

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* – ATENÇÃO À SAÚDE

FLÁVIA DA VEIGA UED

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM *BUNDLE* SOBRE O CONTROLE TÉRMICO DE
RECÉM-NASCIDOS < 34 SEMANAS NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

UBERABA

2022

FLÁVIA DA VEIGA UED

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM BUNDLE SOBRE O CONTROLE TÉRMICO
DE RECÉM-NASCIDOS < 34 SEMANAS NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação *stricto sensu* em atenção à saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: o trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo temático: organização e avaliação dos serviços de saúde.

Orientadora: Divanice Contim.

UBERABA

2022

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

Catálogo na fonte:

Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

U23c Ued, Flávia da Veiga
Construção e validação de um bundle sobre o controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas no transporte intra-hospitalar / Flávia da Veiga Ued. -- 2022.
53 f. : il., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2022
Orientadora: Profa. Dra. Divanice Contim

1. Recém-nascido prematuro. 2. Regulação da temperatura corporal. 3. Hipotermia. 4. Transporte de pacientes. 5. Temperatura. I. Contim, Divanice. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 612.648

FLÁVIA DA VEIGA UED

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM BUNDLE SOBRE O CONTROLE TÉRMICO
DE RECÉM-NASCIDOS < 34 SEMANAS NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação *stricto sensu* em atenção à saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: o trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo temático: organização e avaliação dos serviços de saúde.

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Divanice Contim - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Luciana Mara Monti Fonseca
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Dedico essa dissertação a
todos os recém-nascidos <34 semanas que irão passar pela situação do transporte intra-hospitalar, aos seus familiares e a todos os profissionais de saúde envolvidos que se preocupam em fazer o melhor na sua assistência.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** que me proporcionou várias riquezas na vida, como sabedoria e saúde, que me permitiram chegar até aqui, estudando a área que tanto gosto.

À **Profa. Dra. Divanice Contim** pela orientação para desenvolver este trabalho que irá favorecer à tantos. Pela parceria e acolhimento desde a graduação, sempre me dando o maior apoio mesmo quando as coisas não iam bem. Acalmando meu coração. Por toda reunião com muita troca de conhecimento, pelos trabalhos juntas e por todo carinho.

À **Enf. Maria Paula Custódio Silva** que reunia para tirar qualquer dúvida, sempre disponível, ajudando com tantos ensinamentos, dando forças para continuar a jornada do mestrado, além da amizade e risadas do dia-a-dia.

À **Enf. Cinthia Lorena Silva Barbosa Teixeira** que desde o primeiro dia foi minha dupla, me acalmando, salvando e incentivando. Por acreditar em mim e pela amizade.

Aos Doutores e Mestres participantes do estudo, por acreditarem nesse trabalho e pelas sugestões valiosas me fazendo ver além do habitual.

Às **Profs. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz, Dra. Jesislei Bonolo do Amaral Rocha e Dra. Bethânia Ferreira Goulart** que desde o início acreditaram em mim e proporcionaram tanta troca de conhecimentos válidos para a vida toda.

À **minha mãe Helenice** que sempre esteve presente, me dando todo o suporte e forças, por acreditar em mim e nos meus estudos.

Aos meus irmãos Fábio e Fernando por estarem ao meu lado, me apoiando e incentivando para que eu conseguisse concluir este trabalho.

À **Dra. Débora Martins** que me acalmava com suas palavras, me dando dicas e conselhos e me fazendo enxergar sempre o melhor por trás de tudo.

À **Universidade Federal do Triângulo Mineiro e ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde** pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal e de realizar este estudo.

À **Daniele Cristina Marques Machado e ao Fábio Renato Barboza** que tanto torceram por mim, pela disponibilidade, pelos comunicados, por salvar a mim e a turma tantas vezes... E pela parceria desde antes do mestrado.

Aos colegas de turma do mestrado pelas trocas de conhecimento e pela amizade virtual.

À **minha família** que sempre esteve na torcida durante todos meus estudos.

Ao Pablo pelo apoio, por tornar tudo mais leve e pela caminhada juntos.

Aos meus amigos Luana, Lucas, Luís Guilherme, Breno, Rodrigo, Carolina e Gabriela por estarem ao meu lado acreditando no meu potencial, pela parceria e amizade.

Aos meus amigos do Mário Palmério Hospital Universitário: Letícia, Roberta, Ítalo, Carolina, Ana Carolina, Denise, Maytha e Dr. Galvani, por acreditarem em mim e possibilitar que eu continuasse estudando e trabalhando.

Às Enfermeiras do CTI Infantil do Mário Palmério, Kelly Marçal, Daniela Sousa, Danielle Vizinha, Sara Hellen, Aloma, Rita de Cassia, Maria Paula, Kelly Paixão, Mariana e Julia pelo apoio e disponibilidade, por fazerem o melhor pelos pequenos internados.

Às equipes de técnicas de enfermagem, médicos, fonoterapeutas e fisioterapeutas do CTI Infantil do Mário Palmério, por estarem comigo e pelo trabalho em equipe.

A todos os recém-nascidos prematuros e suas famílias, pela inspiração.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão deste trabalho.

Muito obrigada!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

VEIGA-UED, F. Construção e validação de um *bundle* sobre o controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas no transporte intra-hospitalar. 2022, 53. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde). Uberaba/MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2022.

RESUMO

A mortalidade neonatal é um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde define como prematuro aqueles que nascem antes das 37 semanas de idade gestacional. Esses necessitam de uma assistência direta e vigilância rigorosa, e são encaminhados às unidades de terapia intensiva neonatal, quando necessário, e transportados para unidades neonatais. Durante o trajeto pode acontecer perda de calor e as consequências da hipotermia são graves, desse modo o estudo objetivou construir um *bundle* sobre controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas durante o transporte intra-hospitalar. Trata-se de uma pesquisa metodológica, desenvolvida em três etapas no período de abril a dezembro de 2021: revisão da produção científica, construção do instrumento com diretrizes para o cuidado e validação de conteúdo do *bundle*. Na primeira e segunda etapa realizou-se uma *Scoping Review* para mapear o tema. A busca foi realizada em seis bases de dados e foram incluídos 96 artigos. Os dados analisados para construção da primeira versão do *bundle*, a qual foi dividida em três domínios: sala de parto, transporte, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional, com cinco itens em cada, totalizando 15 itens na primeira rodada. Na terceira etapa a primeira versão do *bundle* foi validada na modalidade online, via plataforma Google Formulários, contendo dados de identificação e o *bundle* avaliado com base na escala tipo *Likert*. Os participantes foram 15 enfermeiros e médicos juízes selecionados conforme os critérios propostos por Fehring. Ao finalizar a primeira rodada, algumas sugestões enviadas foram levadas em consideração e a partir disso, foi criada a segunda rodada do *bundle*, que resultou na versão final com 18 itens. A concordância entre os juízes foi analisada a partir do Índice de Validade de Conteúdo e do Alfa de *Conbrach* acima de 80%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As contribuições deste estudo permitem que o profissional siga as etapas de maneira mais segura e eficiente, tendo como resultado a qualidade da assistência e manutenção dos cuidados.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro. Regulação da temperatura corporal. Temperatura. Hipotermia. Transporte de pacientes.

VEIGA-UED, F. Construction and validation of a bundle on the thermal control of newborns < 34 weeks in in-hospital transport. 2022, 53. Dissertation (Master of Health Care). Uberaba/MG: Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2022.

ABSTRACT

Neonatal mortality is a public health problem. The World Health Organization defines as premature those who are born before 37 weeks of gestational age. These require direct assistance and strict surveillance, and are referred to neonatal intensive care units, when necessary, and transported to neonatal units. During the journey, heat loss can occur and the consequences of hypothermia are serious, so the study aimed to build a bundle on thermal control of newborns < 34 weeks during in-hospital transport. This is a methodological research, developed in three stages from April to December 2021: review of scientific production, construction of the instrument with guidelines for care and validation of bundle content. In the first and second stages, a Scoping Review was carried out to map the theme. The search was performed in six databases and 96 articles were included. The data analyzed for the construction of the first version of the bundle, which was divided into three domains: delivery room, transport, Neonatal Intensive Care Unit/Conventional Neonatal Intermediate Care Unit, with five items in each, totaling 15 items in the first round. In the third step, the first version of the bundle was validated online, via the Google Forms platform, containing identification data and the bundle evaluated based on the Likert-type scale. The participants were 15 nurses and doctors who were judges selected according to the criteria proposed by Fehring. At the end of the first round, some suggestions sent were taken into account and from that, the second round of the bundle was created, which resulted in the final version with 18 items. The agreement between the judges was analyzed using the Content Validity Index and Cronbach's Alpha above 80%. The study was approved by the Research Ethics Committee. The contributions of this study allow the professional to follow the steps more safely and efficiently, resulting in the quality of care and maintenance of care.

Keywords: Premature newborn. Regulation of body temperature. Temperature. Hypothermia. Patient transport.

VEIGA-UED, F. Construcción y validación de un *bundle* sobre el control a térmico de recién nacidos < 34 semanas en transporte hospitalario. 2022, 53. Disertación (Master de cuidado de la salud). Uberaba/MG: Universidade Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2022.

RESUMEN

La mortalidad neonatal es un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud define como prematuros a los que nacen antes de las 37 semanas de edad gestacional. Estos requieren asistencia directa y vigilancia estricta, y son derivados a unidades de cuidados intensivos neonatales, cuando sea necesario, y transportados a unidades neonatales. Durante el viaje, puede ocurrir pérdida de calor y las consecuencias de la hipotermia son graves, por lo que el estudio tuvo como objetivo construir un paquete sobre el control térmico de los recién nacidos < 34 semanas durante el transporte hospitalario. Se trata de una investigación metodológica, desarrollada en tres etapas de abril a diciembre de 2021: revisión de la producción científica, construcción del instrumento con orientaciones de atención y validación del contenido del Bundle. En la primera y segunda etapa, se realizó un Scoping Review para mapear el tema. La búsqueda se realizó en seis bases de datos y se incluyeron 96 artículos. Los datos analizados para la construcción de la primera versión del Bundle, que se dividió en tres dominios: sala de parto, transporte, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales/Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales Convencionales, con cinco ítems en cada uno, totalizando 15 ítems en la primera ronda. En la tercera etapa, se validó en línea la primera versión del Bundle, a través de la plataforma Google Forms, que contiene los datos de identificación y se evaluó el Bundle con base en la escala tipo Likert. Los participantes fueron 15 enfermeros y médicos que fueron jueces seleccionados según los criterios propuestos por Fehring. Al final de la primera ronda, se tomaron en cuenta algunas sugerencias enviadas y a partir de ahí se creó la segunda ronda del Bundle, que resultó en la versión final con 18 ítems. La concordancia entre los jueces se analizó mediante el Índice de Validez de Contenido y Alpha de Conbrach por encima del 80%. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Las contribuciones de este estudio permiten al profesional seguir los pasos de manera más segura y eficiente, lo que resulta en la calidad de la atención y el mantenimiento de la atención.

