

ATENÇÃO GERAL EM CASOS DE NEONATO COM ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA

Maria Angela Pereira Oliveira¹; Monyk Sobral Alkimin da Costa¹; Gilmar dos Santos Soares^{2,4};
Paula Roberta Otaviano Soares Ferreira^{3,4*}

¹ Graduando em Enfermagem, Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS; ² Esp. em Formação Didática e Pedagógica da Enfermagem – ESAP, enfermeiro – FAI; ³ Mestre em Biologia Celular e Molecular – UFG; ⁴ Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

* autor correspondente: soarespr2@gmail.com

RESUMO

A encefalopatia hipóxica-isquêmica é uma síndrome resultante de asfixia no feto/neonato, na qual resulta em uma série de complicações para este indivíduo como retardo mental, redução da capacidade motora, desenvolvimento de quadros epilépticos e convulsivos, tais quais na ausência de conhecimento de uma equipe pode ser letal para o mesmo. O presente trabalho então fará uma reflexão sobre esta síndrome, auxiliando no que se refere a identificação da patologia bem como seus estágios, fatores de risco, sinais e sintomas, tratamentos como a Hipotermia Terapêutica, ambiente hospitalar, apoio familiar e por fim a presença constante do luto.

PALAVRAS-CHAVE: encefalopatia hipóxica-isquêmica; fatores de risco; manejo dos neonatos; utin; hipotermia terapêutica; família; luto.

1 INTRODUÇÃO

As encefalopatias neonatais referem-se a síndromes clínicas nas quais ocorrem disfunções neurológicas em recém-nascidos pré-termos tardios (parto com idade gestacional entre 35-37 semanas). Estas são subdivididas em encefalopatia por malformação de (8,5%) dos casos, vascular (20,7%), a mais frequente encefalopatia hipóxica-isquêmica (EHI) (59,8%) entre outras (ABREU, 2018).

A EHI refere-se a uma síndrome composta por um conjunto de situações gravídicas que podem ocorrer no pré-parto, intraparto e pós-parto devido às

condições fisiológicas da mãe, do feto ou do neonato que acarretam em asfixia. Devido a sua alta periculosidade, necessita de avaliação de urgência para determinação do grau em que está, leve (grau 1), moderado (grau 2) e grave (grau 3) que pode acontecer de forma crescente ou decrescente, de acordo com as condições do sistema nervoso central (SNC) do recém nascido (RN) em um determinado momento. Logo, em todos os casos estão presentes as alterações neste sistema, porém nos graus 2 e 3, ocorrem também mudanças no padrão respiratório, cardíaco e digestivo (BINKOWSKI, 2015).

O desenvolvimento desta síndrome

envolve vários fatores de risco que englobam (i) as condições de saúde da gestante (idade, patologias pré-existent, comorbidades, históricos como obstétrico, clínico e familiar, doenças ou infecções desenvolvidas na gestação); (ii) causas fetais (gemelaridade, malformações entre outras); (iii) ocorrências durante o parto (apresentação pélvica anormal, prolapso de cordão, hipotensão materna etc); (iv) causas neonatais (pré-termos ou pós-termos, hemorragias e distúrbios metabólicos) (BARSAM, 2021). Independentemente da causa para o seu desdobramento os cuidados prestados a este RN serão realizados em UTI Neonatal (UTIN) este ambiente deve estar sempre de acordo com o que é padronizado no que diz respeito a iluminação, temperatura, ruídos, materiais e instrumentais utilizados (BRASIL, 2012).

A equipe de enfermagem é justamente quem irá realizar todos os cuidados do RN na UTIN, indo desde os básicos como manuseio para neuroproteção, cuidados com a pele, monitorização de sinais vitais, peso, posicionamento, acomodação e preparo para procedimentos e intervenções (BELEZA, 2014), até os casos de EHI, os quais são considerados de alto risco, sendo necessário também outras intervenções como atenção ao tônus muscular, acesso venoso, drenos, sondas, controle de estresse e dor por meios não medicamentosos proporcionando conforto e segurança para este ser frágil (MOREIRA, 2004). No que se refere a gestante após a sua chegada durante o pré-parto é realizada a anamnese e o seu preparo para a chegada do bebê com técnicas para alívio da dor e relaxamento, este apoio se estende até que ocorra o parto em si, além destes são feitas medidas de prevenção para infecções tanto da mãe quanto do neonato e a monitoração de seus sinais vitais (SOUZA, 2020).

