

CONTATO PELE A PELE E ALEITAMENTO MATERNO NA TERMORREGULAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

SKIN-TO-SKIN CONTACT AND BREASTFEEDING IN NEWBORN
THERMAL REGULATION

Rebeca Gabriely dos Santos Oliveira

rgso@discente.ifpe.edu.br

Ana Luíza Paula de Aguiar Lélis

ana.lelis@pesqueira.ifpe.edu.br

Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense

iris.interaminense@pesqueira.ifpe.edu.br

RESUMO

Objetivou-se analisar a termorregulação do recém-nascido (RN) ao nascer e na primeira hora de vida após contato pele a pele e aleitamento materno. A coleta de dados foi realizada no Hospital Ruy de Barros Correia, em Arcoverde-PE, o período de coleta foi de agosto a outubro do ano de 2021 e dividiu-se em três etapas: caracterização da mãe sobre aspectos socioeconômicos, educacionais e obstétricos, e os aspectos clínicos do neonato, checklist observacional de contato pele a pele e aleitamento materno, e exame físico do RN na hora zero e primeira hora de vida. Os resultados foram analisados por meio de frequências absolutas e relativas, como também foi utilizado o Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher. A amostra foi composta de 32 binômios. A maioria dos RNs avaliados encontravam-se com boa vitalidade, e o exame físico foi satisfatório, relacionado à adaptação extrauterina dos RNs. A variação de temperatura foi observada com maior frequência nas axilas. Observou-se que não há uma melhora na temperatura do RN quando se compara o contato e o aleitamento, visto que podem existir outros fatores que influenciam na termorregulação do recém-nascido, necessitando de investigações que identifiquem tais influências.

Palavras-chave: Regulação da Temperatura Corporal. Recém-Nascido. Aleitamento materno. Parto Humanizado. Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

The objective was to analyze the thermoregulation of the newborn (NB) at birth and in the first hour of life after skin-to-skin contact and breastfeeding. Data collection was carried out at Hospital Ruy de Barros Correia, in Arcoverde-PE, the collection period was from August to October of the year 2021 and was divided into 3 stages: characterization of the mother regarding socioeconomic, educational and obstetric aspects, and the clinical aspects of the newborn, observational checklist of skin-to-skin contact and breastfeeding, and physical examination of the NB at hour zero and in the first hour of life. The results were analyzed using absolute and relative frequencies, as well as using the Chi-Square Test and Fisher's Exact Test. The sample was composed of 32 binomials. Most of the NBs evaluated were in good vitality, and the physical examination was satisfactory, related to the extrauterine

adaptation of the NBs. The temperature variation was observed more frequently in the axillary temperature. It was observed that there is no improvement in the newborn's temperature when compared to contact and breastfeeding, since there may be other factors that influence the newborn's thermoregulation, requiring investigations to identify such influences.

Keywords: Body Temperature Regulation. Newborn. Breast Feeding. Humanizing Delivery. Neonatal Nursing.

1 INTRODUÇÃO

Após o nascimento, os recém-nascidos (RNs) precisam adaptar-se à vida extrauterina. A termorregulação é a aptidão que o corpo tem em promover equilíbrio entre a produção e perda de calor, mantendo a temperatura corporal em conformidade com os parâmetros normais. A capacidade de termorregulação é ativada como função fisiológica e é um dos fatores cruciais para estabilidade e sobrevivência dos RNs (TAMEZ, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os valores de referência da temperatura do recém-nascido em normalidade estão entre 36,5°C a 37,5°C, e pode sofrer alterações, sendo classificadas em hipotermia leve (36,0 e 36,4°C), hipotermia moderada (32,0 e 35,9°C), hipotermia grave (temperatura menor que 32,0°C), e hipertérmicos acima de 37,5°C (ROLIM et al., 2010; BRASIL 2011a).

A hipotermia é um dos principais agravantes do quadro clínico dos RNs na primeira hora de vida extrauterina. E como forma de priorizar a manutenção da temperatura nos cuidados imediatos ao RN ao nascer, foi instituído no Art. 4º da Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014, “I- assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdome ou tórax da mãe, de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida” e “III- estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida” (BRASIL, 2014).

O contato pele a pele é o mecanismo de prevenção de perda de calor natural mais efetivo, principalmente na primeira hora de vida. A prática do contato pele a pele precoce atualmente é definida como contato direto, despido e imediato do recém-nascido com sua mãe, dentro dos primeiros cinco minutos de nascimento, e continuado por pelo menos uma hora sem separação. Na ocasião da realização dos cuidados imediatos, além do contato pele a pele é importante estimular o aleitamento materno (AM) na primeira hora de vida. Deve-se incentivar a mãe a

identificar se a criança mostra sinais de que está querendo ser amamentada, oferecendo ajuda, se necessário (MOORE et al, 2016; OMS, 2017).

A equipe obstétrica tem o papel de estimular as mulheres a realizar o contato pele a pele imediato e iniciar precocemente o AM quando o binômio mãe-bebê se encontra em condições clínicas favoráveis na primeira hora de vida. Estas têm sido propagadas como práticas de humanização do atendimento à mulher no parto, com o objetivo de promover a qualidade da assistência na sala de parto e o AM (BRASIL, 2017; OMS, 2017).

Visto que o contato pele a pele e o AM contribuem para diversos benefícios, é importante estimulá-los na primeira hora de vida, inclusive imediatamente após o parto. Diante disso, esse estudo visa analisar a termorregulação do RN ao nascer e na primeira hora de vida após contato pele a pele e aleitamento materno, mais especificamente: caracterizar aspectos socioeconômicos, educacionais e obstétricos da mãe e os aspectos clínicos do neonato; caracterizar o controle térmico do RN ao nascer e na primeira hora de vida, após contato pele a pele e aleitamento materno.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os neonatos possuem características fisiológicas que dificultam sua manutenção térmica, sendo elas: superfície corporal relativamente grande em comparação ao peso; capacidade metabólica limitada para produzir calor; fina camada de tecido subcutâneo que proporciona isolamento deficitário para conversão de calor; impossibilidade de tremer com calafrios, produzindo calor através da termogênese sem tremor, envolvendo o aumento do metabolismo e consumo de oxigênio. Desde o nascimento o controle da temperatura ambiente é fundamental para estabilidade térmica do neonato (TAMEZ, 2017; HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Os RNs possuem como principais fontes termogênicas o coração, fígado, cérebro, e o tecido adiposo marrom, que é uma fonte adicional, própria do RN, que possui maior capacidade para produção de calor através de atividade metabólica intensificada. A gordura marrom pode ser encontrada entre as escápulas, ao redor do pescoço, nas axilas e no esterno (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

A perda de calor nos RNs causam efeitos que com o passar do tempo podem levá-lo à complicações maiores e incluem o aumento do metabolismo, do consumo

de oxigênio, do consumo de glicose (acompanha as necessidades de oxigênio, o RN com baixas reservas podem entrar em hipoglicemia e consequente lesão cerebral em 4 a 6 horas) aumento da utilização de gordura marrom (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Os sinais e sintomas da hipotermia incluem: extremidades e tórax frios; intolerância alimentar devido à diminuição da motilidade gastrintestinal; aumento de resíduo, vômitos, distensão abdominal e dificuldade de sucção; letargia (se a hipotermia se prolongar); choro fraco; hipotonia; acidose metabólica; hipoglicemia, mudança de coloração na pele (pálida ou mosqueada) e irritabilidade (que é consequência da hipoxemia) (TAMEZ, 2017).