Palabras clave: Recién nacido prematuro. Regulación de la temperatura corporal. Temperatura. Hipotermia. Transporte de pacientes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Primeira rodada de validação de conteúdo do *bundle* sobre o controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas no transporte intra-hospitalar, Uberaba, MG, Brasil, 2022..... **29**

Tabela 2 – Segunda rodada de validação de conteúdo do *bundle* sobre o controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas no transporte intra-hospitalar, Uberaba, MG, Brasil, 2022..... **32**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cuidados citados nos 96 artigos incluídos na <i>Scoping Review</i>	28
Quadro 2 – Sugestões dos juízes na primeira rodada de validação.	30

LISTA DE SIGLAS

RN - Recém-nascido

BPN - Baixo peso ao nascer

SUS - Sistema Único de Saúde

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

RNPT - Recém-nascido pré-termo

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

TRIPS - *Transport Risk Index of Physiological Stability*

ERTIH-NEO - Escore de Risco para o Transporte Intra-Hospitalar Neonatal

SNAP II - Escore para o Estado Neonatal Grave

CRIB - Índice de Risco Clínico para Bebês

PRISMA- ScR - *Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

PCC- *Participants, concept e context*

Pubmed - *National Library of Medicine*

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde (BVS),

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

SCOPUS - *Scopus Info Site*

MeSH- *Medical Subject Headings*

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

UCINCo - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HTML - *HyperText Markup Language*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

CDC- *Center for Disease Control and Prevention*

IHAC - *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
3.1 HIPOTERMIA.....	19
3.2 CUIDADOS PARA TRANSPORTAR.....	19
3.3 INSTRUMENTOS NEONATAIS.....	20
4 OBJETIVOS	23
4.1 GERAL.....	23
4.2 ESPECÍFICOS.....	23
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	24
5.2 LOCAL DA PESQUISA.....	24
5.3 POPULAÇÃO A SER ESTUDADA.....	24
5.3.1 Número de participantes da pesquisa.....	24
5.3.2 Critério de inclusão.....	24
5.3.3 Critério de exclusão.....	25
5.4 COLETA DE DADOS.....	25
5.4.1 Procedimentos para atingir objetivo 1 e 2.....	25
5.4.2 Procedimentos para atingir objetivo 3.....	26
5.5 ARMAZENAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	26
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
6 RESULTADOS.....	28
7 DISCUSSÃO.....	34
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	41
9 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
ANEXO A – Parecer do CEP.....	53
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	54

1 INTRODUÇÃO

As condições de vida e socioeconômicas, o acesso aos serviços de saúde e os recursos disponíveis à saúde materna e infantil podem ser refletidas por meio de um importante indicador de saúde: a mortalidade infantil (PICOLI, CAZOLA, NASCIMENTO, 2019). A mortalidade infantil representa os óbitos em menores de um ano, nesse contexto tem-se a mortalidade neonatal que corresponde ao risco estimado de um bebê morrer até os 27 dias de vida, sendo dividida em mortalidade precoce de zero a seis dias e a tardia de sete a 27 dias de vida (BERNARDINO et.al, 2021).

A mortalidade neonatal é um problema de saúde pública e reflete a qualidade dos serviços de saúde ofertados à mãe e ao recém-nascido (RN) (BERNARDINO et.al, 2021). Os fatores que envolvem esses casos devem ser avaliados continuamente com a intenção de trazer melhorias, qualidade de vida e redução da mortalidade (UNICEF, 2017). A Organização Mundial da Saúde define baixo peso ao nascer (BPN) como todo nascido vivo com menos de 2500g e prematuro aqueles que nascem antes das 37 semanas de idade gestacional (WHO, 2013).

Os nascimentos ocorridos da 34^a e 36^a semana gestacional são denominados de pré-termo tardio, e os abaixo da 34^a são considerados de alto risco, exigindo uma atenção diferenciada (AYRES, et al., 2021). E a prematuridade leva a um maior risco de infecções, retardo de crescimento e déficit neuropsicológico podendo ter repercussão na vida adulta (BRANDI et al., 2020).

Os óbitos infantis são mais próximos ao nascimento, e suas principais causas estão relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e ao RN e podem ser evitáveis por meio de ações efetivas dos serviços de saúde (KALE et al., 2021). Políticas sociais intersetoriais, como de saúde materno-infantil, como o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento e o Método Canguru e a universalização da assistência com o Sistema Único de Saúde (SUS) contribuem para a queda da mortalidade neonatal (LEAL et al., 2018; BRASIL, 2019; MALTA et al., 2019).

Entre 2013 e 2016, no Brasil, foram registrados 105.106 óbitos neonatais (26.276/ano) (BRASIL, 2019). As principais causas de óbitos, são a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intraparto, as infecções perinatais e os fatores maternos. Desses se destacam três: prematuridade, asfixia perinatal e infecções neonatais (FRANÇA et al., 2017).

Os prematuros necessitam de uma assistência direta e vigilância rigorosa, sendo, então, encaminhados às unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) quando necessário. A fragilidade do RN exige que a hospitalização do neonato prematuro logo após o nascimento, a internação permite a sobrevida e evita a ocorrência de sequelas à longo prazo (SILVA et al., 2016).

São mais frequentemente encaminhados para internação em UTIN RNS com características de prematuridade, baixo peso ao nascer, alterações respiratórias, más-formações congênitas, entre outros. Esses bebês são classificados como graves e exigem assistência delicados, e isso faz com que os cuidados com o transporte nos primeiros minutos de vida sejam valiosos, sendo considerados extensão dos cuidados realizados na UTIN (NASCIMENTO et al., 2020; BRASIL, 2017).

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo surgiu da experiência da pesquisadora como enfermeira da UTIN de um hospital de alto risco, sendo referência como materno-infantil, atuando na assistência a recém-nascidos de média e alta complexidade junto a uma equipe multiprofissional, como médicos pediátricos intensivistas ou neonatais, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, cirurgias pediátricas, fonoaudiólogas, psicólogos, serviço social, farmácia clínica e nutrição.

Durante a assistência, percebeu-se que os RN transportados do centro obstétrico até a UTIN chegavam em sua maioria, fora da temperatura recomendada, alterando todo o padrão fisiológico do bebê.

Uma vez que a manutenção da temperatura é fundamental para reduzir a morbidade e mortalidade de RN termos e prematuros, torna-se necessário a criação de um pacote de cuidados que confirmem segurança e melhoria na qualidade da assistência de enfermagem prestada em relação a termorregulação durante o transporte intra-hospitalar.

Além disso, após revisão da literatura, foi possível notar que assuntos como transporte intra-hospitalar para neonatos são limitados, e quando relacionados à temperatura a produção científica é ainda menor.

Sendo assim, considerando esses aspectos e visando a resolutividade e redução da morbimortalidade neonatal, pergunta-se: Quais são os cuidados prioritários sobre o controle térmico de RNPT durante o transporte intra-hospitalar que devem ser incluídas em um *Bundle*?

3 FUNDAMENTAÇÃO TÉORICA

Após o nascimento é necessário transportar o RN do centro obstétrico ou cirúrgico para outras unidades de cuidado intra-hospitalar, os estáveis para o alojamento conjunto e os instáveis para unidades neonatais. Durante esse transporte pode acontecer perda de calor por radiação, convecção, evaporação ou condução, sendo necessária avaliação constante da temperatura para que se possa implementar os cuidados adequados do nascimento à admissão (PINTO, 2017).

Para a redução da mortalidade neonatal por causas evitáveis e das sequelas que podem comprometer o RN, é importante que receba atenção adequada e resolutiva. A hipotermia é um fator considerado evitável, e frequentemente acomete os neonatos devido a pequena superfície corporal, o que viabiliza com mais facilidade a perda da temperatura corpórea (BRASIL, 2017; KALE et al., 2021).

3.1 HIPOTERMIA

Considera-se hipotermia valores abaixo de 36,5°C e pode ser classificada em: hipotermia leve (36,4 a 36,0 °C), hipotermia moderada (35,9 e 32,0°C) e hipotermia grave (menor que 32,0°C). Quando se há queda de 1°C da temperatura corporal do RN há um aumento de 28% na mortalidade neonatal (CORDEIRO et al., 2021; FIOCRUZ, 2018).

As consequências da hipotermia são graves, pois levam à diminuição da produção de surfactante e aumento do consumo de oxigênio, causando redução das reservas calóricas e contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento de insuficiência respiratória. Uma vez instalada hipotermia grave, podem ocorrer: hipotensão, bradicardia, respiração irregular, diminuição de atividade, sucção débil, diminuição de reflexos, náuseas e vômitos, acidose metabólica, hipoglicemia, hipercalemia, azotemia, oligúria e, algumas vezes, sangramento generalizado, hemorragia pulmonar e óbito (SOARES et al., 2020; BRASIL, 2014).

No Recém-nascido pré-termo (RNPT), o maior risco de hipotermia se justifica por desequilíbrio entre os mecanismos de produção e eliminação do calor, com aumento nas perdas e limitação na produção. A quantidade de gordura do pré-termo é reduzida, e nos menores de 34 semanas é praticamente inexistente, limitando os mecanismos de controle da temperatura corporal, ou seja, por essas razões fisiológicas, a idade gestacional influencia no risco hipotermia e todas suas consequências (FIOCRUZ, 2018; BRASIL, 2014).

Para evitar que o RN perca calor, a temperatura da sala de parto deve estar adequada, ligar a fonte de calor radiante antes do nascimento e pré-aquecer os campos onde será recepcionado. O ambiente térmico é fundamental para manter a temperatura corporal do RN estável, pois assim fornecerá condições adequadas para garantir o mínimo de gasto metabólico (WEINER, 2016).

Para o RNPT, quando possível, deve ser assegurado o contato a pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida. Quando apresentam instabilidade deve-se seguir atendimento conforme necessário e manter aquecimento por meio de dispositivos, como berço aquecido e incubadora. Utilizar barreiras contra a perda de calor como touca de algodão dupla, cobertura oclusiva com filme de polietileno, saco plástico e colchão térmico. No transporte recomenda-se a incubadora de transporte de parede dupla com a temperatura regulada de acordo com o peso do RN (BRASIL, 2014).

