PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE

CURSO DE ENFERMAGEM

 MARÍLIA INÁCIO DE OLIVEIRA

**BANHO HUMANIZADO NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

GOIÂNIA, 2021

MARÍLIA INÁCIO DE OLIVEIRA

 **BANHO HUMANIZADO NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Escola de Ciências Sociais e da Saúde da PUC Goiás, como requisito básico para aprovação na Graduação de Enfermagem.

**Linha de pesquisa**: Promoção à saúde.

**Orientadora:** Prof ª. Dr.ª Adrielle Cristina Silva Souza

GOIÂNIA, 2021

Com gratidão dedico este trabalho a Deus, pois sem ele nada seria possível. Dedico também à minha mãe e meu pai, por todo o suporte e amor dados a mim.

# **AGRADECIMENTOS**

A Deus, primeiramente, pela minha vida e por me permitir concluir este curso.

Agradeço aos meus pais, Maurilio Inácio Filho e Sirley de Oliveira Furtado Inácio, por sempre me apoiarem e acreditarem. Graças ao incentivo de cada um tenho a oportunidade de celebrar esse marco em minha vida. Aproveito para agradecer pelo amor incondicionalmente dado a mim durante toda a minha vida.

 Agradeço a minha família, por acreditarem nos meus sonhos e darem todo suporte e apoio as minhas decisões, especialmente a minha irmã Marina Cristina Inácio de Oliveira, meus avos Lucimar de Oliveira e Cicero Furtado.

Agradeço imensamente a minha orientadora Professora Dra Adrielle Cristina Silva Souza pelo carinho, dedicação e disponibilidade a este trabalho e a mim. Sou grata pela sua orientação e motivação. Obrigada por sempre me manter focada e incentivada.

Agradeço a todos meus amigos que sempre estiveram ao meu lado e torcendo por mim.

Por fim, as pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

# *“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.” (Cora Coralina)*

**SUMÁRIO**

[RESUMO Erro! Indicador não definido.](#_Toc85747651)

[ABSTRACT 8](#_Toc85747652)

[1. INTRODUÇÃO 09](#_Toc85747654)

[2.1 Objetivo Geral 12](#_Toc85747655)

[2.2 Objetivos Específicos 12](#_Toc85747656)

[3. REFERENCIAL TEÓRICO 13](#_Toc85747657)

[3.1 Prematuridade Erro! Indicador não definido.](#_Toc85747658)

[3.2 Banho humanizado: impacto na saúde do recém nascido prematuro Erro! Indicador não definido.](#_Toc85747659)

[4. METODOLOGIA 21](#_Toc85747661)

[4.1 Aspectos éticos 21](#_Toc85747662)

[4.2 Tipo de estudo e procedimentos metodológicos 21](#_Toc85747663)

[5. RESULTADOS E DISCUSSÕES 25](#_Toc85747665)

**6. CONSIDERAÇÕES FINAIS ..................................................................................44**

[REFERÊNCIAS 45](#_Toc85747666)

#

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Fornecer atenção humanizada ao RN é fundamental para qualidade de vida do mesmo. O banho humanizado é a modalidade que mais assegura a humanização, pois auxilia na manutenção térmica corporal do bebê, promove uma melhor resposta adaptativa e auxilia na organização dos sistemas motores e fisiológicos contribuindo para o seu desenvolvimento. Além de fornecer o conforto e relaxamento, evitando o choro, gerador da perda de peso e da queda da saturação **OBJETIVO:** Evidenciar os benefícios do banho humanizado no recém-nascido prematuro. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão integrativa, cuja busca ocorreu na base de dados Scientific Eletronic Library Online, Biblioteca Virtual de Saúde e Portal CAPES, sem recorte temporal. Adotou-se como critérios: estudos que continham os termos de busca listados em qualquer parte do documento, publicados na íntegra, em qualquer idioma e que respondessem à pergunta de pesquisa. Foram excluídos: editoriais, cartas, comentários de especialistas, resumos de anais, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, livros, revisões de literatura, não disponíveis na íntegra e estudos duplicados. Inicialmente, foram identificados, a partir dos descritores, 196 estudos. **RESULTADOS:** Foram identificados quatro artigos originais que investigaram a assistência humanizada no banho do RN prematuro na atenção hospitalar. Em relação ao núcleo temático, dois estudos evidenciaram os fatores que o BH promove na organização dos sistemas comportamentais, motores, fisiológicos e de interação ao ambiente, promovendo o desenvolvimento mais sadio. E os outros dois estudos investigaram a atuação da enfermagem na humanização da assistência ao RN prematuro, sendo que apenas um deles investigou especificamente a prática do banho humanizado. **CONCIDERAÇÕES FINAIS:** A partir dos resultados e discussão dos estudos identificados conclui-se a necessidade de investimentos em aprofundamento do tema nas academias e capacitações para a implementação das ações recomendadas por Políticas Públicas, como o BH descrito no Método Canguru.

**Descritores:** Banho, Imersão, Humanização da Assistência e Recém- nascido Prematuro.

# **ABSTRACT**

# **INTRODUCTION:** Providing humanized care to newborns is essential for their quality of life. The humanized bath is the modality that most deprives humanization, as it helps in the thermal maintenance of the baby's body, promotes a better adaptive response and helps in the organization of the motor and physiological systems, contributing to its development. In addition to providing comfort and relaxation, avoiding crying, which causes weight loss and a drop in saturation **OBJECTIVE:** To demonstrate the benefits of humanized bathing in premature newborns. **METHOD:** This is an integrative review, which was searched in the Scientific Electronic Library Online, Virtual Health Library and CAPES Portal database, with no time frame. The following criteria were adopted: studies that contained the search terms in any part of the document, published in full, in any language and that answered the research question. The following were excluded: editorials, letters, expert comments, summaries of annals, theses, dissertations, course conclusion papers, official documents from international and national programs, books, literature reviews, not available in full, and duplicate studies. Initially, 196 studies were identified from the descriptors. **RESULTS:** Four original articles were identified that investigated the humanized care in the bath of premature NBs in hospital care. Regarding the thematic core, two studies show the factors that BH promotes in the organization of behavioral, motor, physiological and interaction systems with the environment, promoting healthier development. And the other two studies investigated the role of nursing in the humanization of care for premature NBs, and only one of them specifically investigated the practice of humanized bathing. **FINAL CONSIDERATIONS**: From the results and discussion of the identified studies, it is concluded that there is a need for investments in deepening the theme in the academies and training for the implementation of actions recommended by Public Policies, such as the BH described in the Kangaroo Method.

# **Descriptors**: Bathing, Immersion, Humanization of Assistance and Premature Newborn.

# **INTRODUÇÃO**

Atualmente com as novas tecnologias em neonatologia e a inserção da assistência ao recém-nascido (RN), especialmente aos prematuros e de baixo peso, ocorreu um maior número de sobrevida desses bebês (RIBEIRO, 2005). Desta forma o Brasil, vem dando ênfase à atenção humanizada, tanto para a mãe e filho, como também para toda família, garantindo o respeito e as necessidades de cada um (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010).

A gestação considerada normal consiste entre 37 e 42 semanas. Sendo classificado como prematuro a gravidez com durabilidade menor que 37 semanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Segundo um relatório da Organização Mundial da Saúde em 2018, anualmente em todo o mundo, cerca de 30 milhões de bebês nascem [prematuros](http://prematuridade.com/index.php/interna-post/o-bebe-prematuro-6000) ou com baixo peso ( ao nascer peso menor que 2.500 gramas) (WHO, 2019).

Onascimento prematuro é a principal causa de morte em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, além de ser um problema de saúde pública, pois prematuros apresentam maior probabilidade de terem problemas visuais e auditivos, e morbidades acentuadas, como paralisia cerebral, doenças respiratórias, déficit cognitivo entre outras. Assim, traz um maior gasto na economia da saúde (WHO, 2012; CHAWANPAIBOON, 2019).

Em 2017, no mundo, em torno de 2,5 milhões de recém-nascidos morreram nos primeiros 28 dias de vida, a maioria por causas evitáveis. Cerca de 80% dessas crianças tinham baixo peso ao nascer e em torno de 65% eram prematuras (WHO, 2018).

A maior parte dos nascimentos prematuros, aproximadamente 90% ocorrem nos países em desenvolvimento, especialmente os da África e do sul da Ásia, são os que mais pesam em termos de números absolutos (BECK *et al.,*2010).

O Brasil ocupa a 9ª posição do ranking mundial de partos prematuros (CHAWANPAIBOON, 2019). A taxa geral nacional é estimada em 11,5% a 12% (Leal, 2016; CHAWANPAIBOON, 2019) dentre os partos, sem diferenças significativas por região geográfica ou tipo de assistência ao parto (pública ou privada), mas ligeiramente superior nas capitais (LEAL, 2016).

A causa do parto prematuro está associada a fatores sociodemográficos, nutricionais, biológicos e ambientais, algumas vezes a causa não é totalmente compreendida (GOLDENBERG, 2008). No Brasil a prematuridade está associada, principalmente, a dois componentes: o primeiro deles está vinculado principalmente à pobreza, e o outro é relacionado às cesarianas em mulheres de nível educacional mais elevado (SBP, 2017).

Dessa forma cabe aos responsáveis pelo pré-natal reconhecer essas condições antecipadamente, a fim de evitar as morbidades maternas e fetais relacionadas ao nascimento prematuro. Essas ações de prevenção se dão diante da organização em rede da assistência perinatal, de acordo com a estratificação do risco gestacional. Isso significa sistematização dos fluxos assistenciais na APS (Atenção Primária à Saúde) e atenção especializada e qualificada nas maternidades, conforme Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estes serviços devem responder adequadamente às demandas clínicas da parturiente e do recém-nascido, ao acolher de forma humanizada a necessidade da população e ser eficiente na precaução dos danos à saúde neonatal e materna (POHLMANN, 2013; SBP, 2017).

Assistência neonatal integral, com estratégias simples de humanização, tem como intuito diminuir os prejuízos e trazer benefícios para o desenvolvimento do prematuro (PESSOA et al.,2015) para que estes possam viver sem maiores complicações. Além disso, há um custo financeiro e psicológico diante dos prejuízos da prematuridade sobre seu desenvolvimento cognitivo e emocional (WHO, 2019).