A principal implicação da hipotermia nos RNs é a ocorrência da vasoconstrição, pela qual o organismo controla perda de calor, o aumento do consumo de oxigênio (aumentando ácido láctico), aumentando consumo de glicose (diminuindo o armazenamento de glicogênio), falta de ganho de peso ou perda de peso, e alteração da frequência respiratória e frequência cardíaca. A hipoxemia pode causar vasoconstrição pulmonar, interferindo na produção de surfactante, o que piora o quadro de estresse respiratório. É primordial priorizar a redução da perda de calor, diminuindo o consumo de oxigênio e mantendo a temperatura corpórea (TAMEZ, 2017; ROLIM et al., 2010).

Ao longo da vida intrauterina, o calor é transmitido ao feto por meio da placenta e do útero, resultando em temperatura fetal 0,3 a 0,5 °C superior à temperatura materna. Ao nascimento, há a mudança do ambiente interno aquecido, para um ambiente externo consideravelmente frio, e o calor é perdido rapidamente devido à evaporação. Ocorre um maior risco de hipotermia nos primeiros cinco minutos após o RN nascer (SPB, 2016; KLAUS; FANAROFF, 2001; BISSINGER; ANNIBALE, 2010).

Para a prevenção da hipotermia, a OMS recomenda dentre outras ações, o contato pele a pele com a mãe, que juntamente com o aleitamento materno podem agir como mantenedores da função termorregulatória dos RNs. O contato pele a pele promove a interação entre mãe e bebê, favorece a colonização da pele dos RNs pela microbiota da mãe, auxilia na regulação da temperatura corporal, mantém os níveis de glicemia estáveis e contribui para a estabilidade cardiorrespiratória, além do fortalecimento do vínculo (WHO, 1997; MOORE et al., 2016).

No aleitamento materno por sua vez, há uma variedade de repercussões no curto, médio e longo prazo, tais como: maior duração da lactação, redução da mortalidade infantil, proteção contra diarreias, alergias, infecções respiratórias, obesidade, além de promover o crescimento, o vínculo afetivo mãe-filho, e aumento da qualidade de vida. Os benefícios para a saúde do neonato podem ser mediados tanto pelos componentes do leite materno quanto pelo contato mãe-bebê, a soma desses fatores influencia diretamente na conservação da fisiologia termorreguladora do RN (CHIRICO et al., 2008; BRASIL, 2012).

2.1 Termorregulação do recém-nascido

O segundo processo fisiológico mais crítico no nascimento é a regulação térmica para a sobrevivência do recém-nascido, estando estreitamente relacionada com a transição e sobrevivência do RN. Priorizar as necessidades de termorregulação na atenção neonatal é fundamental para o atendimento das necessidades humanas básicas (HOCKENBERRY; WILSON, 2014; ROLIM et al., 2010).

Alterações na termorregulação (hipotermia ou hipertermia) são fatores de risco para a morbimortalidade neonatal, visto que favorece ou agrava distúrbios metabólicos, desconforto respiratório, enterocolite necrosante e hemorragia intracraniana. A morbimortalidade neonatal é centro de interesse mundial. Em 2013, no Brasil, equivaleu a 69% dos óbitos infantis (ALMEIDA et al., 2014; SBP, 2016).

Desde 1950, estudos apontam que o RN com hipotermia tem quadro clínico agravado, além disso, existem fatores de risco que contribuem para a instabilidade térmica nos RNs. Estes incluem os neonatos que se encontram nas primeiras 8 a 12 horas de vida; prematuros; pequenos para a idade gestacional (PIG); os que possuem distúrbios no sistema nervoso central, e os que se encontram em situações de estresse (GEARY, 2008; TAMEZ, 2017).

Além disso, inúmeros fatores influenciam na instabilidade térmica no RNs, tais como, prematuridade; anomalias congênitas; septicemia; asfixia e hipoxia; comprometimento do sistema nervoso central; aporte nutricional calórico inadequado, diminuição dos movimentos voluntários, imaturidade do sistema de controle térmico e quantidade insuficiente de tecido adiposo subcutâneo (TAMEZ, 2017).

Os cuidados relacionados ao monitoramento e manutenção da temperatura corporal dos RNs colaboram para redução da morbi-mortalidade neonatal, visando a homeostase. O cuidado com a termorregulação do RN deve-se começar desde o nascimento, ainda na sala de parto. Dentre algumas estratégias utilizadas diante desse cuidado, incluem-se o contato pele a pele e a promoção do aleitamento materno (McCALL, 2006).

2.2 Contato pele a pele

O contato pele a pele entre mãe e bebê deve ser iniciado imediatamente após o nascimento, ser ininterrupto, prolongado e pactuado entre todo binômio saudável. O RN pode ser mantido sobre o abdome ou tórax da mãe, certificando-se que a posição da cabeça do RN propicie incursões respiratórias efetivas, desde que ele tenha sido secado e que esteja coberto com campo pré-aquecido. Este contato imediato após o nascimento reduz o risco de hipotermia nos RNs com boa vitalidade (ALMEIDA; MARTINS, 2004; WHO, 2006; PERLMAN et al., 2010; ALMEIDA GUINSBURG, 2011).

Na primeira hora após o parto, a interação mãe-bebê é favorecida diante do estado de consciência de ambos. Nesse momento, o profissional deve influenciar e facilitar o máximo de contato íntimo, pele a pele entre mãe e do RN, deixando os procedimentos desnecessários e de rotina de lado, prorrogando-os, e respeitando os mecanismos fisiológicos do RN, desde que o binômio encontre-se com boa vitalidade. A separação do binômio e a mãe estando sedada os privam desse momento único (BRASIL, 2012; CRUZ et al., 2007; OPAS, 2001).

