

ARTIGO DE REVISÃO

Parâmetros Fisiológicos e Comportamentais do Recém-Nascido Submetido ao Primeiro Banho no Contexto Hospitalar: Revisão De Escopo

Milena Hansen¹; Oclaris Lopes Munhoz²
Carolina Carbonell Demori³; Rosiane Filipin Rangel⁴

Destaques:

1. Adiar o primeiro banho do recém-nascido no contexto hospitalar é seguro e benéfico.
2. Todos os banhos podem afetar a adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino.
3. É proveitosa a participação dos familiares no primeiro banho do recém-nascido.

RESUMO

Objetivo: mapear a produção do conhecimento científico acerca dos parâmetros fisiológicos e comportamentais de Recém-Nascidos (RN) a termo submetidos ao primeiro banho no contexto hospitalar. *Método:* revisão de escopo desenvolvida em seis bases de dados, com buscas realizadas em setembro de 2022. Foram incluídos estudos experimentais ou observacionais, disponíveis em português, inglês e/ou espanhol, sem recorte temporal. Seguiu-se as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* e do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*. *Resultados:* foram selecionadas 22 produções para a síntese de evidências, as quais foram publicizadas entre 1981 e 2022. Parâmetros de choro, agitação e temperatura corporal são influenciados no primeiro banho do RN. A maioria dos estudos recomendou banho de imersão, adiado por 24 horas, realizado por profissionais de saúde no quarto da mãe/alojamento conjunto, com uso de aquecedor radiante após o banho. *Conclusão:* todo banho impacta na estabilidade fisiológica e comportamental do RN. O primeiro banho de imersão, porém, adiado por, no mínimo, 24 horas, mantém o RN mais calmo, diminui a incidência de hipotermia, aumenta taxas de aleitamento materno exclusivo e tempo de contato pele a pele.

Palavras-chave: recém-nascido; banhos; hospitais; revisão.

¹ Universidade Federal de Pelotas – Ufpel. Pelotas/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4985-7737>

² Universidade Federal do Rio Grande – Furg. Rio Grande/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8901-7148>

³ Universidade Federal de Pelotas – Ufpel. Pelotas/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5153-549X>

⁴ Universidade Federal de Pelotas – Ufpel. Pelotas/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4059-4176>

INTRODUÇÃO

Os Recém-Nascidos (RN), nas primeiras horas de vida, são incapazes de regular e manter a temperatura corporal devido à sua imaturidade fisiológica e morfológica e necessitam de tempo para que o organismo se adapte ao ambiente extrauterino, adequando seus batimentos cardíacos, funções gastrointestinais e renais, capacidade de alimentação, glicemia e ventilação. Nesse sentido, entende-se que o primeiro banho do bebê pode ter impacto nessa regulação¹⁻³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, após o nascimento, não se dê banho nos neonatos nas primeiras 24 horas. Caso isso não seja possível por escolha, costumes ou crenças familiares, deve-se esperar até que os sinais vitais cardiorrespiratórios estabilizem e que o RN tenha, no mínimo, seis horas de vida⁴.

Adicionalmente, para que o banho não afete a adaptação dos RNs, deve-se realizá-lo quando a sua temperatura estabilizar entre 36,5°C e 37,5°C, apresentar respiração e pulso regulares e coloração rosada na pele tanto central quanto periférica, sem sinais de alterações viscerais, o que normalmente demora em torno de 24 horas. A exceção a essa recomendação temporal ocorre quando há risco de infecção para o bebê, na qual é realizado o banho imediatamente após o parto^{1,3,5-6}.

As práticas de banho, os cuidados dermatológicos e outros cuidados pós-natais, muitas vezes, são ditados por cultura, experiências anedóticas e costumes regionais, o que pode interferir em práticas coesas recomendadas cientificamente. Isso demonstra a importância da presença de um profissional da saúde para incentivar boas práticas e realizar educação em saúde, ultrapassando práticas culturais por vezes inadequadas, impactando na redução da mortalidade infantil²⁻³.

Nesse contexto, o controle da temperatura corporal é um desafio para os RNs. Logo, o efeito do adiantamento do primeiro banho depende da condição da criança, tipo de banho e *timing*, mas banhá-lo cedo demais pode ocasionar necessidade maior de oxigênio, taquipneia (sinal de estresse), hipoglicemia, hipotermia, bem como dificulta o contato pele a pele (CPP) e o vínculo do binômio mãe-filho, comprometendo o Aleitamento Materno Exclusivo (AME)^{3,7}.

