

CRITÉRIOS CLÍNICOS E INSUMOS UTILIZADOS NO BANHO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO

Samara Cecília Sabino Pereira da Silva¹

Elizandra Cassia da Silva Oliveira¹

Regina Célia de Oliveira²

Ana Virginia Rodrigues Verissimo²

Katia Maria Mendes³

<https://orcid.org/0000-0001-8075-5144>

<https://orcid.org/0000-0002-4785-4375>

<https://orcid.org/0000-0002-6559-5872>

<https://orcid.org/0000-0002-4278-5315>

<https://orcid.org/0000-0001-6395>

Objetivo: Identificar os critérios clínicos e insumos utilizados para a administração do primeiro banho em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, internados em unidades de terapia intensiva neonatal. **Métodos:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, com base no Método Canguru/Ministério da Saúde, realizado em cinco unidades de terapia intensiva neonatal; população composta por 82 profissionais da equipe de enfermagem. **Resultados:** Os critérios clínicos não apontados na avaliação foram 19,5% para a saturação de oxigênio, 23,2% frequência cardíaca e 29,3% frequência respiratória. Os insumos utilizados na realização do primeiro banho: água de torneira aquecida (56,1%), com controle bacteriológico (52,4%), sabão líquido (89,0%), com pH neutro (76,8%). **Conclusão:** A não observância dos sinais clínicos e os insumos inadequados para a realização do banho do recém-nascido prematuro de muito baixo peso podem colocar em risco a segurança do paciente, emergindo adequações para fortalecimento da prática clínica da enfermagem.

Descritores: Recém-Nascido de Muito Baixo Peso; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem Neonatal; Banhos.

CLINICAL CRITERIA AND INPUTS USED IN THE BATH OF VERY LOW BIRTH WEIGHT PRETERM NEWBORNS

Objective: To identify the clinical criteria and inputs used for the administration of the first bath in a very low birth weight premature newborns in neonatal intensive care units. **Methods:** descriptive study, with a quantitative approach based on the Kangaroo/Ministry of Health Method, carried out in five neonatal intensive care units; population composed of 82 professionals from the nursing team. **Results:** The clinical criteria not mentioned in the evaluation were 19.5% for oxygen saturation, 23.2% heart rate and 29.3% respiratory rate. The inputs used in the first bath: heated tap water (56.1%), with bacteriological control (52.4%), liquid soap (89.0%), with neutral pH (76.8%). **Conclusion:** Failure to observe clinical signs and inadequate supplies for bathing the very low birth weight premature newborn can put patient safety at risk; emerging adaptations to strengthen clinical nursing practice.

Descriptors: Infant, Very Low Weight; Neonatal Intensive Care Units; Neonatal Nursing; Baths.

CRITERIOS CLÍNICOS E INSUMOS UTILIZADOS EN EL BAÑO DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO AL NACER

Objetivo: Identificar los criterios clínicos y los insumos utilizados para la administración del primer baño en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer en unidades de cuidados intensivos neonatales. **Método:** Estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, basado en el Método Canguro/Ministerio de Salud, realizado en cinco unidades de cuidados intensivos neonatales; población compuesta por 82 profesionales del equipo de enfermería. **Resultados:** Los criterios clínicos no mencionados en la evaluación fueron 19.5% para la saturación de oxígeno, 23.2% de frecuencia cardíaca y 29.3% de frecuencia respiratoria. Los insumos utilizados en el primer baño: agua caliente del grifo (56.1%), con control bacteriológico (52.4%), jabón líquido (89.0%), con pH neutro (76.8%). **Conclusión:** El incumplimiento de los signos clínicos y los suministros inadecuados para bañar al recién nacido prematuro de muy bajo peso pueden poner en riesgo la seguridad del paciente; adaptaciones emergentes para fortalecer la práctica clínica de enfermería.

Descritores: Infantil, Muy Bajo Peso; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales; Enfermería Neonatal; Baños.

¹Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, PE.

²Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pernambuco, PE.

³Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, Universidade de Pernambuco, PE.