A sintonia assegurada por esse momento acalma a mãe e o bebê, além de contribuir na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração do RN, também reduz o choro e o estresse do bebê, evitando maior perda de energia, e o mantém aquecido pela transmissão de calor pela pele da mãe (ALMEIDA; MARTINS, 2004; WHO, 2006).

Para o bom desenvolvimento da criança, ela precisa ser tocada, embalada nos braços imediatamente após o nascimento. Essas ações proporcionam tranquilidade e segurança para o bebê, refletindo de forma positiva em sua saúde. A terapia de toque trás benefícios ao recém-nascido de várias maneiras, abrangendo o

crescimento e o desenvolvimento. A primeira linguagem de comunicação entre o binômio ocorre através da pele (MONTAGU, 1988).

2.3 Aleitamento materno

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), da OMS/UNICEF, instituiu os "Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno", onde o quarto passo é "Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia-hora após o nascimento", tal ação é interpretada atualmente como "Colocar os bebês em contato pele-a-pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamarem oferecendo ajuda, se necessário" (WHO, 2006).

O aleitamento materno na primeira hora de vida é visto como um indicador de excelência da amamentação. É uma ação importante na redução da morbimortalidade neonatal, visto que se estimulada precocemente, pode evitar 22% das mortes neonatais. Os efeitos protetores da amamentação se estendem por todo ciclo vital da criança, abrangendo a redução do risco de doenças crônicas e de suas complicações (ALVES; FIGUEIRA, 2010; FEWTRELL et al., 2007; EDMOND et al., 2006).

Os benefícios dessa aproximação preconizada pela OMS contribuem para aumentar a duração da amamentação, aproveitando que na primeira hora de vida o bebê permanece em estado de alerta. Dessa forma, aprende a sugar de maneira mais eficaz, cria vínculo com a mãe, é aquecido pelo corpo da mãe, e recebe o colostro que fornece a primeira imunização do RN, estimulando melhores resultados ao longo de seu desenvolvimento (OMS/UNICEF, 2009).

O colostro contém nutrientes e composição imunológica adequada para o neonato, que o protege de novos microrganismos encontrados no ambiente, que podem vir a contaminá-lo, é o alimento ideal que deve ser ofertado ao bebê logo após o parto. A equipe deve esclarecer a mãe sobre o ato de amamentar corretamente de forma compreensível e tranquila, visto que muitas ficam apreensivas em sua realização. Explicações como, o posicionamento do bebê, observar a pega e corrigi-la se necessário, para que esta seja realizada de maneira

correta e não prejudique a amamentação a longo prazo (VIANNA et al., 2012; ALBUQUERQUE et al., 2009; LIMA; SOUZA, 2013).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, de abordagem quantitativa. Realizada na Maternidade do Hospital Regional Ruy de Barros Correia, situado no município de Arcoverde, pertencente ao Sertão do Moxotó pernambucano, localizado a 251 km da capital Recife, Pernambuco, Brasil. A maternidade conta com sala de classificação de risco, sala de triagem, sala de parto, bloco cirúrgico, berçário, e enfermarias de alojamento conjunto. O Hospital Estadual é uma unidade de médio porte e média complexidade, que presta serviços hospitalares e ambulatoriais, com abrangência regional, uma vez que atende as cidades circunvizinhas como Pesqueira e Belo Jardim. A unidade hospitalar foi escolhida por ser referência na assistência materno-infantil da região da VI Gerência Regional de saúde (GERES), que é composto por 13 municípios. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Arcoverde possui uma área territorial de 323,370km² e uma população total estimada em 74. 338 pessoas (IBGE, 2017).

O período de coleta de dados foi de agosto a outubro do ano de 2021, na sala de parto, berçário e alojamento conjunto, de manhã e tarde, com o intuito de abranger o máximo de nascimentos.

A população do estudo foi o binômio mãe-filho, internado na maternidade, acompanhados desde o momento do nascimento até a primeira hora de vida do RN. A amostragem foi realizada por conveniência conforme os casos que apareceram durante o período de coleta de dados.

Os RNs incluídos são os que apresentaram boa vitalidade (a termo, chorando ou respirando, e tônus muscular em flexão) conforme SBP (2016), e o binômio que a mãe aceitou a presença da pesquisadora desde do momento do nascimento do RN até uma hora após, independente da via de parto. Foram excluídos os binômios que se encontravam em situação clínica de risco.

A coleta de dados realizou-se em três etapas: 1) Caracterização da mãe e do RN quanto aos aspectos socioeconômicos, educacionais e clínicos, 2) Observação do binômio no momento do contato pele a pele e do AM ao nascer e na primeira hora de vida do RN, 3) Avaliação clínica dos RNs por meio do exame físico

direcionado a termorregulação, o primeiro exame foi realizado na ocasião do nascimento, e o segundo, na primeira hora de vida, de modo que a não interferiu no atendimento ao binômio e na interação entre mãe-bebê.

Inicialmente, um formulário foi utilizado para extrair as informações dos prontuários para caracterização do binômio, o qual foi identificado pelo número do prontuário da mãe. A primeira parte do formulário é composta pelos dados da parturiente (faixa etária, estado civil, cor e escolaridade), pelos antecedentes clínico-obstétricos (quantidade de gestações, partos, abortos, e os tipos de parto, gravidez planejada) e informações do trabalho de parto (tipo de parto, tipo de gestação e presença de acompanhante). Na segunda parte, foram investigados os dados do RN (sexo, idade gestacional, peso ao nascer, índice de Apgar). As informações não encontradas no prontuário foram indagadas à parturiente, em momento oportuno após o parto.

Para a observação do binômio, no momento do contato pele a pele e da amamentação, utilizou-se um roteiro observacional do tipo *check-list* elaborado pelas pesquisadoras, baseado no protocolo adaptado do formulário de avaliação fonaudiológica das mamadas, presente no artigo “Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma UTI neonatal” (MELO, 2008), e nos questionários do projeto “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento” (BRASIL, 2011b), que é de base populacional e abrangência nacional, sobre atenção à gestação e ao parto.

No roteiro estão contidos os dados sobre o contato pele a pele (existência do contato, duração, quantidade de contato, local do contato), nos casos de inexistência do contato pele (equipe não oferta, mãe se recusa, mãe apenas visualizou o bebê, mãe não visualizou o bebê, outros) e do aleitamento materno (houve amamentação, duração, quantidade de ofertas, pega correta, sucção), nos casos de inexistência do aleitamento (equipe não oferta, mãe se recusa, sucção débil, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, outros) referente à primeira hora de vida do RN.

