

Comparação do ofurô com o banho de higiene após procedimentos invasivos
Comparison of the hot tub with the hygiene bath after invasive procedures
Comparación del hot tub con el baño de higiene tras procedimientos invasivos

Recebido: 01/10/2020 | Revisado: 07/10/2020 | Aceito: 13/10/2020 | Publicado: 16/10/2020

Mariana Vasconcelos Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8273-1047>

Centro Universitário Unifacisa, Brasil

E-mail: mariana18vas@gmail.com

Anajás da Silva Cardoso Cantalice

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4709-2294>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: anajascardoso@gmail.com

Elisângela Braga de Azevedo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9529-0316>

Centro Universitário Unifacisa, Brasil

E-mail: elisangelaaz@yahoo.com.br

Hiáskara Mikaelly Fernandes de Azevedo Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4675-7861>

Centro Universitário Unifacisa, Brasil

E-mail: hiaskaramf@gmail.com

Josefa Cristina Gomes Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4419-4252>

Centro Universitário Unifacisa, Brasil

E-mail: cristinabarbosa270@gmail.com

Resumo

Objetivo: comparar o uso do ofurô com o banho de higiene após procedimentos invasivos. Metodologia: trata-se de um estudo experimental não-controlado com abordagem quantitativa realizado com recém-nascidos e lactentes. Foi realizada avaliação comparativa comportamental e de sinais vitais antes e após banho de higiene e com o uso de ofurô. Foi utilizado o teste de McNemar, considerando um intervalo de confiança de 95%. Resultados: foram registradas 10 avaliações, sendo 05 do grupo controle (banho de higiene) e 05 experimental (banho de ofurô).

Foi verificada uma melhora no estado comportamental dos recém-nascidos e lactentes após o banho de ofurô em comparação com o de higiene, percebeu-se uma diferença significativa nas variáveis: choro ($p=0,046$) e colabora passivamente ($p=0,046$). Obteve-se uma diferença significativa na temperatura ($p=0,039$). Conclusão: o banho de ofurô mostrou-se uma técnica relevante para melhora dos parâmetros vitais e para melhoria do estado comportamental da criança em processo de hospitalização, deixando-as mais calmas e tranquilas.

Palavras chave: Balneoterapia; Relaxamento; Enfermagem; Recém-nascidos; Lactente.

Abstract

Objective: compare the use of the hot tub with the hygiene bath after invasive procedures. **Methodology:** this is an uncontrolled experimental study with a quantitative approach carried out with newborns and infants. Comparative behavioral and vital signs assessment was performed before and after a hygiene bath and with the use of a hot tub. The McNemar test was used, considering a 95% confidence interval. **Results:** 10 evaluations were recorded, being 5 from the control group (hygiene bath) and 5 from the experimental group (hot tub). There was an improvement in the behavioral status of newborns and infants after bathing in the hot tub compared to hygiene, a significant difference was noted in the variables: crying ($p = 0.046$) and collaborating passively ($p = 0.046$). A significant difference in temperature was obtained ($p = 0.039$). **Conclusion:** the hot tub bath proved to be a relevant technique for improving vital parameters and improving the behavioral state of the child in the hospitalization process, leaving them calmer and more calm.

Keywords: Balneotherapy; Relaxation; Nursing; Newborn; Infant.

Resumen

Objetivo: compare el uso de la bañera de hidromasaje con el baño higiénico después de procedimientos invasivos. **Metodología:** se trata de un estudio experimental no controlado con abordaje cuantitativo realizado con recién nacidos y lactantes. Se realizó una evaluación comparativa del comportamiento y los signos vitales antes y después de un baño higiénico y con el uso de una bañera de hidromasaje. Se utilizó la prueba de McNemar, considerando un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** se registraron 10 evaluaciones, siendo 5 del grupo control (baño higiénico) y 5 del grupo experimental (jacuzzi). Hubo una mejora en el estado conductual de los recién nacidos y lactantes después de bañarse en la tina de hidromasaje en comparación con la higiene, se notó una diferencia significativa en las variables: llanto ($p = 0.046$) y colaborar pasivamente ($p = 0.046$). Se obtuvo una diferencia significativa de

temperatura ($p = 0,039$). Conclusión: el baño de hidromasaje resultó ser uma técnica relevante para mejorar parâmetros vitales y mejorar el estado de comportamiento del niño en el proceso de hospitalización, dejándolo más tranquilo y calmado.