3.2 CUIDADOS PARA TRANSPORTAR

Os cuidados antes do transporte são importantes para o sucesso da continuidade da assistência, e podem diminuir a mortalidade, melhorar o estado neonatal a respeito da temperatura, glicemia, oxigenação e pressão arterial. A equipe para o transporte deverá ser composta por médico neonatologista ou pediatra, enfermeiro e se possível o fisioterapeuta, onde todos possuam treinamento para atender RNPT críticos. Para um bom atendimento no transporte intra-hospitalar é necessário planejamento e atuação organizada da equipe multiprofissional e escolha de equipamentos adequados. (BRASIL, 2017; PINTO 2017).

O enfermeiro tem como função no transporte neonatal desde o momento do preparo do RN, organização e checagem de equipamentos, materiais, incubadora de transporte e assistência direta de enfermagem até à unidade de destino (PINTO, 2017). Enquanto integrante da equipe multiprofissional, o enfermeiro realiza comunicação com setor de destino, realização de cuidados diretos ao RN grave, e supervisiona o trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo essas duas últimas atividades privativas do enfermeiro conforme a Lei 7498/86 (BRASIL, 2017).

O médico verifica juntamente com o enfermeiro as condições de transporte do RN, indica o local para a permanência do RN após o nascimento, podendo ser o alojamento conjunto, unidade de cuidado intermediário neonatal ou unidade de terapia intensiva neonatal. Entra em contato com o setor de destino e passa o caso para que a unidade possa se preparar, acompanha todo o transporte e dá suporte à assistência (BRASIL, 2017).

3.3 INSTRUMENTOS NEONATAIS

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda a utilização de instrumentos de risco do transporte para o RN, sendo o mais conhecido e utilizado escore para avaliação do risco do transporte neonatal o Índice de Risco para a Estabilidade Fisiológica no Transporte, sendo a tradução de *Transport Risk Index of Physiological Stability* (TRIPS). Este é um instrumento recomendado para utilização antes e após cada procedimento de transferência. Desenvolvido pela *Canadian Neonatal Network* que avalia e pontua algumas condições clínicas do RN e trazem o grau de risco do transporte (FIOCRUZ, 2019).

Esse instrumento não é utilizado para decidir o transporte ou não, e sim para saber, na recepção do RN, que dependendo da pontuação x, y ou z, qual é a chance de ele ter óbito nos próximos dias ou algumas complicações. Ele indica a temperatura, a pressão arterial, o estado neurológico e a condição respiratória (FIOCRUZ, 2019).

O TRIPS varia de 0 a 65 e um valor de diferença maior do que 10 no escore final do transporte está associado a maior índice de mortalidade e de hemorragia intraventricular grave no RN de risco (LEE et al., 2001). Existem outros instrumentos de avaliação do risco do transporte neonatal. Como o Escore de Risco para o Transporte Intra-Hospitalar Neonatal (ERTIH-NEO) sendo similar ao TRIPS, mas que também avalia idade gestacional do RN, temperatura, doenças de base, destino do paciente e tipo de suporte ventilatório (BRASIL, 2019).

Alguns instrumentos foram validados para avaliar a gravidade neonatal de forma geral, como por exemplo, Escore para o Estado Neonatal Grave (SNAP II), Índice de Risco Clínico para Bebês (CRIB), Escore de Status Neonatal, Escore de Estabilização de Alberta, além do Escore de Transporte de Hermansen (ROMANZEIRA, SARINHO, 2017).

Visto que a avaliação da temperatura está presente nos instrumentos, deve-se levar em consideração que no momento da admissão, ela é fator de risco para óbito, principalmente nos RNPT e é considerada indicador de qualidade dos serviços (BRASIL, 2014). O monitoramento e a manutenção da temperatura, devem ser prioridades da equipe de saúde e a temperatura da sala de parto até a unidade de destino deve ser avaliada rigorosamente para evitar a ocorrência de hipotermia e complicações hemodinâmicas em decorrência desse sintoma.

Para a promoção da assistência à saúde com estratégias seguras e com vistas à prevenção de incidentes deve-se propor e utilizar ações para dar norte às equipes. Os profissionais que estão presentes no processo assistencial, estão sujeitos à falhas, e por isso, se faz necessário que eles tenham métodos para contribuir na identificação dos riscos e promover qualidade de condutas. Para isso existem instrumentos como checklist ou lista de checagem, *bundles* e vídeos educativos, que auxiliam nesse momento de cuidados ao paciente (AMAYA et al., 2017).

A elaboração e implementação de *bundle* favorecem a redução de custos dos serviços de saúde, podem diminuir o estresse da equipe durante a assistência e colaboram para maior qualidade na assistência (OLIVEIRA, et al., 2019). Os *bundles* são utilizados na prática clínica em forma de pacote ou conjunto de intervenções, formados por um pequeno grupo de cuidados específicos, ou seja, um pacote de medidas preventivas baseado em evidências científicas com o objetivo de melhorar a assistência (MANZO, et al., 2018).

Esses cuidados são essenciais para a segurança do paciente e quando aplicados juntos geram resultados significativamente melhores. Quando bem utilizado pela equipe, contribui de forma considerável nos resultados pretendidos (CURAN, ROSSETTO, 2017). O *bundle* foi construído devido preocupação com a segurança do paciente e para que os profissionais de

saúde tenham mais conhecimento para a realização do procedimento, melhorando os cuidados (SILVA, 2017).

Com intuito de disponibilizar orientações práticas e objetivas para o controle térmico de recém-nascido termos e prematuros durante o transporte intra-hospitalar o presente estudo propõe elaborar um *bundle*, que consiste em um pequeno conjunto de intervenções, com cuidados específicos, que quando utilizados juntos conferem melhorias na assistência à saúde e garantem a segurança do paciente (SILVA et al., 2019).

Essa padronização pode ser usada por equipes multidisciplinares, sendo de responsabilidade de uma pessoa ou de uma equipe por um período, diferentemente de um checklist, que pode ser fragmentado e realizado por várias pessoas (CDC, 2011).

A seleção dos elementos de pacotes de intervenções deve considerar custo, facilidade de implementação e aderência a essas ações. O sucesso da implementação depende de que todas as medidas sejam executadas conjuntamente, sem que haja fragmentação das etapas (SILVA et al., 2019).

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Construir e validar um *bundle* sobre controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas durante o transporte intra-hospitalar.

4.2 ESPECÍFICOS

- a) Mapear as produções científicas referentes ao controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas durante o transporte intra-hospitalar.
- b) Construir um *bundle* sobre o controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas durante o transporte intra-hospitalar.
- c) Validar o conteúdo do *bundle* sobre o controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas durante o transporte intra-hospitalar junto a especialistas.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa metodológica, com foco no desenvolvimento, na avaliação e no aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas (POLIT; BECK, 2019). Desenvolvida em três etapas: revisão da produção científica, construção do instrumento com diretrizes para o cuidado e validação de conteúdo do *bundle*.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

O *bundle* foi validado na modalidade online (ambiente virtual), via plataforma Google Formulários. O Google Formulários é um aplicativo de administração de pesquisas incluído no pacote do escritório do Google Drive, juntamente com o Google Docs, o Google Sheets e o Google Slides, pode-se coletar e organizar informações em pequena ou grande quantidade de maneira gratuita. O link do formulário será encaminhado por e-mail aos juízes.

5.3 POPULAÇÃO A SER ESTUDADA

Os especialistas foram enfermeiros e médicos selecionados conforme os critérios propostos por Fehring (1987). A seleção foi por meio de uma busca na Plataforma Lattes do website do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

5.3.1 Número de participantes da pesquisa

Foram convidados 30 enfermeiros e médicos de acordo com os critérios de inclusão, destes 15 retornaram o instrumento preenchido na primeira rodada de avaliação. Na segunda rodada, foi enviado o convite para os 15 participantes, 14 deram retorno após três tentativas. A literatura recomenda de seis a 20 juízes e um mínimo de três indivíduos por grupo profissional (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995).

5.3.2 Critério de inclusão

A seleção dos juízes enfermeiros e médicos na validação de conteúdo seguiu os critérios propostos por Fehring (1987): titulação de mestre em enfermagem (4 pontos), titulação de mestre em enfermagem com dissertação na área de interesse do estudo (1 ponto), tese de doutorado na área de estudo (2 pontos), prática clínica de pelo menos um ano na área de interesse (1 ponto), certificado de prática clínica (especialização) na área de interesse do estudo (2 pontos), publicação relevante para a área de interesse (2 pontos), e publicação de artigo sobre o tema em periódico de referência (2 pontos). Selecionou-se o participante que atingiu o mínimo de cinco pontos e possuía mestrado concluído.

O prazo estabelecido para retorno do instrumento foi de 15 dias úteis.

5.3.3 Critério de exclusão

Não houve critérios de exclusão. Não foram inclusos especialistas que não responderam ao questionário após 3 tentativas de contato ou que não responderam no tempo estipulado para o retorno.

5.4 COLETA DE DADOS

5.4.1 Procedimentos para atingir o objetivo 1 e 2

Realizou-se uma *Scoping Review* com base no método proposto pelo *Joanna Briggs Institute, Reviewers Manual* e no fluxograma internacional *Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist* (PETERS et al., 2020).

A estratégia *participants, concept e context (PCC)* foi utilizada para construção da questão de pesquisa: Quais os cuidados para manutenção da temperatura do recém-nascido pré-termo no transporte intra-hospitalar, em que P (participantes) – recém-nascido pré-termo, C (conceito) – manutenção da temperatura e C (contexto) – transporte intra-hospitalar.

A busca na literatura dos estudos foi realizada nas bases de dados: *National Library of Medicine (Pubmed)*, *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Scopus Info Site (SCOPUS)*, *Cochrane*, *Web of Science* e busca manuais de artigos dos artigos levantados. De acordo com o *Medical Subject Headings (MeSH)*, foram empregados os seguintes descritores: *Infant, Premature, Body Temperature Regulation, Temperature, Hypothermia, Transportation of Patients*. Já os Descritores em

Ciências da Saúde (DeCS) foram: Recém-nascido prematuro, Regulação da temperatura corporal, Temperatura, Hipotermia, Transporte de pacientes.

Foram incluídos estudos primários que continham ao menos um cuidado para sobre os cuidados na manutenção da temperatura do recém-nascido < 34 semanas extraídos e excluídos artigos do tipo opinião de especialistas, carta ao editor, relato de caso, série de casos. O levantamento foi realizado no mês de abril de 2021 e os resultados obtidos foram revisados por dois pesquisadores de forma independente.

Mediante o levantamento, foram identificados 96 artigos com dados mais relevantes para o cuidado no controle térmico durante o transporte intra-hospitalar do RNPT. Esses dados foram extraídos para uma planilha em formato Excel e analisados para construção da primeira versão do *bundle*, a qual foi dividida em três domínios: sala de parto, transporte, UTIN/Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), com cinco itens em cada, totalizando 15 itens na primeira rodada.