O organismo dos RNs responde a estímulos externos e internos por meio do seu estado comportamental. Esses estados dizem respeito ao sono e vigília do bebê e afetam a capacidade de controlar os estímulos externos, refletindo na sua organização interna. Assim, adiantar o banho impacta de forma significativa e negativa nesses estímulos e respostas orgânicas².

Em alguns países, as mães e seus bebês recebem alta hospitalar em menos de 24 horas, dificultando o monitoramento e a assistência aos cuidados com o banho do RN. No Brasil, contudo, a Portaria nº 2.068 de 2016, que discorre sobre os Alojamentos Conjuntos (AC), traz a recomendação de permanência mínima de 24 horas da puérpera e do RN na instituição de saúde, tornando possível a assistência profissional direta adequada no que diz respeito ao primeiro banho do bebê^{3,8}. Esse panorama demonstra a necessidade e relevância de mapear o que tem sido publicado na literatura a respeito do primeiro banho dos RNs.

Para tanto, entende-se que identificar evidências acerca da temática em questão pode subsidiar a construção de protocolos, orientações e condutas para profissionais da saúde que prestam assistência aos RNs. Nessa direção, no presente estudo objetivou-se mapear a produção do conhecimento científico acerca dos parâmetros fisiológicos e comportamentais de recém-nascidos a termo submetidos ao primeiro banho no contexto hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de uma *Scoping Review* (SR)⁹. Foram seguidas as diretrizes metodológicas do guia internacional do *Joanna Briggs Institute* (JBI)⁹ e do *checklist Preferred Reporting Items for Systematic*

*reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (Prisma-ScR)*¹⁰. As seguintes etapas foram contempladas para o desenvolvimento desta revisão: identificação da questão norteadora; identificação de estudos relevantes; seleção de estudos; mapeamento das informações; agrupamento, resumo e relato dos resultados⁹.

Para a formulação da questão da SR utilizou-se o mnemônico PCC, constituído por População, Conceito e Contexto, no qual P = recém-nascidos a termo; C = parâmetros fisiológicos e comportamentais de recém-nascidos a termo submetidos ao primeiro banho; C = hospitalar⁹. A busca foi realizada com base na seguinte questão de revisão: Qual a produção do conhecimento científico acerca dos parâmetros fisiológicos e comportamentais de recém-nascidos a termo submetidos ao primeiro banho no contexto hospitalar?

Foram incluídos estudos experimentais ou observacionais que responderam à questão de revisão, disponíveis *on-line*, de acesso aberto ou fechado, nos idiomas português, inglês e/ou espanhol. Estudos metodológicos foram excluídos, juntamente com teses, cartas de editor, editoriais e anais de congressos. Os critérios de seleção, de acordo com a estratégia *mnemônica* PCC, foram: população = RN a termo saudáveis; conceito = parâmetros fisiológicos e comportamentais do RN a termo submetido ao primeiro banho (Temperatura corporal – T^o do RN, Frequência Cardíaca – FC, Frequência Respiratória – FR, Saturação de Oxigênio – SatO², variáveis do ambiente onde foi realizado o banho, choro e sono, e agitação psicomotora); e contexto: hospitalar, incluindo centros obstétricos, maternidades, AC e centros de parto normal.

Realizou-se a busca das referências nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), via Biblioteca Virtual da Saúde; *Medical Literature and Retrieval System Online* (Medline), via PubMed; Embase (*Elsevier*); Scopus (*Elsevier*); *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Web of Science* (WoS). Os acessos foram remotos, por meio da CAFE do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Foram definidas estratégias específicas para cada fonte de informação, utilizando-se de Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (*MeSH Terms*), palavras-chave, *entry terms* e CINAHL *headings*, combinados com os operadores *booleanos* “AND” e “OR” para a localização dos estudos.

Assim, apresenta-se, no Quadro 1, os detalhes das estratégias nas fontes de informação.