Autor Correspondente: Elizandra Cassia da Silva Oliveira - Email:elizandra.cassia@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define recém-nascido prematuro como toda criança nascida viva antes de 37 semanas de gestação. Quanto ao peso de nascimento, o recém-nascido (RN) poderá ser considerado de muito baixo peso ao nascer quando o peso de nascimento for inferior a 1.500 gramas, independentemente da idade gestacional.⁽¹⁾ Apesar de representarem uma pequena parcela de 1 a 2% entre os recém-nascidos vivos, são ao mesmo tempo responsáveis por aproximadamente 25 a 30% da mortalidade infantil e 50 a 70% da mortalidade neonatal.⁽²⁾

Em virtude do avanço tecnológico e da introdução de novas práticas assistenciais no cuidado ao recém-nascido prematuro de muito baixo peso, percebe-se um aumento da sobrevivência neste grupo, na medida em que é assegurada a oportunidade de receber assistência especializada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).⁽³⁾

Observa-se que, na assistência direta e indireta ao recém-nascido na UTIN, o enfermeiro destaca-se na prestação do cuidado integral, que abrange desde a parte educativa aos pais até a coordenação, supervisão e execução dos cuidados de enfermagem junto à equipe de saúde. Dentre os procedimentos assistenciais realizados pela equipe de enfermagem na UTIN, destacam-se a punção venosa periférica, instalação e manutenção de cateteres orogástricos e vesicais, instalação da nutrição parenteral, realização de curativos, aspiração de vias aéreas, manutenção da intubação traqueal e administração do banho.⁽⁴⁾

Para o Ministério da Saúde (MS), o banho ao recém-nascido prematuro de muito baixo peso resulta em um nível alto de manipulação, que pode produzir diversas reações ao recém-nascido, entre elas, a hipotermia e os distúrbios cardiorrespiratórios.¹ Assim, o banho destes clientes exige uma avaliação conjunta dos sinais clínicos e insumos utilizados, que promovam segurança ao recém-nascido e ao profissional que o executa. Desta forma, a estabilidade hemodinâmica é um critério clínico essencial para a indicação do banho em recém-nascidos prematuros de muito baixos pesos internados em UTIN. Quando essa avaliação não é bem definida, poderá levar a piora clínica, aumento do tempo de internamento e custos para o estabelecimento de saúde. Entre os critérios clínicos para avaliar a estabilidade hemodinâmica destacam-se as frequências cardíaca e respiratória, cor da pele, tônus muscular, temperatura, entre outros.⁽⁵⁾

Outras características são encontradas no recém-nascido prematuro de muito baixo peso, tais como as peculiaridades da pele. O pH elevado da pele está associado com a formação tardia do manto ácido, que desempenha uma barreira bacteriostática. Sua não consolidação possibilita o desenca-

deamento de infecções, na medida que aumenta sua permeabilidade e absorção de soluções aplicadas.⁽⁶⁾ Estudo revela que 25% dos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso terão ao menos um episódio de sepse até o terceiro dia de vida, em situações em que a pele é a principal porta de entrada.⁽⁷⁾ Já no mundo, 350.000 recém-nascidos prematuros de muito baixo peso morrem decorrente de sepse e meningite, e 50% desses óbitos são na primeira semana de vida, quando a função de barreira da epiderme encontra-se mais comprometida. Nos países em desenvolvimento os índices de mortalidade chegar até 70%.⁽⁸⁻⁹⁾

No entanto, o banho tem sido considerado um procedimento de rotina em algumas UTIN em que a execução sem critérios pré-estabelecidos poderá implicar em piora clínica ao recém-nascido prematuro de muito baixo peso. Atrelado a isso, as evidências científicas são incipientes para subsidiar a realização do procedimento. Assim, esse estudo objetivou identificar os critérios clínicos e insumos utilizados para a administração do primeiro banho em recém-nascido prematuro de muito baixo peso internado em UTIN.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo descritivo, exploratório, transversal, com análise quantitativa dos dados.