Existem estudos que comprovam a eficácia da hipotermia terapêutica realizada em neonatos com EHI que tem como função reduzir suas lesões e sequelas. Esta técnica corresponde a exposição do RN em uma temperatura de 33,5 °C no qual é mantida por compressas frias ao lado do neonato no período de 72 h, realizando o reaquecimento após o procedimento, sendo assistido hemodinamicamente pela equipe de enfermagem, com o intuito de melhora no quadro clínico do neonato em suas primeiras horas de vida (FIGUEIREDO et al., 2021).

Levando em consideração todos estes aspectos da EHI trata-se de uma síndrome muito delicada, é importante enfatizar um pouco sobre a questão do luto, visto que há grandes chances de óbito do neonato ou sequelas graves que também acabam por fazer com que a família vivencie este estado emocional, passando por suas etapas até que chegue à aceitação, desta maneira é de suma importância o profissional de saúde ter conhecimento sobre o que se esperar e como agir diante de tais situações. Este sentimento de perda muitas vezes se estende até a equipe na qual o acompanhou desde o nascimento, o que embora os profissionais de saúde vivenciam perdas frequentemente não é algo com o qual se acostume tão facilmente, podendo provocar estresse, sensação de impotência e frustração, logo é necessário que haja uma melhor formação para estes profissionais e que após o acontecimento ocorra um estímulo para conversas entre a equipe com ofertas de apoio emocional, caso precisem que sejam orientados a buscar ajuda terapêutica (KOVAS, 2010).

O objetivo deste trabalho é descrever a patologia EHI, com o foco no seu tratamento, cuidados, intervenções realizadas durante a internação, atenção a gestante, como deve ser o ambiente de unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), acompanhamento pós alta e as

situações de luto.

O trabalho baseou-se em pesquisas bibliográficas correspondentes a artigos publicados em plataformas especializadas como Google Acadêmico que direciona para outras como a ScieLo e Portal de Boas Práticas da FIOCRUZ, Biblioteca Virtual em Saúde e Manuais do Ministério da Saúde. As palavras-chaves utilizadas foram encefalopatias, tratamento EHI, cuidados com neonato, intervenções de enfermagem para EHI, luto, entre outras.

2 ENCEFALOPATIA HIPÓXICA-ISQUÊMICA

A encefalopatia hipóxica-isquêmica (EHI) é manifestada de forma secundária à asfixia (um insulto agudo) no período periparto devido a hemorragia placentária ou instabilidade hemodinâmica materna, intraparto por rotura uterina, compressão ou interrupção de fluxo no cordão umbilical ou demora da expulsão, ou em casos mais raros no pós parto devido a complicações hemodinâmicas e/ou ventilatórias (VARIANE et al., 2020). Em consequência desta, ocorre a hipóxia e a isquemia, que afetam intimamente o sistema nervoso central proporcionando então quadros de convulsões na maioria das vezes prolongadas e com resistência à anti-epiléticos (BINKOWSKI, 2015).

Este subgrupo pode ser classificado de acordo com três graus definidos conforme os sintomas que se manifestam em (i) grau 1 (nas primeiras 12 h, o RN encontra-se em estado hiperalerta com fortes tremores nas extremidades, hiperatividade a estímulos de estiramento de membros com reflexos motores, menor frequência dos reflexos de Moro e tônus muscular totalmente preservado); (ii) grau 2 (de 12-24 h, com pouca letargia com hipotonia, hipoatividade ou abolição dos reflexos arcaicos (expressões labiais involuntárias), pode apresentar-se bradi-

cárdico e com constrição pupilar, com risco para crises convulsivas, podendo haver alterações quanto a melhora ou comprometimento em progressão do estado consciência, este quadro se mantém por mais de 14 dias, tendo potencial para melhora ao fim da primeira semana e (iii) grau 3 (de 24-72 h, consiste em um coma por hipotonia global ou posturas anormais, ausências de quaisquer reflexos e modificações na motricidade ocular, o estado de consciência tem chances de melhoras após as primeiras 72 h pós parto, no entanto a grande maioria dos RN não retornam e progridem das convulsões para o estado epilepticus, com risco de sequelas neurológicas sérias e/ou evoluir para um óbito) (BINKOWSKI, 2015).