A observação do potencial contato e da amamentação foi realizada desde o momento do nascimento até a primeira hora de vida, independente do setor onde o binômio se encontrava. A maioria dos nascimentos ocorreram na sala de parto e/ou centro obstétrico e, em seguida, o binômio foi transferido para o alojamento conjunto

tradicional. Todavia, o não seguimento deste fluxo observacional não impossibilitou a observação direcionada ao contato pele a pele, a amamentação e a realização do exame físico.

A avaliação da termorregulação realizou-se em dois momentos - hora zero e primeira hora de vida. No primeiro, após o nascimento do RN, na ocasião dos cuidados imediatos, houve a aplicação de um roteiro de exame físico; no segundo, na primeira hora de vida do RN, uma segunda avaliação foi realizada, com base no mesmo roteiro. O roteiro de avaliação clínica da termorregulação do RN foi elaborado com base no manual “Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde” (BRASIL, 2012), e no livro “Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco” (TAMEZ, 2017), contendo um roteiro de exame físico com ênfase nos sinais clínicos relacionados aos padrões termorregulatórios.

As variáveis clínicas identificadas incluem sinais subjetivos como: temperatura do tórax e extremidades ao toque (se quente, morna ou fria), nível de consciência (alerta, acordado quieto ou acordado agitado, sono ativo ou sono profundo, letargia, irritabilidade, tipo de choro: forte, fraco, reativo a estímulos, ausente), tônus muscular (flexão, extensão, hipotonia), coloração da pele (rosada, acrocianose, cianose de extremidade, cianose central, palidez, mosqueamento), e padrão respiratório (eupneia, taquipneia, bradipneia, apneia e choro). Dos sinais objetivos, verificou-se a temperatura axilar, por meio da utilização do termômetro clínico digital; a temperatura da pele também foi avaliada, por meio do termômetro digital infravermelho. A utilização de duas vias de aferição permitiu verificar se existe uma considerável variação dos valores mensurados, visto o uso de diferentes instrumentos e locais anatômicos. Os dados clínicos do primeiro e segundo momento de avaliação da termorregulação foram comparados para identificar potenciais mudanças na temperatura do RN após o contato pele a pele e a amamentação em sua primeira hora de vida.

A análise dos dados se deu nas seguintes etapas: 1) Organização e tabulação dos dados no programa *Microsoft Office Excel 2010*; 2) Análise descritiva dos dados absolutos e relativos da caracterização do binômio e do exame físico do recém-nascido. 3) Análise bi-variada efetuada por meio do programa *IBM SPSS Statitics, versão 21*, utilizando o Teste de Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher,

para a associação do contato pele a pele e aleitamento com a temperatura axilar dos RNs, ao nascer na primeira hora de vida. 4) Apresentação dos resultados por meio da elaboração de tabelas; 5) Discussão dos resultados mediante a literatura relacionada à termorregulação do recém nascido, contato pele a pele e aleitamento materno.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

Avaliou-se 34 binômios, e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, excluíram-se dois, pois, os RNs estavam hipotônicos, se caracterizando como não para boa vitalidade ao nascimento, resultando na amostra de 32 binômios. A caracterização das parturientes demonstrou: a maioria tem idade de 19 anos ou mais (84,37%), são solteiras (71,87%), consideram-se pardas (87,5%), estudaram por mais de 8 anos (40,62%).

Quanto à paridade, metade delas teve até uma gestação (50%), e a outra metade, mais de uma gestação (50%), a maioria teve até um filho (78,12%), nenhum aborto (78,12%), não tiveram partos anteriores (56,25%), e das que tiveram partos anteriores (43,75%), a maioria foram partos normais (85,71%). Relacionado à gestação atual, 17 (53,12%) das entrevistadas tiveram partos vaginais, e 15 (46,87%) partos cesáreos, todas as gestações foram únicas (100%), a maioria houve a presença do acompanhante no pre-parto, parto e pós-parto (81,25%), sendo 11 (42,30%) deles o companheiro, e 15 (46,87%) eram outros.

Diante disso, destaca-se o estado civil, em que se observa a prevalência de parturientes solteiras, que pode refletir na vulnerabilidade materna, fatores psicossociais, como o estresse e sintomas depressivos, além de a vivência no parto que pode ser mais dolorida para as parturientes solteiras, quando se relaciona com as casadas (YANG; HALL, 2019).

Destacou-se também a presença de acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto, havendo uma prevalência considerável. Mas, considera-se uma minoria de parturientes que não obtiveram a presença do acompanhante no momento da coleta dos dados, não sendo possível identificar o motivo de tal ausência. Visto que a Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005, garante às parturientes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o direito à presença de acompanhante, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), rede privada e conveniada, todas as parturientes

deveriam está com acompanhantes durante todo internamento na maternidade, caso desejassem (BRASIL, 2005).

Relacionado à caracterização clínica dos RNs, 21 (65,62%) eram do sexo feminino e 11 (34,37%) masculino, a maioria (90,62%) nasceu a termo, que diz respeito a idade gestacional entre 37 a 41 semanas, e os demais (9,37%), no pós-termo, a maioria pesou menos de 4.000g (96,87%), e tiveram a pontuação acima de 7 no score de apgar do primeiro e quinto minuto (93,75%).

Observa-se que os RNs se encontravam com boa vitalidade e peso. Os que pesaram mais de 4.000g se caracterizam como bebês macrossômicos, o que pode ocorrer devido a diabetes mellitus e sobrepeso materno, acarretando complicações materno-fetais, como trabalho de parto prolongado, lacerações, hemorragias pós parto, desproporção céfalo-pélvica, distócia de ombro, fratura de clavícula, comprometendo o bem estar materno e a boa vitalidade fetal (TAVARES et al., 2019).

Destaca-se também o índice de apgar que se mostrou satisfatório na maioria dos RNs. Este índice avalia o neonato de forma rápida e eficiente na adaptação extrauterina, e examinam-se cinco critérios de avaliação, no primeiro e no quinto minuto de vida do RN, sendo eles: tônus muscular, frequência cardíaca, irritabilidade reflexa, respiração e coloração da pele do recém-nascido, a cada item é atribuído uma pontuação, que ao somadas resultam em um score de 0 a 10, sendo o valor maior que 7 adequado, e valores menores que 7, indicam sinais de alerta (SILVA et al., 2020; SILVA et al., 2019).

O exame físico do RN foi aplicado em dois momentos, e observou-se maior variação entre as variáveis: choro, nível de consciência, padrão respiratório e temperatura axilar, conforme a Tabela 1.