Palabras clave: Balneoterapia; Relajación; Enfermería; Recién Nacido; Lactante.

1. Introdução

O processo de hospitalização gera consequências marcantes na vida da criança, ao serem retiradas de seu cotidiano, a insegurança e o medo aumentam, gerando muitas vezes um momento traumático e de muita dor, tanto para si como para os pais ao perceberem o sofrimento do filho (Gesteira et al., 2014).

A dor é frequentemente relatada durante a internação e é conhecida como o quinto sinal vital. Assim como os demais, por se tratar de um critério importante para o bem-estar do indivíduo, é necessário realizar uma boa avaliação e mensuração do seu nível, pois dependendo da gravidade, pode gerar uma grande desestabilidade hemodinâmica nos pacientes (Araújo & Romero, 2015).

Recentemente um estudo mostrou a eficácia de alguns métodos de intervenções não farmacológicas utilizadas por profissionais para promover o alívio da dor, do estresse, bem como na redução do tempo de internação, tornando esse período de hospitalização menos traumático para crianças, dentre os quais, pode-se destacar: ambiente humanizado, aleitamento materno, contenção, método canguru, solução oral de glicose, sucção não nutritiva com chupeta e o banho de ofurô (Oliveira et al., 2016).

Dentre os tipos mais frequentes de banhos, destacam-se os de imersão e aspensão, que tem como objetivo inicial, na maioria das instituições hospitalares, a higienização, porém o intuito desse tipo de procedimento deve ir muito além dos conceitos tradicionais. Partindo desse pressuposto, foram desenvolvidos os banhos que priorizam a humanização do cuidado, os quais proporcionam momentos menos estressantes e de maior prazer para as crianças, incluído nessas práticas o banho de ofurô, conhecido como banho de balde (Palhares et al., 2016).

O ofurô é uma prática de assistência humanizada, realizada rotineiramente em Unidades de Cuidados Neonatais (UCN) brasileiras, sendo menos requente em lactentes. A imersão do recém-nascido e lactente em água aquecida é indicada como um adjuvante na redução do estresse, tempo de internação e perda de peso, cujo objetivo principal, seria oferecer um cuidado integral. Essa prática foi adaptada a partir de uma técnica desenvolvida na Holanda em 1997,

por enfermeiros e obstetras para tentar simular as sensações e estímulos de um útero materno (Ataíde et al., 2016).

Neste banho a criança é colocada em um balde, em uma posição que relembra o ambiente uterino, envolvido por um cueiro para manter a temperatura e assim é mantido de 10 a 15 minutos. Autores referem resultados positivos em estudo, após poucos minutos de imersão no balde de ofurô, as crianças relaxavam a ponto de adormecerem, além de proporcionar um maior vínculo afetivo no binômio mãe-filho, favorecendo inclusive uma melhor sucção durante o processo de amamentação e melhorando consideravelmente os níveis de estresse da criança, devido à memória desse ambiente (Perine et al., 2014; Novakoski et al., 2018).

É importante que os serviços de saúde desenvolvam estratégias para o envolvimento da equipe na prevenção da dor e utilização de métodos para seu alívio. A implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor é essencial para garantir um cuidado qualificado e humanizado ao recém-nascido (Mota & Cunha, 2015).

Considerando os benefícios das medidas não farmacológicas para o alívio da dor em crianças hospitalizadas, essa investigação objetivou comparar o uso do ofurô com o banho de higiene após procedimentos invasivos. Especificamente, buscou-se caracterizar os recém-nascidos (RN) e lactentes quanto aos aspectos perinatais, sociodemográficos e clínicos; observar as reações expressas de maneira verbal e não-verbal pelos RN e lactentes durante o banho de higiene e banho de ofurô e comparar os parâmetros cardiorrespiratórios, temperatura corporal e comportamento antes e após o ofurô.