Devido a alta periculosidade da EHI é necessário que seja feita uma avaliação nas primeiras horas de vida do RN a fim de classificar o grau de lesão, pois desde este momento até o fim da primeira semana o sistema nervoso central pode ser modificado drasticamente passando de um grau leve a um coma ou o inverso (FUNAYAMA et al., 1997). Cada estágio possui um tempo de duração e níveis de lesão em todos os aspectos fisiológicos do indivíduo, como mostra a Tabela 1 ilustrando o método de avaliação Sarnat e Sarnat de 1976, desta forma a primeira avaliação deve ocorrer nas primeiras 72 h de vida do RN e as subsequentes todos os dias até que ocorra uma estabilização neurológica (BARSAM, 2021).

2.1 Fatores de risco

As causas para o desenvolvimento desta síndrome estão intimamente relacionadas com praticamente todos os aspectos gestacionais maternos, fetais, ocorrências durante o parto e neonatais. As causas maternas podem ser devido a (i) primariedade em adolescentes (<16 anos); mulheres com mais de 35 anos ou idosa; (ii) comorbidades como diabetes,

hipertensão, doenças crônicas, anemia e toxemia; (iii) ocorrências durante a gestação como isoimunização, infecções atuais ou antenatal, ruptura de membranas, hemorragia anteparto e placenta prévia; (iv) históricos obstétricos quanto a RN com anomalias congênitas, doença neonatal grave ou até mesmo morte neonatal anterior; (v) etilismo e uso de drogas. Quanto às causas fetais, incluem-se (i) malformação congênita, (ii) gemelaridade, (iii) restrição de crescimento intrauterino (RCIU), (iv) prematuridade ou pós-maturidade, (v) hidropsia fetal, (vi) RN grande para a idade gestacional (GIG), (vii) polihidrânio e (viii) líquido

amniótico meconial. Dentre as ocorrências durante o parto incluem-se (i) drogas que causam depressão ventilatória (anestésicos, narcóticos e sulfato de magnésio); (ii) apresentação pélvica anormal, prolapso de cordão, circular, nó ou sua ruptura, distocia cefalopélvica, descolamento prematuro de placenta ou cabeça derradeira; (iii) trabalho de parto prolongado e (iv) hipotensão materna. Por fim, as causas neonatais podem ser devido a (i) distúrbios metabólicos; (ii) hemorragias e anemias; (iii) imaturidade pulmonar e outros distúrbios respiratórios e (iv) tumores intratorácicos (BARSAM, 2021).

Tabela 1. Estágios da EHI segundo Sarnat e Sarnart (1976)

	ESTÁGIO 1	ESTÁGIO 2	ESTÁGIO 3
Nível de consciência	Hiperalerta	Letargia	Topor ou coma
Controle do tônus muscular	Normal	Hipotonia leve	Flácido
Postura intermitente	Flexão distal leve	Flexão distal forte	Descerebração
Reflexos tendinosos	Aumentados	Aumentados	Diminuídos/ausentes
Mioclonias	Presentes	Presentes	Ausentes
Funções autonômicas	Simpáticas Generalizadas	Parassimpáticas Generalizadas	Ambos os sistemas Deprimidos
Pupilas	Dilatadas, reativas	Miose, reativas	Médias, pouco reativas, anisocóricas
Respirações	Espontâneas, regulares	Periódicas	Periódicas, apnéias
Ritmo cardíaco	Normal ou taquicardia	Bradicardia	Variável, bradicardia
Secreções de vias aéreas	Escassa	Profusa	Variável
Motilidade gastrointestinal	Normal ou diminuída	Aumentada	Variável
Eletoencefalograma	Normal	Baixa voltagem Padrão periódico (desperto)	Periódico ou isoeletrico
Duração dos sintomas	< 24 horas	2 a 14 dias	Horas ou semanas
Seguimento	100% normal	80% normal, anormal se sintomas por mais de 5 a 7 dias	50% óbito, os demais com sequelas graves

Fonte: Extraído de Barsam, 2021.

3 MANEJO DOS NEONATOS

Por se referir a um RN crítico, os cuidados a ele devem ser extremamente minuciosos com monitoramento neurológico e sistêmico, e realizados por uma equipe multidisciplinar seguindo protocolos para um atendimento humanizado de qualidade.

