ajuste da temperatura_do_ambiente cobertor_térmico verificação da

temperatura_corporal e da ucr

**** *p_17 *s_1 *i_3 *c_1 *t_1 *e_enf_2 *exp_neo_2

cuidados com a pele e extremidades melhora do desfecho neurológico acomodar o rn em ucr aquecida ajustar a temperatura_do_ambiente usar cobertor_térmico verificar sinais_vitais e temperatura_corporal

**** *p_18 *s_1 *i_4 *c_3 *t_3 *e_enf_4 *exp_neo_4

cuidados de enfermagem para promover conforto mudança_de_decúbito rodízio_dos_sensores hidratar a pele diminuição de ruído luminosidade e diminuição do manuseio excessivo

**** *p_19 *s_1 *i_3 *c_3 *t_4 *e_enf_3 *exp_neo_2

sinais de desconforto expressões de dor principalmente durante o manuseio aumento da fc diminuição da spo2 movimentos de mmss e mmii mínimo_manuseio com **cuidados** agrupados com a equipe multidisciplinar mudança_de_decúbito com alívio de proeminências_ósseas

**** *p_20 *s_1 *i_4 *c_3 *t_4 *e_enf_1 *exp_neo_1

no conforto há fc_estável face_tranquila uso de analgesia boa_spo2 e com sedação adequada sinais que podem caracterizar o desconforto face_de_dor e sinais_vitais estáveis **cuidados** de enfermagem para promover o conforto diminuir ruídos mínimo_manuseio mudança_de_decúbito e diminuir luminosidade

**** *p_21 *s_1 *i_2 *c_3 *t_4 *e_enf_2 *exp_neo_2

o conforto é caracteriza por diminuir o ruído diminuir a luminosidade e mínimo_manuseio quando possível os sinais manifestados no corpo do rn que podem caracterizar o desconforto são taquicardia e face_de_dor os **cuidados** de enfermagem que podem minimizar desconforto diminuir ruídos diminuir a luminosidade e manter mínimo_manuseio

**** *p_22 *s_1 *i_4 *c_3 *t_5 *e_enf_2 *exp_neo_2

alteração da fc face_contraída diminuição da spo2 movimento de mmss e mmii geralmente contraídos quanto aos **cuidados** de enfermagem usar analgésicos durante o procedimento de ht uso de morfina conforme rotina acomodação no leito diminuição dos estímulos como ruídos e luminosidade e diminuição do manuseio excessivo

**** *p_23 *s_1 *i_3 *c_2 *t_3 *e_enf_1 *exp_neo_1

sinais_de_conforto sinais_vitais estáveis **cuidados** de enfermagem para minimizar o desconforto realizar rodízio_dos_sensores de rotina e mudança_de_decúbito

**** *p_24 *s_1 *i_4 *c_1 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2

infusões contínuas de sedativos no caso dripping de morfina para conforto do rn sinais_de_desconforto face_de_dor hiperflexão de mmss e mmii face_de_choro e ou com expressão que aparente desconforto **cuidados** de enfermagem para promover o conforto em ht

**** *p_25 *s_1 *i_4 *c_3 *t_8 *e_enf_4 *exp_neo_4

conforto em ht caracterizar por segurança na realização da técnica prevenção de

danos qualidade humanização presença de acolhimento inovação tecnológica
 procedimento controlado por indicadores custo dependente intervenções de
 enfermagem relacionada ao **cuidado** complexo

**** *p_25 *s_1 *i_4 *c_3 *t_8 *e_enf_4 *exp_neo_4
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

**** *p_25 *s_1 *i_4 *c_3 *t_8 *e_enf_4 *exp_neo_4
 sinais manifestados no corpo do rn que podem caracterizar o desconforto
 taquicardia dispnéia necessidade do aumento da sedação e lesão_de_pele
 mínimo_manuseio agrupamento dos **cuidados** mudança_de_decúbito controle de
 ruído diminuição de luminosidade

**** *p_27 *s_2 *i_4 *c_3 *t_3 *e_enf_2 *exp_neo_2
 quanto aos **cuidados** de enfermagem o acolhimento familiar e a comunicação da
 equipe com os progenitores acontecem normalmente beira_a_leito sendo informado
 de forma simples para que os progenitores entendam o que está acontecendo e
 os **cuidados** realizados