2. Metodologia

Tratou-se de um estudo experimental não-controlado, com amostra por conveniência e abordagem quantitativa, realizado em um hospital municipal de Campina Grande- PB, tendo a investigação sido desenvolvida no mês de abril de 2018. A população do estudo foi constituída pelos recém-nascidos e lactentes internos na ala pediátrica do referido hospital no período do estudo. Assim, conforme número de atendimentos aproximados do serviço, foi estabelecido uma amostra por conveniência de dez recém-nascidos e lactentes submetidos à procedimentos invasivos ou que apresentassem sinais de dor durante a coleta.

Foram definidos como critérios de inclusão: recém-nascidos e lactentes até seis meses hospitalizados por no mínimo 24 horas, caracterizando internação; serem submetidos a procedimento invasivo ou que apresentassem sinais de dor durante a coleta e estarem clinicamente estáveis. Como critérios de exclusão: recém-nascidos e lactentes até seis meses

sob efeito de anestésicos, durante o período pós-operatório imediato ou sedadas; com doenças infectocontagiosas; com necessidade de suporte ventilatório.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário específico, dividido em duas partes. A parte I, foi coletada junto ao prontuário e abordou as características sócio demográficas e condições clínicas do RN e lactente. A parte II do instrumento, apresentou o formato de checklist e tratou parâmetros cardiorrespiratórios (frequência respiratória e cardíaca e oximetria de pulso), aspectos comportamentais e reações esboçadas durante procedimentos invasivos ou diagnóstico de dor antes e após a aplicação do banho ofurô em comparação com o banho de higiene de rotina.

A frequência respiratória foi avaliada por observação direta das excursões respiratórias em um período de um minuto, a frequência cardíaca e oximetria de pulso foram avaliadas por oxímetro próprio para faixa etária da marca *Fingertip pulse* e temperatura corporal por termômetro digital.

Em relação às características sócio demográficas e condições clínicas, o instrumento abordou: Número identificador; Sexo: variável categórica (feminino/masculino); Idade: variável intervalar, contínua, considerada com base na data de nascimento da criança; Tempo de permanência na Unidade de internação: Período em dias/meses, que a criança está hospitalizada. Causa de admissão: diagnóstico médico da entrada no serviço hospitalar; diagnóstico de dor a partir da escala *Neonatal InfantPainScale* (NIPS), com presença de dor em valores iguais ou superiores a 3 pontos, avaliado pelo pesquisador. Parâmetros Cardiorrespiratórios: Oximetria de pulso – Saturação de oxigênio da hemoglobina por método indireto; Frequência respiratória – Por observação de movimentação toraco-abdominal (excursões em 1 minuto); Frequência cardíaca – Número de batimentos cardíacos por minuto através de monitor cardíaco móvel.

Quanto aos aspectos comportamentais e reações esboçadas, foram utilizadas variáveis de acordo com o proposto em outro estudo, o qual avaliou os seguintes aspectos: solicita presença materna; choro; evita olhar para o profissional; aperta os lábios; grita; solicita interrupção do tratamento; comportamento protetor; tensão muscular; postura retraída; cerra os olhos; soluço; franze a testa; suspira; colabora passivamente; permanece calado; comportamento regressivo; postura indiferente (Lemos et al., 2016).

O banho ofurô ocorreu em um balde de fundo arredondado com os RN envolvidos por um cueiro e nos lactentes com mais de 3 meses com o corpo despido e livre, com as pernas fletidas e cabeça apoiada pelo pesquisador, em ambiente calmo ou com música tranquila, com água morna a temperatura de 36°C, verificada com termômetro próprio para banho da marca

multikids, no período de 15 minutos. Os RN e lactentes avaliados foram imersos no balde deixando apenas a região cefálica fora da água. Quanto ao banho de rotina, foi realizado com o uso de bacia, sem imersão, com a criança em qualquer das faixas etárias avaliadas (RN ou lactente) totalmente despida, sendo a higienização no sentido cefalo-podálica, e, secagem posterior. O tempo de duração do banho de higiene foi de 5 minutos em local comum próprio para banho no serviço e temperatura da água de 36°C, avaliada a partir de termômetro próprio para o banho.

A análise dos dados foi feita por métodos estatísticos, com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Science* – pacote estatístico para Ciências Sociais (SPSS) versão 21.0, possibilitando a tabulação e organização para posterior análise.