População do estudo

A população do estudo foi composta por toda a equipe de enfermagem plantonista diurna das cinco UTIN participantes, cuja amostra foi de conveniência e correspondeu a 80% da população estudada.

A escolha pelos plantonistas diurnos se deu pelo fato de a administração do banho no recém-nascido ser realizada neste turno, conforme as rotinas institucionais dos hospitais pesquisados. Como critério de inclusão foi considerado o funcionário com no mínimo um ano de experiência assistencial direta ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal.

Local do estudo

O estudo foi realizado em cinco UTIN de instituições públicas de saúde de referência, localizadas na Zona da Mata e Região Metropolitana, no estado de Pernambuco. As da Região Metropolitana foram o Hospital das clínicas da UFPE com 08 leitos e a equipe de enfermagem composta por 17 enfermeiras e 28 técnicos de enfermagem, o Hospital Agamenon Magalhães com 16 leitos e a equipe de enfermagem composta por 12 enfermeiras e 48 técnicos de enfermagem, o Hospital Barão de Lucena com 18 leitos e a equipe de enfermagem

composta por 13 enfermeiras e 48 técnicos de enfermagem e o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM-UPE) com 10 leitos e a equipe de enfermagem composta por 06 enfermeiras e 30 técnicos de enfermagem. A UTIN da zona da mata foi o Hospital João Murilo de Oliveira com 10 leitos e a equipe de enfermagem composta por 14 enfermeiras e 32 técnicos de enfermagem. A pesquisa foi realizada no período de julho de 2017 a janeiro de 2018.

Coleta de dados

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador, utilizando um questionário semiestruturado baseado no manual técnico "Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru", do Ministério da saúde.⁽¹⁾ Para a coleta, o funcionário era convidado para um local reservado, dentro do próprio setor, para preenchimento e devolução do questionário caso concordasse em participar da pesquisa.

A primeira parte do questionário constou dos critérios clínicos do recém-nascido prematuro de muito baixo peso para a administração do primeiro banho: sinais clínicos avaliados e o tempo de vida pós-natal. A segunda parte constou da utilização dos insumos no primeiro banho: tipo de água, controle bacteriológico da água, tipo e pH do sabão. Para garantir a aplicabilidade do instrumento, foi realizado um teste piloto para adaptação das perguntas com o intuito de garantir um bom entendimento dos participantes.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados e analisados de forma descritiva, utilizando o EPI INFO, versão 3.5.2. Para verificar a associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson e/ou teste da Razão de Verossimilhança. A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%.

Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer nº 1.595.406, atendendo as exigências éticas propostas pela Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Após a assinatura do TCLE pelos participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 82 profissionais de enfermagem dos cinco hospitais públicos estudados, dos quais 74,4% eram técnicos de enfermagem e 25,6% enfermeiros.

Na avaliação dos critérios clínicos elencados para a execução do primeiro banho em recém-nascidos de muito baixo peso pela equipe de enfermagem, 93,9% da equipe de enfer-

magem reconheceu a importância da avaliação dos critérios clínicos. Entretanto, 19,5% não apontaram avaliar a saturação de oxigênio, 23,2% a frequência cardíaca e 29,3% a frequência respiratória. Todavia, não houve significância estatística entre as variáveis analisadas entre as categorias profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) (Tabela 1).

Tabela 1 - Critérios clínicos utilizados pela equipe de enfermagem no primeiro banho de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso ao nascer em unidade de terapia intensiva neonatal (n=82). Recife, PE, Brasil, 2018.