De acordo com o dicionário, humanização é o efeito de humanizar, onde a comunicação é o principal meio de exercê-la, podendo acontecer em diversas áreas, assim gerando profissionais mais capacitados para as suas atividades. Na saúde, a humanização tem como finalidade proporcionar uma melhor assistência não só para os pacientes, como também para os profissionais. Em 2003 foi divulgado o HumanizaSUS representando a Política Nacional de Humanização (PNH), com intuito de aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Fornecer atenção humanizada ao RN é fundamental para qualidade de vida do mesmo, esta ação está prevista na Portaria 371 do Ministério da Saúde (2014), que relata em seu Art 2º que o enfermeiro como integrante da equipe deve manter práticas de humanização para com o RN, o que é visto igualmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2014).

O banho envelopado é descrito pelo Ministério da Saúde (2017) como estratégia de humanização ao RN, é o ato de inserir o bebê na água com temperatura adequada (morna) até os ombros, enrolado. Nacionalmente é chamado de banho humanizado e internacionalmente é conhecido como banho enrolado (SANTOS *et al.,* 2020).

O banho humanizado é a modalidade que mais assegura a humanização para o RN, pois auxilia na manutenção térmica corporal do bebê, promove uma melhor resposta adaptativa e auxilia na organização dos sistemas motores e fisiológicos contribuindo para o desenvolvimento do RN. Além de fornecer o conforto e relaxamento, evitando o choro, gerador da perda de peso e da queda da saturação (BARCELLOS; ZANI, 2017; LIMA *et al.,*2020).

É imprescindível destacar que o RN prematuro deve ser assistido de modo diferenciado quanto a realização do banho, pois além da imaturidade fisiológica e morfológica, o prematuro é submetido a mais procedimentos dolorosos nas unidades neonatais, como a instalação de dispositivos, sondas, acesso e entre outros (CARBAJAL *et al.,* 2008). Assim, o prematuro se torna mais suscetível ao estresse e precisa de uma atenção maior, exigindo preparação profissional para a prática, podendo este realizar o banho após seis horas de vida e estabilização hemodinâmica (MACEDO; ALMEIDA, 2020).

Nesse contexto, considerando as taxas elevadas de prematuridade, o elevado índice de mortalidade nessa população surge a necessidade de desenvolver estudos que abordem estratégias de cuidados, esperando-se que os riscos de agravos à saúde do RN possam ser atenuados.

Investigar estratégias de cuidado, como a técnica do banho envelopado, conhecido como banho humanizado, em recém-nascido pré-termo, que atua como termorregulador e na precaução de morbidades faz-se necessário, para melhor conservação da saúde dos bebês prematuros, desenvolvidos pela equipe de enfermagem (COSTA *et al*., 2017).

Justifica-se, portanto, a intenção do presente estudo, que pretende evidenciar os benefícios relatados na literatura do banho humanizado.

1. **OBJETIVOS**

**2.1 Objetivo Geral**

* Descrever as evidências científicas sobre o banho humanizado na assistência hospitalar ao recém-nascido prematuro

**2.2 Objetivos Específicos:**

* Compreender a realização da prática do banho humanizado e seus resultados alcançados.
* Investigar a ocorrência do banho humanizado no recém-nascido prematuro.
* Descrever os fatores dificultadores para a realização do banho humanizado.

# **REFERENCIAL TEÓRICO**

**3.1 Prematuridade**

Em grego, a palavra *neo* quer dizer novo, nato, nascimento. Sendo a neonatologia determinada como ciência, tratamento e reconhecimento da alteração do RN (FERREIRA, 2016 apud SOUZA, 2011), inclusive prematuros.

O parto prematuro (PPT) ocorre antes das 37 semanas de gestação, ou entre 140 e 257 dias após o dia da última menstruação (DUM). Podendo ser dividido em prematuro extremo, acontece nascimento antes da 28° semana, prematuro acentuado entre 28ª e 32ª semanas e prematuro moderado entre a 32ª e 37ª semanas de gestação (BERGER *et al.,*2016).

Em 1914, o pediatra Julius Hess deu início à neonatologia como disciplina nos Estado Unidos, em Chicago, fundou o centro de recém-nascidos prematuros. Naquela época ocorria um conflito entre pediatras e obstetra, pois o neonato não recebia a atenção necessária (FERREIRA, 2016 apud SOUZA, 2011) No século XXI, a neonatologia é classificada como uma especialidade e em 1963 vista como uma categoria inferior na pediatria. As precauções e as patologias relacionadas ao RN eram escritas em livros de obstetrícia (CHAFFER,1997).

Em Paris os obstetras Pierre Budim e Sterphane Tarnier fundaram uma clínica de puericultura, sendo Budim o primeiro autor a divulgar sobre os prematuros e Tainer o inventor da incubadora. Além disso, Budin levou estendeu os seus estudos para a sala de parto, observando vários fatores que influenciavam na manutenção da vida dos neonatos, como: período de gestação, alimentação saudável, temperatura do corpo, contato com a mãe, utilização da incubadora e higiene adequada (FERREIRA, 2016 apud SOUZA, 2011)

Nesse tempo, a sociedade não dava importância para o recém-nascido, já aguardavam a morte dos RN prematuros ou com malformações, ou seja, a prematuridade era vista como uma doença. A taxa de mortalidade infantil alcançava cerca de 85 a 95% (PEDRON; BONILHA, 2008). Ao decorrer dos anos, é notório um melhoramento na área da pediatria e também um melhor desempenho nas práticas específica ao RN prematuro, promovendo um desenvolvimento mais saudável, evitando o aparecimento de doenças, estimulando a manter o cartão de vacinação em dias, alimentação, higiene. e intervenções assistenciais que ele necessita (FERREIRA, 2016).

Em 2008, começaram as comemorações do Dia Mundial da Prematuridade, agrupando as organizações da Europa, Estados Unidos, África e Austrália para o movimento entre os continentes. Atualmente, aproximadamente 100 países participam dessa ação informando sobre o assunto e contribuindo para uma melhora da situação dos bebês pré-termo e de suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

 Os fatores referentes ao PPT, são conhecidos como espontâneo e induzido. O espontâneo se caracteriza por ser em decorrência do trabalho de parto, ou ruptura da membrana de forma prematura; já o induzido é efetivado por prescrição médica, diante das irregularidades maternas e fetais (BERGER *et al.,*2016).

Conforme o ministério da saúde (2005), nascer prematuro e ter baixo peso são indicativos mais relevantes de que o RN é de alto risco, não sendo apenas os únicos critérios, como também é reconhecido como alerta: ter asfixia, Apgar menor que 7, alguma intercorrência grave na unidade onde recebeu assistência, recebido algum tipo de cuidados considerados especiais, mãe com idade menor que 18 (adolescente), histórico na família de óbitos em crianças com menos de 5 anos (PESSOA *et al*., 2015).

Virgínia Apgar em 1957 inventou a avaliação que acontece no RN em seus primeiro cincos minutos de vida, nomeado como escore de apgar é conhecido também como escala ou índice de apgar, cujo intuito é analisar a frequência cardíaca e respiratória, tônus muscular, prontidão reflexa e cor da pele, no primeiro, quinto e décimo minuto de vida (MOREIRA, 2014). No qual cada item corresponde de 0 a 2 pontos, de acordo com a tabela:



Fonte: Escore da escala de apgar, disponível no Google imagens, 2021.

Para Julius (1922) apud Gomes (2016), a definição de RN estava também relacionada aos aspectos notados ao nascer. Deste modo, crianças que se encaixavam no grupos dos prematuros eram consideradas como fracas e frágeis, estes entendidos como:

“Recém-nascidos a termo ou quase a termo, mas que por algum motivo teriam sofrido no espaço intra-útero por fatores que interferiam na sua alimentação e, por consequência, com o seu desenvolvimento, sendo, então, classificados como congenitamente doentes ou debilitados.” (JULIUS, 1922 apud GOMES, 2016)

Se torna difícil a precaução do PPT por ter várias razões e fatores causadores da fisiopatologia. De acordo com o Ministério da Saúde (2017) Berger (2016) e Poholmann (2013) a prematuridade está associada às causas psicossociais, comportamentais e/ou fisiológicas. Destaca-se como fatores psicossociais estresse, fragilidade da assistência pré-natal e baixo nível socioeconômico. Como fatores comportamentais, os hábitos como alimentação, tabagismo, etilismo e outras drogas. Os fatores fisiológicos correspondem à história pessoal, evolução obstétrica, perfil ginecológico e histórico clínico cirúrgico.

Em relação à história pessoal da mulher, compreende como perfil de risco a descendência afro-americana, peso extremo: baixo peso ou obesidade, idade extrema: <16 ou >35 anos, hipertensão, diabetes ou infecções e os fatores genéticos de ordem materna ou fetal (BERGER, 2016).

A evolução obstétrica, caracteriza-se por episódios de sangramentos do primeiro ao sexto mês, história pessoal de PPT e gestação múltipla. Os fatores ginecológicos, referem-se a anatomia da mulher, insuficiência do colo do útero (quando o colo afina ou dilata sem contrações) e anomalias uterinas congênitas. Além destes fatores, destaca-se as intercorrências maternas que estimulam o PPT que são: pré-eclâmpsia grave, placenta prévia, estado fetal não tranquilizador ou descolamento prematuro de placenta, infecção do trato genital, ruptura prematura das membranas, hemorragia pré-parto (BERGER, 2016).

Outra causa também já relacionada na literatura é a ausência do companheiro durante a gravidez, pois sem ele pode haver perda do suporte financeiro e psicológico, podendo causar o óbito neonatal de forma precoce. Tornando-se extremamente importante o, não apenas do seu companheiro, como também da família e amigos (PESSOA *et al*., 2015).

 O enfermeiro é essencial para promover a saúde e prevenir as intercorrências durante o pré-natal, por ser o profissional responsável pelo pré-natal de baixo risco, podendo identificar de forma precoce e intervir. Solicitando o suporte a rede de atenção à saúde (RAS) que contribuirá nas causas que trazem risco a gestante (POHLMANN, 2013). A assistência prestada pela equipe de saúde ao RN, instantaneamente após o parto, é essencial para a adaptação dele à nova vida, o desenvolvimento físico e psíquico, para a diminuição da morbimortalidade neonatal (MULLER, 2014). Segundo Brasil (2010):

“Com o intuito de direcionar e organizar a rede de atenção, o MS publicou, em dezembro de 2010, a Portaria 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. As RAS são consideradas estratégias para superar a fragmentação da assistência, com um sistema de saúde interligado em todos os níveis, favorecendo uma assistência resolutiva e efetiva nas necessidades da população.”