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Nós, Patrícia Natália Monteiro Leite e Carlos Roberto Lyra da Silva, respectivamente mestrande e docente do curso de Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “**Conceito de conforto em hipotermia terapêutica neonatal na perspectiva dos profissionais de enfermagem**”, junto aos profissionais de saúde desta instituição. Os objetivos são: Identificar os possíveis des(confortos) ao recém-nascido na técnica de Hipotermia Terapêutica (HT) na opinião dos profissionais de enfermagem; Construir um conceito de conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Analisar o conceito de conforto no tratamento com HT em UTIN, a partir das perspectivas dos profissionais de enfermagem. Você tem o direito de não participar deste estudo. A sua participação nesta pesquisa é **voluntária**. Como participante voluntário, não haverá nenhum custo ou benefício financeiro para você. Caso decida integrar esta pesquisa, sua colaboração servirá para a construção do conhecimento científico acerca do objeto deste estudo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Estamos coletando informações para analisar conceito de conforto no tratamento com HT em UTIN, na ótica dos profissionais de enfermagem e formular estratégias de uma melhor prescrição do cuidado de enfermagem a clientela neonatal com EHI, submetida à HT. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem em hipotermia terapêutica e quais são passíveis de des(conforto) ao RN – o sujeito do cuidado.

Existem riscos mínimos, podendo haver identificação pessoal pelo pesquisador, exposição da opinião pessoal do profissional em relação aos procedimentos realizados bem como constrangimento em não querer responder alguma pergunta: você pode achar que determinadas perguntas a (o) incomodam, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim, você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o faça sentir-se incomodado. A pesquisa será desenvolvida sem o auxílio de instituições fomentadoras de projetos, todas as despesas serão custeadas pelos pesquisadores, não sendo gerado nenhum custo aos participantes e/ ou Instituições vinculadas à pesquisa.

Suas respostas são tratadas de forma **anônima e confidencial**, ou seja, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

Existe também o risco de exposição pelo COVID-19, visto que a coleta de dados é de forma presencial, para tanto os pesquisadores só estarão presentes no dia de coleta de dados mediante ausência de sintomas gripais e outros relacionados à possível infecção do trato

respiratório. A fim de minimizar os riscos de contágio da doença, serão utilizadas medidas de proteção a infecção com uso de equipamento de proteção individual (máscara facial descartável ou N95 e quando necessário uso de face shield, higiene das mãos e punhos com uso de álcool a 70%, uso de luvas se necessário contato direto com os participantes), além da etiqueta respiratória. Todo custo gerado com os materiais mínimos de EPIs será custeado pelos pesquisadores.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do HUPE/UERJ. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto sendo a mestrandia, Patrícia Natália Monteiro Leite, a pesquisadora principal, sob a orientação do Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Patrícia N. M. Leite no telefone 24 998653344/ email: patricia.leite@unirio.edu.br (mestranda) ou Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra (21)972818785/e-mail: profunirio@gmail.com (orientador). Caso você tenha dificuldade no contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP UNIRIO no telefone (21)2542-7796 ou e-mail cep@unirio.br. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Desde já agradecemos.

Caso você autorize, a entrevista poderá ser gravada pelo pesquisador para posterior transcrição das informações coletadas. O tempo estimado é de 10 minutos para responder as perguntas.

Autorizo gravação da entrevista: () Sim () Não

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Patrícia Natália M. Leite

Patrícia Natália Monteiro Leite
Pesquisadora-Mestranda

Carlos Roberto Lyra da Silva

CARLOS ROBERTO LYRA DA SILVA

COREN-RJ 102.114 / RG: 09219393/7 / CPF: 01218914700

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep@unirio.br

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados

Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF- Mestrado

Pesquisa intitulada: “**Conceito de conforto em hipotermia terapêutica neonatal na perspectiva dos profissionais de enfermagem**”

Nome do participante: _____ Data da coleta: _____

Perfil do profissional

1) Sexo: masculino feminino

2) Idade: ____ anos

3) Categoria profissional: técnico (a) ou auxiliar de enfermagem enfermeiro (a) residente enfermeiro (a)

4) Maior grau de formação: Médio/Técnico Graduação Especialização residência Mestrado Doutorado Pós doutorado MBA

5) Tempo de experiência em Enfermagem: _____ 5.1) Tempo de experiência em neonatal: _____

Hipotermia Terapêutica:

6) Descreva ao menos 5 predicações/características presentes no conforto em hipotermia terapêutica neonatal?