De início, é realizada a reanimação

do neonato na sala de parto de acordo com as diretrizes do programa de reanimação neonatal (PRN) (SBP de 2021), podendo ser executada pelo médico, enfermeiro ou até mesmo o técnico de enfermagem desde que tenha esta capacitação. Em seguida, é realizada a estabilização do RN na unidade de terapia intensiva (UTI). É necessário que seja feita a coleta de

gasometria pelo cordão umbilical se for feita na sala de parto ou por meio de uma artéria escolhida, de acordo com o seu resultado serão avaliadas a escala de APGAR (utilizada para verificar o estado do RN nos primeiros minutos de vida) ilustrada na Figura 1 a seguir, de acordo

com todos os resultados é estabelecido se a necessidade de suporte ventilatório. Após estes procedimentos irá ocorrer a avaliação do escore de Sarnat citado anteriormente, sendo repetido em 6 horas caso a EHI apresente-se em grau 1 (VARIANE et al., 2020).

Figura 1. Escala de APGAR. Avaliação do nível de adaptação do bebê logo após o nascimento,

Escala	0	1	2
A (aparência)	 Cianose ou Palidez	 Cianose nas extremidades	 Ausência de Cianose
P (pulso)	 Sem pulso	 <100 batimentos cardíacos por minuto	 >100 batimentos cardíacos por minuto
G (gesticulação)	 Sem resposta à estimulação	 Careta ou estimulação agressiva	 Choro, tosse ou espirro
A (atividade)	 Nenhuma ou pouca atividade	 Pouca atividade nas extremidades	 Muita atividade
R (respiração)	 Ausente	 Fraco/lento ou irregular	 Forte, Choro vigoroso

Pontuação

 **8-10**
Boa Vitalidade

 **4-7**
Asfixia Moderada

 **0-3**
Asfixia Grave

Fonte: Extraído de Auxílio Maternidade Oficial, 2021.

3.1 Monitoramento na UTIN

De acordo com as diretrizes propostas pelo Ministério de Saúde, a UTI neonatal tem como objetivo um atendimento integral e humanizado, proporcionando promoção da equidade, integralidade da assistência, atenção multiprofissional visando o paciente e a participação dos pais nos cuidados priorizando a redução da morbimortalidade perinatal e neonatal, a organização do local e leitos; climatização e proteção, a fim da reabilitação da saúde do paciente (Brasil, 2012).

UTIN o neonato irá receber cuidados mais específicos para tentar mantê-lo em homeostase em conjunto com algumas medidas de monitoramento, como (i) de temperatura, na qual

é indicado que nestes casos seja mantida em 33,5 °C para poder reduzir a atividade metabólica o que é conhecido como hipotermia terapêutica (HT); (ii) neurológico, iniciado em conjunto com a HT composto por avaliações clínicas diariamente, acompanhamento de eletroencefalográfico para detectar crises convulsivas e desta forma com o reconhecimento e tratamento imediato é possível reduzir consideravelmente os danos cerebrais, e exames de neuroimagem entre o 4º e 14º dia de internação; (iii) respiratório, acompanhando a ventilação e oxigenação como forma de prevenir ou detectar hiperóxia podendo ter efeito deletério, a hipocapnia que esta associa a vasoconstrição cerebral e a hipertensão

pulmonar que pode acarretar em hipotensão sistêmica, sepse e um aumento de motilidade; (iv) função cardíaca, busca manter a função hemodinâmica de maneira regular, sendo indicado que pressão arterial (PA) do RN seja mantida entre 40-60 mmHg além de averiguar os hematócritos para descarte de anemia; (v) atenção ao equilíbrio ácido básico e hidroeletrólítico, pois em casos de asfixia perinatal é comum que ocorra retenção de líquidos e a HT colabora com esta situação por reduzir a eliminação do corpo, desta forma é ideal que a ofeta hídrica seja realizada em poucas quantidades de 40-60 ml/kg ao dia, outros pontos que merecem atenção nesta categoria é a acidose metabólica inicial, hiponatremia e hipocalcemia; (vi) sistema renal, já que a ausência de oxigênio leva a uma insuficiência renal até mesmo 24 h após o insulto hipóxico-isquêmico, caracterizado pela oligúria e sua descoberta imediata facilita o manejo hidroeletrólítico por meio de uma sonda vesical de demora; (vii) nutricional, com base em leite materno administrado via sondagem enteral e os demais suportes nutricionais por meio de soro e nutrição parenteral; (viii) atenção as funções hematológicas, pois a incidência de sangramentos e coagulopatias nestes casos é alta e exige transfusão sanguínea combinadas com vitamina K e hemoderivados para controlar possíveis distúrbios hemorrágicos; (ix) controle da dor e estresse, principalmente ocasionados devido a HT e o processo de reaquecimento corpóreo (realizado de 0,5-1,5 °C por hora) logo é necessário estar atentos a dosagem prescrita de analgésicos, tipo utilizado e os riscos de interações medicamentosas já que estes pacientes estão suscetíveis a múltipla terapia farmacológica; (x) avaliação constante da pele, deve ser realizada a cada mudança de decúbito, pois embora seja rara existem uma complicação chamada adiponecrose caracterizada pela pre-