Foi realizada, inicialmente, a análise das frequências absoluta e relativas, das variáveis sócio demográficas e clínicas das crianças incluídas no estudo. Foram verificadas as variações de comportamento antes e após a implementação do banho de higiene no grupo controle e ofurô no grupo experimental, utilizando-se o teste de McNemar e considerando um intervalo de confiança de 95%. Esse teste consiste na análise da eficiência de situações “antes” e “depois”, em que cada indivíduo é utilizado como o seu próprio controle.

Por tratar-se de uma pesquisa com seres humanos o mesmo obedeceu à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de ética da UNIFACISA com o CAAE: 83685418.6.0000.5175 no dia 02 de abril de 2018.

3. Resultados

Foram realizadas 10 avaliações, sendo 10 crianças incluídas no estudo. A maioria das crianças eram do sexo masculino (80%), sendo a média de idade $3,10 \pm 2,07$ meses, com tempo médio de internação de $5,1 \text{ dias} \pm 3,1$. O nível de dor pela escala de NIPS antes do banho era de $3,2 \pm 1,7$. Os diagnósticos mais frequentes foram: Infecção do trato urinário (ITU) (37%), Pneumonia (18%) e Conjuntivite bacteriana (18%), e os medicamentos mais utilizados foram: Gentamicina (24%), Ceftriaxona (14%), seguido de Paracetamol (10%), conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa das variáveis sócio demográficas e clínicas de RN e lactentes. Hospital da Criança e do Adolescente, Campina Grande– Paraíba, 2018.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	08	80
Feminino	02	20
Faixa Etária		
RN	03	30
Lactente	07	70
Diagnósticos identificados		
Infecção do Trato urinário	04	37
Pneumonia	02	18
Conjuntivite Bacteriana	02	18
Entero infecção	01	09
Pielonefrite	01	09
Febre	01	09
Parentesco do Acompanhante		
Mãe	08	80
Pai	01	10
Avó	01	10
Tipo de parto		
Cesárea	04	40
Normal	06	60
Total	10	100

Fonte: Autores.

As variáveis expressas na Tabela 2 representam alterações comportamentais evidenciadas antes e após a realização do banho de higiene (controle) e ofurô (experimental) que puderam ser observados nos RN e lactentes durante uma situação estressante como punção venosa, sendo que comparativamente os seguintes itens apresentaram melhora significativa após ofurô se comparada com banho de higiene: colabora passivamente ($p=0,046$) e choro ($p=0,046$).

Pode-se perceber ainda, embora não significativa, uma pequena diferença nas variáveis: postura retraída e cerra os olhos, que diminuíram após o banho de ofurô, o que não foi observado no grupo do banho de higiene, assim como na variável de tensão muscular, que naqueles de higiene aumentou de 01 para 03 após o banho, e no grupo experimental caiu de 03 para 0.

Tabela 2. Comportamentos referentes ao antes e após o banho de higiene e de ofurô. Hospital da Criança e do Adolescente, Campina Grande – Paraíba, 2018.

Comportamentos	Antes do banho de higiene		Depois do banho de higiene		P	Antes do ofurô		Depois do ofurô		P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Solicita presença materna	4	80	4	80	1,000	5	100	2	40	0,083
Evita olhar para o profissional	2	40	2	40	1,000	3	60	1	20	0,157
Aperta os lábios	1	20	1	20	1,000	2	40	1	20	0,317
Grita	1	20	1	20	0,317	2	40	0	100	0,157
Solicita interrupção do tratamento	4	80	4	80	1,000	4	80	1	20	0,083
Comportamento protetor	5	100	4	80	0,317	5	100	2	40	0,083
Tensão muscular	1	20	3	60	0,157	3	60	0	100	0,083
Choro	1	20	2	40	0,317	5	100	1	20	0,046
Postura retraída	3	60	1	20	0,157	0	100	1	20	0,317
Cerra os olhos	2	40	1	20	0,317	3	60	1	20	0,157
Solução	1	20	1	20	1,000	1	20	0	100	0,317
Franze a testa	3	60	4	80	0,564	4	80	1	20	0,083
Suspira	4	80	4	80	1,000	2	40	4	80	0,157
Colabora passivamente	1	20	0	100	0,317	0	100	4	80	0,046
Permanece calado	0	100	0	100	1,000	1	20	3	60	0,317
Comportamento regressivo	2	40	2	40	1,000	3	60	2	40	0,317
Postura indiferente	0	100	0	100	1,000	0	100	0	100	1,000

Fonte: Autores.