A Rede Cegonha foi fundada no Sistema Único de Saúde pela da Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011, é uma rede de atenção aos direitos e respeitos, entre eles os direitos reprodutivos e sexuais, acolhendo também o recém-nascido, para um nascimento seguro e um desenvolvimento benéfico (BRASIL, 2011).

O Estatuto da Criança e adolescente (ECA) reconhece que o período neonatal é o mais frágil por existir maiores riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais. Precisando de cuidados específicos, de atenção adequada, sendo eles direitos exigidos pela Lei Federal n° 8.069, de 13 de julho de 1990. A Portaria MS/GM n° 930, em 3 de setembro de 2012, define uma nova normatiza que permite o acompanhamento dos pais e a presença de um deles durante o período de internação nas UTIN, Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) ou enfermarias mãe canguru (BRASIL, 2012b).

O sistema de informação sobre nascidos vivos (Sinasc) permite definir as características dos nascimentos de cada hospital, município e estado, contribuindo com o planejamento, distinguindo a população e calculando taxas de mortalidade, nascimento e entre outros (BRASIL, 2012b).

A Declaração de Nascido Vivo (DN) deve ser fornecida pelo hospital a cada criança que nasce com vida, o que é definido pelo Ministério da Saúde (2011) como:

“É a expulsão ou extração completa do corpo da Mãe de um produto de concepção que, independentemente da duração da gravidez, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não 26 desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.”

No livro de Julius Hess (1922) apud Gomes (2016) ele em seu terceiro capítulo “Physiology” descreve detalhadamente as características do RN prematuro, sendo elas:

“O corpo geralmente é pequeno, apesar de em alguns casos, a criança ser de um tamanho considerável, ainda com um desenvolvimento muito imperfeito dos seus órgãos internos. Peso baixo, variando de 700g a 2500g; Pele macia e geralmente com coloração vermelho vivo. A epiderme é fina e os vasos sanguíneos são facilmente visíveis; A pele frequentemente é enrugada. O tecido adiposo é escasso, as características são angulares e o rosto parece velho. Lanugem é abundante, especialmente nas superfícies extensoras das extremidades; O crânio é redondo ou ovóide e as fontanelas são grandes e as suturas proeminentes; O nariz apresenta muitos pequenos cravos; As orelhas são suaves e pequenas e envolvem o crânio; Poucas pregas nas extremidades dos dedos ou fracamente desenvolvidas; O choro é fraco, monótono e com característica semelhante a choramingar; A criança encontra-se em sono profundo, e deve ser despertada para as suas refeições. Os esforços de sucção são fracos ou ausentes. Todos os movimentos são lentos, as funções são lentas e a criança mostra um notável grau de inércia muscular; A temperatura tem uma tendência a permanecer abaixo do normal, além de ser irregular; A urina é geralmente escassa; Os intestinos são lentos (funcionamento) e a prisão de ventre (constipação) é a comum, assim como a icterícia precoce e intensa.”

O RN que apresenta alguma enfermidade é tirado da sua mãe logo após o seu nascimento e levado para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) na procura de uma assistência de excelência, no qual tem sido o motivo das diminuições de mortes neonatais e também de uma melhor qualidade de vida. O aumento das internações hospitalares está ligado aos maiores números de nascimentos prematuros, de baixo peso, malformações congênitas, sendo as suas necessidades associadas aos sistemas respiratório, circulatório, digestório, trazendo complicações como hipossaturação, apneia, hipotermia, hemorragia intracraniana, distúrbios metabólicos e entre outras (FERREIRA, 2016).

A melhor forma de analisar a saúde e o desenvolvimento de uma população é o coeficiente de mortalidade infantil, sendo ele um dos indicadores usado mundialmente. Existem dois elementos utilizados na mortalidade infantil: a mortalidade neonatal que ocorre nos 28 primeiros dias de vida e a mortalidade neonatal tardia, que acontece após os 29 dias até o primeiro ano de vida. Os óbitos que acontecem no primeiro mês estão associados à assistência pré- natal. As razões pelo qual os recém-nascidos a termo (RNT) vão a óbito, muitas vezes difere das que atingem o RN pré-termo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Desta forma se torna crucial sempre verificar os fatores da mortalidade e morbidade infantil, para assim atender todas as necessidades necessárias para esse grupo. Ressaltando que existem diversos fatores que ajudam nesse controle, principalmente os referentes a gravidez, atenção pré-natal e também o tipo de parto (MOREIRA, 2014).

# **3.2 Banho humanizado: impacto na saúde do Recém Nascido prematuro**

# O primeiro banho dos bebês pode ser considerado como algo prazeroso, pois lembra o ambiente líquido e quente característico do útero materno. Trata-se de uma situação que propicia uma série de trocas e ajustes interacionais entre o adulto e a criança (BRASIL, 2002, p.130).

# Nos últimos dez anos, temos visto a evolução dos cuidados com a pele e o equilíbrio do calor dos recém-nascidos pré e a termo. Como: as funções sensoriais e proteção da pele, equilíbrio hidroeletrolítico, mudanças de ph e outros, sendo um assunto aprofundado pelos pesquisadores, destacando a importância desse tema (COSTA *et al*., 2017).

O mesmo autor diz que:

“Esse mesmo contexto envolve questões relacionadas ao banho de imersão dos RNs prematuros no que se refere ao consenso inerente aos diferentes aspectos que envolvem esta prática no dia a dia da assistência de enfermagem que têm sido alvo de discussões no campo da prática e do ensino. Aspectos como; temperatura da água; o tempo de vida do prematuro ideal para o primeiro banho; a temperatura ambiental; o intervalo entre os banhos, as respostas hemodinâmicas destas crianças quando submetidas a hipotermia ou hipertermia durante e após o banho; as soluções ou sabonetes utilizados para a higienização do RN e seu tempo de duração.”

O banho diário do prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um processo geralmente feito de forma rotineira, mas pode causar diversos efeitos adversos na estabilidade do lactente. Os destaques incluem a diminuição da temperatura corporal e o aumento do estresse, que podem causar alterações no seu crescimento e desenvolvimento adequado (FERNANDEZ; ANTOLIN-RODRIGUEZ, 2018).

É proposto pela Organização Mundial de Saúde que o banho seja realizado após 6 horas do nascimento, conservando o vérnix caseoso, desta forma o profissional responsável pelo banho deve retirar restos de mecônio e sangue, nunca utilizando antissépticos (WHO,2012). E de acordo com o manual “Atenção humanizada ao RN de baixo peso- método mãe canguru” o banho não necessita ser realizado diariamente.

 A hora correta e a técnica difere entre as unidades neonatais. Porém, está ocorrendo mais cedo para diminuir as chances de transmitir doenças através do sangue ou líquidos corporais, evitando contaminação tanto do RN como dos profissionais de saúde e da família, sendo essa a justificativa pelo qual o banho seja feito nas primeiras horas de vida. Ressalta-se que é aconselhado que a prática do primeiro banho não seja feita logo após o nascimento, pois o RN apresenta um período de reatividade que começa nos primeiros 30 a 60 minutos. O tempo que ele começa a identificar o meio em que está, momento em que há o vínculo entre os pais e dar início para a amamentação, pois é período que sente maior vontade de sugar. Com a execução do banho de imersão durante esse tempo, o RN pode perder esse momento de interação e da amamentação, quando ele passa para a fase de inatividade, ocorre uma certa tranquilidade, ficando calmo e adormecendo, sem se preocupar com os estímulos externos (ZAICHKIN, 2010).

O banho humanizado foi efetivado no Brasil por enfermeiras brasileiras que puderam participar dessa técnica no Japão. O banho terapêutico trata-se da prática na qual imerge o RN envelopado por um pano nas pernas e glúteos em um balde para o banho ofurô, ou na banheira com temperatura entre 36 e 37° (HOSPITAL SÃO VICENTE, 2014).

O banho enrolado (de imersão ou humanizado) é diferente do banho normatizado, pelo fato do banho convencional ser somente a imersão do RN na banheira, enquanto que o banho humanizado proposto pelo Método Mãe-Canguru, é efetuado da seguinte forma nas unidades maternas: removendo a roupa do bebe, deixando a fralda para que não ocorra uma grande perda da temperatura. O responsável pelo banho sustenta o corpo do RN na axila e apoia a cabeça em uma das mãos, protegendo o meato auricular e impedindo a passagem da água no ducto, com a outra mão livre começa-se higienizar o rosto com um algodão ou gazes, iniciando pelos olhos de dentro para fora, logo após o rosto, limpar o couro cabeludo com shampoo ou sabonete neutro massageando, em seguida secar o rosto e a cabeça. Tirar a fralda e inserir o RN em posição semi sentada apoiado no braço esquerdo formando um gancho e segurando ele pelo braço esquerdo, fazer a limpeza em todo corpo, enxaguar e virar o dorso para realizar toda limpeza. Finalizando com enxágue e secando bem as dobras, palmas das mãos e interdigitais. Colocar a fralda e roupas. Limpar com gases e álcool 70% o coto umbilical (CUNHA, 2013), conforme imagens a seguir:



(GOOGLE IMAGENS)

1. **MÉTODO**

**4.1 Aspectos éticos**

Por se tratar de um estudo de revisão integrativa da produção científica, dispensa a necessidade de registro da pesquisa no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

**4.2 Tipo de estudo e procedimentos metodológicos**

Revisão integrativa da literatura científica, que é considerada um instrumento da Práticas Baseadas em Evidências e caracteriza-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. O produto final aponta o conhecimento atual do tema estudado relevantes para a Enfermagem e para a prática clínica (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A RIL realizada mediante as seguintes etapas: 1) elaboração da pergunta norteadora de pesquisa e objetivo; 2) busca em base de dados; 3) extração e categorização da amostra; 4) interpretação e análise crítica dos estudos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da síntese do estudo (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A **primeira etapa**, a elaboração da pergunta norteadora de pesquisa seguiu os critérios do acrônimo PICo (P = População, I = Intervenção, Co = Contexto). Com esta definição, foram utilizados os descritores Controlados em Ciências da Saúde (DeCS) da seguinte forma: P: Recém-nascido Prematuro; I: banho de imersão; humanização; Co: atenção hospitalar (LOCKWOOD et al, 2017), conforme tabela 1. Partimos então do questionamento: quais as evidências científicas sobre o banho humanizado na assistência hospitalar ao recém-nascido prematuro?