5.4.2. Procedimentos para atingir o objetivo 3

Os participantes foram contactados por e-mail, onde foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e oferecidas as informações pertinentes.

A anuência foi dada após o entrevistado preencher umas das alternativas: “Eu fui informado sobre o que o pesquisador está fazendo e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto” ou “Não concordo em participar”. Após consentimento, o participante conseguia dar andamento na entrevista através do link enviado diretamente.

O instrumento contendo o *bundle* foi desenvolvido em padrão *HyperText Markup Language* (HTML) no Google Formulários para ser preenchido via web, a saber:

Parte I - Identificação pessoal e profissional: idade, sexo, profissão, especialização, instituição em que trabalha e setor de trabalho.

Parte II – O *bundle* foi avaliado com base na escala tipo *Likert*, onde cada item teve cinco possibilidades de resposta, para as ponderações: discordo totalmente, discordo parcialmente, concordo, concordo parcialmente e concordo totalmente. As sugestões e alterações foram incorporadas em um campo em branco.

Ao finalizar a primeira rodada, algumas sugestões enviadas foram levadas em consideração e a partir disso, foi criada a segunda rodada do *bundle*, tendo 18

possibilidades de respostas, onde foram realizados novamente os procedimentos descritos anteriormente.

5.5 ARMAZENAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados do Google Forms foram importados e armazenados em um banco de dados no formato Excel®, por dupla entrada para posterior validação. Em seguida foram importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 para o processamento e análise. Após importação para o SPSS os dados de identificação foram submetidos a estatística descritiva para análise da frequência e porcentagem, medidas de posição (média e mediana) e variabilidade (desvio padrão).

A concordância entre os juízes foi analisada a partir do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e do Alfa de *Conbrach* acima de 80% (POLIT; BECK, 2019).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/12 e CNS 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que discorre sobre a pesquisa que envolve Seres Humanos em ambientes virtuais, e em especial refere-se à autonomia, anonimato, sigilo, beneficência, não maleficência e justiça social. Foi garantido ao participante, o anonimato, o direito de voluntariedade e desistência em qualquer momento ou etapa da pesquisa (BRASIL, 2014).

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre questões referentes ao anonimato, respeito e proteção sobre às informações despendidas ao participarem do estudo. Quanto aos riscos foram orientados quanto à possibilidade de sentir algum desconforto relacionado a sua participação. Quanto aos benefícios os participantes foram orientados quanto à sua colaboração no que diz respeito a novas perspectivas para o aprimoramento do controle término de recém-nascidos < 34 semanas no transporte intra-hospitalar. Em relação ao monitoramento e segurança dos dados coletados, estes serão somente manipulados pela pesquisadora e orientadora, com o sigilo das informações e armazenados em arquivos eletrônicos por um período de cinco anos e depois serão deletados. O projeto foi registrado na Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 40339620.8.0000.8667 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM 4.940.416 (ANEXO A).

6 RESULTADOS

Dos 1701 artigos levantados na revisão de escopo, foram incluídos 96 que tinham pelo menos um cuidado para prevenção de hipotermia que estão apresentados na Quadro 1.

Quadro 1 - Cuidados citados nos 96 artigos incluídos na *Scoping Review*.

CUIDADOS	Quantidade de artigos que citaram
	%
Envoltório de polietileno	44,79
Contato pele a pele/método canguru	18,75
Cuidados com a temperatura na sala de parto/lâmpadas de aquecimento/sala de parto aquecida	14,58
Colchão de aquecimento térmico	14,58
Incubadoras	12,5
Cama de reanimação pré-aquecida (aquecedor radiante servo-controlado)	8,33
Monitoramento de temperatura	7,29
Cobertor de aquecimento	5,20
Cuidados com a secagem da pele	4,16
Gorros	4,16
Amamentação - aleitamento precoce/hora de ouro	3,12
Cuidados com o Banho - adiamento do banho	3,12
Hipotermia terapêutica	1,04
Alimentação com fórmula à temperatura ambiente	1,04
Flectalon: teia de fibras de policloreto de vinilo aluminizado	1,04
Pacotes de aquecimento químico	1,04
Roupa de polietileno com capuz	1,04
Aumento da temperatura do berço antes da chegada do RN	1,04
Toalhas aquecidas	1,04
Touca de polietileno	1,04
Manta pré-aquecida de Blanketrol II	1,04

Chapéus forrados de poliuretano	1,04
Educação / conscientização da equipe sobre temperatura	1,04
Protocolo de termorregulação	1,04
Colchão de gel	1,04
Gases úmidos quentes em reanimação	1,04
Bolsas de água quente	1,04
Tampa dupla (malha de plástico e algodão)	1,04

Participaram da primeira rodada de validação de conteúdo 15 juízes, sendo nove enfermeiros e seis médicos, e na segunda rodada manteve-se os mesmos profissionais, sendo oito enfermeiros e seis médicos, 9 mestres e 5 doutores, com média da idade de 37,4 anos, variando entre 26 e 50 anos, 81% era do sexo feminino, 93% trabalham em instituições federais de ensino e 44% atuam em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

O IVC e o Alfa de Cronbach da primeira rodada de validação está apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Primeira rodada de validação de conteúdo do *bundle* sobre o controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas no transporte intra-hospitalar, Uberaba, MG, Brasil, 2022.

Manutenção da temperatura do recém-nascido pré-termo (RNPT)	IVC
Sala de parto	
1. Ambiente térmico neutro, mínimo 26°C.	0,92
2. Receber o RN em campos e materiais preaquecidos e não secar.	0,85
3. Colocar em contato pele a pele com a mãe, imediatamente após o nascimento, se possível ou sob fonte de calor radiante.	0,90
4. Usar toucas de algodão dupla.	0,90
5. Envolver o corpo e membros do RN, mas não a cabeça, em envoltório de polietileno para diminuir a perda de calor por evaporação e convecção ou utilizar colchão de aquecimento térmico (< 1.500 kg)	0,85
Transporte	
1. Iniciar o transporte somente se RN estiver acima de 36°C.	0,90
2. Utilizar de incubadora de transporte de dupla parede com a temperatura regulada de acordo com o peso do paciente.	0,94
3. Estar atento em relação aos sinais de deterioração fisiológica ou clínica.	0,98

4. Aferir temperatura axilar a cada 30 minutos ou contínua com sensor.	0,86
5. Atentar para que as mãos e os instrumentos estejam em temperatura adequada.	0,98
UTIN/UCINCo	
1. Fornecer informações detalhadas antecipadamente sobre o RN e as condições do transporte ao profissional do serviço receptor.	1,00
2. Receber em incubadora de parede dupla aquecida de acordo com o peso do RNPT.	0,96
3. Umidificar a incubadora para todos os RNPT < 30 semanas. (Umidade Relativa de 50% nas primeiras duas semanas), se RNPT < 25 semanas, utilizar até 85% e > 33 semanas berço de calor irradiante.	0,92
4. Monitoração da temperatura contínua com sensor.	0,94
5. Mínima manipulação, cuidados em bloco.	0,94
Alfa de Cronbach	0,98

Na primeira análise, todos os itens apresentarem IVC acima de 80%, entretanto com sugestões relevantes (Quadro 2), todas foram analisadas e o instrumento encaminhado para uma nova rodada.

Quadro 2 – Sugestões dos juízes na primeira rodada de validação.

Sugestões	Justificativa
“Adequar itens. Por exemplo, em RN asfixiado que iniciará protocolo de hipotermia terapêutica, aferição de temperatura deverá ser de 15 em 15 min”	Não considerado, este <i>bundle</i> não avaliou condições específicas.
“Corrigir termos. Critério para saco = menores de 34 sem e não apenas peso menor 1500 gr”	Não considerado. Título do formulário já aborda que é para RN menores de 34 semanas.
“Na opção de secar o RNPT, especificar a IG, pois de acordo com as diretrizes da SBP, RNPT maior ou igual 34 semanas na execução dos passos iniciais os mesmos serão secados.	Acatado Sala de Parto: Item 3: Receber o RN em campos e materiais preaquecidos e não secar; Item 4: Colocar sob fonte de calor radiante para estabilização e quando possível

<p>Além disso o RNPT de acordo com as diretrizes terá q ser encaminhados para berço aquecido para os passos iniciais de estabilização, se após melhora desses passos, aí sim retornar o bebê para a mãe e estimular o contato pele a pele. Talvez seria interessante dividir em dois tópicos essa parte, o primeiro abordar o controle da temperatura enquanto ele estiver na mesa de reanimação (berço aquecido) e quando ele volta pra mãe e faz o contato pele a pele.”</p>	<p>promover o contato pele a pele com a mãe precoce.</p> <p>Título do formulário já aborda que é para RN menores de 34 semanas.</p>
<p>“Dupla touca = uma camada de plástico e outra de malha tubular”</p>	<p>Citado touca de algodão seguindo a referência das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria - Versão 2016 com atualizações em maio de 2021.</p>
<p>“Importante fornecer tabela com a temperatura da incubadora de acordo com o peso. Acredito q equipe não tenha esse conhecimento.”</p>	<p>Não considerado neste momento.</p>
<p>“Trocar paciente por recém-nascido”</p>	<p>Adequado Transporte</p> <p>Item 2 - Utilizar de incubadora de transporte de dupla parede com a temperatura regulada de acordo com o peso do RN</p>
<p>“Aquecer mãos e instrumentos que entrarão em contato direto com o neonato”</p>	<p>Adequado transporte</p> <p>Item 5 - Aquecer mãos e instrumentos que entrarão em contato direto com o RN</p>
<p>“ERTIH Neo tolera temperatura levemente abaixo de 36.5C”</p>	<p>Utilizada referência de temperatura até 36.5°C seguindo Ministério da Saúde - Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, 2014.</p>
<p>“umidade relativa de até 80%”</p>	<p>Adequado UTIN/UCINco</p>

	Item 3 - Umidificar a incubadora para todos os RN < 30 semanas e/ou < 1000g. (Umidade Relativa de 50% nas primeiras duas semanas, se RNPT < 25 semanas, utilizar até 80% e > 33 semanas berço de calor irradiante)
“Manipular minimamente o neonato, promovendo contato em bloco”	Adequado UTIN/UCINco Item 5- Manipular minimamente o neonato, promovendo contato em bloco

O IVC e o Alfa de Cronbach da segunda rodada de validação está apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Segunda rodada de validação de conteúdo do *bundle* sobre o controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas no transporte intra-hospitalar, Uberaba, MG, Brasil, 2022.