Fonte de informação	Estratégias de buscas avançadas	Número de referências recuperadas
Lilacs e BDENF	(“recém-nascido” OR “criança recém-nascida” OR “crianças recém-nascidas” OR “lactente recém-nascido” OR “lactentes recém-nascidos” OR neonato OR neonatos OR “recém-nascido (rn)” OR “recém-nascidos” OR “infant newborn” OR newborn) AND (banhos OR “monitorização fisiológica” OR “regulação da temperatura corporal” OR banho OR “monitoramento fisiológico” OR “cuidados térmicos” OR hipotermia “recém-nascido” OR “mudança de comportamento” OR termorregulação OR baths OR “body temperature regulation” OR “early bathing” OR “monitoring physiological” OR “physiological monitoring” OR “body temperature regulations” OR “body temperature” OR “heat loss”) AND (db:(“Lilacs” OR “BDENF”))	33

Medline	((“Infant Newborn” OR Newborn) AND (Baths OR “Body temperature regulation” OR “Early bathing” OR “Monitoring physiological” OR “Physiological monitoring” OR “Body temperature regulations” OR “Body temperature” OR “Heat loss”)) AND (Hospitals)	1438
Embase	(‘newborn’/exp OR newborn) AND (‘bath’/exp OR bath) AND hospitals	94
Scopus	ALL ((“Infant Newborn” OR newborn) AND baths AND (“Body temperature regulation”))	27
CINAHL	“newborn” AND “bathing” OR “bath” AND “hospital	111
Web of Science	“newborn” AND “baths”	52
Data da busca: 13/9/2022. Filtros: Inglês, Português e Espanhol.		

Quadro 1 – Estratégias de busca para revisão de escopo

Salienta-se que foram avaliadas as listas de referências dos artigos incluídos no *corpus* da revisão com o objetivo de identificar estudos adicionais relevantes. Não foi delimitado-recorte temporal, e artigos duplicados foram considerados uma única vez.

Objetivando minimizar possíveis vieses de seleção, os estudos foram elegidos por dois revisores, sendo um principal e um secundário. Primeiramente ocorreu a leitura de títulos e resumos. Conforme os critérios de seleção, os revisores elencaram as produções de maneira independente, e, após, realizou-se uma comparação dos bancos para verificar possíveis divergências, com posterior realização de consenso entre as partes. Um terceiro revisor foi consultado para resolver divergências. O gerenciamento das referências foi realizado por meio do *software Rayyan*[®].

Para a extração das informações foi elaborado um formulário no processador de texto *Word*[®]. Foram considerados os seguintes dados: identificação do artigo (autores, título, periódico, ano e idioma de publicação), objetivos e propriedades metodológicas (tipo de estudo, amostra e instrumentos de pesquisa e desfechos avaliados); características sociodemográficas e clínicas dos RNs (Temperatura [T] corporal do RN, Frequência cardíaca [FC], Frequência respiratória [FR], Saturação de Oxigênio [SatO₂]); ambiente (temperatura da sala/quarto, aberturas), choro, parâmetros de sono e agitação psicomotora relacionados ao primeiro banho; intervenções realizadas relacionadas ao primeiro banho (banho de aspersão; banho de imersão na banheira ou no balde/ofurô; banho de imersão enrolado); principais resultados e conclusões. Da mesma forma, esta etapa foi realizada por dois revisores e com consulta a um terceiro nos casos de discordâncias. Também os autores de quatro estudos incluídos foram contatados via *e-mail*, pela impossibilidade de acesso ao material na íntegra, conforme orienta o JBI⁹, porém não se obteve respostas após espera de duas semanas.

Realizou-se uma síntese narrativa e análise de frequências absolutas (n) e relativas (%) e os resultados extraídos foram compilados em quadros e tabelas. Ainda, foi realizada a avaliação do nível de evidência dos estudos incluídos, seguindo a classificação do JBI⁹: Nível 1 – Desenhos de pesquisas experimentais: 1.a) Revisão sistemática de ensaios randomizados controlados; 1.b) Revisão sistemática de ensaios randomizados, controlados e outros desenhos de estudo; 1.c) Ensaio controlado randomizado; 1.d) Pseudoensaios controlados, randomizados; Nível 2 – Desenhos quase-experimentais: 2.a) Revisão sistemática de estudos quase-experimentais; 2.b) Revisão sistemática de quase-experimento e outros desenhos de estudo de menor evidência; 2.c) Estudos prospectivamente controlados de quase-experimentos; 2.d) Pré-teste e pós-teste ou estudos de grupos controlados com históricos retrospectivos; Nível 3 – Observacional – desenhos analíticos: 3.a) Revisão sistemática de estudos de coortes comparáveis; 3.b) Revisão sistemática de coortes comparáveis e outros desenhos de estudo de menor evidência; 3.c) Estudo de coorte com grupo controle; 3.d) Estudo de caso-controle; 3.e) Estudos observacionais sem um grupo controle; Nível 4 – Observacional – estudos descritivos:

4.a) Revisão sistemática de estudos descritivos; 4.b) Estudo transversal; 4.c) Séries de casos; 4.d) Estudo de caso; Nível 5 – Opinião de especialistas – Pesquisas de bancada em laboratório; 5.a) Revisão sistemática de opinião de especialistas; 5.b) Consenso de especialistas; 5.c) Pesquisa de bancada de laboratório/opinião de um especialista.