A **segunda etapa**, que trata da busca em base de dados, foi realizada em agosto de 2021, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que contém várias bases de dados, e nas bases de dados da Scielo e Portal CAPES.

**Tabela** 1.Definição padronizada no MeSH e DeCS utilizados para a busca de dados, em 2021.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descritores** | **MeSH\*** | **DeCS\*\*** | **Definição****MesH e DesCS** |
|  ImersãoImmersion | *"immersion"[MeSH Terms] OR Immersion[Text Word]* | *Immersion* | Colocação de um corpo ou parte dele em um líquido.  |
| BathBanho | *"baths"[MeSH Terms] OR Bath[Text Word]* | *Baths* | A imersão ou lavagem do corpo ou de qualquer de suas partes em água ou outro meio para limpeza ou tratamento médico. Inclui banhos para higiene pessoal e também para fins médicos com adição de agentes terapêuticos, como alcalinos, anti-sépticos, óleo, etc |
| Recém-nascido Prematuro  | *"premature birth"[MeSH Terms] OR Premature[Text Word]* | *Infant, Premature* | Parto antes de 37 semanas de gravidez (259 dias a partir do primeiro dia do último período menstrual da mãe ou 245 dias após a fertilização). lactente humano nascido antes de 37 semanas de gestação. |
| Humanização da Assistência | *"helping behavior"[MeSH Terms] OR Assistance[Text Word]* | *Humanization of Assistance* | Comportamentos associados à prestação de assistência ou ajuda a indivíduos.Ano de introdução: 1979 (1975) Humanização da Assistência parte do princípio de que para melhorar qualidade da assistência não basta apenas investir em equipamentos e tecnologia. O tratamento se torna mais eficaz quando a pessoa é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde. Em contrapartida, também se faz necessária a humanização das condições de trabalho destes profissionais. Os funcionários que se sentem respeitados pela instituição prestam atendimento mais eficiente. |

Utilizou-se os descritores controlados, indexados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) selecionados na estratégia Pico, de forma conjugada utilizando os operadores booleanos AND (combinação restritiva), da seguinte forma: Recém-Nascido Prematuro AND Imersão OR banho AND Assistência Hospitalar; Recém-Nascido Prematuro AND Humanização da Assistência AND Assistência Hospitalar.

Adotou-se como critérios de inclusão: estudos que continham os termos de busca listados em qualquer parte do documento, publicados na íntegra, em qualquer idioma, sem recorte temporal e que respondessem à pergunta de pesquisa. Como critérios de exclusão: editoriais, cartas, comentários de especialistas, resumos de anais, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, livros, revisões de literatura, não disponíveis na íntegra e estudos duplicados.

Inicialmente, obteve-se um total de 196 referências as quais, após exportadas para planilha Excel digital foram excluídas as repetições, totalizaram 186 referências. Foram excluídos 10 por não estarem disponíveis gratuitamente. Após leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 153 referências, devido ser livros, teses, dissertações, artigos de revisão de literatura e aqueles que não tratavam sobre o banho humanizado ao recém-nascido prematuro na atenção hospitalar, assim, selecionaram-se 22 para leitura na íntegra. Na sequência, realizou-se a leitura destes e, finalmente, a amostragem final resultou em 4 artigos.

Partiu-se para a **terceira etapa** do estudo, que consiste em extrair os dados dos artigos selecionados. Para tanto, utilizou-se um roteiro contemplando o periódico em que foi publicado, o ano e país da pesquisa, o título, os autores, o objetivo, o método, a definição da amostra, perfil dos participantes, intervenção, desfechos e principais conclusões, nível de evidência (AHRQ), e observações relevantes.

Para a classificação hierárquica das evidências, utilizou-se a categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América. Dessa forma, os estudos foram avaliados quanto à qualidade das evidências e classificados em: nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de casos-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas(Melnyk; Fineout-Overholt, 2005).

Na **quarta etapa**, foi realizada a análise crítica dos estudos incluídos, considerando as potencialidades e os obstáculos para realização do banho humanizado no RN prematuro na assistência hospitalar. Na **quinta etapa,** procedeu-se à discussão dos achados, mediante a interpretação e síntese dos resultados, em articulação a um diálogo com o referencial teórico, na identificação de possíveis lacunas do conhecimento e na delimitação de prioridades para estudos futuros, em prol da saúde do RN. Segue-se, por fim, com a **sexta etapa**, trazendo a apresentação da revisão no corpo deste artigo.

1. **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados e discussões serão apresentados em forma de artigo científico.

**ARTIGO**

# **BANHO HUMANIZADO NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**RESUMO**

**Introdução:** Fornecer atenção humanizada ao RN é fundamental para qualidade de vida do mesmo. O banho humanizado é a modalidade que mais assegura a humanização, pois auxilia na manutenção térmica corporal do bebê, promove uma melhor resposta adaptativa e auxilia na organização dos sistemas motores e fisiológicos contribuindo para o seu desenvolvimento. Além de fornecer o conforto e relaxamento, evitando o choro, gerador da perda de peso e da queda da saturação **Objetivo:** Evidenciar os benefícios do banho humanizado no recém-nascido prematuro. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, cuja busca ocorreu na base de dados Scientific Eletronic Library Online, Biblioteca Virtual de Saúde e Portal CAPES, sem recorte temporal. Adotou-se como critérios: estudos que continham os termos de busca listados em qualquer parte do documento, publicados na íntegra, em qualquer idioma e que respondessem à pergunta de pesquisa. Foram excluídos: editoriais, cartas, comentários de especialistas, resumos de anais, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, livros, revisões de literatura, não disponíveis na íntegra e estudos duplicados. Inicialmente, foram identificados, a partir dos descritores, 196 estudos. **Resultados:** Foram identificados quatro artigos originais que investigaram a assistência humanizada no banho do RN prematuro na atenção hospitalar. Em relação ao núcleo temático, dois estudos evidenciaram os fatores que o BH promove na organização dos sistemas comportamentais, motores, fisiológicos e de interação ao ambiente, promovendo o desenvolvimento mais sadio. E os outros dois estudos investigaram a atuação da enfermagem na humanização da assistência ao RN prematuro, sendo que apenas um deles investigou especificamente a prática do banho humanizado. **Conclusões:** A partir dos resultados e discussão dos estudos identificados conclui-se a necessidade de investimentos em aprofundamento do tema nas academias e capacitações para a implementação das ações recomendadas por Políticas Públicas, como o BH descrito no Método Canguru.

**Descritores:** Banho, Imersão, Humanização da Assistência e Recém- nascido Prematuro.

# **INTRODUÇÃO**

A gestação considerada normal consiste entre 37 e 42 semanas. Sendo classificado como prematuro a gravidez com durabilidade menor que 37 semanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Segundo um relatório da Organização Mundial da Saúde em 2018, anualmente em todo o mundo, cerca de 30 milhões de bebês nascem [prematuros](http://prematuridade.com/index.php/interna-post/o-bebe-prematuro-6000) ou com baixo peso (ao nascer peso menor que 2.500 gramas) (WHO, 2019).

Onascimento prematuro é a principal causa de morte em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, além de ser um problema de saúde pública, pois prematuros apresentam maior probabilidade de terem problemas visuais e auditivos, e morbidades acentuadas, como paralisia cerebral, doenças respiratórias, déficit cognitivo entre outras. Assim, traz um maior gasto na economia da saúde (WHO, 2012; CHAWANPAIBOON, 2019).

 Em 2018, o Brasil ocupou a 9ª posição do ranking mundial de partos prematuros (CHAWANPAIBOON, 2019). A taxa geral nacional é estimada em 11,5% a 12% (LEAL, 2016; CHAWANPAIBOON, 2019) dentre os partos, sem diferenças significativas por região geográfica ou tipo de assistência ao parto (pública ou privada), mas ligeiramente superior nas capitais (LEAL, 2016).

Assistência neonatal integral, com estratégias simples de humanização, tem como intuito diminuir os prejuízos e trazer benefícios para o desenvolvimento do prematuro (PESSOA et al.,2015) para que estes possam viver sem maiores complicações. Além disso, há um custo financeiro e psicológico diante dos prejuízos da prematuridade sobre seu desenvolvimento cognitivo e emocional (WHO, 2019).

Fornecer atenção humanizada ao RN é fundamental para qualidade de vida do mesmo, esta ação está prevista na Portaria 371 do Ministério da Saúde (2014), que relata em seu Art 2º que o enfermeiro como integrante da equipe deve manter práticas de humanização para com o RN, o que é visto igualmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2014).

O banho de imersão é descrito pelo Ministério da Saúde (2017) como estratégia de humanização ao RN, é o ato de inserir o bebê na água com temperatura adequada (morna) até os ombros, envelopado. Nacionalmente é chamado de banho humanizado e internacionalmente é conhecido como banho enrolado (SANTOS *et al.,* 2020).

O banho humanizado é a modalidade que mais assegura a humanização para o RN, pois auxilia na manutenção térmica corporal do bebê, promove uma melhor resposta adaptativa e auxilia na organização dos sistemas motores e fisiológicos contribuindo para o desenvolvimento do RN. Além de fornecer o conforto e relaxamento, evitando o choro, gerador da perda de peso e da queda da saturação (BARCELLOS; ZANI, 2017; LIMA *et al.,*2019).

É imprescindível destacar que o RN prematuro deve ser assistido de modo diferenciado quanto a realização do banho, pois além da imaturidade fisiológica e morfológica, o prematuro é submetido a mais procedimentos dolorosos nas unidades neonatais, como a instalação de dispositivos, sondas, acesso e entre outros (CARBAJAL *et al.,* 2008). Assim, o prematuro se torna mais suscetível ao estresse e precisa de uma atenção maior, exigindo preparação profissional para a prática, podendo este realizar o banho após seis horas de vida e estabilização hemodinâmica (MACEDO; ALMEIDA, 2020).

Considerando as taxas elevadas de prematuridade, o elevado índice de agravos à saúde e mortalidade nessa população, surge a necessidade de desenvolver estudos que abordem estratégias de cuidados, esperando-se que a assistência à saúde do RN possa ser efetiva. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre o banho humanizado em recém-nascidos prematuros na assistência hospitalar.