Manutenção da temperatura do recém-nascido pré-termo (RNPT)	IVC
Sala de parto	
1. Aferir temperatura materna e garantir que seja >36,2°C antes do encaminhamento para a sala de parto e após o nascimento >36°C	0,98
2. Manter ambiente termicamente neutro, com controle de temperatura entre 23 - 26°C, manter portas fechadas e controlar a circulação de pessoas para minimizar correntes de ar	0,91
3. Receber o RN em campos e materiais preaquecidos e não secar	0,94
4. Colocar sob fonte de calor radiante para estabilização e quando possível promover o contato pele a pele com a mãe precoce	0,95
5. Cobrir o couro cabeludo com envoltório de polietileno e por cima colocar touca de algodão	0,92
6. Envolver o corpo e membros do RN, mas não a cabeça, em envoltório de polietileno poroso de aproximadamente 40x60cm para diminuir a perda de calor por evaporação e convecção, para RN < 1500g utilizar colchão térmico químico	0,90
7. Aferir temperatura axilar a cada 30 minutos ou contínua com sensor	0,97

8. Evitar procedimentos que não são considerados imediatos (Exame físico completo, prevenção de Oftalmia, vitamina K, vacinas, antropometria, banho, pesagem)	1,0
Transporte	
1. Iniciar o transporte somente se RN estiver com temperatura axilar acima de 36,5 °C	0,85
2. Utilizar de incubadora de transporte de dupla parede com a temperatura regulada de acordo com o peso do RN	1,0
3. Estar atento em relação aos sinais de deterioração fisiológica ou clínica	1,0
4. Aferir temperatura axilar a cada 30 minutos ou contínua com sensor	1,0
5. Aquecer mãos e instrumentos que entrarão em contato direto com o RN	1,0
UTIN/UCINCo	
1. Fornecer informações detalhadas antecipadamente sobre o RN e as condições do transporte ao profissional do serviço receptor	0,97
2. Receber em incubadora de parede dupla aquecida de acordo com o peso do RNPT	1,0
3. Umidificar a incubadora para todos os RN < 30 semanas e/ou < 1000g . (Umidade Relativa de 50% nas primeiras duas semanas, se RNPT < 25 semanas, utilizar até 80% e > 33 semanas berço de calor irradiante)	1,0
4. Monitorar a temperatura de forma contínua com sensor	1,0
5. Manipular minimamente o neonato, promovendo contato em bloco	1,0
Alfa de Cronbach	0,98

7 DISCUSSÃO

O Institute for Health Improvement em 2004, fez a campanha “Salve 100.000 vidas”, e trouxe o conceito de “*central line bundle*”. Esse se fundamenta na adoção de um conjunto de medidas baseadas em evidências científicas combinadas e integradas para agrupamento dos cuidados e melhora dos resultados (IHI, 2004). Essas medidas são descritas pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) e na prática clínica são incluídas, em forma de um pacote de intervenções, denominado *bundles* (SALAMA, et al., 2016).

Os *bundles* estão sendo implementados nos hospitais e sua adoção tem sido apontada como eficaz na prevenção e redução do que está sendo avaliado e na melhoria da qualidade dos serviços prestados. Porém, ainda se tem baixa a adesão e conhecimento dos profissionais e estudos que abordem o resultado da adesão dos conjuntos de cuidados (SILVA, OLIVEIRA, 2018).

A implantação de protocolos e *bundles* foi abordada em um estudo de manuseio mínimo e o agrupamento dos cuidados evidenciaram que quando aplicados corretamente obtiveram resultado positivo na prevenção de hemorragia intracraniana e outras intercorrências, como também a redução da variação de temperatura dentro da incubadora, mantendo o ambiente neutro e livre de estresse adicional aos RN (NAKA, FREIRE, SILVA, 2016).

Em um outro estudo realizado em Pelotas – Rio Grande do Sul, sobre a aplicação de medidas de intervenção para diminuição da mortalidade neonatal, comparou dados de 2004 e 2012 no qual um dos cuidados era a prevenção da hipotermia, e foi observado a diminuição da frequência de queda da temperatura após o uso das medidas adotadas, reforçando a necessidade de estratégias como essa (FREITAS et al., 2016).

O ambiente térmico neutro (termoneutralidade) é considerado ideal para os neonatos, pois as demandas metabólicas e os gastos calóricos para manter a temperatura corporal no intervalo normal (36,5 a 37,5° C) são mais baixas. Por isso, garantir uma temperatura ambiente adequada é o passo mais importante na prevenção da hipotermia em neonatos. A OMS recomenda que a manutenção da temperatura seja de pelo menos 25 a 28°C, mais precisamente em pelo menos 26°C (WHO, 2013; MSD, 2019).

A temperatura materna, junto com a do ambiente do nascimento são elementos críticos que envolvem cuidados específicos da equipe de saúde que assiste ao parto (MAGALHAES, 2020). Deve-se manter a temperatura materna > 36,2°C antes de chegar ao Centro Obstétrico nos partos prematuros (FIOCRUZ, 2018).

Evidências trouxeram que a temperatura fetal depende da temperatura materna e que, prevenir a hipotermia materna contribui para a prevenção da hipotermia neonatal (DESGRANGES, et al. 2017; DURYEYEA, 2016). Outros estudos mostraram que a temperatura materna inferior a 36°C estava associada à hipotermia no RN com cinco minutos de vida (ALMEIDA, et al. 2014). Os RN de mães que foram submetidas à aquecimento, antes e durante a cesárea eletiva, tiveram temperaturas centrais e pH da veia umbilical significativamente maiores (CORDEIRO et al. 2021).

Aumentar a temperatura nas salas de parto reduz a incidência de hipotermia à admissão na unidade de terapia intensiva neonatal. A *American Academy of Pediatrics* e a *American Heart Association* recomendam que as salas de parto onde os prematuros nascem tenham uma temperatura de 23 a 25°C (WEINER, 2016), abaixo do que é recomendado pelo Ministério da Saúde. Aumentar a temperatura da sala somente quando o parto é iniciado pode permitir a perda de calor por radiação para superfícies frias e a perda de calor por convecção pelo fluxo de ar rápido, por isso deve-se manter a sala continuamente à temperatura recomendada (MSD, 2019).

Para diminuir a perda de calor nos RN, é importante pré-aquecer a sala de parto (manter de forma contínua a temperatura ambiente) e a sala onde serão realizados os procedimentos de reanimação, mantendo temperatura de no mínimo 26°C (BRASIL, 2014; MSD, 2019). O enfermeiro deve estar atento ao ambiente desde o acontecimento do parto e ciente do impacto que tem entre a temperatura do ambiente intra e extrauterino para o neonato (HARER et al. 2017). Além disso, preocupar-se em manter as portas fechadas e controlar a circulação de pessoas para minimizar as correntes de ar pois podem diminuir a temperatura ambiente (SBP, 2021).

Estudo identificou que uma baixa temperatura da sala de parto prejudicou a temperatura do RN na admissão na unidade neonatal e houve correlação entre a temperatura da sala de parto e a temperatura do prematuro na admissão (HARER, et al. 2017). Os autores desse estudo não trouxeram uma temperatura ambiente recomendada, porém, no Brasil, a Portaria 371 de 2014 - Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no Sistema Único de Saúde, recomenda que a temperatura ambiente esteja a 26°C para evitar a perda de calor (BRASIL, 2014). Estudo de caso controle avaliou os efeitos da temperatura da sala de parto e evidenciou que em uma sala com temperatura maior que 24°C os RN têm a maior probabilidade de chegarem normotérmicos no seu destino (JIA, et al. 2013).

Após o clampeamento do cordão umbilical, o RN é recepcionado em campos aquecidos e colocado sob calor radiante, os menores de 34 semanas não são secados e os campos úmidos são removidos, há evidências que medidas simples como gerenciamento da temperatura da sala

de parto e uso de panos aquecidos são fundamentais para diminuir a hipotermia e melhorar significativamente a qualidade da assistência prestada (BELLINI et al., 2019; ENGORN et al., 2016).

Conjunto de ações foram realizadas em um estudo intervencional, para prevenção da hipotermia em prematuros, e nele foi encontrado que o uso de berço com fonte de calor radiante alcançava uma redução na taxa de hipotermia quando comparado ao berço comum. Além disso, foi observada elevação da temperatura corporal média após os procedimentos realizados sob aquecedor radiante (HANDHAYANTI, RUSTINA, BUDIATI, 2017).

Ao falar de contato pele a pele, notamos que a sensibilidade cutânea é a primeira a se desenvolver. O tato é um sentido que traz inúmeros benefícios por meio do contato adequado, ativa várias respostas fisiológicas e emocionais, podendo tranquilizar, relaxar e aumentar a produção de hormônios do crescimento e o conforto do bebê, além de auxiliar o sistema imunológico. É necessário que se tenha tempo e ambiente tranquilo, e auxiliar o posicionamento da mãe e bebê, além de favorecer a confiança materna e evitar manobras que apressem o bebê na amamentação (BEZERRA, et al., 2016).

Como benefícios do contato pele a pele nota-se a facilidade de transição para a vida extrauterina, menos dor, prevenção da ocorrência de infecções no bebê, a mãe apresenta menor nível de ingurgitamento mamário, possibilitando início precoce e manutenção prolongada da amamentação (BEZERRA, et al., 2016). Assim que há estabilidade clínica do RN, deve-se promover o contato pele a pele, por ser uma intervenção natural, eficaz e de baixo custo, promovendo aos RNPT saudáveis ou doentes benefícios nos aspectos fisiológicos, comportamentais e analgésicos, além de suscitar menos estresse e de autoeficácia às mães (BRASIL, 2017).

O quarto passo dos *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)* aborda que os profissionais de saúde na hora do parto devem ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento, colocando em contato pele a pele por pelo menos uma hora e ajudar se necessário. E no geral, os passos tem metas para favorecer a amamentação natural. (FIGUEIREDO, MATTAR, ABRÃO, 2012; SILVA et al., 2016).

Os RN menores que 34 semanas, provavelmente irão apresentar dificuldade em iniciar o aleitamento materno devido a necessidade de cuidados especiais da equipe logo após o parto para estabilização das funções vitais, mas orienta-se, ainda sala de parto, quando possível após estabilidade clínica colocá-lo em contato pele a pele precoce (SILVA et al., 2016).

Quando o RNPT é levado em campos aquecidos para o berço com fonte de calor radiante, ele é posicionado em decúbito dorsal e com a cabeça voltada para o profissional de saúde. Nesse momento deve-se envolvê-lo em envoltório de polietileno poroso de aproximadamente 40x60cm, ou seja, logo após, sem secá-lo, é necessário introduzir o RN, exceto a face, dentro do saco plástico e esse só será retirado após estabilização térmica na unidade neonatal (SBP, 2021).