sença de nódulos indolores nas costas, membros e nádegas, que desaparecem de forma espontânea, mas podem ocorrer complicações como a hipercalemia (VA-RIANE et al., 2020).

No que diz respeito às responsabilidades da enfermagem além dessas medidas citadas anteriormente, nesses locais e com esses usuários é preciso: (a) uma instalação correta dos aparelhos de monitoramento dos sinais vitais, com avaliação de temperatura central via retal ou esofágica; (b) controle rigoroso de diurese; (c) medidas de conforto e adequação para suporte ventilatório sendo invasivo ou não; (d) redução dos fatores de estresse como ruídos, luminosidade, manuseio desnecessário entre outros; (e) estimulação da interação entre o neonato e a família; (f) realizar o registro de todas as alterações fisiológicas (VARIANE et al., 2020).

3.2 Tratamento por hipotermia terapêutica

Esta intervenção refere-se a uma medida neuroprotetora eficaz e única, com a finalidade de reduzir e/ou minimizar os danos causados pela EHI, de quadros moderados a graves, ocasionando a redução do edema e metabolismo cerebral impedindo a graduação da cascata inflamatória que ocorre no primeiro insulto hipóxico isquêmico no qual provoca uma série de lesões. A introdução do resfriamento nas primeiras 6 h pós ressuscitação do pré termo, termo ou tardio, inicia-se na fase de latência após a injúria, quando há reperfusão e a recuperação do metabolismo oxidativo, também atuando em uma segunda falha energética conhecida como fase secundária na qual ocorre entre 6-15 horas pós lesão com a presença de convulsões, edema citotóxico, acúmulo de aminoácidos excitatórios como o glutamato que resulta em dor e carência de ATP que é a fonte de energia das células levando a morte celular, reduzindo então o dano neuro-

lógico. Foi demonstrada em estudos que quanto antes a indução da hipotermia terapêutica (HT) melhor o prognóstico do RN (SILVEIRA et al., 2015).

Ao submeter o RN a um tratamento HT ha duas técnicas existentes e efetivas no tratamento, seletiva ou total, sendo a primeira uma hipotermia realizada com um capacete e a segunda por meio do uso da câmara fria ou compressas frias com intuito de chegar à temperatura de 33,5-34 °C num período de 72 h e sequentemente o reaquecimento lento no período de 12 horas, até alcançar a temperatura ideal de 36,5 °C, não sendo indicado a RNs com menos de 35 semanas de gestação, peso < 1800 g, anomalias congênitas ou genéticas importantes, com evidência de traumatismo craniano grave ou sangramento intracraniano (FIGUEIREDO et al., 2021).

Sendo critério de alto risco, indica-se uma equipe multidisciplinar capacitada para o acompanhamento da HT em centros específicos diretamente monitorando e controlando hemodinamicamente a evolução do RN. Destaca-se que o controle da temperatura é fundamental, sendo indicado o uso de termômetros via esofágica e retal com introdução de 5-6 cm, não havendo interferência e nem deslocação para que não ultrapasse as medidas conforme o protocolo dito. Sabendo-se que a temperatura abaixo de 33 °C, pode ser prejudicial no tratamento, aumentando os riscos de lesões cerebrais, convulsões e óbito (LEITE et al., 2020).

É demonstrado no estudo que com o aumento inadequado da temperatura e sem capacitação ou a falta de protocolo da unidade hospitalar, leva complicações sistêmicas como alterações do organismo do RN com tendência a efeito chamado de *cold-injury syndrome* sendo eles: hipoglicemia; aumento da viscosidade sanguínea e tempo de coagulação; trombocitopenia; distúrbios ácido-base e eletrolíticos; o aumento de

infecções e distúrbios cardiovasculares significativos; escleroma eritema cutâneo acrocianose; hemorragia pulmonar e insuficiência renal (SOUSA et al., 2011).