RESULTADOS

Por meio das estratégias nas fontes de busca foi possível identificar 1.755 produções, sendo 163 duplicatas consideradas uma única vez. Na fase de seleção por títulos e resumos, 1.592 produções foram avaliadas, sendo 1.557 excluídas por não atenderem aos critérios de seleção. Após, restaram 35 produções para a leitura na íntegra. Dessas, 4 não foram encontradas na íntegra (esgotadas todas as possibilidades de acesso e contato com os autores) e 9 foram excluídas pelas seguintes razões: 2 consideraram RNs prematuros; 5 avaliaram outros banhos além do primeiro e/ou períodos temporais incompatíveis; e 2 eram teses. Para tanto, o *corpus* deste escopo ficou composto por 22 produções (Figura 1).

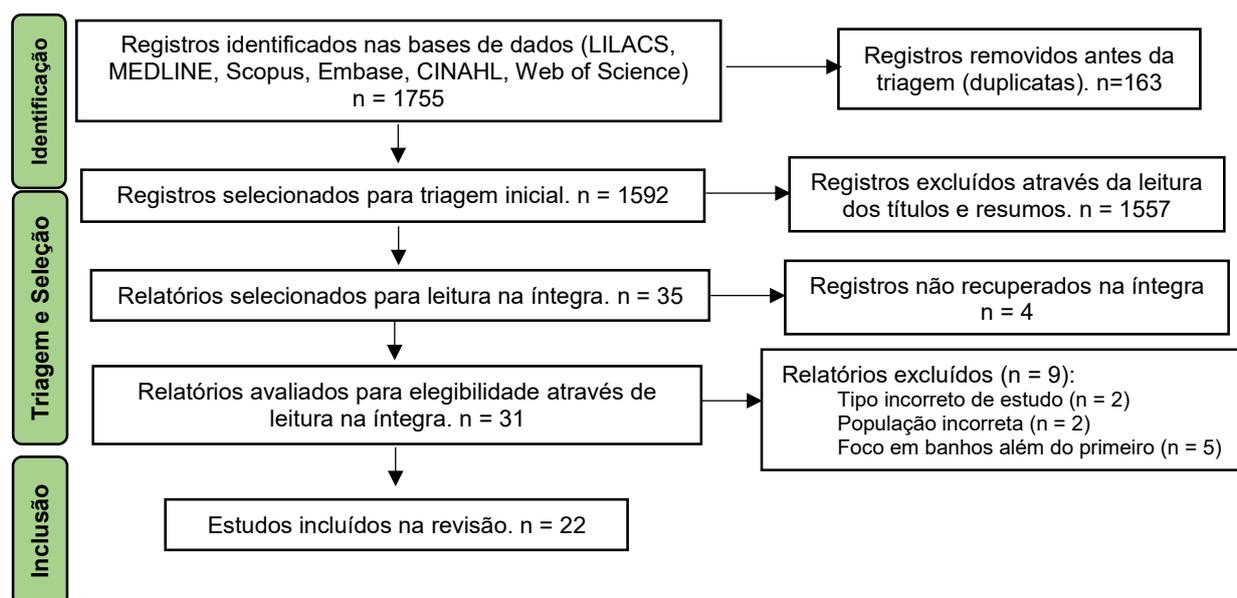


Figura 1 – Fluxograma de seleção de produções científicas para a revisão adaptado do Prisma¹¹

Das 22 (100%) produções científicas selecionadas, 20 foram publicadas em inglês (90.9%) e 2 em português (9.1%). Das pesquisas, 12 foram desenvolvidas nos Estados Unidos da América (EUA) (54,5%)¹²⁻²³, 3 no Brasil (13.6%)^{1,24,25}, 2 no Canadá (9%)^{26,27}, 1 na Índia (4.5%)²⁸, 1 na Turquia (4.5%)²⁹, 1 na Suécia (4.5%)³⁰, 1 no Líbano (4.5%)⁶ e 1 em Uganda (4.5%)³¹. Os anos de publicação das produções variaram de 1981 a 2022. Os estudos em questão reuniram uma amostra total de 45.781 RNs.