Variável	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Grupo total	Valor p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sinais clínicos são avaliados antes da execução do banho				
Sim	21 (100)	56 (91,8)	77 (93,9)	p ⁽¹⁾ = 0,321
Não	-	5 (8,2)	5 (6,1)	
Temperatura Corporal				
Sim	19 (90,5)	56 (91,8)	75 (91,5)	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	2 (9,5)	5 (8,2)	7 (8,5)	
Saturação de oxigênio				
Sim	18 (85,7)	48 (78,7)	66 (80,5)	p ⁽¹⁾ = 0,750
Não	3 (14,3)	13 (21,3)	16 (19,5)	
Frequência cardíaca				
Sim	16 (76,2)	47 (77,0)	63 (76,8)	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	5 (23,8)	14 (23,0)	19 (23,2)	
Frequência respiratória				
Sim	16 (76,2)	42 (68,9)	58 (70,7)	p ⁽²⁾ = 0,524
Não	5 (23,8)	19 (31,1)	24 (29,3)	
Tempo de vida pós-natal (dias)				
Até um dia	6 (28,6)	21(34,4)	27 (32,9)	p ⁽¹⁾ = 0,697
2 a 14	5 (23,8)	17 (27,9)	22 (26,8)	
15 a 30	6 (28,6)	10 (16,4)	16 (19,5)	
Não tem padronização	4 (19,0)	13 (21,3)	17 (20,7)	

⁽¹⁾Teste Exato de Fisher. ⁽²⁾Teste Qui-quadrado de Pearson

Em relação aos insumos utilizados na realização do primeiro banho aos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso ao nascer, observa-se na Tabela 2 que o tipo de água mais citado foi o de torneira aquecida (56,1%), seguida de água destilada aquecida (26,8%). No controle bacteriológico da água, 52,4% da equipe de enfermagem apontou que havia controle bacteriológico na unidade. Entretanto, 42,7% não sabiam informar e 4,9% responderam não saber.

Quanto ao tipo de sabão utilizado, 89,0% da equipe de en-

fermagem citou ser o sabão líquido e 76,8%, com pH neutro. Não foi observado significância estatística entre as variáveis analisadas e as categorias profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem).

Tabela 2 – Insumos utilizados pela equipe de enfermagem no primeiro banho de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso ao nascer em unidade de terapia intensiva neonatal (n=82). Recife, PE, Brasil, 2018.

Variável	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Grupo total	Valor p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Tipo de água utilizada				
Água de torneira aquecida	12 (57,1)	34 (55,7)	46 (56,1)	p ⁽¹⁾ = 0,649
Água filtrada ou fervida	-	5 (6,1)	5 (6,1)	
Água destilada aquecida	6 (28,6)	16 (26,2)	22 (26,8)	
Água deionizada aquecida	3 (14,3)	6 (9,8)	9 (11,0)	

Controle bacteriológico da água utilizada

Sim	13 (61,9)	30 (49,2)	43 (52,4)	p ⁽¹⁾ = 0,639
Não	1 (4,8)	3 (4,9)	4 (4,9)	
Não sabe	7 (33,3)	28 (45,9)	35 (42,7)	

Tipo de sabão utilizado

Sabão líquido	19(90,5)	54(88,5)	73(89,0)	p ⁽¹⁾ = 1,000
Clorexidina degermante	2(9,5)	5(8,2)	7(8,5)	
Não usa sabão	-	2(3,3)	2(2,4)	

Se sabão, qual é o pH do sabão utilizado

pH neutro	20(95,2)	43(70,5)	63(76,8)	p ⁽¹⁾ = 0,061
Não sabe	1(4,8)	16(26,2)	17(20,7)	

¹⁾Através do teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

O banho realizado nos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso em UTIN deve ser de forma protetiva, a fim de promover conforto, segurança e, especialmente, reduzir as complicações clínicas associadas ao procedimento. A hipotermia promovida durante a realização do banho é uma das complicações mais evidenciadas e investigadas nesta população, em virtude da sua produção limitada de calor, baixa reserva de gordura marrom e glicogênio.^(4,10,11) A hipotermia é responsável por repercussões hemodinâmicas graves, revelada neste estudo como o critério clínico mais avaliado pela equipe de enfermagem, para o primeiro banho.