Além do envoltório pelo corpo é necessário colocar touca dupla para reduzir a perda de calor na região da fontanela. Dessa forma, deve-se cobrir o couro cabeludo com plástico e, por cima, colocar touca de lã ou algodão. Em concordância com o uso do plástico, um estudo ressalta a eficácia da cobertura de polietileno ao envolver o RNPT após o nascimento, onde houve variância de 0,5 °C a 0,6 °C na manutenção da temperatura do RN após utilização do saco em aproximadamente 40 minutos (ROLIM et al., 2015).

A literatura mostra que medidas como o uso de touca e saco plástico, previnem a perda e fornecem calor, podendo elevar 0,5°C na temperatura do RN (CORDEIRO et al., 2021). Estudo mostrou que envolver o RNPT em saco de polietileno do pescoço para baixo, e uso de touca dupla, ambos colocados imediatamente após o nascimento, apresentou média de temperatura significativamente maior do que em bebês em que foi utilizada a touca de algodão simples (SHAFIE et al., 2017). Outro estudo apontou que o envoltório no corpo e na cabeça minimizaram as perdas de calor por evaporação e convecção corroborando com o estudo apresentado acima (SANTOS, 2019).

Outro recurso é o uso do colchão térmico, estudo mostrou que quando utilizado em RN <1.500g é eficaz na melhoria da temperatura e contribui com a estabilidade térmico do RNPT. Deve-se ter controle rigoroso da temperatura para evitar superaquecimento e queimaduras dependendo do material utilizado (MCCALL et al., 2018).

A avaliação da temperatura corporal é um dos métodos mais antigos e conhecidos de alerta. As informações da temperatura devem estar disponíveis, em tempo hábil, para dar suporte aos cuidados prestados. Nesses casos, as tecnologias digitais podem aprimorar o processo de aferição e oferecer saídas diferenciadas e efetivas (MAGALHAES, 2020). Devido o RN estar em interação com o meio ambiente, sua temperatura pode sofrer mudanças, por isso deverá ser avaliada a cada 30 minutos na sala de parto e de preferência manter de forma contínua. A temperatura central pode ser obtida de forma intermitente por via axilar ou contínua por meio de sensor (BRASIL, 2014).

O MS preconiza que a assistência imediata ao RN estável consiste em: aquecer, avaliar e proporcionar um contato íntimo e precoce com a mãe quando possível. As outras situações

deverão ser deixadas para segundo momento quando o RNPT já estiver estabilizado e com sinais dentro da normalidade, e de acordo com o tempo padronizado, para evitar perda de calor (BRASIL, 2019). Estudo abordou que mensurações antropométricas, vacina contra a hepatite B, injeção de vitamina K e crede não são necessários na primeira hora de vida, no local do parto. A realização destes cuidados deve-se respeitar o momento biopsíquicos e fisiológicos do neonato, e considerar as decisões da família sobre tais procedimentos (BARROS, 2017).

Estudo relatou que para prevenir a hipotermia durante o transporte, os RN devem ter sua temperatura axilar aferida antes de iniciar o processo, no momento em que estiver saindo da unidade, quando a mesma for superior ou igual a 36,5°C. A equipe responsável pelo transporte deverá manter-se em vigilância durante o trajeto e evitar procedimentos que possam reduzir a temperatura. Na maioria dos transportes, os RN chegaram hipotérmicos na Unidade Neonatal, mesmo estando em incubadoras durante o percurso. No entanto, são observadas falhas relacionadas a regulagem da temperatura do equipamento de acordo com o peso do RN (PIMENTA, ALVES, 2016).

A SBP recomenda que o transporte seja realizado em incubadora de parede dupla com a temperatura regulada de acordo com o peso do paciente apresentando aquecimento por convecção e além disso, aquecer mãos e instrumentos que terão contato com o bebê (SBP, 2019). Resultados de um estudo trouxeram que ao realizar comparação entre o antes e o depois do uso da incubadora de parede dupla demonstrou que a hipotermia era maior antes do uso da incubadora (MAGALHAES, 2021).

Os profissionais deverão estar atento durante todo o transporte devido ao risco de intercorrências, e, portanto, a verificação dos sinais vitais deverá ser de forma contínua. Estudo observacional transversal relatou que de doze RN transportados, cinco apresentaram deterioração clínica, sendo a temperatura a variável que mais se mostrou alterada no escore (ROMANZEIRA, SARINHO, 2017).

Antes da transferência do RNPT, é necessário que haja comunicação entre médicos, e entre enfermeiros, onde será passado a avaliação e evolução clínica detalhada do bebê, até mesmo com resultado de exames e prescrições se houver. Após, é necessário detalhar os ocorridos durante o transporte. (SBP, 2019; FIOCRUZ, 2018). A comunicação é um instrumento básico na prática à saúde, e profissionais de um estudo relataram grande dificuldade quando há falha na comunicação na solicitação da vaga, principalmente quando relacionada à coleta de informações sobre o RN (BALBINO, CARDOSO, 2017).

As informações devem ser precisas, organizadas e completas, sendo uma responsabilidade importante para os profissionais envolvidos. Para os RNPT, a comunicação

deve ser usada como ferramenta que irá propiciar segurança e clareza para a equipe que irá receber o bebê, onde saberão estabelecer condutas definindo as prioridades a partir das informações coletadas das condições clínicas passadas pelo telefone (BALBINO, CARDOSO, 2017).

A UTIN é uma unidade de alta complexidade, que possui tecnologia de ponta e equipamentos diversificados, sendo um ambiente terapêutico com protocolos específicos para assistência ao RN em estado grave. O ambiente necessita de profissionais com competência técnica e compromisso, de forma que saibam reconhecer as necessidades básicas do neonato, e planejar assistência com qualidade. Dessa forma, se faz necessário ter muita responsabilidade, com intervenções da equipe de forma rápida e eficaz para controlar as gravidades do RNPT (RIBEIRO et al., 2016).

O RNPT após o transporte deverá ser recebido em incubadora de parede dupla, uma vez que ela previne a hipotermia e promove ambiente umidificado, isolamento à agentes contaminantes e a completa visualização e acesso ao neonato. A tecnologia, para ser eficiente, não depende apenas dos recursos materiais, mas se torna completa pelo conjunto de conhecimentos e habilidades da equipe que irão utilizar. Devido a isso, o profissional deverá ligar a umidificação sendo a melhor opção para os RNPT, que geralmente necessitam de temperatura ambiental elevada (36°C ou mais) (COSTA, TONETE, PARADA, 2017).

De início a umidade relativa deverá ser em torno de 80% na primeira semana e reduzindo-a gradualmente durante a segunda semana conforme estabilidade térmica do RN (BRASIL, 2014). Os bebês que foram mantidos em incubadoras umidificadas necessitaram menos de fluidos, apresentam melhor balanço eletrolítico e diurese superior durante os primeiros quatro dias de vida em comparação com RN em incubadoras não umidificadas (NAKA, 2017).

Após colocar o RN na incubadora e programar a umidificação, ele poderá passar por procedimentos, e para minimizar existem medidas terapêuticas que visam uma assistência de qualidade, humanizada e sem prejuízos ao paciente. Uma das estratégias utilizada pelas equipes é o manuseio mínimo. Essa prática constitui-se no agrupamento de procedimentos a serem realizados em um mesmo horário, evitando manipulação excessiva e favorecendo o repouso, período de sono, reduz gasto energético e estresse. O objetivo é centralizar a assistência e priorizar necessidades terapêuticas (MONTEIRO et al., 2019).

Estudo descritivo e exploratório (RAMOS et al., 2021), trouxe em seus resultados que o manuseio mínimo tem benefícios de curto e longo prazo, e que agrupar cuidados favorece na manutenção da temperatura, como também dos outros sinais vitais. Além disso, quando

comparado o agrupamento e a falta dele, foi visto como resultado que as manipulações excessivas, pode trazer prejuízos importantes ao crescimento e desenvolvimento do RNPT (FRANK, QUARESMA, SILVA, 2019).

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Não houve limitação, uma vez que o estudo tratou-se especificamente de uma construção e validação de um *bundle*. Ressalta-se que a verificação da aplicabilidade dos itens elencados será realizado em fase posterior. Contudo, considera-se válido este *bundle* quanto ao conteúdo.

9 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu elaborar e validar um *bundle* que incluiu condutas específicas a serem adotadas pela equipe multiprofissional para o controle adequado da temperatura do RN <34 semanas durante o transporte da sala de parto a unidade de internação.

As contribuições deste estudo permitem que o profissional siga as etapas de maneira mais segura e eficiente, tendo como resultado a qualidade da assistência e manutenção dos cuidados.

REFERÊNCIAS

AMAYA, M.R., PAIXÃO, D.P.S.S., SARQUIS, L.M.M., CRUZ, E.DA. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Paraná, v.37, e 68778, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68778>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/x7GjXFKy8SJNpQgFCvf95Gg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2021.

AYRES, B.V.S, DOMINGUES, R. M. S. M, BALDISSERTO, M. L., LEAL, N. P., LAMY FILHO, F., CARAMASCHI, et al. Avaliação do local de nascimento de recém-natos com idade gestacional inferior a 34 semanas segundo complexidade da Unidade Neonatal em maternidade vinculadas a Rede Cegonha: Brasil, 2016-2017. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.873-886, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021263.34662020. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-do-local-de-nascimento-de-recem-natos-com-idade-gestacional-inferior-a-34-semanas-segundo-complexidade-da-unidade-neonatal-em-maternidade-vinculadas-a-rede-cegonha-brasil-20162017/17834?id=17834>. Acesso em: 03 jan. 2022.

BALBINO, A.C., CARDOSO, M.V.L.M.L. Dificuldades no transporte inter-hospitalar de recém-nascido crítico realizado pelas equipes do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**. Fortaleza, v.26, n.3, e 0790016, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000790016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6RxL9vXMDyHqmLVn8skvxhf/?lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2021.

BARROS, G. M. Os cuidados imediatos ao recém-nascido saudável de parto vaginal nos diferentes modelos de atenção ao nascimento. Dissertação (Mestrado em Ciências). **Fundação Oswaldo Cruz**, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 106 f. 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25217/2/geiza_barros_iff_mest_2017.pdf. Acesso em: 20 nov.2021.

BELLINI, C., BIASI, M., GENTE, M., RAMENGGHI, L., et al. Rethinking the neonatal transport ground ambulance. **Italian Journal of Pediatrics**. Itália, v.45, n.97, p.1-7, 2019. DOI: 10.1186/s13052-019-0686-y. Disponível em: <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-019-0686-y>. Acesso em: 11 jan. 2022.

BERNARDINO, F. B. S., GONÇALVES. T. M., PEREIRA, T. I. D., XAVIER, J. S., DE FREITAS, B. H. B. M., GAÍVA, M. A. M. Tendência da mortalidade neonatal no brasil de 2007 a 2017. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**. [periódico na internet]. Cuiabá. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencia-da-mortalidade-neonatal-no-brasil-de-2007-a-2017/17935?id=17935>. Acesso em: 23 nov. 2021.