A Tabela 3 expõe as variáveis referentes aos parâmetros vitais após o banho de higiene e o banho de ofurô. Ao se avaliar os valores médios dos parâmetros vitais das crianças incluídas no estudo após a realização do banho de higiene e do banho de ofurô, observou-se uma diferença significativa apenas na temperatura, entretanto valores inferiores foram observados na frequência cardíaca e superiores na SaO₂.

Tabela 3. Variáveis referentes aos parâmetros vitais após o banho de higiene e o banho ofurô em RN e lactentes. Hospital da Criança e do Adolescente, Campina Grande- Paraíba, 2018.

Variáveis	Após banho de Higiene Média (DP)	Após Ofurô Média (DP)	P
Frequência Cardíaca	144,40(18,202)	135,30(35,857)	0,341
Saturação de Oxigênio	93,80 (4,970)	95,90(1,732)	0,112
Frequência Respiratória	48,20 (10,035)	49,70(8,672)	0,627
Temperatura	36,080(,3701)	36,320(,2302)	0,039

Fonte: Autores.

4. Discussão

Apesar do dia-a-dia hospitalar ser permeado pela dimensão técnica e cumprimento das rotinas, entende-se que ao buscar aplicar a humanização do cuidado, novas oportunidades podem ser visualizadas por profissionais de saúde, especialmente enfermeiros. Neste estudo, foi realizada a comparação do uso do ofurô com o banho de higiene convencional após procedimentos invasivos. Todas as crianças avaliadas faziam uso de medicações venosas e apresentavam elevado nível de estresse, devido a internação e a patologia que apresentavam de acordo com escala NIPS (Michelan & Spire, 2018).

Durante a internação o processo de desenvolvimento natural da criança não deve ser interrompido, diante disto, o ambiente hospitalar deve ser um local que desenvolva atividades humanísticas, espaços em que a criança possa esquecer-se da dor e do sofrimento causado pela sua patologia (Ceribelli et al., 2009).

Na caracterização da amostra, observou-se uma prevalência maior de Infecção do Trato Urinário (ITU), seguido de pneumonias entre os principais motivos de internação. Um estudo realizado com dados do Sistema de Informação Hospitalar do Estado do Paraná, destaca aumento nas taxas de hospitalizações por infecção no rim e trato urinário em crianças de 0 a 5 anos de idade, de acordo com autores, as manifestações clínicas do sistema urinário podem ser identificados facilmente pela família e equipe de saúde, enfatiza ainda a importância do profissional enfermeiro no acompanhamento da saúde da criança na Atenção Primária à Saúde, o que permite a detecção dos agravos e assistência em tempo hábil, evitando hospitalizações (Prezotto et al., 2017).

Quando se avaliou os comportamentos após os banhos observou-se que não houve nenhuma diferença significativa após o banho higiene, já após o banho de ofurô notou-se

diferença na variável choro, o qual apresentou redução significativa e na variável colabora passivamente, que apresentou valores superiores.

Resultados similares também foram encontrados em uma pesquisa realizada no alojamento conjunto, que utilizou o ofurô como uma técnica de relaxamento em RN, foi comprovado que após poucos minutos de banho de ofurô as crianças relaxavam, diminuía suas atividades e em alguns casos chegavam a adormecer (Perine et al., 2014).

Outro estudo demonstrou que a intervenção fisioterapêutica aquática realizada em recém-nascidos prematuros, internados em UTI neonatal, melhorou o estado de sono e vigília desses pacientes, o autor refere ainda que, após a intervenção a maioria dos participantes estavam com sono, com os olhos abrindo e fechando, sono leve com movimentos corporais mínimos, corroborando com os achados deste estudo (Novakoski et al., 2018).

Percebeu-se durante essa investigação, uma diminuição das variáveis: Solicita presença materna e solicita interrupção do tratamento. Embora a presença materna seja importante para a criança hospitalizada, quando o lactente não a solicita, frente a um procedimento, quer doloroso, quer estressante, esse é um indicativo de um processo de adaptação mais fortalecido (Lemos et al., 2016).