Estudos realizados no México e na Coreia do Sul também identificaram que, durante o banho nos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, há significativa queda da saturação de oxigênio, aumento da frequência cardíaca e persistência da cianose de pele, além da necessidade de altas temperaturas da incubadora, para restabelecimento da temperatura corporal entre 36,5°C e 37,5°C, e aumento da oferta de oxigênio para manter a saturação entre 86% e 96,5%. Portanto, caso haja a persistência da taquicardia, um baixo débito cardíaco pode ocorrer, reduzindo a perfusão sistêmica e ocasionando hipotensão e acidose metabólica.⁽¹²⁻¹³⁾

Quanto ao sistema respiratório, o recém-nascido prematuro de muito baixo peso, apresenta ainda menos fibras tipo I, que são resistentes à fadiga e o tórax mais instável, que podem aumentar a frequência respiratória e causar fadiga, apneia, aumento dos padrões ventilatórios e maiores riscos a barotraumas durante momentos de stress, em que o banho está inserido.⁽¹⁴⁾

A monitorização clínica destes parâmetros (frequência cardíaca e respiratória) deve ser uma prática consolidada na assistência de enfermagem durante a rotina dos banhos realizados, entretanto, não foi evidenciada como rotina dos profissionais, nos resultados desta pesquisa, o que pode comprometer a qualidade da assistência de enfermagem relacionada a execução do banho.

Para segurança do recém-nascido prematuro de muito baixo peso que recebe o banho, o tempo de duração deve ser breve, com duração entre 5 e 7 minutos, para evitar o estresse após a primeira semana de vida. Além disso, estudo recomenda a limpeza da pele ao nascer apenas nos casos de infecção ao vírus da imunodeficiência humana, hepatite B e história materna incerta devido a doenças de transmissão transplacentária, como forma de reduzir a colonização da pele, pela presença de sangue e vernix caseoso.^(14,15)

Já o MS recomenda que os banhos de todos os recém-nascidos em UTIN sejam realizados apenas quando necessário, na presença de sujidade visível, limitando-se ao máximo de duas vezes por semana.⁽¹⁾ Na prática assistencial das equipes avaliadas neste estudo observou-se que a realização do banho ocorre de forma não individualizada e mecanizada, com predomínio nas primeiras 24 horas de vida ou sem padronização, contrapondo a recomendação do MS.

Assim, a hora de ouro ao nascer, considerada essencial para a sobrevivência e o prognóstico do recém-nascido prematuro

ro de muito baixo peso, e sua adaptação ao meio extrauterino, pode não estar sendo valorizada pela equipe de enfermagem, possivelmente por não conhecerem as complicações associadas à realização precoce do primeiro banho. Desta forma, reforça-se a importância da educação permanente na capacitação destes profissionais, dentro do ambiente intra-hospitalar.

O uso de água da torneira para o banho dos RN, sem conhecimento sobre a existência de controle bacteriológico da água pelos profissionais estudados contraria a recomendação dos protocolos americanos, que recomendam o uso de água potável morna, associada a um produto de limpeza suave, que apresente pH fisiologicamente adequado (5,5 a 7), para o primeiro banho dos RN de muito baixo peso.⁽⁶⁾

Em relação aos produtos utilizados para o banho, a grande maioria dos profissionais estudados utilizava sabonete líquido, contrapondo recomendação da *Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses*, que preconiza utilizar somente água morna com chumaco de algodão. A utilização de agentes tópicos pode destruir o manto ácido da pele do RN, desencadeando o aumento no seu pH, a mudança na composição da flora bacteriana cutânea e na atividade das enzimas da epiderme.⁽¹⁶⁾ Além disso, há interferências também na dissolução da gordura da superfície da epiderme, que predispõe à secura e à descamação da pele do recém-nascido.⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

Entretanto, pesquisas consideram a hipótese de que o banho dado apenas com água é ineficaz e pode alcalinizar a pele, pois aumenta o pH de 5,5 para 7,5 devido à capacidade de tamponamento da água. Em consequência disto, o manto ácido não consegue desenvolver sua função bacteriostática, permitindo ação de agentes patógenos, o que reforça a necessidade de inserir um sabão que apresente pH ácido.^(11,19)