**MÉTODO**

# Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, considerada um instrumento da Práticas Baseadas em Evidências e caracteriza-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência, com finalidade a sintetizar os principais achados de artigos primários de estudos que usaram diferentes metodologias, possibilitando a análise e aprofundamento do conhecimento relativo ao tema proposto (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010; SOUSA, MARQUES-VIEIRA, SEVERINO, ANTUNES, 2017).

O estudo seguiu as seis etapas para a sua realização: 1) definição do tema e elaboração da questão norteadora; 2) determinação dos critérios de inclusão e exclusão para a busca na literatura; 3) coleta de dados com definição dos estudos selecionados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa.

# Utilizou-se a estratégia do acrônimo PICO, de (P) População, (I) Intervenção, (Co) Contexto. Utilizaram-se descritores controlados no DeCS (Descritores da Ciência da Saúde), MeSH (*Medical Subject Headings*), sendo empregadas da seguinte forma: P: Recém-nascido Prematuro; I: banho de imersão; humanização; Co: atenção hospitalar (LOCKWOOD et al, 2017).

Adotou-se como critérios de inclusão: estudos que continham os termos de busca listados em qualquer parte do documento, publicados na íntegra, em qualquer idioma, sem recorte temporal e que respondessem à pergunta de pesquisa. Como critérios de exclusão: editoriais, cartas, comentários de especialistas, resumos de anais, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, livros, revisões de literatura, não disponíveis na íntegra e estudos duplicados.

A busca na literatura científica foi realizada em agosto de 2021, nas seguintes bases de dados: a *Scientific   Eletronic   Library Online* (SciELO), Portal CAPES e na   Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que reúne várias bases de dados bibliográficas em ciências da saúde. No processo de busca houve cruzamento entre os termos, por meio do operador lógico booleano *AND* (restritivo).

A busca nas diferentes bases de dados científicas resultou na identificação de 196 referências, as quais foram exportadas e selecionadas manualmente para a inclusão nesta revisão, com o auxílio do *software Microsoft Excel*®, versão 2016, conforme figura apresentada na 01.

Figura 1: Diagrama PRISMA referente à elegibilidade dos estudos, 2021.



Para a organização e análise dos dados, optou-se por utilizar um instrumento desenvolvido pelas autoras, contendo: o periódico em que foi publicado, o ano e país da pesquisa, o título, os autores, o objetivo, o método, a definição da amostra, perfil dos participantes, intervenção, desfechos e principais conclusões, nível de evidência (AHRQ), e observações relevantes.

Foi verificada pelo nível de evidência segundo o proposto por Fineout-Overholt et al.(2010), o qual estabelece seis categorias: Nível I – Evidências oriundas de revisões sistemáticas ou metanálises de relevantes ensaios clínicos; Nível II – Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado, evidência moderada; Nível III – Ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV – Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V – Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos, evidência fraca; Nível VI – Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII – Opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

Os resultados foram apresentados por meio de um quadro contendo a síntese dos achados das pesquisas que compuseram a revisão. Para discussão dos dados, estes foram agrupados em categorias temáticas embasado na análise de conteúdo proposto por Bardin (2010), resultando na discussão e síntese final do conhecimento obtido.

# **RESULTADOS**

Foram identificados quatro (n: 04) artigos originais que investigaram a assistência humanizada no banho do RN prematuro na atenção hospitalar. Todos os estudos foram realizados no Brasil. Com relação ao tipo de delineamento de pesquisa, evidenciou-se na amostra que dois são do tipo descritivo qualitativo e dois do tipo observacional com análise descritiva, assim todos os estudos (100%) correspondem a evidência científica nível 06 (pois tratam de único estudo descritivo ou qualitativo), segundo critérios de Melnyk; Fineout-Overholt (2005).

Os estudos foram publicados no ínterim de tempo de 2010 a 2021, sendo, um no ano de 2010 e um em 2017, um em 2020 e um no ano de 2021.

Dentre os quatro estudos, os do tipo observacional tiveram como participantes os próprios RN apresentando os benefícios do banho, e os outros dois tiveram a participação dos profissionais da enfermagem e descreveram sua prática.

Em relação ao núcleo temático, dois estudos evidenciaram os fatores que o BH promove na organização dos sistemas comportamentais, motores, fisiológicos e de interação ao ambiente, promovendo o desenvolvimento mais sadio. E os outros dois estudos investigaram a atuação da enfermagem na humanização da assistência ao RN prematuro, sendo que apenas um deles investigou especificamente a prática do banho humanizado.

O quadro 01, apresenta a síntese das características dos artigos publicados sobre banho humanizado na assistência ao RN prematuro.

**Quadro 1.** Caracterização das publicações quanto ao título, ano de publicação, tipo de estudo, amostra e resultados, 2021.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTOR** | **ANO** | **TÍTULO**  | **Tipo de estudo e amostra** | **RESULTADO** |
| Medeiros e Mascarenhas | 2010 | Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. | Quantitativo, observacional, descritivo com corte transversal.Amostra: RN | Foi observada a presença de sinais de aproximação em todos os comportamentos, constatando que o banho humanizado favorece a auto-organização dos RN. |
| Stelmak e Freire.  | 2017 | Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru  | Quantitativo, descritivo.Amostra: Enfermeiro | Foi observado que 97% das práticas como aleitamento materno, incentivo ao toque, o acolhimento e controle ambiental são realizadas pela equipe, enquanto que as menos executadas a troca de fralda em decúbito lateral com 83% e o banho envolto em cueiros com 58%.  |
| Santos, Silva, Góes, Santos, Araújo e Santos | 2020 | Banho enrolado em bebês prematuros em unidade neonatal: a prática na perspectiva de enfermeiros | Qualitativo, descritivo.Amostra: Enfermeiros | Os enfermeiros apesar de considerarem o conforto e estimulação que o banho enrolado proporciona, foram citados também alguns desafios para a sua execução, como a falta de conhecimento , baixa adesão e sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, ausência de práticas e protocolos institucionais além da falta dos recursos materiais disponíveis na organização. |
| Araújo, Martins, Miranda, Morais, Mesquita e Souza | 2021 | Avaliação fisiológica de neonatos prematuros submetidos ao banho de imersão em banheira e banho humanizado | Quantitativo, transversal e observacional.Amostra: RN | O banho em banheira mostra queda significativa da temperatura corporal em 50% (15) dos bebês prematuros. Já o banho humanizado não apresentou queda significativa na temperatura corporal de nenhum recém-nascido. Portanto, a prática humanizada promove um melhor atendimento ao prematuro, resultando em menos alterações fisiológicas. |

**DISCUSSÃO**

A interpretação e análise crítica dos artigos permitiu o surgimento de núcleos de sentidos que resultaram em três categorias temáticas, “Método canguru como ação de humanização da assistência ao Recém Nascido Prematuro”, “Benefícios do banho humanizado no desenvolvimento do RN prematuro”, “Atuação da enfermagem no banho humanizado”.

**Método canguru como ação de humanização da assistência ao Recém Nascido Prematuro**

Os recém-nascidos apresentam muitas vezes comprometimento no desenvolvimento de seus órgãos, assim, a mortalidade e morbidade atingem um maior número dessa população, resultando na necessidade de uma assistência específica (MOREIRA, 2014).

O manual técnico ministerial “Atenção humanizada ao RN de baixo peso- método mãe canguru”, tem como objetivo melhorar a atenção humanizada baseada na íntegra do cuidado. Nele é descrito orientações sobre técnica prestada ao recém-nascido pré-termo. Dentre elas, o banho de imersão, que contribui também para o crescimento e desenvolvimento dos bebês (FREITAS, 2015).

O Método é dividido em seis módulos: o primeiro apresenta as políticas da saúde, o segundo discorre sobre os aspectos psicoafetivos e comportamentais, terceiro a respeito do manejo nutricional, quarto sobre os cuidados no ambiente hospitalar primeira e segunda etapa do método canguru, quinto cuidados após a alta hospitalar e a sexta em relação a implementação. O BH é descrito no quarto módulo, porém pouco evidenciado, nele é apenas exposto o seu passo a passo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A singeleza quanto ao investimento nesta temática fica evidente na presente revisão da literatura, pois no processo de busca encontram-se diversos artigos que discorrem sobre o método mãe canguru e poucos suscitam a discussão do banho envelopado. Stelmak e Freire (2017) em seu estudo trata sobre a humanização ao RN e apenas citam o prática do BH como estratégia, já os demais estudos (MEDEIROS e MASCARENHAS, 2010; SANTOS *et al.* 2020; ARAÚJO *et al.* 2021) investigam especificamente o BH e seus benefícios. Torna-se claro que o BH é pouco comentado e destacado, considerando seu impacto positivo no desenvolvimento saudável dos RN.

#

# **Benefícios do banho humanizado no desenvolvimento do RN prematuro**

Os estudos encontrados na presente revisão destacaram a importância da assistência humanizada na vida dos RN prematuros, evidenciando os benefícios no seu desenvolvimento em geral. Destaca-se como principal ganho desta intervenção manter a termorregulação do RN, quando o manuseio é realizado corretamente.

Apesar do banho ser classificado como uma prática de grande manipulação, a ideia do banho humanizado por imersão interfere nos impactos prejudiciais dos sistemas fisiológicos, comportamentais e de interação, manifestando indícios de aproximação nos sistemas autônomo, motor, de organização dos estados, de atenção e de autorregulação, ou seja ajuda no desenvolvimento, oferecendo um controle comportamental e fisiológico, diminuindo a perda de temperatura, sinais de infecções , além de causar conforto ao bebe (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010).

O primeiro banho no recém-nascido pode interferir na sua adaptação ao meio extrauterino, alterando os seus sinais vitais e a sua proteção térmica que quando modificada pode causar hipotermia, aumento do consumo de oxigênio, aumento da frequência respiratória exibindo um quadro sugestivo de estresse, além de aumentar o risco de dermatites por irritação. Por isso deve ser realizado de forma adequada, em ambiente aquecido, com tranquilidade e segurança (LIMA, *et al.,*2020)

O banho humanizado em neonato prematuro e de baixo peso é um procedimento que causa organização, por promover a homeostase, harmonia e inter-relação, havendo menos consumo de energia e ocorrendo uma evolução de forma mais saudável (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010).