Tabela 1- Comparação dos resultados do exame físico do RN no momento dos cuidados imediatos (hora zero) e na primeira hora de vida – Arcoverde (PE) - 2022

Exame físico		Hora zero	Primeira hora
Temperatura do tórax ao toque (n=32)	Quente	4 (12,5%)	0 (-)
	Morna	27 (84,37%)	30 (93,75%)

	Fria	1 (3,12%)	2 (6,25%)
Temperatura das extremidades ao toque (n=32)	Quente	0 (-)	0 (-)
	Morna	15 (46,87%)	14 (43,75%)
	Fria	17 (53,12%)	18 (56,25%)
Nível de consciência (n=32)	Alerta/acordado	32 (100%)	20 (62,5%)
	Sono ativo	0 (-)	12 (37,5%)
Choro (n=32)	Forte	25 (78,12%)	3 (9,37%)
	Reativo à estímulos	5 (15,62%)	7 (21,87%)
	Fraco	2 (6,25%)	0 (-)
	Ausente	0 (-)	22 (68,75%)
Tônus muscular (n=32)	Flexão	32 (100%)	31 (96,87%)
	Extensão	0 (-)	0 (-)
	Hipotonia	0 (-)	1 (3,12%)
Coloração da pele (n=32)	Acrocianose	10 (31,25%)	2 (6,25%)
	Rosada	21 (65,62%)	29 (90,62%)
	Cianose central	1 (3,12%)	0 (-)
	Palidez	0 (-)	1 (3,12%)
Padrão respiratório (n=32)	Eupneia	8 (25%)	27 (84,37%)
	Taquipneia	2 (6,25%)	1 (3,12%)
	Choro	22 (68,75%)	4 (12,5%)
Temperatura axilar (n=32)	≥36,5°C	20 (62,5%)	12 (37,5%)
	<36,5°C	12 (37,5)	20 (62,5%)
Temperatura da pele (n=32)	≥36,5°C	24 (75%)	25 (78,12%)
	<36,5°C	8 (25%)	7 (21,87%)

Fonte: Próprio autor

Na hora zero, a maioria do RNs apresentou a temperatura do tórax ao toque morna (84,37%), e a temperatura das extremidades ao toque fria (53,12%); nível de consciência alerta/acordados (100%), choro forte (78,12%), o tônus muscular em flexão em todos (100%), a pele rosada (65,62%), o padrão respiratório em choro (68,75%), a temperatura axilar $\geq 36,5^{\circ}\text{C}$ (62,5%), e a temperatura da pele $\geq 36,5^{\circ}\text{C}$ (75%).

Uma hora após o primeiro exame, a maioria dos RNs encontrava-se com a temperatura do tórax ao toque morna (93,75%), a temperatura das extremidades fria (56,25%), com o nível de consciência alerta/acordado (62,5%), com choro ausente por estarem dormindo ou quietos (68,75%), com o tônus muscular em flexão (96,87%), a pele rosada (90,62%), eupneicos (84,37%), com a temperatura axilar $<36,5^{\circ}\text{C}$ (62,5%), e a temperatura da pele $\geq 36,5^{\circ}\text{C}$ (78,12%).

No primeiro momento do exame, a maioria deles encontrava-se com choro forte, alerta/acordados, com a pele rosada, e todos com o tônus em flexão, ou seja, apresentavam boa vitalidade ao nascer (SBP, 2016).

Considera-se as primeiras 24 horas pós-parto como o período de transição da vida intrauterina para extrauterina, especialmente, as seis horas iniciais, sendo um momento marcado por várias alterações fisiológicas, entre elas, o padrão de trocas gasosas, equilíbrio ácido-básico e atividade cardiovascular. Alguns RNs apresentaram acrocianose e taquipneia, que podem ocorrer devido a mudança da circulação fetal para a neonatal, o que explica também a temperatura das extremidades se apresentar fria na maioria dos RNs, sendo uma característica anatomo-fisiológica na transição para vida extrauterina (PRAZERES et al., 2021; LEDO et al., 2021).

No segundo momento do exame, observa-se que a maioria dos RNs permanecem alerta/acordados, com choro ausente e eupneicos. A ausência do choro, eupneia, e a pele rosada, que indica uma boa circulação neonatal e pode excluir a possibilidade de doenças cardíacas (MARSHALL et al., 2019).

A temperatura axilar obteve mais variações entre um momento e outro do exame, quando comparado à temperatura da pele. Houve a dificuldade na aferição da temperatura axilar, devido ao vérnix caseoso, que muitas vezes se encontrava acumulado na região axilar dos RNs, onde foi realizada uma limpeza parcial antes da aferição da temperatura (MAGALHÃES, 2021).

A temperatura da pele pode ser considerada um indicador direto da temperatura corporal, e nos neonatos ela pode ser um indicativo ainda mais próximo. Mas, a temperatura do ambiente pode influenciar na temperatura registrada pelo termômetro infravermelho. Sendo assim, a temperatura axilar é mais indicada para registrar as variações da temperatura nos momentos após contato pele a pele e aleitamento materno, como também nas inexistências deles (GAMEIRO, 2018).

Buscou-se verificar a associação entre o contato pele a pele e aleitamento materno, com a variação da temperatura axilar dos RNs nos dois momentos, na hora zero e na primeira hora de vida, por meio do Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da temperatura axilar na hora zero e na primeira hora de vida segundo contato pele a pele e aleitamento materno – Arcoverde (PE) - 2022

Fator analisado		Temperatura axilar - Hora zero		Temperatura axilar - Primeira hora		p-valor
		≥36,5°C	<36,5	≥36,5°C	<36,5	
Contato (n=64)	Sim	13(65,0%)	7 (58,3%)	4 (33,3%)	10(50,0%)	1,000 ¹
	Não	7 (35,0%)	5 (41,7%)	8 (66,7%)	10 (50,0%)	
Duração do contato (n=34)	<15min	12(92,3%)	7(100,0%)	4(100,0%)	6 (60,0%)	0,335 ²
	≥15min	1 (7,7%)	0 (-)	0 (-)	4 (40,0%)	
Quantidade (n=34)	Uma vez	13(100,0%)	7(100,0%)	4(100,0%)	10(100,0%)	-
Local (n=34)	Ventre do bebê sobre tórax da mãe	11 (84,6%)	7(100,0%)	0 (-)	0 (-)	0,048²
	Face a face	2 (15,4%)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	
	Rosto do bebê no seio da mãe	0 (-)	0 (-)	4(100,0%)	10(100,0%)	
Motivos para não haver contato pele a pele (n=30)	Mãe apenas viu o bebê	4 (57,1%)	4 (80,0%)	0 (-)	0 (-)	0,763 ²
	Mãe sob efeito de sedação	3 (42,9%)	1 (20,0%)	0 (-)	0 (-)	
	RN na incubadora	0 (-)	0 (-)	8 (100,0%)	9 (90,0%)	
	Mãe se recusa	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (10,0%)	
Aleitamento (n=64)	Sim	0 (-)	2 (16,7%)	4 (33,3%)	10 (50,0%)	0,021¹
	Não	20(100,0%)	10 (83,3%)	8 (66,7%)	10 (50,0%)	
Duração do aleitamento (n=16)	<15min	0 (-)	2 (100,0%)	4 (100,0%)	6 (60,0%)	0,516 ²
	≥15min	0 (-)	0 (-)	0 (-)	4 (40,0%)	
Quantidade (n=16)	Uma vez	0 (-)	2 (100,0%)	4 (100,0%)	9 (90,0%)	1,000 ²
	Duas vezes	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (10,0%)	