Quanto ao pH do sabão utilizado, apesar de a maioria dos profissionais estudados utilizarem sabão neutro, a literatura científica indica o pH deve ser levemente ácido. Considerando a maturidade da pele do RN, o uso de produtos com o pH baixo (5,5) pode ajudar a desenvolver mais rapidamente o estrato córneo e o manto ácido do RN, pois, como citado, ela é essencial para a proteção contra agentes penetrantes exógenos, agentes infecciosos e para a manutenção da função imunológica inata.⁽²⁾

Todavia, o uso de sabão com pH elevado (alcalino) provoca um aumento do potencial de Hidrogênio da pele, o que, por sua vez, promove também a desidratação, a irritabilidade e a alteração da flora bacteriana. Pesquisas apontam que a aplicação de tratamentos ácidos tem sido proposta para tratar a inflamação e normalizar a estrutura e a função do estrato córneo, sendo efetiva também para acelerar a maturação da pele do RN prematuro, a partir da acidificação, bem como

para auxiliar no desenvolvimento e manutenção da barreira transcutânea.^(11,18)

O desconhecimento de parte da equipe de enfermagem sobre o pH do sabão utilizado ressalta a necessidade de as empresas incluírem a informação sobre pH dos produtos nos rótulos, bem como reforçar que este item seja verificado pelo profissional. Pesquisas realizadas no Brasil e nos Estados Unidos da América destacaram que as marcas mais populares possuem pH entre 11,41 a 6,07. Também foi evidenciado que as marcas mais vendidas não identificam o pH do produto, apenas informam que o produto é neutro, podendo seu pH ser alcalino.^(2,20) Ambas as pesquisas apontam ainda que a inclusão da informação sobre o pH no rótulo do produto permitiria aos pais e aos hospitais comprar mercadorias que condizem com a necessidade do RN e que comprometa a segurança do mesmo.

Limitações do Estudo

Como limitação, o estudo não permitiu comparar as respostas preenchidas no instrumento da pesquisa ao que efetivamente era realizado na prática da equipe de enfermagem pelos participantes da pesquisa, o que vem a ser recomendado para investigações futuras.

Contribuições do Estudo para a Prática

Este resultado reflete a necessidade de um novo olhar da equipe de enfermagem na realização do banho ao recém-nascido prematuro de muito baixo peso em UTIN, fundamentado mediante evidências científicas para boas, na tentativa de preservá-los dos prejuízos inerentes desses cuidados na fase neonatal.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa evidenciou que profissionais de enfermagem não observam os sinais clínicos e os insumos adequados para a realização do banho dos RN prematuros de muito baixo peso, o que pode colocar em risco a segurança destes pacientes. Esse conhecimento é essencial para a prática assistencial e, portanto, exige normatizações e rotinas institucionais respaldadas cientificamente para fortalecimento dos processos assistenciais da equipe de enfermagem.

Observou-se que há lacunas científicas quanto ao tipo de insumo indicado para o banho dos RN e o tempo ideal para o primeiro banho dos prematuros de muito baixo peso, que podem comprometer a prática de enfermagem.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

SCSPS, ECSO: concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados; SCSPS, ECSO, RCO: redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; AVRVR, KMM: revisão crítica e revisão final