BEZERRA, A.L.D.A., PEREIRA, A.M.M., JORGE, H.M.F., MELO, L.P.T., FEITOZA, S.R., AMORIM, M.L.S. Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido. **Revista Tendências da enfermagem profissional**. Fortaleza, v.8, n.4, p.2050-2055, 2016. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/03/BENEF%C3%8DCIOS-DO-CONTATO-PELE-A-PELE-PARA-O-REC%C3%89M-NASCIDO.pdf>.

Acesso em: 03 jan. 2022.

BRANDI, L.D.A., ROCHA, L.R., SILVA, L.S., BRETAS, L.G., RODRIGUES, M.A., ARAUJO, S.T.H. Fatores de risco materno-fetais para o nascimento pré-termo em hospital de referência de Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**. Barbacena, v.30, n.4, p.41-47, 2020. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.v30supl.4.06>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152277/v30s04a07-2.pdf>.

Acesso em: 23 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf.

Acesso em: 15 dez. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de orientações sobre o transporte neonatal** – Brasília Editora do Ministério da Saúde, segunda edição, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_transporte_neonatal.pdf.

Acesso em: 05 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru** (3ª ed.). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf.

Acesso em: 03 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202014/prt0371_07_05_2014.html.

Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Avaliação da qualidade dos dados do óbito fetal no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Brasil**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, p.359-75, 2019. Disponível em:

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf.

Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Mortalidade infantil e em menores de 5 anos: risco ao nascer.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2019: uma análise de situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde, p.29-70, 2019. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2019_analise_situacao.pdf. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente.** Prevenção de Hipotermia em recém-nascidos pré-termo: da sala de parto à admissão na UTI neonatal. IFF/FIOCRUZ, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/prevencao-dehipotermia-em-recem-nascidos-pre-termo-da-sala-de-parto-a-admissao-na-utineonatal/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. Department of Health and Humans Services-USA. **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections** [online]. Estados Unidos. 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2022.

CORDEIRO, R.C.O., FERREIRA, D.M.L.M., REIS, H., AZEVEDO, V.M.G.O., PROTAZIO, A.S., ABDALLAH, V.O.T. Hipotermia e morbimortalidade neonatal em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso. **Revista Paulista de Pediatria.** Uberlândia - Minas Gerais, v.40, e 2020349, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020349>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/mTYvsBc6n4NDnYqyGQkJM9m/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 jan. 2022.

COSTA, C.C., TONETE, V.L., PARADA, C.M. Conhecimentos e práticas de manuseio de incubadoras neonatais por profissionais de enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v.30, n.2, p. 174-80, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/vp7kKrcdvJJw7BXRBPZkH/?lang=pt#>. Acesso em: 04 jan. 2022.

CURAN, G.R.F., ROSSETTO, E.G. Medidas para redução de infecção associada a cateter central em recém-nascidos: revisão integrativa. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem.** Paraná, v.26, n.1, e 5130015, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005130015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6wLWhgYGQyWvsS6x4HnwyJ/?lang=en>. Acesso em: 03 jan. 2022.

DESGRANGES, F.P., BAPTESTE, L., RIFFARD, C., POP, M., COGNAT, B., GAGEY, A-C., et al. Predictive factors of maternal hypothermia during Cesarean delivery: a prospective cohort study. **Canadian Journal of Anesthesia.** Canadá, v.64, p. 919-27, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12630-017-0912-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12630-017-0912-2>. Acesso em: 24 nov. 2021.

DURYEA, E., NELSON, D.B., WYCKOFF, M.H., GRANT, E.N., TAO, W., SADANA, N., et al. The impact of ambient operating room temperature on neonatal and maternal hypothermia and associated morbidities: a randomized controlled trial. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. Estados Unidos, v.1, p.1-7, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000512016.26709.ad>. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9378\(16\)00286-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9378(16)00286-6). Acesso em: 24 nov. 2021.

ENGORN, B., KAHNTROFF, S., FRANK, K.M., SINGH, S., HARVEY, H.A., BARKULIS, C.T., et al. Perioperative hypothermia in neonatal intensive care unit patients: effectiveness of a thermoregulation intervention and associated risk factors. **Paediatric Anaesthesia**. Estados Unidos, v.27, n.2, p.196-204, 2016. DOI: 10.1111/pan.13047. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pan.13047>. Acesso em: 05 dez. 2021.

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**. Estados Unidos, v.16, n.6, p.625-9, 1987;

FIGUEIREDO, S.F, MATTAR, M.J.G., ABRÃO, A.C.F.V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança - uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.25, n.3, p. 459-63, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/NSPgtcWJbWykmrwQjxkqsZD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2021.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente**. Controle Térmico do Recém-Nascido Pré-Termo. Material de 04 de setembro de 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30146/2/controletermico180906183840.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente**. Principais questões sobre transporte neonatal. [Online]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-transporte-neonatal/>. Acesso em: 03 jan. 2022.

FRANÇA, E.B., LASKY, S., REGO, M.A.S., MALTA, D.C., FRANÇA, J.S., TEIXEIRA, R., et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Minas Gerais, v.20, n.1, p.46-60, 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700050005. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2021.

FRANK, E.S.M.P, QUARESMA, A.C.M., SILVA, J.S.N. O cuidado de enfermagem ao recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal. **Journal of Specialist**. Pará, v.3, n.3, p. 1-18. Disponível em: <http://www.journalofspecialist.com.br/jos/index.php/jos/article/view/111>.

Acesso em: 03 jan. 2022.

FREITAS, R. J., MUNHOZ, T.N., SANTOS, I.S., CHIUCHETTA, F.S., BARROS, F., COLETTI, F., et al. Adesão dos profissionais de saúde a práticas pré neonatais de redução da mortalidade neonatal: 2004 versus 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio Grande do Sul, v. 19, n. 4, p. 702-712, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/jyMq6rB6JgTt3WYSvyBJfZn/?lang=pt#>. Acesso em: 22 nov. 2021.

HANDHAYANTI, L, RUSTINA, Y, BUDIATI, T. Differences in Temperature Changes in Premature Infants During Invasive Procedures in Incubators and Radiant Warmers. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*. Inglaterra, v.40, p.102-106. DOI: 10.1080/24694193.2017.1386977.2017. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1040-3590.7.3.238>. Acesso em: 05 jan. 2022.

HARER, M.W., VERGALES, B., CADY, T., EARLY, A., CHISHOLM, C., SWANSON, J.R. Implementation of a multidisciplinary guideline improves preterm infant admission temperatures. **Journal of Perinatology**, Estados Unidos, v.37, n.11, p.1242-1247, 2017. DOI: 10.1038/jp.2017.112. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28726791/>. Acesso em: 22 nov. 2021.

HAYNES, S. N., RICHARD, D. C. S., KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment**. França, v.7, n.3, p. 238–247, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1996-03400-001>. Acesso em: 03 jan. 2022.

IHI - Institute for Health Improvement. Protecting 5 million lives. Cambridge, Estados Unidos, 20 University Road, 7th Floor, 2004. Disponível em: <http://www.ihl.org/engage/initiatives/completed/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>. Acesso em: 27 nov. 2021.

JIA, Y. S, LIN, Z.L., LV, H., LI, Y.M., GREEN, LIN, R., et al. Effect of delivery room temperature on the admission temperature of premature infants: a randomized controlled trial. **Journal of Perinatology**. Wenzhou, China, v. 33, p. 264-267, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1038/jp.2012.100>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/jp2012100.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2022.

KALE, P.L., FONSECA, S.C., OLIVEIRA, P.W.M., BRITO, A.S. Tendência da mortalidade fetal e infantil segundo evitabilidade das causas de morte e escolaridade materna. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Rio de Janeiro, v.24, e 210008, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210008.supl.1>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/CXjJGmhPxYgnRh65dtfxqvR/?lang=en>. Acesso em: 25 nov. 2021.

LEAL, M.D.C., SZWARCOWALD, C.L., ALMEIDA, P.V.B., AQUINO, E.M.L., BARRETO, M.L., BARROS, F., et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.23,

n.6, p.1915-28, 2018. DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/saude-reprodutiva-materna-neonatal-e-infantil-nos-30-anos-do-sistema-unico-de-saude-sus/16716?id=16716>. Acesso em: 04 jan. 2021.

MAGALHÃES, A. K. A. Prevenção e impacto da hipotermia durante o transporte de pacientes neonatais. 28f. 2021. Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal – Centro Universitário Fametro, Fortaleza, 2021. Disponível em: <http://repositorio.unifametro.edu.br/handle/123456789/801>. Acesso em: 04 jan. 2022.

MAGALHAES, W.B. Monitoramento da temperatura de recém-nascidos: desenvolvimento de um dispositivo sem fio e prova de conceito. 77f. 2020. Dissertação: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/34921/3/Monitoramento%20da%20temperatura%20de%20rec%C3%A9m%20nascidos%20desenvolvimento%20de%20um%20dispositivo%20sem%20fio%20e%20prova%20de%20conceito.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2022.

MALTA, D.C., PRADO, R.R.D., SALTARELLI, R.M.F., MONTEIRO, R.A., SOUZA, M.F.M., ALMEIDA, M.F. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Belo Horizonte, v.22, e 190014, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/FLzxvmCWtsDLQ3WMT75gBcT/?lang=pt#>. Acesso em: 24 nov. 2021.

MANZO, B.F., CORRÊA, A.R., VILAÇA, C.P. MOTA, L.R.M., OLIVEIRA, J. SIMÃO, D.A, et al. Bundle de cateter central: comportamento de profissionais da saúde em neonatologia. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, v.12, n.1, p.28-35, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23236p28-35-2018>. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23236/25841>. Acesso em: 04 jan. 2022.

MCCALL, E.M., ALDERDICE, F., HALLIDAR, H.L., VOHRA, S., JOHNSTON, L., et al. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Reino Unido, v.2, art. n.CD004210, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004210.pub5>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491068/pdf/CD004210.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021.

MONTEIRO, L., GEREMIAS, F., MARTINI, C., VARGAS, M. D., TONIN, L. Benefícios do Toque Mínimo no Prematuro Extremo: Protocolo Baseado em Evidências. **Revista Enfermagem Atual In Derme**. São Paulo, v.89, n.27, 2019. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.258>. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/258>.

MSD. Hipotermia em Neonatos. **Manual Merck de informação médica**: saúde para a família. 2019. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/problemas-perinatais/hipotermia-em-neonatos>. Acesso em: 23 nov. 2021.

NAKA, S.H. Controle térmico do recém-nascido prematuro na primeira semana de vida: o uso da incubadora umidificada. 2017, p.104. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2017.