Pega correta (n=16)	Sim	0 (-)	0 (-)	1 (25,0%)	6 (60,0%)	0,677 ²
	Não	0 (-)	1 (50,0%)	0 (-)	0 (-)	
	Ignorado	0 (-)	1 (50,0%)	3 (75,0%)	4 (40,0%)	
Sucção (n=16)	Adequada	0 (-)	0 (-)	0 (-)	6 (60,0%)	0,135 ²
	Débil	0 (-)	1 (50,0%)	0 (-)	0 (-)	
	Ignorada	0 (-)	1 (50,0%)	4 (100,0%)	4 (40,0%)	
Motivos para não haver aleitamento materno (n=48)	Mãe sob efeito de sedação	2 (10,0%)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0,388 ²
	RN na incubadora	0 (-)	0 (-)	8 (100,0%)	8 (80,0%)	
	Mãe se recusa	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (10,0%)	
	Equipe não oferta	18 (90,0%)	10 (100,0%)	0 (-)	1 (10,0%)	

1 p-valor do teste de Qui-quadrado, ² p-valor do teste Exato de Fisher

Fonte: Próprio autor

Relacionado ao contato pele a pele ser mais evidente no primeiro momento, e o aleitamento no segundo momento, pode-se dizer que na sala de parto o contato é mais presente, e no alojamento, o aleitamento é mais encorajado na hora da admissão, estando entre as funções da equipe orientar posicionamento e pega correta, para que mãe sinta-se segura em amamentar o RN por um maior período de tempo. Em relação à duração do contato menor que 15 minutos no primeiro momento, pode-se ressaltar a pressa dos pediatras para receber o neonato e examiná-los, focando mais nas patologias, do que nos aspectos biopsicofisiológicos da vida neonatal, e no segundo momento, pode ser justificado pela não orientação correta do aleitamento, como também o cansaço materno pós-parto normal, e a posição da mãe pós-cesárea (BARROS et al., 2018; MAGALHÃES et al., 2020)

Não há uma melhora na temperatura do RN com o contato e o aleitamento, ou seja, a temperatura na hora zero é melhor do que na primeira hora de vida. Foi observado o protocolo de rotina da instituição, na ocasião do nascimento, para avaliar se existem outros mecanismos que justifiquem a perda de calor do RNs: após o período expulsivo, o bebê é recepcionado em campo estéril aquecido, e posicionado sobre o ventre da mãe, e após o clampeamento oportuno do cordão, que dura entre 3-5 minutos, o RN é levado ao berço de calor radiante, que geralmente já está preparado e ligado, para a realização dos cuidados imediatos. Os cuidados imediatos como a mensuração do peso, perímetro cefálico, perímetro

torácico e verificações dos reflexos primitivos também são realizados nesse momento.

É recomendado pelo Ministério da Saúde, adiar qualquer procedimento rotineiro após o parto que separe o binômio, para que haja a possibilidade de formação de vínculo mãe-bebê, manutenção da temperatura corporal do RN, redução de choro e promoção do aleitamento precoce. Os profissionais deixam para segundo plano o contato pele a pele e priorizam a prestação de cuidados ao RN, que muitas vezes ocorre de forma mecânica e automática, fazendo com que o contato seja interrompido e dure por menos tempo, além da baixa adesão na promoção do aleitamento na primeira hora de vida (BRASIL, 2011; MACHADO et al., 2019).

No exame da hora zero, os RNs estavam sobre o berço de calor radiante, que já se encontrava ligado, na maioria das vezes, muito tempo antes da prestação dos cuidados, o que ocasionava uma elevação da temperatura sem supervisão sistemática da equipe. O berço de calor radiante é um importante recurso material utilizado para receber e realizar procedimentos no RN, visando também, a promoção da termorregulação ao nascer, geralmente a sua temperatura é ajustada entre 35-36°C. Mas, os profissionais devem estar atentos para que os cuidados realizados na prevenção da hipotermia não levem a hipertermia, portanto, a adequação da temperatura da sala de parto e o monitoramento da temperatura do RN também devem ser considerados, para os devidos ajustes da temperatura do berço de calor, e prevenção de agravos, como desidratação e hipoatividade (LIMA et al., 2020).

A temperatura do RN interage com o ambiente, e apresenta constante mudança. Na primeira hora de vida, a maioria das temperaturas não foi satisfatória, mesmo com os RNs em contato pele a pele. Deve-se levar em consideração, além da forma que o contato foi realizado, o ambiente em que o RN se encontrava. Para a manutenção da temperatura, a temperatura da enfermaria deve estar com portas e janelas fechadas, o RN deve estar vestido e coberto de acordo com a temperatura do ambiente, devem ser evitados manuseios excessivos e incorretos por parte da equipe e também da genitora, que pode não ter sido orientada sobre a perda de calor do RN (DANTAS; MORAIS, 2021; RUSCHEL, PEDRINI, CUNHA, 2018).

Quanto ao local do contato, os RNs que ficaram sobre o ventre da mãe na hora zero tiveram a temperatura satisfatória quando comparados aos que

mantiveram o rosto sobre o seio da mãe na primeira hora, que ocorreu na tentativa do aleitamento materno, no alojamento conjunto. Visto que o contato pele a pele é caracterizado por colocar o RN nu e seco no abdômen da mãe, em contato direto, logo após o nascimento, e que provavelmente na primeira hora o RN já foi manuseado, estaria vestido, e somente parte do seu rosto em contato com o seio da mãe, a maior parte do contato foi realizada com “pele-pano” o que diminui a sua eficácia (CINQUETTI, et al., 2019; JUNG; RODRIGUES; HERBER, 2020).

Entre os motivos para a não realização do contato na hora zero, a mãe apenas vê o bebê, no aleitamento na hora zero, a equipe se recusa, e na primeira hora, os RNs encontravam-se na incubadora, impedindo a ocorrência do contato e do aleitamento. Geralmente, esta prática ocorre com maior proporção quando o tipo de parto é cesáreo, pois pode haver a justificativa do aumento do risco de infecções e do ambiente frio da sala de cirurgia (BARROS et al., 2018).