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 jan.18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
2. Aredes NDA, Santos RCA, Fonseca LMM. Skin care of premature newborns: integrative review. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2017 [cited 2019 jan.30]; 19:a59. Available from: <http://doi.org/10.5216/ree.v19.43331>
3. Mosher S. Comprehensive NICU parental education: beyond baby basics. *Neonatal Netw.* [internet]. 2017 [cited 2019 jun.20]; 36(1):18-25. Available from: <https://doi.org/10.1891/0730-0832.36.1.18>
4. Ruschel LM, Pedrini DB, Cunha MLC. Hypothermia and the newborn's bath in the first hours of life. *Rev. Gaúcha Enferm.* [internet]. 2018 [cited 2019 jul. 10]; 39:e20170263. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472018000100452&lng=en
5. Loring C, Gregory K, Gargan B, LeBanc V, Lundgren D, Reilly J et al. Tub bathing improves thermoregulation of the late preterm infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* [internet]. 2012 [cited 2019 jan.19]; 41(2):171-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01332.x>
6. Lund C. Bathing and Beyond: Current Bathing Controversies for Newborn Infants. *Adv Neonatal Care.* [internet]. 2016 [cited 2019 jan.19]; 16(Suppl 5S):S13-S20. Available from: <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000336>
7. Gao X, Simpson EL. Market trends in baby skin care products and implications for clinical practice. *Pediatr Dermatol.* [internet] 2014 [cited 2019 jan.19]; 31(6):734-738. Available from: <https://doi.org/10.1111/pde.12424>
8. Pugliesi VEM, Deutsch AD, Freitas M, Dornaus MFPS, Rebello CM. Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. *Rev Paul Pediatr.* [Internet]. 2009 [cited 2019 Mar 09]; 27(4):410-415. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a10>
9. Visscher MO, Taylor T, Narendran V. Neonatal intensive care practices and the influence on skin condition. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* [internet]. 2013 [cited 2019 Mar 09]; 27(4):486-93. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04470.x>
10. Kuller JM. Update on newborn bathing. *Newborn Infant. Nurs Rev.* [internet]. 2014 [cited 2019 jul.16]; 14(4):166-70. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2014.10.006>
11. Freitas P, Munhoz MMB, Costa P, Kimura AF. Efeito de duas técnicas de banho de imersão na temperatura axilar de recém-nascidos pré-termos: estudo piloto. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2018 [cited 2019 jul.16]; 27(1):e0580016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000580016>
12. So HS, You MA, Mun JY, Hwang MJ, Kim HK, Pyeon SJ et al. Effect of trunk-to-head bathing on physiological responses in newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* [internet] 2014 [cited 2019 jul.16]; 43(6):742-751. Available from: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12496>
13. Bembich S, Fiani G, Strajn T, Sanesi C, Demarini S, Sanson G. Longitudinal Responses to Weighing and Bathing Procedures in Preterm Infants. *J Perinat Neonatal Nurs.* [internet] 2017 [cited 2019 jul. 10]; 31(1):67-74. Available from: <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000228>
14. Tapia-Rombo CA, Mendoza-Cortés U, Uscanga-Carrasco H, Sánchez-García L, Tena-Reyes D, López-Casillas EC. Variations of vital signs and peripheral oxygen saturation in critically ill preterm newborn, after sponge bathing. *Rev Invest Clin.* [internet]. 2012 [cited 2019 jul. 10]; 64(4):344-53. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn124e.pdf>
15. Medoff Cooper B, Holditch-Davis D, Verklan MT, Fraser-Askin D, Lamp J, Santa-Donato A et al. Newborn clinical outcomes of the AWHONN late preterm infant research-based practice project. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* [internet] 2012 [cited 2019 jul. 10]; 41(6):774-785. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01401.x>
16. Lund C. Bathing and Beyond: Current Bathing Controversies for Newborn Infants. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2016 [cited 2019 mar.06]; 16:S13-20. Available from: <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000336>
17. Santos SV, Costa R. Skin care of the newborn: the state of art. *J Res Fundam Care Online.* [internet] 2015 [cited 2019 jul.16]; 7(3):2887-901. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3814>
18. Cunha MLC, Prociandy RS. Banho e colonização da pele do pré-termo. *Rev. Gaúcha de Enfermagem.* 2006 [citado em 2019 jul.18]; 27(2): 203-8. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23549/000549530.pdf>
19. Mendes BR, Shimabukuro DM, Uber M, Abagge KT. Critical assessment of the pH of children's soap. *J Pediatr.* [internet] 2016 [cited 2019 jul.14]; 92(3):290-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000300290&lng=en
20. Colwell A. To Bathe or Not to Bathe: The neonatal question. *Neonatal netw.* [internet] 2015 [citado em 2019 jul.05]; 34(4):216-9. Available from: <https://doi.org/10.1891/0730-0832.34.4.216>