A seguir, no Quadro 2, encontram-se outras características das produções selecionadas, de forma cronológica decrescente.

Nº	Data de publicação/ Autores	Desenho de estudo, amostra (n), instrumentos de pesquisa	Desfechos avaliados	NE*
1	17/8/2022 Priyadarshi M. et al. ²⁸	Desenho: Revisão Sistemática – ensaios de intervenção e estudos observacionais Amostra: 16 estudos (dois ensaios e 14 estudos observacionais) envolvendo 39.020 recém-nascidos Instrumentos: Base de dados	Mortalidade neonatal, infecções sistêmicas, hipotermia, hipoglicemia e taxas de amamentação exclusiva (AME)	2.b
2	1º/2/2021 Anderson J. ²³	Desenho: Ensaio clínico randomizado controlado Amostra: 900 prontuários, 450 antes da implementação do protocolo de adiamento por 24 horas do primeiro banho do RN, e 450 depois. Instrumentos: termômetro	Incidência de hipotermia pós banho	1.c
3	14/9/2020 Mardini J. et al. ⁶	Desenho: Estudo prospectivo randomizado Amostra: 125 RNs no total, sendo divididos em grupos. Grupo 1 incluiu recém-nascidos tomando seu primeiro banho às 2 horas de idade (n=51). Os grupos 2 (n=51) e 3 (n=23) foram formados por recém-nascidos com primeiro banho às 6 e 24 horas de idade, respectivamente.	Possível associação entre o adiamento do primeiro banho e idade do primeiro CPP, tempo de incubação e o estado do recém-nascido (calmo, choro vigoroso e sonolento).	2.c
4	1º/3/2020 Long K. et al. ²²	Desenho: Estudo retrospectivo observacional comparativo de antes e depois de implementação de protocolo de banho adiado por 12 horas mínimo. Amostra: 1.463 total. Coorte A 564 mãe-bebê; Coorte B 468; Coorte C 431 Instrumentos: Dados extraídos dos prontuários – As três coortes foram comparadas e após aplicado.	Taxas de AME.	3.e
5	1º/1/2020 Lima R. O. de. et al. ¹	Desenho: Ensaio clínico randomizado controlado Amostra: 33 neonatos a termo. Instrumentos: Para verificação das variáveis fisiológicas (PAM, FR, FC e SaO ₂ e temperatura), utilizou-se um monitor da marca Dixtal com adaptador pediátrico. Utilizou-se a Escala de Avaliação do Estado de Sono e Vigília. Para realizar o primeiro banho, utilizou-se o berço de acrílico padrão do hospital, após assepsia com solução de clorexidina e/ou álcool 70%. Utilizou-se um termômetro aquático modelo zls-1270. Para o grupo controle o banho foi realizado pela equipe de enfermagem do alojamento conjunto, e foi utilizado o Procedimento Operacional Padrão (POP)	Apresentação de choro e o tempo de sono após o banho. As variáveis de controle relacionadas ao RN foram: idade gestacional; peso ao nascimento e antes do banho; perda ponderal; dor; saturação; sinais vitais; temperatura do ambiente; temperatura da água; tempo do banho; e tempo do cuidado corporal após 24 horas de nascimento	1.c
6	1º/1/2020 Lund C, Kuller J, Durand DJ. ²¹	Desenho: Estudo de coorte randomizado Amostra: 100 RN Instrumentos: banho com água ou com água e um sabonete líquido para bebês. Duas medidas consecutivas de cada parâmetro foram obtidas em dois locais anatômicos, o antebraço e abaixo do esterno. Foi utilizado <i>Johnson & Johnson's Head-to-Toe™</i> , que já era usado na instituição.	Função de barreira da pele (perda de água transepidermica, pH e umidade do estrato córneo), em dois locais de avaliação: antebraço e esterno.	3.c