Ao avaliar os parâmetros vitais após cada um dos banhos, percebeu-se valores mais estáveis em todos os parâmetros avaliados nas crianças que realizaram o ofurô, com diferença significativa na temperatura. Um estudo realizado em uma Unidade Neonatal no Rio de Janeiro, avaliou o efeito do banho de imersão para a termorregulação em recém-nascidos prematuros, foram avaliados sete RN e observou uma melhor termorregulação após o banho de imersão em quase todas as crianças, o que corroborou com o presente estudo (Costa et al., 2017).

A frequência cardíaca (FC), apresentou-se menor no grupo do banho de ofurô, dado semelhante ao encontrado em outro estudo realizado com 30 recém-nascidos prematuros submetidos a hidroterapia, o qual também encontrou redução da FC após a intervenção. Este estudo destaca que os efeitos da água aquecida são capazes de atuar na diminuição dos níveis hormonais estressores e podem contribuir para redução da FC. Além disso, sugere que a flutuação durante a imersão reduz os estímulos sensoriais, atuando na diminuição da tensão muscular e proporcionando relaxamento psicofisiológico e comportamental (Silva et al., 2017).

Na saturação de oxigênio (SaO₂), observou-se um leve aumento, embora não significativo após o banho de ofurô, se comparado ao de higiene. Um estudo realizado para avaliar os efeitos a curto prazo da hidrocinesioterapia na redução do estresse no recém-nascido pré-termo, verificou aumento significativo da SaO₂, e destaca que entre os diversos efeitos terapêuticos da água melhora a circulação sanguínea devido o efeito da pressão hidrostática, a

qual aumenta especialmente o fluxo sanguíneo nos alvéolos, pode explicar a melhora nas trocas gasosas (Tobinaga et al., 2016).

Ao comparar a frequência respiratória dos grupos de controle (higiene) e experimental (ofurô), percebeu-se que não houve uma diferença significativa, embora uma média superior tenha sido verificada após o ofurô.

O banho de imersão em água aquecida aponta uma melhora na circulação sanguínea e relaxamento muscular, incluindo músculos respiratórios e diminuição na sensibilidade nos terminais nervosos, conseqüentemente a dor e a FC. Logo após a imersão, aproximadamente 700 ml de sangue são deslocados dos membros inferiores para o tórax, gerando assim um aumento do retorno venolinfático (Gonçalves et al., 2017).

5. Considerações Finais

Os resultados dessa investigação apontaram que o ofurô é um método não farmacológico relevante para as crianças hospitalizadas, e em comparação com o banho de higiene pode-se perceber que ele diminui o estresse causado pelo ambiente de internação e procedimentos dolorosos, tornando uma assistência mais humanizada.

Quanto aos aspectos clínicos foi identificado que a infecção do trato urinário e a pneumonia, foram as mais evidenciadas no diagnóstico daqueles que foram avaliados. Quanto ao estado comportamental e parâmetros vitais dos neonatos após o banho de ofurô em comparação com o de higiene, percebeu-se uma diferença significativa nas variáveis: choro, colaboração passiva e temperatura. Além disso, mostra-se uma técnica segura, capaz de melhorar a frequência cardíaca, a saturação de oxigênio e o estado comportamental, ao trazer de volta a sensação intrauterina para a criança avaliada.

Quanto às limitações do estudo pode-se destacar o número reduzido de crianças atendidas no período de coleta de dados, tendo em vista o fluxo de RN e lactentes hospitalizados. Ainda ocorreram problemas durante a coleta que teve um período curto, também não se obteve uma boa adesão da equipe de profissionais do setor ao procedimento, o que dificultou a orientação as mães sobre os benefícios. Além da escassez de material disponível na literatura sobre o tema abordado.

Conclui-se, contudo, que o banho de ofurô representa um método que possibilita melhoras nos parâmetros comportamentais e fisiológicos do RN e lactente, de baixo custo, fácil implementação, necessidade de pouca modificação no processo de trabalho e de grande relevância para uma assistência humanizada.