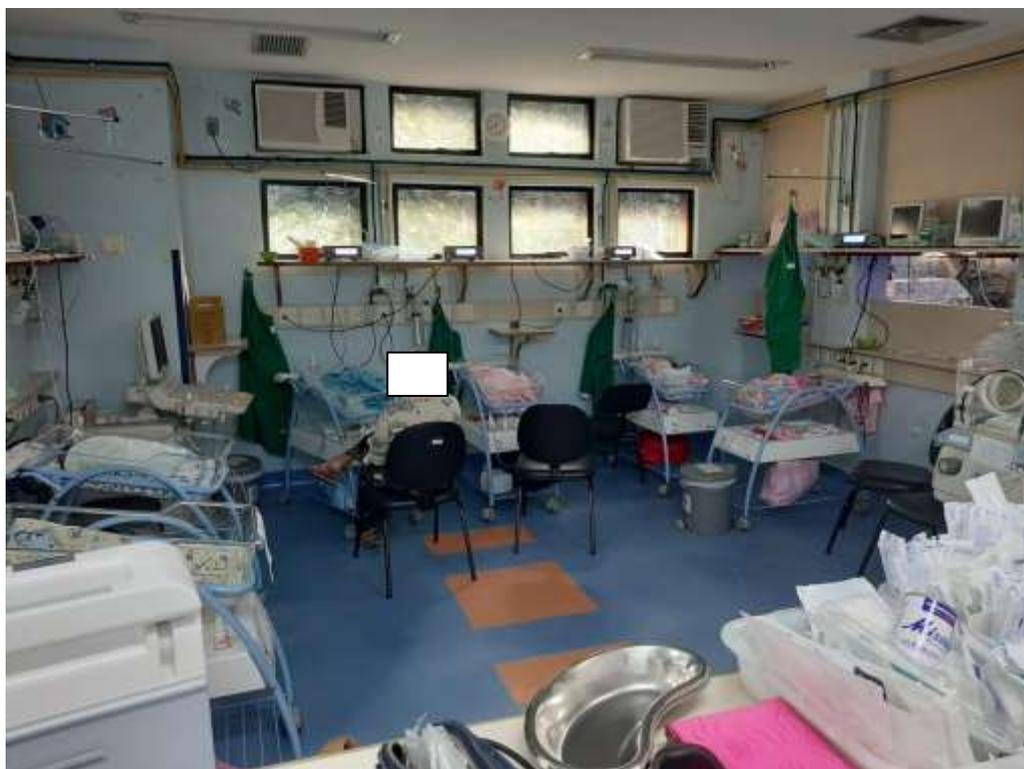
7) Quais os sinais semiológicos manifestados no corpo do RN, que podem caracterizar o desconforto e o conforto em hipotermia terapêutica neonatal?

8) Descreva os cuidados de enfermagem que podem minimizar o desconforto e promover o conforto em hipotermia terapêutica neonatal?

APÊNDICE D – IMAGEM DO CENÁRIO DE PESQUISA: UTIN



Leito preparado para realização da HT, no ambiente da UTI 3.
Fonte: Arquivo pessoal.



Ambiente da UTI 2, durante reforma estrutural, como berçário intermediário.
Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de anuência


 UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONFIDENCIALIDADE
(Este documento pode ser utilizado para fins de divulgação de informações das Instituições Federais)

Declaro para os devidos fins que a(o) UNIDADE DE TRATAMENTO NEURÓLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, sob a interesse e ciência de acordo com a resolução na realização da Pesquisa: **CONSENTO DE CONSENTO EM INTERFERÊNCIA TERAPÊUTICA NEURÓLOGIA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM** sendo eu responsável e autor Fabrice Natália Monteiro Leite e orientador Carlos Roberto Lyra da Silva e não nos opomos que a mesma seja realizada. O projeto só poderá começar após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da HUPE.