7	1º/4/2019 Gözen D. et al. ²⁹	Desenho: Pesquisa Experimental controlada randomizada. Amostra: 73 RN. O grupo controle (39 bebês) recebeu banho 24 horas após o nascimento e o grupo intervenção (34 bebês) 48 horas após o nascimento. Os bebês de ambos os grupos foram secos com a primeira toalha e depois envoltos em uma segunda toalha seca, e uma touca foi colocada para evitar hipotermia e minimizar qualquer perda mínima de fluido.	Temperatura corporal e o nível de umidade da pele	1.c
8	1º/4/2019 Chamberlain J. et al. ²⁰	Desenho: retrospectivo pré-pós-quase-experimental de revisão bibliográfica, antes e depois de executar protocolo de adiamento por 24 horas, mínimo de 6 horas. Amostra: 660 no total, 330 prontuários foram revisados antes da efetivação e 330 prontuários foram revisados após.	Taxas de AME, estabilidade glicêmica e térmica e perda de peso	2.d
9	1º/9/2018 Kelly PA. et al. ¹⁹	Desenho: Estudo quase-experimental não randomizado Amostra: 75 RN, divididos em três grupos, que receberam o banho com 3, 6 e 9 horas de vida. Instrumentos: A temperatura axilar foi medida com um termômetro digital e a temperatura da pele foi medida com uma câmera termográfica.	Temperatura axilar e da pele	2.c
10	1º/1/2018 Suchy C. et al. ¹⁸	Desenho: Estudo de prática baseada em evidência – Quase experimental sobre o impacto de novo protocolo de primeiro banho dos RNs, adiamento mínimo de 12 horas. Amostra: Prontuário de 1205 RN, 322 pré-implementação, e 883 pós.	Temperatura e AME	2.d
11	1º/12/2017 Brogan J, Rappkin G. ¹⁷	Desenho: Estudo retrospectivo documental de antes e depois da realização de protocolo baseado em evidência, recomendando 24 horas de adiamento para a realização do banho, sendo dado no quarto da mãe, de imersão. Amostra: não especificada	Temperatura e taxas de AME	4.a
12	1º/12/2013 Preer G. et al. ¹⁶	Desenho: Estudo documental, retrospectivo. Amostra: 714 RNs de prontuários eletrônicos (sendo 348 pré-intervenção e 366 pós).	AME intra-hospitalar Incidência da iniciação do AM.	4.a
13	1º/12/2009 Pugliesi VEM. et al. ²⁵	Desenho: caso-controle, retrospectivo Amostra: Foram incluídos 194 recém-nascidos, 98 no grupo banho (na sala de parto) e 96 no grupo controle. Instrumentos: termômetro digital e oxímetro de pulso.	Tax, FC, FR, PAM, SatO ² (avaliada por oxímetro de pulso); Intervalo de tempo entre o parto e a admissão no local de destino e a presença de desconforto respiratório.	3.d
14	1º/1/2008 Cunha ML da et al. ²⁴	Desenho: Ensaio Clínico Randomizado Mascarado. Amostra: 112 recém-nascidos, o grupo controle com 56 RNs (sabão neutro), experimental (56 RNs) com sabão líquido de clorexidina. Instrumentos: sabão líquido de clorexidina ou sabão neutro, um cotonete umedecido com água destilada e esfregado 10 vezes na axila direita na mesma área de 2 cm ² 5 vezes no sentido vertical e 5 vezes no sentido horizontal. Três amostras foram coletadas para cultura da pele da axila direita antes do banho, 30 min e 24 h após o banho.	Colonização cutânea de <i>Staphylococcus aureus</i> (SA).	1.c