Referências

- Araújo L. C. & Romero B. (2015). Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. *Revista Dor*, 16(4): 291-6. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150060>
- Ataíde V. P., Barbosa J. S. V., Carvalho M. G. S., Neves S. M. S. G., Sanchez, F. F & Gonçalves, R. L. (2016). Ofurô em recém-nascidos pré-termo de baixo peso: relato de experiência. *Assobrafir Ciência*. 7(2): 13-22.
- Ceribelli C., Nascimento L. C., Pacífico S. M. & Lima R. A. G. (2009). A mediação da leitura como recurso de comunicação com crianças hospitalizadas. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 17(1): 81-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000100013>.
- Costa A. Q., Reis C. S. C., Alves A. M. A. & Neto J. A. S. (2017). Efeitos do banho de imersão para a termorregulação do recém-nascido prematuro. *Enfermagem Obstétrica*. 64(4): 1-6.
- Gesteira, E., Franco, E., Braga, P., Criscuolo, M., & Oliveira, J. (2014). Contos infantojuvenis: uma prática lúdica de humanização para crianças hospitalizadas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(3), 575 - 583. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769212071>
- Gonçalves R. L., Júnior J. A. M., Meneguini M. E., Ataíde V. P., Gama S. M. S., Carvalho M. G. S., Sanchez F. F. (2017). Cardiorespiratory Repercussions of Ho Tub (ofurô) Pre term Newborns with Low Birtg Weight: A Cross- Sectional Study. *J Nov Physiother*. 7: 1-2.
- Lemos I. C. S., de Oliveira J. D., Gomes E. B., Silva K. V. L., Silva P. K. S. & Fernanades G. P. (2016). Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Rev Cuid*. 7(1): 1163-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.303>.
- Michelan V. C. A. & Spire W. C. (2018). Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*. 71(2): 372-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0485>

Motta G. C. P. & Cunha M. L. C. (2015) Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Rev Bras Enferm.* 68(1):131-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>

Novakoski K. R. M., Valderramas S. R., Israel V. L., Yamaguchi B. & Andrezza M. G. (2018). Back to the liquid environment: effects of aquatic physiotherapy intervention performed on preterm infants. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.* 20(6): 566-575.

Oliveira C. W. L., Silva J. V. F., Rodrigues A. P. R. A., Xavier Junior A. F. S. & Tenório G. M. (2016). Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em unidade de terapia intensiva neonatal. *Caderno de Graduação – Ciências biológicas e da saúde*, 03(2): 123-134.

Palhares Y. L. M. L., Dantas J. C., Souza F. M. L. C., Silva B. C. O., Rodrigues I. D. C. V. & Silva, R. A. R. (2016). Conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto à realização do banho no recém-nascido. *Revista Enfermagem Atual In Derme.* 78(3): 22-8. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2016-v.78-n.16-art.356>

Perine C, Seixas M. C., Catão A. C. S. M., Silva G. D., Almeida V. S. & Matos P. B. C. (2014). Banho de ofurô em recém-nascidos no alojamento conjunto: um relato de experiência. *Rev. Pesqui Cuid Fundam Online.* 6(2): 785-792. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n2p785

Prezotto K. H., Lentsck M. H., Aidar T., Fertoni H. P. & Mathias T. A. F. (2017). Hospitalizações de crianças por condições evitáveis no Estado do Paraná: causas e tendência. *Acta Paul Enferm.* 30(3): 254-261. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700039>

Silva H. A., Silva K. C., Reco M. O. N., Costa A. S., Marangoni D. A. S. & Merey L. F. (2017). Efeitos fisiológicos da hidroterapia em recém-nascidos prematuros. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 28(3): 309-15.

Tobinaga W. C. O., Marinho C. L., Abelenda V. L. B, Sá P. M. & Lopes A. J. (2016). Short-term effects of hidrokinestiotherapy in hospitalized preterm newborns. *Rehabilitation on Research and Practice. Rehabilitation res Pract.* 8.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Mariana Vasconcelos Alves – 35%

Anajás da Silva Cardoso Cantalice – 30%

Elisângela Braga de Azevedo – 15%

Hiáskara Mikaelly Fernandes de Azevedo Silva – 10%

Josefa Cristina Gomes Barbosa – 10%