Na presente revisão, evidencia-se que o banho humanizado é a ação que mais assegura a termorregulação na assistência ao RN prematuro. Sendo a termorregulação no estudo de Araújo *et al*  (2021) o processo de regulação da temperatura corporal, que visa manter a temperatura interna do nosso organismo através da transferência de calor entre o corpo e o ambiente. O BH tem o objetivo de retirar toda sujidade encontrada na pele do RN, estimulando também a circulação epitelial, trazendo bem-estar e reduzindo os danos na temperatura que um banho tradicional traz (UFRJ, 2013).

Os RNPT estão mais susceptíveis a desenvolverem hipotermia, em relação aos RN a termo, devido à imaturidade na termorregulação, dificuldade de manter-se fletido, baixo índice de massa corpórea e pouca quantidade de gordura marrom (ARAÚJO, et al 2021).

O banho humanizado é o mais indicado, com água morna, que permite a menor perda de calor e proporciona mais conforto ao bebê (LIMA, *et al.,*2019). Alguns aspectos que interferem para a sua realização adequada foram evidenciado por Costa *et al*., (2017) como; temperatura da água; o tempo de vida do prematuro ideal para o primeiro banho; a temperatura ambiental; o intervalo entre os banhos, as respostas hemodinâmicas destas crianças quando submetidas a hipotermia ou hipertermia durante e após o banho; as soluções ou sabonetes utilizados para a higienização do RN e seu tempo de duração.

A temperatura indicada como normal pela OMS ao neonato é de 36,5 a 37° C, e definida como hipotermia entre 36 a 36,4°C (OMS, 2011). O RN sujeito ao frio pode apresentar dificuldade em seu desenvolvimento fisiológico e metabólico. Pelo aumento do gasto do oxigênio ocorre a diminuição na captação dos pulmões e na distribuição do oxigênio para os tecidos, aumentando também a glicose que gera uma maior frequência respiratória do RN (ROLIM *et al.,* 2010 apud BOBAK, LOWDERMILK E JENSEN, 1999). Fazendo com que o banho humanizado tenha uma grande importância, pois a hipertermia ou hipotermia provoca desorganização nos sinais vitais, dispondo à hipóxia.

 No estudo de Araújo *et al* (2021) os RN que foram submetidos ao banho humanizado não tiveram perda ou aumento significativo na temperatura corporal, enquanto que no banho tradicional 50% possuíram queda ou ganho. Explicitando, cerca de 63,3 % (correspondente a 19 dos neonatos) após o banho de imersão tiveram uma hipotermia entre 32 e 35,9°C, já dentre os neonatos submetidos ao banho humanizado apenas quatro (13,4%) apresentaram esta queda de temperatura.

Medeiros e Mascarenhas (2010) através de seu estudo observacional também evidenciaram o fator termorregulador, além de destacarem que os bebês sujeitos ao banho envelopado não demonstram estresse durante e após o procedimento. O estresse é a principal causa das alterações fisiológicas dos recém-nascidos prematuros. A prática do banho no RN gera alguns estímulos, podendo ele reagir com mudanças de comportamento. Há uma escala neonatal de avaliação comportamental, dividida em seis condições: sono profundo, sono leve, sonolento, alerta, alerta com atividade e choro (LIMA *et al.,*2020)

Nos neonatos submetidos ao BH foi observado que estes mantiveram a frequência cardíaca e respiratória regular, cor de pele e funções digestivas estáveis, tônus muscular, leva/mantém mão na face ou na boca, busca sucção e preensão, sono profundo, estado de alerta inativo acalmando-se com facilidade, dirige o rosto, eleva sobrancelhas, franze a testa e lábios.

Apesar da evidente importância do BH, considerando a escassez de estudos, hipotetiza-se que essa prática não esteja amplamente sendo empreendida nas rotinas hospitalares da atenção ao RNPT. Aprática do banho humanizado é essencialmente desenvolvida pela equipe de enfermagem.

**Atuação da enfermagem no banho humanizado**

A enfermagem tem como atribuição efetivar a atenção humanizada ao RN de risco, através de cuidados individualizados que contribuam para sua promoção e segurança. O papel da enfermagem frente ao banho humanizado é investigado e relatado em dois estudos (STELMAK, FREIRE, 2017; SANTOS *et al* 2020).

 É proposto pela Organização Mundial de Saúde que o banho seja realizado após 6 horas do nascimento, conservando o vérnix caseoso, desta forma o profissional responsável pelo banho deve retirar restos de mecônio e sangue, nunca utilizando antissépticos (WHO,2012) A higiene deve ser feita de forma delicada sem a necessidade de friccionar a pele com buchas, panos ou toalhas, para que não ocorra danos como irritação. Os produtos utilizados para essa limpeza devem receber atenção, pois os RN apresentam uma absorção mais profunda, sendo então proibido o uso de produtos químicos. Portanto, as soluções usadas precisam tirar resíduos gordurosos, urina e fezes. Os produtos não podem conter substâncias que causam irritação ou alergia e também não podem apresentar toxicidade por via oral, inalatória e percutânea (BLUME-PEYTAVI *et al.,*2012).

É recomendado pela OMS realizar o primeiro banho do recém-nascido até 24 horas depois de seu nascimento, zelando o revestimento protetor do vérnix caseoso, o que traz uma melhor adaptação do meio extrauterino do neonato, proporcionando uma pele mais hidratada, amenizando as descamações, diminuindo o eritema neonatal e termorregulação a ainda preserva o tempo da pele do bebe com a da mãe (LIMA *et al.,*2020). A sua recomendação é para os RN com peso maior que 1700gr e que não estejam com instabilidade hemodinâmica, AVP ou AVC, VM ou com menos de seis horas de vida (UFRJ, 2013). Porém o peso dos bebês utilizados nos estudos de Medeiros e Mascarenhas (2010) e Araújo *et al.* (2021) tiveram uma variação entre 850g a 3010g.

As técnicas podem causar hipotermia até 20 minutos após o banho. É essencial que a equipe de enfermagem interfira para prevenir a hipotermia e atingir o equilíbrio térmico através de ações como: vestir as roupas de forma mais rápida, aumentar o calor do berço ou incubadora e evitar o estresse fazendo com que o RN alcance uma temperatura de 36,5°C (FREITAS *et al*.,2018).

No período de hospitalização as práticas de cuidado por vezes geram estresse nos RN prematuros, neste tocante, observar- lós com mais atenção é a melhor maneira de identificar sinais em seu comportamento e empreender manejos assistenciais que visem redução de estresse no neonato. Considerando este fator, o estudo de Medeiros e Mascarenhas (2010) analisou o possível aparecimento dos sinais de estresse que consideraram, que seriam: palidez, moteamento, cianose perioral, bradicardia, respiração irregular, apnéia, aumento ou diminuição da frequência cardíaca, movimentos peristálticos, aumentos do resíduo gástrico, vômitos, engasgos, soluços, tremores, susto, flacidez e hipertonia motora, sono difuso, estado de alerta com choramingo ou irritabilidade e choro.

A prática do banho humanizado é essencialmente desenvolvida pela equipe de enfermagem, sendo que os enfermeiros compreendem que a execução do banho humanizado abrange a higiene, relaxamento, conforto e estimulação sensoriomotora, porém, apesar destes entenderem a relevância que o banho de forma humanizada é, infelizmente não é muitas vezes executado (SANTOS *et al.* 2020).

Neste aspecto, o estudo de Santos et al, (2020) também descreve os fatores dificultadores para a realização do BH, comoofato da equipe de enfermagem sofrer sobrecarga de trabalho, além de não terem um bom conhecimento ou falta os materiais necessários para a realização do mesmo. Esses pontos também foram apresentado no estudo de Pereira (2014) ressaltando, que muitas vezes a atenção humanizada se torna difícil de ser executada pela equipe de enfermagem, dificuldades que não dependem apenas dos profissionais, por exemplo, a falta de materiais, a estrutura das unidades, menor número de funcionário para realização das atividades, ou também desentendimento com algum membro da equipe principalmente do gestor.

 Apesar disso, o recém-nascido prematuro não deixa de ter uma assistência humanizada, pois o método mãe canguru assegura diversas práticas para garantir essa assistência (SANTOS *et al.* 2020)

 Nestes estudos supracitados também foi destacado a importância das maternidades adotarem e executarem essa prática diariamente, tornando rotina nos hospitais. Muitas vezes são executadas pelos profissionais apenas por livre espontânea vontade. Nos resultados de Stelmak e Freire (2017), dois dos enfermeiros relataram o banho humanizado como protocolo da unidade, enquanto que os outros afirmaram ver pouco a técnica sendo feita, e o banho tradicional ser mais preconizado. A promoção dessa ação é validada pela Portaria 371 do Ministério da Saúde (2014), que diz em seu Art 2o que o enfermeiro como integrante da equipe deve manter práticas de humanização para com o RN, o que é previsto igualmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

 Outro ponto importante a ser notado nos nascimentos que ocorrem de forma antecipada e as internações dos bebês prematuros, podem causar um estado de insegurança nos pais, de não se sentirem preparados. Ao notar que o RN apresenta um tamanho menor com um corpo mais leve, frágil e sensível, as mães não se sentem capacitadas de cuidar de seus filhos, muitas vezes limitados os seus cuidados e os tratando apenas como vulneráveis (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA,2009). O enfermeiro é responsável por repassar os cuidados a serem feitos no RN, como a amamentação adequada, higiene do coto umbilical, massagens de conforto, primeiro banho e possíveis complicações. Dentre elas, o banho nos primeiros dias de vida revela ser o mais complexo a ser realizado pela família. Desta forma, o responsável pelo banho deve realizar a técnica para os membros da família que se encontra presente de forma individual, para que consigam realizar os próximos banho de forma mais segura (SILVA *et al.,* 2015).

Para Cunha (2013) o banho envelopado para algumas mães, gera uma dificuldade por acharem difícil a sua execução, pela falta de segurança, de se sentirem com vergonha de não conseguir cumprir a prática corretamente na frente da equipe e muitas vezes por não terem os materiais para a sua realização em casa. Porém para Stelmak, Freire (2017) e por Santos *et al.* (2020) o banho humanizado traz uma certa segurança, tanto para os bebês que se sentem confortáveis e relaxado com sensação de ter retornado ao útero da mãe, como também para os pais que na presença do procedimento ao verem seus filhos calmos, sem agitação, choro e colaborando com o banho querem aprender para realizarem durante a internação e até mesmo após a alta, para melhor aproximação com eles e evitar sinais de estresses.