Período de coleta dos dados: 01/11/2021 à 30/06/2022 os dados serão coletados por meio de:
 ENTREVISTA QUESTIONÁRIO FICHA OUTROS

RAIHA ALVES PINA Carla Rocha Pinna
 *Nome do responsável da Unidade/Serviço/Disciplina Assinatura Responsável Unidade HUPE/UE RJ
 27/08/2021
 Data

Lucia Helena Wagner Dra. Lucia Helena Wagner
 *Nome do responsável da Unidade/Serviço/Disciplina Assinatura Responsável Unidade HUPE/UE RJ
 27/08/2021
 Data

*Quando o orientador for também responsável pela Unidade/Serviço/Disciplina há neste relação um conflito de interesse. Nestes casos solicitar que este documento seja assinado por um responsável pelo local.

Declaro que me responsabilizo pelo andamento, realização e conclusão do projeto, seguir a resolução 466/12 do CNS bem como as complementares, o compromisso no respeito da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa neste recrutados e comprometendo-me a enviar relatórios a qualquer momento, se o estudo for interrompido o quando da sua conclusão. Comprometo a preservar a privacidade dos participantes e declaro que as informações provenientes da pesquisa serão utilizadas, única e exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a posse e guarda do(a) pesquisador(a) responsável pelo projeto por um período mínimo de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Fabrice Natália Monteiro Leite Fabrice 27/08/2021
 Fabrice Natália Monteiro Leite Assinatura Data
 Pesquisadora

Declaro estar ciente e de acordo com a apresentação do projeto de pesquisa sob minha responsabilidade a ser desenvolvido pelo autor (Se aplicável).

Carlos Roberto Lyra da Silva Carlos 27/08/2021
 Carlos Roberto Lyra da Silva Assinatura Data
 Orientador

VÍNCULO DO PESQUISADOR PRINCIPAL

PROJETO DE
 Graduação Especialização Mestrado Doutorado Outros

Nome da Faculdade/Instituição: Escola de Enfermagem Afonso Pinto/ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

HUPE/UE RJ
 Servidor Contratado Residente Aluno Outros

Serviço/Disciplina: _____ Tel: _____

INSTITUIÇÃO EXTERNA* (PESQUISADOR QUE NÃO TEM VÍNCULO DIRETO COM O HUPE/UE RJ)
 Orientador/Co-orientador do HUPE/UE RJ Indicação da COREP Outros: Mestrando de Enfermagem do PROGER/UNIRIO e Co- residente do programa de curso de residência em Enfermagem Neurológica (2018-2020)
 Serviço/Disciplina: Apresentação e Defesa de Dissertação I e II Tel: 24 99963344
 *Apresentar Declaração de identificação da Instituição a que está vinculado o pesquisador

ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conceito de conforto em hipotermia terapêutica neonatal na perspectiva dos profissionais de enfermagem

Pesquisador: Patrícia Natália Monteiro Leite

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61644521.3.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.980.625

Apresentação do Projeto:

Conforme descrito no projeto detalhado apresentado:

"Considerações Iniciais: A Hipotermia Terapêutica é uma tecnologia inovadora com resultados benéficos ao recém-nascido com Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica, porém é uma técnica que causa desconforto para o bebê e para família. Objetivos: Identificar os possíveis des(confortos) ao recém-nascido na técnica de Hipotermia Terapêutica na opinião dos profissionais de enfermagem; Construir um conceito de conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e analisar o conceito de conforto no tratamento com Hipotermia Terapêutica, a partir das perspectivas dos profissionais de enfermagem. Abordagem Metodológica: Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. O referencial teórico utilizado foi a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e a Teoria do Conceito de Ingetraut Dahlberg. O cenário do estudo será uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público do Rio de Janeiro. A população será profissional de enfermagem ativos da Unidade Neonatal. O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, atendendo as exigências às resoluções 466/2012 e 510/2016. Será emitido um termo de consentimento livre e esclarecido. Daremos início à coleta de dados somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. O instrumento de coleta de dados será um questionário com perguntas abertas e fechadas. Análise quanti-qualitativa de dados por meio do Software Iramuteq onde será ordenado e apresentado em categorias."

Endereço: Av. Pasteur, 238 subseq da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240.