3.3 Interações entre o RN e a família

A UTI neonatal não é um dos locais mais acolhedores ao “olhar” dos pais, pois representa uma enorme carga emocional a ser superada. Essas emoções de fato são devido o estado crítico do ente querido, o estresse familiar, a angústia, o medo e a preocupação, são acompanhados no processo de cura ou morte do RN. A humanização e a confiança também são prestadas pela equipe multiprofissional, orientando quanto ao prognóstico, e proporcionando a inclusão dos pais nos cuidados e nas escolhas para o tratamento do filho. Observa-se que de início não é fácil para os familiares, o enfrentamento da situação, tendo que recorrer a maioria das vezes por ajuda de psicólogo, mas com a sua participação no tratamento ocorre uma melhora mútua devido ao amparo emocional para ambos os lados.

Dentre as equipes multiprofissionais, a enfermagem é quem presta diretamente os cuidados, sendo de importantíssima função a gestão no aprimoramento da UTIN, mantendo o local de acordo com a portaria nº 930 (2012) com orientações rigorosas nas quais devem ser bem compreendida pelos visitantes/familiares, pois os pacientes críticos ali presente podem estar predispostos a novas contaminações, isto proporciona um ambiente seguro, e acolhedor quando há a associação de medidas de conforto físico e atendimento humanizado com o reforço da explicações fornecidas pela equipe médica e adaptar o atendimento para reduzir assim o temor da família quanto ao termo UTI (NEVES et al., 2013).

Após a estabilização do paciente é imprescindível que ocorra um estímulo para ser desenvolvido um laço familiar

como o contato físico e ouvir a voz dos pais, sempre com o acompanhamento da equipe de enfermagem (VARIANE et al., 2020).

5 O LUTO

Tendo em vista que se trata de um cenário crítico, o ideal é que os profissionais de saúde estejam ao menos preparados para lidar com famílias que estão passando por este estado emocional que é sentido quando há a perda não apenas no sentido de morte, mas muitas vezes da desconstrução de um sonho para a vida e de planos que foram feitos, ou seja, ainda que haja a sobrevivência deste neonato devido às sequelas terão de ser feitas alterações para a sua vida, o que na maioria das vezes provoca a sensação de despreparo, incapacidade, estresse e tristeza profunda. Desta forma o conhecimento sobre o que se esperar e como reagir acaba por promover uma melhor interação entre profissional e a família.

Alguns estudos demonstram que a perda de um filho é sentida de forma bem mais intensificada do que a de qualquer outro ser presente na vida dos pais independentemente da idade ou causa do óbito, estes possuem reações diferentes às perdas tais como vivenciar o momento naquele instante ou ficar em estado de choque por várias horas, dias ou semanas, em ambos os casos as mães costumam levar um maior tempo para processar o luto, vivenciando seus estágios de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação variando na ordem e tempo de vivenciamento de cada um, geralmente se sentem sozinhas como se mais nenhuma outra pessoa pudesse compreender a sua dor, o que pode piorar com frases como “você poderá ter outros”, e a internação em ambientes com mães que tiveram seus filhos saudáveis, que provocam uma certa pressão e o sentimento de falha em relação a ter um filho ou então

de ter um totalmente saudável.

Este cenário muitas vezes pode piorar por fatores como (i) não esclarecimento por parte profissional sobre qual foi a causa e como aconteceu; (ii) não proporcionar um momento para esclarecimento de dúvidas; (iii) ausência de um encaminhamento para acompanhamento psicológico; (iv) ausência de apoio familiar e/ou de amigos; (v) o receio por ter outro filho e o enfraquecimento de crenças. Logo é importante oferecer: estímulos a hábitos que proporcionam conforto espiritual e social; uma escuta qualificada; respeito a sua história e aos seus costumes e apoio às suas decisões desde que não a prejudiquem de alguma forma.