Há várias possibilidades de se permitir o contato e o aleitamento no parto cirúrgico, como: buscar aumentar a temperatura do ambiente, providenciar mantas aquecidas para manter o RN em contato com a mãe, entre outras possibilidades que dependem da vontade dos profissionais e protocolos locais, evitando que o RN seja separado repentinamente da mãe, e fique aguardando sozinho na incubadora, mesmo sem evidências de riscos neonatais (BARROS et al., 2018; VILELA, 2019).

Observou-se também, que mesmo na incubadora, a temperatura dos RNs não foi satisfatória na primeira hora de vida, podendo-se investigar se tal motivo ocorre pelo excessivo manuseio, procedimentos realizados e manuseio incorreto da incubadora, fazendo com que o RN perca calor nesse momento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao serem examinados, os RNs demonstraram vitalidade e adaptação extrauterina, adequadas. As variações de temperatura nos RNs foram observadas, e não houve uma melhora satisfatória entre os dois momentos do estudo, estando eles ou não, em contato pele a pele e aleitamento materno.

Existem outras variáveis relacionadas à manutenção da termorregulação, e somente o contato pele a pele e o aleitamento materno não foram suficientes para a investigação da melhora da temperatura do RN na primeira hora de vida. Podem-se levantar hipóteses para investigar a causa da não regulação da temperatura mesmo

em contato pele a pele e aleitamento materno, tais como, a temperatura elevada do berço de calor, que pode ter elevado a temperatura no momento do exame, o manuseio inadequado, que pode ter levado a perda rápida de calor no segundo exame, fatores do ambiente em que o RN se encontrava, entre outros.

Sendo assim, é importante a realização de outros estudos que possam verificar as demais variáveis que estão ligadas à temperatura do RN, em conjunto com o contato pele a pele e o aleitamento materno, visando analisar a melhora adequada da temperatura RN nos primeiros momentos de vida.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. M. et al. Aleitamento materno: conhecimento das gestantes na consulta de pré-natal. **Cad. da Esc. de Saúde Públ.** Ceará, v. 3, n. 1, p.16-23, 2009.

ALMEIDA, E. A.; MARTINS, F. J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Revista de Ciências Médicas**, v. 13, n. 4, 2012. Disponível em: <
<http://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1214/1189>> Acesso em: 13 out. 2020.

ALMEIDA, M. F.; GUINSBURG, R.; SANCHO, G. A.; ROSA, I. R.; LAMY, Z. C.; MARTINEZ, F. E. Hypothermia and early neonatal mortality in preterm infants. **The Journal of Pediatrics**, v. 164, n. 2, p. 271-275, 2014. Disponível em: <
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347613012201>> Acesso em: 13 out. 2020.

ALVES, J. G. B.; FIGUEIRA, F. Doenças do adulto com raízes na infância. Recife: Bagaço, v. 2, 1998.

BARROS, G. M.; DIAS, M. A. B.; JUNIOR, S. C. D. S. G. O uso das boas práticas de atenção ao recém-nascido na primeira hora de vida nos diferentes modelos de atenção ao parto. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v. 18, n. 1, p. 21-28, 2018. Disponível em:
<https://journal.sobep.org.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=2238-202X-sobep-18-1-0021.xml&lang=pt-br> Acesso em: 28 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 08 abr 2005. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm Acesso em: 22 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cuidados com o recém-nascido pré-termo**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

Disponível

em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf Acesso em: 18 fev. 2020.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf.> Acesso em: 18 fev de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de Maio de 2014**. Secretaria de Atenção à Saúde. 2014. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html> Acesso em: 18 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde das mães e crianças**. Brasília, DF, 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_praticas_integradas_atencao.pdf Acesso em: 29 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf> Acesso em: 18 fev. 2020.

CHIRICO, G.; MARZOLLO, R.; CORTINOVIS, S.; FONTE, C.; GASPARONI, A. Antiinfective properties of human milk. **The Journal of nutrition**, v.138, n.9, 2008. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jn/article/138/9/1801S/4750860>> Acesso em: 18 fev. 2020.

CINQUETTI, M.; COLOMBARI, A. M.; BATTISTI E.; MARCHETTI P.; PIACENTINI G. The influence of type of delivery, skin-to-skin contact and maternal nationality on breastfeeding rates at hospital discharge in a baby-friendly hospital in Italy. **La Pediatria Medica e Chirurgica**, n.41, v.1, 2019. Disponível em:

<https://pediatrmedchir.org/pmc/article/view/207> Acesso em: 29 nov. 2022.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 690-697, 2007. Disponível em: <

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400021&script=sci_arttext> Acesso em: 13 out. 2020.

DANTAS, M. A.; MORAIS, R. de C. M, de. Conhecimentos e atitudes da equipe de enfermagem de uma maternidade na promoção da termorregulação neonatal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p.

e593101019110-e593101019110, 2021. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19110/17188> Acesso em: 29 nov. 2022.

EDMOND, K. M.; ZANDOH, C.; QUIGLEY, M. A.; AMENGA-ETEGO, S.; OWUSU-AGYEI, S.; KIRKWOOD, B. R. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**, v. 117, n. 3, p. 380-386, 2006. Disponível em: < <https://pediatrics.aappublications.org/content/117/3/e380.short> > Acesso em: 13 out. 2020.

FEWTRELL, M.S.; MORGAN, J. B.; DUGGAN, C.; GUNNLAUGSSON, G.; HIBBERD, P. L.; LUCAS, A.; KLEINMAN, R. E. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? **The American journal of clinical nutrition**, v. 85, n. 2, p. 635S-638S, 2007. Disponível em: < <https://academic.oup.com/ajcn/article/85/2/635S/4649679> > Acesso em: 13 out. 2020.

GAMEIRO, F. J. da S. Comparação das temperaturas axilares e cutâneas em recém-nascidos prematuros: revisão sistemática da literatura. 2018. Tese de Doutorado. Disponível em:

https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5046/1/Fernando_Jose_Silva_Gameiro_DM.pdf Acesso em: 26 nov. 2022.