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7726

E-mail: cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.960.625

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1820528.pdf	10/09/2021 12:25:16		Acelto
Brochura Pesquisa	projeto_mestrado_10_09.docx	10/09/2021 12:23:47	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado_Patricia_10_09.pdf	10/09/2021 12:23:22	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_E_TCLE_2021_assinado.pdf	10/09/2021 12:05:22	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Outros	APENDICE_C_INSTRUMENTO_Conceito_conforto_HT.docx	04/09/2021 12:13:29	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Outros	ANEXO_I_Declaracao_de_ciencia_e_confidencialidade.pdf	04/09/2021 12:11:42	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Outros	ANEXO_III_termo_de_ciencia_chefa_medica_do_setor.pdf	04/09/2021 12:09:53	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Declaração de concordância	ANEXO_II_termo_de_ciencia_responsavel_enfermeiro_do_setor.pdf	04/09/2021 12:09:04	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Outros	APENDICE_D_termo_de_compromisso_do_uso_dos_dados.pdf	04/09/2021 12:08:40	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Orçamento	APENDICE_H_orcamento_de_pesquisa.docx	04/09/2021 12:05:57	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	APENDICE_F_Declaracao_de_isencao_de_custos.pdf	04/09/2021 12:04:39	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Declaração de Pesquisadores	APENDICE_G_Carta_De_Apresentacao_PATRICIA.pdf	04/09/2021 12:01:45	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Cronograma	APENDICE_B_cronograma_de_pesquisa.docx	04/09/2021 12:00:00	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Cronograma	ANEXO_IV_declaracao_do_cronograma_e_curriculo.pdf	04/09/2021 11:59:23	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto_patricia.pdf	04/09/2021 11:52:37	Patricia Natália Monteiro Leite	Acelto

Situação do Parecer:

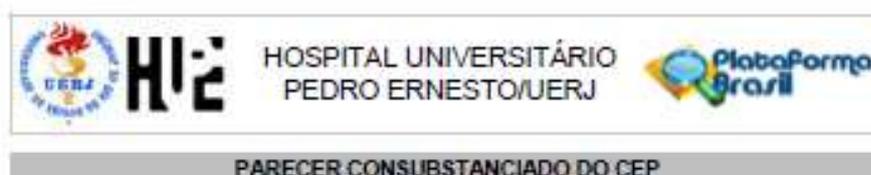
Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Pasteur, 236 subseq da Escola de Nutrição
 Bairro: Urca CEP: 22.290-240
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep@unirio.br

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conceito de conforto em hipotermia terapêutica neonatal na perspectiva dos profissionais de enfermagem

Pesquisador: Patrícia Natália Monteiro Leite

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51644521.3.3001.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.102.740

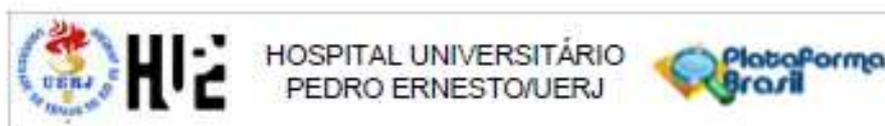
Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICA_DO_PROJETO_1820528.pdf) postada em 10/09/2021 às 12:25:16).

RESUMO

A Hipotermia Terapêutica é uma tecnologia inovadora com resultados benéficos ao recém-nascido com Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica, porém é uma técnica que causa desconforto para o bebê e para família. Objetivos: Identificar os possíveis desconfortos) ao recém nascido na técnica de Hipotermia Terapêutica na opinião dos profissionais de enfermagem; Construir um conceito de conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e analisar o conceito de conforto no tratamento com Hipotermia Terapêutica, a partir das perspectivas dos profissionais de enfermagem. Abordagem Metodológica: Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. O referencial teórico utilizado foi a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e a Teoria do Conceito de Ingetraut Dahiberg. O cenário do estudo será uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público do Rio de Janeiro. A população será profissional de enfermagem ativos da Unidade Neonatal. O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, atendendo as exigências às resoluções 466/2012 e 510/2016. Será emitido um termo de

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePaM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2ª andar/ala nº 20 - prédio
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.561-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2566-0250 E-mail: cep@hupc.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.102.740

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Novembro de 2021

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CefpeM - Centro de Pesquisas Clínicas Multisusúrio - 2ª andar sala nº 28 - prédio
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.561-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefones: (21) 2566-0253 E-mail: cep@hupc.uerj.br