No estudo de Hemkemeier e Fermino Ribeiro (2012) é citado a prática materna pós alta. Às mães que ganharam alta com seus filhos foram entrevistadas e solicitadas para que efetuassem o banho de imersão em suas residências durante 10 dias. Quando finalizado os dez dias foi possível notar uma maior confiança na realização da técnica e que também na primeira demonstração os familiares acharam estranho, por ser um banho diferente do que eles estavam acostumado a fazerem no decorrer dos anos, mas após os dias de práticas os medos foram deixados de lado, possibilitando que a técnica continuassem sendo praticada. Os enfermeiros foram essenciais para o estudo, pois através das suas orientações houve relatos das mães que iriam realizar o banho humanizado nos filhos, pelo fato dos bebês se sentirem mais seguros, envelopados e aquecidos no procedimento.

No entanto, não há estudos que investiguem objetivamente o processo de participação e inclusão dos pais desde a atenção hospitalar à transição de cuidado, até chegar ao ambiente domiciliar. Descritos de acordo com o Ministério da Saúde (2011) sequencialmente como: a primeira etapa corresponde ao período de internação do RNPT e/ou BP na UTIN, ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo). Na segunda etapa, que ocorre na Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), a mãe retorna ao hospital em regime de alojamento conjunto, na condição de acompanhante ao filho prematuro, e assume a integralidade do cuidado ainda sob supervisão e orientação de uma equipe multiprofissional até o RN atingir peso ideal para alta, que pode variar entre as instituições hospitalares, mas visa a alta com cuidado materno autônomo e seguro para a continuidade domiciliar. A terceira etapa corresponde ao seguimento ambulatorial, no qual o RN será acompanhado pelo serviço até atingir peso de 2500g, onde poderá ser atendido na atenção básica de saúde.

## Limitações do estudo

As limitações do estudo referem-se ao tamanho da amostra; embora o algoritmo de busca tenha trazido

 196 artigos, apenas 4 atendiam ao objetivo da pesquisa. A decisão por conduzir as buscas nas bases de dados eletrônicas e acatar estudos disponíveis pode ter sido uma limitação ao não ter abrangido publicações pagas sobre a temática.

**CONCLUSÕES**

Os artigos incluídos nesta revisão destacam a importância de ser realizado o banho humanizado, pelo fato de proporcionar um bem estar maior e diminuir as alterações fisiológicas, não somente nas maternidades mas também após a alta hospitalar. Porém, a prática se torna um desafio para alguns profissionais pela grande sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento ou de materiais.

O enfermeiro é o principal responsável por proporcionar a humanização durante o banho, pelo fato de estar presente e participar durante o primeiro banho. Desta forma acentua-se a importância do repasse correto do banho para os responsáveis do RN com o propósito de que possam realizá-lo em seu ambiente domiciliar, devido às vantagens fornecidas.

O presente estudo aponta os benefícios do BH ao assistir o RNPM e também produz evidências sobre a precariedade do assunto no campo científico e das práticas (trazidas nos estudos), despertando o interesse pelo engajamento nessa temática.

Sugere-se que estudos que incluam a óptica e vivência familiar no banho humanizado sejam explorados e publicados, com o intuito de compreender o banho humanizado na visão da família, principalmente da mãe, possibilitando entender as dificuldades para realização e os benefícios alcançados.

# **REFERENCIAS (ARTIGO)**

ARAÚJO, B. B. M. Avaliação fisiológica de neonatos prematuros submetidos ao banho de imersão em banheira e banho humanizado**. Rev. pesq.: cuid. fundam. online**.Rio de Janeiro. V. 13. p. 925-929, 2021. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9643/10070> Acesso em: 25 agosto 2021.

 BARCELLOS, A. A. ZANI, A. V. O primeiro banho no prematuro hospitalizado: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Londrina. V.20 p. 128-133. 2017 Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905_173353.pdf> Acesso em: 10 junho 2021.

BLUME-PEYTAVI, U. *et al.* Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. **Pediatr Dermatol**. V. 29. p. 1-14, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1470.2011.01594.x> Acesso em: 03 junho 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém‑nascido de baixo peso. Método Canguru: manual técnico. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/publicacoes/atencao\_humanizada\_metodo\_ canguru\_manual\_3ed.pdf Acesso em: 10 junho 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf> Acesso em: 10 março 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Brasília, 2011. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sinasc/documentacao/manual_de_instrucoes_para_o_preenchimento_da_declaracao_de_nascido_vivo.pdf> Acesso em: 01 Mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 1° ed. 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: 02 junho 2021.

BRASIL. 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**, 8 mai. 2014. Seção 1, p. 50. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html> Acesso em: 15 maio 2021.

CARBAJAL, R. *et al.* Epidemiologia e tratamento de procedimentos dolorosos em neonatos em unidades de terapia intensiva. **JAMA.** V.300, p. 60–70, 2008. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182152> Acesso em: 11 junho 2021.

CHAWANPAIBOON, S. *et al*. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **Lancet Glob Health.** V. 7, p. 37-46,2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30451-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2818%2930451-0/fulltext) Acesso em: 07 junho 2021.

COSTA, A. Q. *et al.* Efeitos do banho de imersão para a termorregulação do recém-nascido prematuro. **Revista Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro, v. 4, e. 64, abr. 2017. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/download/64/56>. Acesso em: 09 maio 2021.

CUNHA, A. **Práticas culturais do primeiro banho do recém-nascido em alojamento conjunto: contribuições da enfermagem neonatal**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/dissert/816330.pdf> Acesso em: 04 junho 2021.

FREITAS, P. **Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascido pré termo submetidos a duas técnicas de banho de imersão**: ensaio clínico cruzado [ tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-27082015-152500/publico/Tese_Patricia_de_Freitas_Versao_Corrigida_final.pdf> Acesso em: 20 maio 2021.

FREITAS, P. *et al*. Efeito de duas técnicas de banho de imersão na temperatura axilar de recém-nascidos pré-termos: estudo piloto. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, São Paulo, v. 27, p. 1-8, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/38x3QH9qqrcvbYxFDWfktvN/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 05 junho 2021.

HEMKEMEIER, J. FERMINO, V. C.; RIBEIRO, I. M. Percepção de familiares referente ao banho humanizado: técnica japonesa em recém-nascidos. **Revista Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v. 5, n. 1, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/download/9135/7741>. Acesso em: 03 maio 2021.

LEAL, M. C. *et al*. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reprod Health**. V. 13, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073982/> Acesso em: 25 maio 2021.

LIMA, R. O. *et al.* Intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. **Acta Paul Enferm**. V. 33, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MNTRtZTNDLCWgHV4YWpHhmP/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 12 março 2021.

LOCKWOOD, C. et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E MZ, editor. **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. 2017. Available from: https:// reviewersmanual.joannabriggs.org/

MACEDO, C. F.; ALMEIDA, M. C. Humanização no banho do recém-nascido. **Revista científica eletrônica de ciências aplicadas da fait**. Itapevi. n 1, 2020. Disponível em: <http://www.fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/VVU3SvchhukIByP_2020-7-23-20-33-49.pdf> Acesso em: 01 junho 2021.

MEDEIROS, J. S. S; MASCARENHAS, M. F. P. T. Banho humanizado em recém nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Maceió, v. 21, n. 1, p. 51-60, jan./abr. 2010. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/268317707.pdf>. Acesso em: 15 abril 2021.

MELNYK, B. M; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. P. 3-24, 2005.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul. Enferm**. São Paulo. V. 22, n. 1, p. 24-30, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100004&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 07 junho 2021.

MOREIRA, C. P. **As dificuldades das mães de recém-nascidos prematuros em domicílio, pós-alta hospitalar**. 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Educação) – Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2014. <https://dev-portal.unaerp.br/documentos/1404-cassia-de-paula-moreira/file> Acesso em: 10 junho 2021.

PEREIRA, S. J. F. **O cuidado humanizado ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: percepções e contribuições de alguns integrantes da equipe de enfermagem**.Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129367/330268.pdf?sequence> Acesso em: 17 abril 2021.

PESSOA, T. A. *et al.* The growth and development against the prematurity and low birth weight. **Av Enferm**. V. 33, p. 401-11, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a08.pdf> Acesso em: 05 março 2021.

ROLIM, K. M. C. *et al.* Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: o olhar da enfermaria.**Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 44-52. 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4521/3409> Acesso em: 07 junho 2021.

SANTOS, H. M. *et al.* Banho enrolado em bebês prematuros em unidade neonatal: a prática na perspectiva de enfermeiros. **Rev Rene**. V. 21, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/50019/1/2020_art_hmsantos.pdf> Acesso em: 07 abril 2021.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/> Acesso em: 02 maio 2021.

STELMAK, A. P; FREIRE, M. H. S. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. **Rev Fund Care Online**. V. 9, p. 795-802, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4429/pdf_1> Acesso em: 25 agosto 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Banho Humanizado do Recém Nascido. Maternidade-Escola da UFRJ-Divisão de Enfermagem. **Procedimento Operacional** Padrão nº70, 2013. Disponível em <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_70_banho_humanizado_rn.pdf>. Acesso em: 10 março 2021.

WHO, March of Dimes, PMNCH, Save the Children Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 05 março 2021.

WHO. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Geneva, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/04/9789241515887-eng.pdf>. Acesso em: 10 abril 2021.

1. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo possibilitou compreender a perspectiva da assistência humanizada no banho do RN prematuro. Pelo fato deste apresentar imaturidade em seu desenvolvimento, o mesmo demanda uma atenção qualificada e particular.

Embora avanços tenham sido verificados ao longo do processo de implantação do MC, denota-se a importância deste estudo, ao verificar baixo investimento científico no que tange a ação do BH.

 Destaca-se que o manuseio durante o BH influencia diretamente no comportamento do RNPT, assim, se adequado evita o estresse, oferece homeostase e menos gasto energético. Sendo o BH a prática mais apropriada, que contribui para o desenvolvimento sadio.