15	1º/1/2005 Bergström A, Byaruhanga R, Okong P. ³¹	Desenho: Ensaio Clínico Randomizado Controlado. Amostra: 249 RNs no total, 126 no grupo experimental (60' pós-parto) e 123 no grupo controle (2h pós-parto). Instrumentos: termômetro infravermelho foi usado para medir a temperatura do tímpano. Temperatura retal foi medida usando um termômetro digital por 3 min.	Hipotermia (temperatura menor ou igual a 36,5°C). Amamentação precoce.	1.c
16	1º/1/2004 Bryanton J, Walsh D, Barrett, M, Gaudet D. ²⁷	Desenho: Ensaio controlado randomizado Amostra: 102 no total, 51 RNs no grupo experimental (banheira) e 51 no controle (esponja). Instrumentos: termômetro de mercúrio; Escala Cord Rating Scale (vermelhidão, odor, secura e infecção do coto umbilical); Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton (1999).	Temperatura corporal medida na axila; Cicatrização do cordão umbilical; Contentamento infantil.	1.c
17	1º/1/2004 Medves JM, O'Brien B. ²⁶	Desenho: Ensaio controlado randomizado Amostra: 101 no total, 55 RN no grupo intervenção (pelos pais no quarto) e 56 no grupo controle (no berçário pelas enfermeiras). Instrumentos: termômetro de mercúrio.	Temperatura corporal medida na axila e temperatura auricular.	1.c
18	1º/1/2003 Behring A, Vezeau TM, Fink R. ¹⁵	Desenho: estudo quase-experimental. Amostra: 51 no total, 24 RN para o grupo experimental (banho com uma hora de vida) e 27 para o controle (banho com 4 a 6 horas de vida). Instrumentos: termômetro digital.	Temperatura corporal medida na axila.	2.c
19	1º/1/2000 Varda KE, Behnke RS. ¹⁴	Desenho: estudo quase-experimental, aleatório. Amostra: 80 RNs no total, 40 RN grupo 1 (banho com 1 hora de vida) e 40 no grupo 2 (com 2 horas). Instrumentos: termômetros digitais descartáveis.	Temperatura corporal medida na axila.	2.c
20	1º/7/1996 Penny-Mac- Gillivray T. ¹³	Desenho: Ensaio controlado randomizado. Amostra: 97 RNs no total, 49 RN no grupo controle (banho com uma hora de vida, média 61') e 48 no experimental (banho com 4 horas de vida, média de 252'). Instrumentos: sonda retal.	Temperatura corporal medida pelo reto.	1.c
21	1º/1/1995 Anderson GC, Lane AE, Chang HP. ¹²	Desenho: Estudo piloto Amostra: 20 RN Instrumentos: termômetro digital (Becton Dickinson Modelo 403001; Franklin Lakes, NJ), e a temperatura ambiente foi medida com um termômetro padrão (Taylor; Fletcher, NC).	Temperatura corporal medida pela axila	3.e
22	19/12/1981 Henningsson A, Nyström B, Tunnell R. ³⁰	Desenho: Estudo quase experimental. Amostra: divididos dois grupos, 118 do grupo 1 (banhados), e 114 do 2 (lavados), totalizando 232 RNs na primeira etapa. Na segunda foram selecionados 165 RNs, 80 que foram banhados (grupo 1) e 85 foram lavados.	Sinais de infecção Temperatura retal. Choro durante e depois do banho.	2.c

*Nível de Evidência, de acordo com o JBI⁹.

Quadro 2 – Data de publicação, título, desenho de estudo, amostra, instrumento de pesquisa, desfechos avaliados e nível de evidência dos estudos incluídos na revisão de escopo

Conforme o Quadro 2, percebe-se um predomínio de estudos publicados em 2019 e 2020 com três artigos em cada um (n=3; 13,6%), com desenho de ensaio controlado randomizado (n=8; 36,6%). Os principais desfechos avaliados foram temperatura corporal (n=15; 67,5%) e AME (n=6, 13,6%). Ainda, a maior parte dos estudos pertence ao nível de evidência 1.c (n=8; 36,6%).

Verificou-se que quatro estudos (18,1%)^{1,6,27,30} avaliaram parâmetros comportamentais (choro e agitação) dos RNs, dois^{1,27} utilizando a escala comportamental de Brazelton (1999) de seis

estados. Outra pesquisa⁶ avaliou choro vigoroso, sonolento e calmo, e uma investigação³⁰ averiguou a apresentação de choro durante e após o primeiro banho.

Na sequência, no Quadro 3, encontram-se dados sobre características sociodemográficas e clínicas dos RNs, ambiente de banho, intervenções realizadas, tipo de banho, principais resultados e conclusões. Percebeu-se que a maioria recomendou banho de imersão (n=13, 59%), adiado por, no mínimo, 24 horas (n=5, 22.7%), realizado por profissionais de saúde (n=7, 31.8%), no quarto da mãe/ alojamento conjunto (n=10, 45.45%) e com uso de aquecedor radiante após o banho (n=6, 27.2%).