Com relação aos profissionais de saúde não foge da normalidade sentir medo, tristeza e a sensação de fracasso, pois estes muitas acompanharam aquele ser desde o momento em que nasceu ou da sua internação, devido a isto é indicado que esse tema seja trabalho desde a sua formação para que estejam mais preparados mentalmente e no campo de atuação o ideal é que se tenha um momento para terem uma conversa entre a equipe não para apontar falhas e sim ter um apoio emocional, esclarecer dúvidas e se necessário o encaminhamento psicológico (LOPES et al., 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste artigo proporcionou uma nova forma de entendimento sobre a doença em si, abrangendo-a como um todo, ou seja, desde o nascimento até os riscos de complicações que podem vir a surgir, auxiliando também com algumas informações referentes ao cuidado dos mesmos em ambiente hospitalar, sendo útil para a compreensão de profissionais que buscam conhecimento integral sobre a EHI.

Desta maneira, observou-se o quanto necessário é o conhecimento das equipes que prestam atendimento em partos e UTIN, para proporcionar um atendimento de qualidade, reduzindo os riscos de morte e níveis de sequelas neurológicas, bem como beneficiando a melhora do RN através da identificação precoce, introdução de medidas que proporcionem um ambiente preparado para estes casos, redução dos sintomas e fortalecer as relações entre o paciente e a família, além de preparar a equipe para acolhimento familiar.

Por fim, é deixado como sugestão a implementação de protocolos de atendimento e o fornecimento de cursos de educação continuada referentes a asfixia perinatal e a EHI, pois a ausência desta capacitação acaba por influenciar negativamente no índice de morte neonatal.

REFERÊNCIAS

AUXÍLIO MATERNIDADE OFICIAL. O que é o teste de Apgar?. In: AUXÍLIO MATERNIDADE OFICIAL. O que é o teste de Apgar?. [S. l.], 16 nov. 2021.

ABREU, A. J. P. et al. Encefalopatia Neonatal: etiologia e morbidade. Encefalopatia Neonatal, [online], 8 jun. 2018.

BARSAM, F. J. B. G. Condutas médicas na asfixia perinatal e encefalopatia hipóxico isquêmica. Encefalopatia Hipoxico-Isquêmica Neonatal, [s. l.], 7 jun. 2021.

BELEZA, L. Protocolo de manuseio mínimo: Unidade de administração - UTI Neonatal HMIB.

BINKOWSKI, R. T. K. Hipotermia terapêutica em recém-nascidos com diagnóstico de encefalopatia hipóxico isquêmica: Revisão de Literatura. Estágios da EHI, [online], jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 930, de 10 de maio de 2012.

FIGUEIREDO, A. P. S. A. et al. Cuidados de enfermagem ao recém nascido com asfixia perinatal submetido a hipotermia terapêutica: Uma revisão integrativa da literatura. Tratamento de Hipotermia Terapêutica, [online], 19 jan. 2021.

FUNAYAMA, C. A. R. et al. Encefalopatia hipóxico-isquêmica em recém-nascidos a termo: Aspectos da fase aguda e evolução. Estágios da EHI, [s. l.], v. 4, n. 55, p. 771-779, 1997.

KOVAS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. Luto por parte da equipe profissional de saúde, O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 34, ed. 4, p. 420-429, 2010.

LEITE, P. N. M. et al. Atenção geral em casos de neonato com encefalopatia hipóxico-isquêmica: Revisão integrativa. Hipotermia terapeutica EHI, [s. l.], 2020.

LOPES, B. G. et al. A dor de perder um filho no período perinatal: Uma revisão integrativa da literatura sobre o luto materno. Luto perinatal, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 29-40, dez. 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Brasília, 2012.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, M. orgs. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [SciELO]. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Disponível em: SciELO Books.

NEVES, C. A. de M. et al. A contribuição da enfermagem como agente facilitador da interação entre pais e filhos na unidade de terapia intensiva neonatal.

Humanização - UTI Neonatal, [S. l.], p. 1-15, 18 nov. 2013.

SILVEIRA, R. C. et al. Hipotermia terapêutica para recém-nascidos com encefalopatia hipóxico isquêmica. *Jornal de Pediatria*, Elsevier Editora LTDA, p. 78-83, 3 ago. 2015.

SOUZA, D. M. B. Assistência no pré-parto, parto e puerpério. Assistência no pré-parto, [online]. Abril 2020.

SOUSA, S. et al. Hipotermia terapêutica na encefalopatia hipóxico-isquêmica. Hipotermia terapêutica. *Nascer e Crescer*, [S. l.], p. 248-254, dez. 2011.

VARIANE, G. F. T. et al. Monitoramento do recém-nascido com asfixia perinatal. 8. ed. atual. Departamento Científico de Neonatologia: Sociedade Brasileira de Pediatria, set. 2020.