A partir destes resultados e de sua discussão dos estudos identificados conclui-se a necessidade de investimentos em aprofundamento do tema nas academias e capacitações para a implementação das ações recomendadas por Políticas Públicas, como o BH descrito no Método Canguru. Por fim, ressalta-se que esta pesquisa teve como limitação o baixo número de estudos disponíveis gratuitamente na íntegra para compor o arcabouço da revisão. No entanto, mesmo assim as informações aqui geradas apontam informações necessárias para o processo de gestão do cuidado e para as boas práticas em saúde na assistência de enfermagem ao neonato pré-termo e/ou baixo peso.

# **REFERÊNCIA (TOTALIDADE MANUSCRITO)**

ARAÚJO, B. B. M. Avaliação fisiológica de neonatos prematuros submetidos ao banho de imersão em banheira e banho humanizado**. Rev. pesq.: cuid. fundam. online**.Rio de Janeiro. V. 13. p. 925-929, 2021. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9643/10070> Acesso em: 25 agosto 2021.

 BARCELLOS, A. A. ZANI, A. V. O primeiro banho no prematuro hospitalizado: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Londrina. V.20 p. 128-133. 2017 Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905_173353.pdf> Acesso em: 10 junho 2021.

BECK, S. *el al*. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bull World Organ**. v. 88. p. 31-8. 2010. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554.pdf> Acesso em: 15 maio 2021.

BERGER, A. Z. *et al.* Parto prematuro: características das gestantes de uma população da zona sul de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** São Paulo. v.16 p. 437- 445. 2016 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/qydbLr63LzHVF6w4nZH8P4B/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 30 março 2021.

BLUME-PEYTAVI, U. *et al.* Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. **Pediatr Dermatol**. V. 29. p. 1-14, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1470.2011.01594.x> Acesso em: 03 junho 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Mãe Canguru: manual do curso. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.fiocruz.br/redeblh/ media/manualcanguru.pdf Acesso em: 01 junho 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém‑nascido de baixo peso. Método Canguru: manual técnico. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/publicacoes/atencao\_humanizada\_metodo\_ canguru\_manual\_3ed.pdf Acesso em: 10 junho 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Série a. Normas e Manuais Técnicos: Brasília DF; 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf> Acesso em: 01 junho 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf> Acesso em: 10 março 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Brasília, 2011. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sinasc/documentacao/manual_de_instrucoes_para_o_preenchimento_da_declaracao_de_nascido_vivo.pdf> Acesso em: 01 Mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. – Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\_obito\_infantil\_fetal\_2ed.pdf Acesso em: 15 junho 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. 2. ed. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf> Acesso em: 15 junho 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes, Programas e Relatórios. Brasília, 2011, 80p. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf> Acesso em: 07 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf> Acesso em: 10 junho 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 1° ed. 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: 02 junho 2021.

BRASIL. 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**, 8 mai. 2014. Seção 1, p. 50. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html> Acesso em: 15 maio 2021.

 CARBAJAL, R. *et al.* Epidemiologia e tratamento de procedimentos dolorosos em neonatos em unidades de terapia intensiva. **JAMA.** V.300, p. 60–70, 2008. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182152> Acesso em: 11 junho 2021.

# CARVALHO, V. O. *et al.* Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf>.Acesso em: 20 março 2021.

CHAWANPAIBOON, S. *et al*. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **Lancet Glob Health.** V. 7, p. 37-46,2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30451-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2818%2930451-0/fulltext) Acesso em: 07 junho 2021.

COSTA, A. Q. *et al.* Efeitos do banho de imersão para a termorregulação do recém-nascido prematuro. **Revista Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro, v. 4, e. 64, abr. 2017. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/download/64/56>. Acesso em: 09 maio 2021.

CUNHA, A. **Práticas culturais do primeiro banho do recém-nascido em alojamento conjunto: contribuições da enfermagem neonatal**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/dissert/816330.pdf> Acesso em: 04 junho 2021.

 FERNÁNDEZ, D. ANTOLÍN-RODRÍGUEZ, R. Bathing a Premature Infant in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. **J Pediatr Nurs**. V. 42, p. 52-57, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779763/> Acesso em: 20 outubro 2021.

FERREIRA, J. H. P. **Percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva neonatal.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15790/1/2016_dis_jhpferreira.pdf> Acesso em: 10 junho 2021.

FREITAS, P. **Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascido pré termo submetidos a duas técnicas de banho de imersão**: ensaio clínico cruzado [ tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-27082015-152500/publico/Tese_Patricia_de_Freitas_Versao_Corrigida_final.pdf> Acesso em: 20 maio 2021.

FREITAS, P. *et al*. Efeito de duas técnicas de banho de imersão na temperatura axilar de recém-nascidos pré-termos: estudo piloto. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, São Paulo, v. 27, p. 1-8, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/38x3QH9qqrcvbYxFDWfktvN/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 05 junho 2021.

GOLDENBERG, R. L.*et al.* Epidemiology and causes of preterm birth. **The** **Lancet**. V. 371. p. 75-84, 2008. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60074-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2808%2960074-4/fulltext) Acesso em: 30 abril 2021.

GOMES, T. O. **Cuidados propostos ao recém-nascido prematuro, à luz de Julius Hess (SÉCULO XX).** Dissertação (mestrado)- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2016/dissertacao-tatiana-gomes> Acesso em: 11 junho 2021.

HEMKEMEIER, J. FERMINO, V. C.; RIBEIRO, I. M. Percepção de familiares referente ao banho humanizado: técnica japonesa em recém-nascidos. **Revista Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v. 5, n. 1, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/download/9135/7741>. Acesso em: 03 maio 2021.

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO. Banho humanizado é momento especial para família e bebê. Passo Fundo/RS, 23 mai. 2014. Disponível em: <https://hsvp.com.br/post/742/banho-humanizado-e-momento-especial-para-familia-e-bebe> Acesso em: 10 março 2021.

LEAL, M. C. *et al*. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reprod Health**. V. 13, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073982/> Acesso em: 25 maio 2021.

LIMA, R. O. *et al.* Intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. **Acta Paul Enferm**. V. 33, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MNTRtZTNDLCWgHV4YWpHhmP/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 12 março 2021.

LOCKWOOD, C. et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E MZ, editor. **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. 2017. Available from: https:// reviewersmanual.joannabriggs.org/

MACEDO, C. F.; ALMEIDA, M. C. Humanização no banho do recém-nascido. **Revista científica eletrônica de ciências aplicadas da fait**. Itapevi. n 1, 2020. Disponível em: <http://www.fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/VVU3SvchhukIByP_2020-7-23-20-33-49.pdf> Acesso em: 01 junho 2021.

MEDEIROS, J. S. S; MASCARENHAS, M. F. P. T. Banho humanizado em recém nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Maceió, v. 21, n. 1, p. 51-60, jan./abr. 2010. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/268317707.pdf>. Acesso em: 15 abril 2021.

MELNYK, B. M; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. P. 3-24, 2005.

MENDES, K. D. S, SILVEIRA, R. C. C. P, GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. V. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018> Acesso em: 07 maio 2021.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul. Enferm**. São Paulo. V. 22, n. 1, p. 24-30, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100004&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 07 junho 2021.

MOREIRA, C. P. **As dificuldades das mães de recém-nascidos prematuros em domicílio, pós-alta hospitalar**. 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Educação) – Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2014. <https://dev-portal.unaerp.br/documentos/1404-cassia-de-paula-moreira/file> Acesso em: 10 junho 2021.

MÜLLER, E. B.; ZAMPIERI, M. F. M. Prática educativa com enfermeiras visando o cuidado humanizado ao recém-nascido no centro obstétrico. Revista Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 23, n. 3, jul./set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\_0104-0707-tce-23-03-00782.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

PEDRON, C. D; BONILHA, A. L. L. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 612-8, dez. 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/4688> Acesso em: 05 junho 2021.

PEREIRA, S. J. F. **O cuidado humanizado ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: percepções e contribuições de alguns integrantes da equipe de enfermagem**.Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129367/330268.pdf?sequence> Acesso em: 17 abril 2021.

PESSOA, T. A. *et al.* The growth and development against the prematurity and low birth weight. **Av Enferm**. V. 33, p. 401-11, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a08.pdf> Acesso em: 05 março 2021.

POHLMANN, F. C. **A prematuridade e sua inter-relação com a rede de atenção à saúde**. 85p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <https://sistemas.furg.br/sistemas/sab/arquivos/bdtd/0000010526.pdf> Acesso em: 10 março 2021.

PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 06 abril 2021.

PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha, 18p, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 01 abril 2021.

RIBEIRO, M.A.C. CALDERON, L.A.; GARCIA, M. H. C. **Aspectos que influenciam a termorregulação: assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade JK, Taguatinga, DF, 2005. Disponível em: www.paulomargotto.com.br/documentos/termorregulacao.doc. Acesso em: 04 abril 2021.

ROLIM, K. M. C. *et al.* Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: o olhar da enfermaria.**Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 44-52. 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4521/3409> Acesso em: 07 junho 2021.

SANTOS, H. M. *et al.* Banho enrolado em bebês prematuros em unidade neonatal: a prática na perspectiva de enfermeiros. **Rev Rene**. V. 21, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/50019/1/2020_art_hmsantos.pdf> Acesso em: 07 abril 2021.

SBP, Departamento Científico de Neonatologia. Novembro: Mês da Prevenção da Prematuridade. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DocCient-Neonatol-SBP_Prematuridade_18112019__1_.pdf>. Acesso em: 20 março 2021.

SILVA, C.M. Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto. **O Mundo da Saúde**. V. 39, p. 279-286, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Sentimento_vivenciado_%20puerperas.pdf> Acesso em: 20 março 2021.

SOUZA, A. B. G. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/> Acesso em: 02 maio 2021.

STELMAK, A. P; FREIRE, M. H. S. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. **Rev Fund Care Online**. V. 9, p. 795-802, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4429/pdf_1> Acesso em: 25 agosto 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Banho Humanizado do Recém Nascido. Maternidade-Escola da UFRJ-Divisão de Enfermagem. **Procedimento Operacional** Padrão nº70, 2013. Disponível em <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_70_banho_humanizado_rn.pdf>. Acesso em: 10 março 2021.

WHO, March of Dimes, PMNCH, Save the Children Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 05 março 2021.

WHO. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Geneva, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/04/9789241515887-eng.pdf>. Acesso em: 10 abril 2021.

# ZAICHKIN, J. Recém-nascido saudável. In: ORSHAN, S. A. Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida. São Paulo: Artmed, 2010. p. 805–890.