GEARY, C.; CASKEY, M.; FONSECA, R.; MALLOY, M. Decreased incidence of bronchopulmonary dysplasia after early management changes, including surfactant and nasal continuous positive airway pressure treatment at delivery, lowered oxygen saturation goals, and early amino acid administration: a historical cohort study. **Pediatrics**, v. 121, n. 1, p. 89-96, 2008. Disponível em: < <https://pediatrics.aappublications.org/content/121/1/89.short> > Acesso em: 13 out. 2020.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **WONG – Fundamentos da Enfermagem Pediátrica**. 9. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

LEDO, B. C.; GÓES, F. G. B.; SANTOS, A. S. T. D.; PEREIRA-ÁVILA, F. M. V.; SILVA, A. C. S. S. D.; BASTOS, M. P. D. C. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/Ky5RBYkyMTCFL5CWtXmQQrn/?lang=pt&format=html> Acesso em 26 nov. 2022.

LIMA, L. S.; SOUZA, S. N. D. H. Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 73-90, 2013. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/12595> > Acesso em: 13 out. 2020.

LIMA, S. da L.; REIS, E. A. F.; da Silva, E. M.; Moura, J. P. G. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA TERMORREGULAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: REVISÃO INTEGRATIVA. **Cogitare Enfermagem**, n. 25., 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/70889/pdf> Acesso em: 29 nov. 2022.

MCCALL, E.; ALDERDICE, F.; HALLIDAY, H.; JENKINS, J.; VOHRA, S. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight babies. Cochrane

Database Systematic Reviews, v.24, n. 1, 2006. Disponível em: <
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004210.pub2/full>>
Acesso em: 13 out. 2020.

MACHADO, C. da F.; GEHLEN, M.H; SOUZA, M. H. T. de.; SANTOS, N. O. Cuidado de enfermagem na promoção do contato pele a pele mãe-filho na primeira hora de vida. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 20, n. 2, p. 485-496, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2901/2460> Acesso em: 29 nov. 2022.

MAGALHÃES, M. S.; FERREIRA, M. Z.; RODOVANSKI, G. P.; GOMES, E. L. D. F. D.; MORAN, C. A. Atuação e intervenção multiprofissional em recém-nascidos de baixo risco internados no alojamento conjunto: revisão integrativa da literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 49, n. 3, p. 111-124, 2020. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/738/450> Acesso em: 28 nov. 2022.

MAGALHÃES, W. B. Monitoramento da temperatura de recém-nascidos: Desenvolvimento de um dispositivo sem fio e prova de conceito. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/34921> Acesso em: 26 nov. 2022.

MARSHALL S, et al. Delivery room handling of the newborn. **J.Pirimant Medical**, v. 16, n. 10, 2019.

MONTAGU A. **Tocar: o significado humano da pele**. São Paulo: Grupo Editorial Summus, 1988.

MOORE, E. R.; BERGMAN, N.; ANDERSON, G. C.; MEDLEY, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic Reviews*. 2016. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/epdf/full>> Acesso em: 18 fev. 2020.

OMS (Organização Mundial de Saúde). Diretriz: proteger, promover e apoiar a amamentação em instituições que prestam serviços de maternidade e recém-nascidos. OMS [Internet] 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilitiesmaternity-newborn/en/>> Acesso em: 03 out. 2020.

OMS/UNICEF (Organização Mundial da Saúde/ Fundo das Nações Unidas para a Infância). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3 – promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/> Acesso em: 13 out. 2020.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde). Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: OPAS; 2001. Disponível em: <<https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>> Acesso em: 13 out. 2020.

PRAZERES, L. E. N.; FERREIRA, M. D. N. G. P.; RIBEIRO, M. A.; BARROS, B. T. D.; BARROS, R. L. M.; RAMOS, C. S.; DOS SANTOS, A. F. M. Atuação do enfermeiro nos cuidados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e1910614588-e1910614588, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14588/13802> Acesso em: 26 nov. 2022.

ROLIM, K. M. C.; ARAÚJO, A. F. P. C.; CAMPOS, N. M. M.; LOPES, S. M. B.; GURGEL, E. D. P. P.; CAMPOS, A. D. C. S. Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: o olhar da enfermeira. **Rev. Rene**: Fortaleza, v.11, n.2, p. 44-5, 2010. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/14664>> Acesso em: 18 fev. 2020.

RUSCHEL, L. M.; PEDRINI, D. B.; CUNHA, M. L. C. da. Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/vtjFWwzQjPXjgJhmH6kSbYM/abstract/?lang=pt> Acesso em: 29 nov. 2022.

SILVA, L. S. R.; CAVALCANTE, A. N.; CARNEIRO, J. K. R.; OLIVEIRA, M. A. S. Índice de Apgar correlacionado a fatores maternos, obstétricos e neonatais a partir de dados coletados no Centro de Saúde da Família do bairro Dom Expedito Lopes situado no município de Sobral/CE. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 15, n.1, p. 25–30, 2020.

SILVA, T. B.; DANTAS, A. J. M.; TERCEIRO, MOREIRA, A. C.; SANTOS, V. M. P. R.; SOUSA, J. O, M. C. Q. A.; CARNEIRO, J. K. R.; OLIVEIRA, M. A. S. Índice de Apgar relacionado a Fatores Maternos/Obstétricos e Neonatais. **Revista Prevenção de Infecção em Saúde**, v. 5, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/8389> Acesso em: 21 nov. 2022.

SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria). Reanimação do recém nascido \geq 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016. Disponível em: <www.sbp.com.br/reanimação> Acesso em: 13 out. 2020.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

TAVARES, M. D. G. R.; LOPES, É. S.; BARROS, R. A. D. J. P. A., AZULAY, R. S. D. S.; FARIA, M. D. S. (2019). Profile of pregnant women with gestational diabetes mellitus at increased risk for large for gestational age newborns. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, p. 298-305, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/qfksXCb3gb3KxxbzDqQNHWr/?lang=en&format=html> Acesso em: 21 nov. 2022.

VIANNA, S. O.; Coutinho, C. M.; Vaz, R. S.; Bompeixe, E. P.; Borgonovo, T. Colostroimportância do aleitamento materno para o desenvolvimento do sistema imune do neonato. Monografia (Aperfeiçoamento/ Especialização em Imunologia) - Universidade Positivo, Curitiba, 2012. Disponível em: <http://www.imap.curitiba.pr.gov.br/wpcontent/uploads/2014/03/2012_colostro_importancia_do_aleitamento_materno_no_desenvolvimento_do_sistema_imune_do_neonato.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

VILELA, M. E. Principais questões sobre o contato pele a pele ao nascer. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Fundação **Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)**, 2019.

WHO (World Health Organization). Baby friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrate care, Section 1, Background and Implementation, Preliminary Version Geneve: WHO; 2006. Disponível em: <
https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/>
Acesso em: 13 out. 2020.

YANG, I.; HALL, L. Factors related to prenatal smoking among socioeconomically disadvantaged women. *Women Health*, v.59, n.9, p.1026-1074, 2019.