NAKA, S.H., FREIRE, M. H., SILVA, R. P. Repercussões do uso de incubadoras umidificadas na regulação térmica do prematuro: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*. Paraná, v.30, n.1, p. 382–393, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v1i1.15234>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15234>. Acesso em: 27 nov. 2021.

NASCIMENTO, T. M. M., BOMFIM DE FRANÇA, A. M., OMENA, I. S. de, SOARES, A. C. de O., OLIVEIRA, M. M. de. Caracterização das causas de internações de recém-nascidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Caderno De Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. Alagoas, v.6, n.1, p.63-74, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/6568/3889>. Acesso em: 04 jan. 2022.

OLIVEIRA, F.T., STIPP, M.A.C., SILVA, L.D., FREDERICO, M., DUARTE, S.C.M. Behavior of the multidisciplinary team about bundle of central venous catheter in intensive care. *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.55-62, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zr489B7RDQvycdCQzjsqBpJ/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 04 jan. 2022.

OLIVEIRA, V.C., OLIVEIRA, P.P., CASTRO, L.C., RENNÓ, H.M.S., GONÇALVES, D.T.A., PINTO, I. C. Construção coletiva de bundle para boas práticas de conservação de imunobiológicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Minas Gerais, v.72, n.3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0406>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xjdtz5Z8frfzYH7mFGGrFGn/?lang=pt#>. Acesso em: 04 jan. 2022.

PETERS, M.D.J., GODFREY, C., MCINERNEY, P., MUNN, Z., TRICCO, A.C., KHALIL, H. Capítulo 11: Scoping Reviews (versão 2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editores). **JBIM Manual for evidence synthesis**. The Joanna Briggs Institute [internet]. 2020. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>. Disponível em: <https://jbiglobalwiki.refined.site/space/MANUAL/3283910770/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>. Acesso em: 10 jan. 2022.

PICOLI, R.P., CAZOLA, L.H.O., NASCIMENTO, D.D.G. Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*. Mato Grosso do Sul, v.24, n.9, p.3315-3324, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018249.26622017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sgTGDQTqF9pY3bLrwNPbvNx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2021.

PIMENTA, P.C.O., ALVES, V.H. O transporte inter-hospitalar do recém-nascido de alto risco: um desafio para a enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Minas Gerais, v.21, p. 01-09, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45047>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1491/45047-184733-1-pb.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2021.

PINTO, C.B., CONRAD, D., AGUIAR, B.G.C., RAMOS, W.M. Transporte Neonatal de Alto Risco: Uma Revisão da Literatura. **Revista Acreditação**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 13, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130792>. Acesso em: 04 jan. 2022.

POLIT, D. F., BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed. 2019.

RAMOS, A.F. KOCHHANN, S.B., LIMA, J.H.C., KRUG, B.R., MARCHESE, I.S., ZAMPIERI, G. P., et al. Benefícios do protocolo de manuseio mínimo em pacientes pré-terms extremos: percepção da equipe multiprofissional. **Research, Society and Development**. Portugal, v. 10, n. 12, e 160101217870, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.17870>. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3388666-benef%C3%ADcios-do-protocolo-de-manuseio-m%C3%ADnimo-em-pacientes-pr%C3%A9-terms-extremos-percep%C3%A7%C3%A3o-da-equipe-multiprofissional. Acesso em: 04 jan. 2022.

RIBEIRO, J.F., SILVA, L.L.C., SANTOS, I.L., LUZ, V.L.E.S., COELHO, D.M.M. O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. *Revista de Enfermagem UFPE online*. Recife, v.10, n.10, p. 3833-41, 2016. DOI: 10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201615. Disponível em: [file:///C:/Users/Fl%C3%A1via/Downloads/11450-26370-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Fl%C3%A1via/Downloads/11450-26370-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 04 jan. 2022.

ROLIM, K.M.C., FREITAS, L.C., LIMA, A.H.G., MAGALHAES, F.J. GURGEL, E.P.P. Cobertura de polietileno para manutenção da temperatura corporal do recém-nascido. **Revista de Enfermagem Referência**. Portugal, v.4, n.6, p.9-16, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14070>. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2527&id_revista=24&id_edicao=85. Acesso em: 06 jan. 2022.

ROMANZEIRA, J.C., SARINHO, S.W. Quality Assessment of Neonatal Transport performed by the Mobile Emergency Medical Services (Samu). **The Journal of Pediatrics**. Rio de Janeiro, v.91, p.380-5, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.10.006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/SnBZY7937njWCY39X7kzftw/?lang=en>. Acesso em: 07 jan 2022.

SALAMA, M.F., JAMAL, W., MOUSA, H.A., ROTIM, V. Implementation of central venous catheter bundle in an intensive care unit in Kuwait: effect on central line-associated bloodstream infections. **Journal of Infection and Public Health**. Estados Unidos, v.9, n.1, p.34-41, 2016. DOI: 10.1016/j.jiph.2015.05.001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26138518>.

Acesso em: 04 jan. 2022.

SANTOS, S.V. Neonatal Skin Safe: aplicativo móvel de apoio à decisão de enfermeiros na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos internados, 2019. 335 p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/206303#:~:text=Na%20terceira%20etapa%20foi%20desenvolvido,pele%20do%20rec%C3%A9m%20nascido%20internado>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SBP. Reanimação do Prematuro <34 semanas em sala de parto: **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria** Versão 2016 com atualizações em maio de 2021. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao - Direitos autorais SBP. Acesso em: 07 jan. 2022.

SILVA, A.G. Competências da equipe multiprofissional para as medidas de prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. 2017. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-ALHKSJ/allana_gomes_da_silva.pdf?sequence=1. Acesso em: 22 dez. 2021.

SILVA, A.G., OLIVEIRA, A.C. Impacto da implementação dos bundles na redução das infecções. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Minas Gerais, v.27, n.1, 27, e 3540016, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003540016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gK7c9qQpZGxQbqjFLMMG3pp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jan. 2022.

SILVA, C.M., PEREIRA, S.C.L., PASSOS, I.R., SANTOS, L.C. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.29, n.4, p.457-471, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000400002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/Y7S6rQ8s57QgDqvFbPLfQHP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jan. 2022.

SILVA, R.M.M., MENEZES, C.C.S., CARDOSO, L.L., FRANÇA, A.F.O. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Paraná, v.6, n.2, p.2258-2270, 2016. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.940>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/940/1108>. Acesso em: 07 jan. 2022.

SILVA, M. P. C; BRAGATO, A. G. C; FERREIRA, D. O.; ZAGO, L. B; TOFFANO, S. E. M; NICOLUSSI, A. C; CONTIM, D; ROCHA, J. B. A. Bundle for handling peripherally inserted central catheter in newborns. **Acta Paulista de Enfermagem**. Uberaba, Minas Gerais, v. 32, n. 3, p. 261-6, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900036>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/FVBHnKjvWLy5SPccYwFQH3C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2021.

SHAFIE, H., ZAKARIA, S.Z.S., ADLI, A., SHAREENA, I.S. Ali A. ROHANA, J. Polyethylene versus cotton cap as an adjunct to body wrap in preterm infants. **Pediatrics international**. Japão, v.59, n.7, p.776- 780, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/ped.13285>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ped.13285>. Acesso em: 04 jan. 2022.

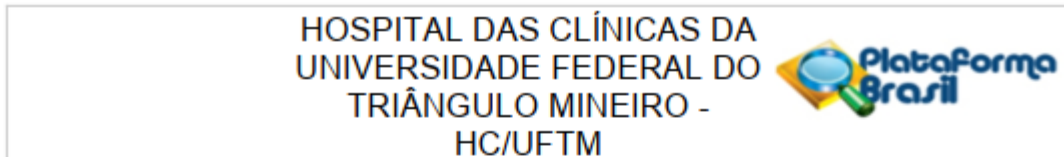
SOARES, T., PEDROZAC, G.A., BREIGEIRONC, M.K, CUNHA, M.L.C. Prevalência da hipotermia na primeira hora de vida de prematuros com peso \leq 1500g. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v.41, e 20190094, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190094>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/TL9rTWT3kFxKvP6zW8Tpdbby/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 jan 2022.

UNICEF. United Nations Inter-agency group for Child Mortality estimation (unigme), ‘Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017, Estimates Developed by the UN Inter-Agency-Group for Child Mortality Estimation’, United Nations Children’s Fund, New York, 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2017>. Acesso em: 07 jan. 2022.

WEINER, G.M. **Textbook of Neonatal Resuscitation**, ed. 7. Elk Grove Village, American Academy of Pediatrics and the American Heart Association, 2016.

WHO, Thermal protection of the newborn: **A practical guide from the WHO**, 2013. Disponível em: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/k.-WHO-1997.-Thermal-protection-of-the-newborn.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

ANEXO A
Parecer do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e validação de um bundle sobre o controle
término de recém-nascidos termos e prematuros no transporte intra-hospitalar

Pesquisador: Divanice Contim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40339620.8.0000.8667

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa: Em coleta de dados

Data do Envio: 22/07/2021

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.940.416

Apresentação da Notificação:

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Construção e validação de um bundle sobre o controle término de recém-nascidos < 34 semanas no transporte intra-hospitalar”, coordenado por mim Professora Associada do Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Triângulo Mineiro Divanice Contim.

O objetivo dessa pesquisa é: Construir um *bundle* sobre controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas durante o transporte intra-hospitalar.

Gostaria de contar com sua participação, uma vez que os avanços na área da neonatologia têm ocorrido por meio de estudos como este. Sabe-se que a adoção de medidas de cuidados, com guias, pacotes, checklists e *bundles*, têm mostrado resultados significativos na redução da morbimortalidade em recém-nascidos devido a hipotermia, permitindo assim o desenvolvimento de uma prática assistencial segura, facilitando a compreensão por toda equipe de saúde. Neste sentido os *bundles* possibilitam que os resultados sejam aferidos, avaliados criticamente e melhorados continuamente.

Caso aceite participar desta pesquisa será necessário responder o questionário com tempo estimado de 10 minutos.

Os riscos previstos desta pesquisa são os de perda de confidencialidade e de privacidade. Para que os mesmos sejam minimizados, serão garantidos o sigilo e a privacidade por meio da não divulgação de dados que possam permitir a identificação dos participantes da pesquisa, visto que os integrantes desta serão identificados por números. Espera-se que com sua participação seja possível elaborar melhores práticas de cuidados relacionados ao tema. Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Reforço que você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador (es):

Nome: Divanice contim E-mail: d.contim@uol.com.br Telefone: 34 9218-3776

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 330 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, 38025-440

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Rua Conde Prados, 191, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 11:30 e das 13:00 às 17:30. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Entendeu as informações e concorda em participar?

- Eu fui informado sobre o que o pesquisador está fazendo e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto.
- Não concordo em participar.