Nº	Data de publicação/ Autores	Ambiente de banho	Intervenções realizadas/ Tipo de primeiro banho	Principais resultados e conclusões
1	17/8/2022 Priyadarshi M. et al. ²⁸	Não especificado.	Não se aplica.	O banho adiado por 24 horas ou mais pode reduzir mortalidade e hipotermia neonatal quando comparado a banhos dados com menos tempo de vida. Relacionou-se o banho com aumento nos índices AME, que, quando adiado por 6 horas, diminui o risco de hipotermia e hipoglicemia.
2	1º/2/2021 Anderson J. ²³	A temperatura da água entre 36,7°C a 39,9°C.	Banho de imersão na banheira, adiado por no mínimo 24 horas, no quarto dos pais, realizado pelos mesmos, idealmente durando menos de 5 minutos, garantindo imersão total do dorso e colocando o RN embaixo de aquecedor radiante após. O cabelo do RN é lavado sobre a banheira, com o bebê enrolado em uma toalha ou cobertor seco e colocado no aquecedor novamente depois. Os pais foram preparados e encorajados para o procedimento. Foram avaliadas as temperaturas dos RNs nos seguintes momentos: antes e imediatamente após o banho; 30, 60 e 120 minutos após; e por fim de oito em oito horas até a alta hospitalar	Foi possível analisar a menor incidência de hipotermia (T<36,5°C) pós-banho depois da efetivação da intervenção, sendo antes (banho de esponja) 9% e, após, 1%. Concluiu-se que o adiamento do primeiro banho de imersão realizado pelos pais, além de promover envolvimento dos pais no cuidado do RN, contribuiu para a menor incidência de hipotermia pós-banho.
3	14/9/2020 Mardini J. et al. ⁶	A temperatura da água entre 36,7°C a 39,9°C	Banho de imersão na banheira, adiado por no mínimo 24 horas, no quarto dos pais, realizado pelos pais, idealmente durando menos de 5 minutos. O cabelo do RN é lavado sobre a banheira, com o bebê enrolado em uma toalha ou cobertor seco. Após o primeiro banho, a pele a temperatura foi medida a cada 2-3 h por 24h. Uma avaliação do estado geral do bebê foi feita por duas parteiras experientes para classificar cada bebê em calmo, sonolento ou com gritos vigorosos.	Adiar o primeiro banho do RN por mais de 12 horas tem benefícios que vão além da redução do risco de hipotermia, e consequente necessidade de incubadora, mas também no que diz respeito ao estado comportamental do RN, diminuindo a incidência de choro vigoroso; proporcionou a permanência do vernix caseoso, que promove proteção e hidratação para a pele do bebê; e o último benefício foi a satisfação das mães, que puderam participar do primeiro banho e criar vínculo com o bebê através do CPP, que pode, consequentemente, ajudar no AME.
4	1º/3/2020 Long K. et al. ²²	Não especificado.	A rotina de banho antes da intervenção era de banhar o RN dentro das primeiras duas horas de vida, enquanto a intervenção preconizava adiamento de, pelo menos, 12 horas. O método de realização do banho nos dois momentos de avaliação foi o mesmo.	As taxas de AME não produziram mudanças percentuais significativas entre os grupos: no A foi de 74,1%, enquanto no B de 70,7% e no C de 79,4%. Mesmo assim as enfermeiras relataram melhora na qualidade da amamentação.

5	1º/1/2020 Lima R. O. de. et al. ¹	No AC beira-leito, com temperatura do ambiente de 26°C.	Banho realizado com mínimo de 24h de vida em todos bebês. A intervenção foi realizada pelo profissional de enfermagem. Começa se envolvendo o bebê com um lençol, deixando a cabeça e pescoço para fora, lavando a face com um pouco de água e sabão, seca a cabeça e face e retirar enxugador. Então o bebê é colocado na banheira em posição ventral imerso totalmente até a altura do tórax, e é ensaboado dentro da água. Muda-se a posição do bebê da ventral para dorsal, assim realizando a higiene no tórax, coto umbilical e abdome. Mantê-lo imerso de oito a dez minutos realizando movimentos leves dentro da água. Então, enrola-se o RN em posição ventral, e, por fim, é vestido.	Foi possível constatar que o grupo intervenção dormiu por aproximadamente 180 minutos, chorou menos durante o procedimento e a avaliação da escala de dor dos neonatos foi inferior com relação ao grupo controle. A média de tempo do banho do grupo controle foi de 8,7 minutos, e no da intervenção foi de 14,7 minutos. A intervenção tem benefícios para o estado comportamental do bebê, porém, pela ótica dos sinais vitais e outros indicadores clínicos, não se obteve resposta real que diferencie o grupo controle do grupo intervenção
6	1º/1/2020 Lund C, Kuller J, Durand DJ. ²¹	Sala com aquecedor radiante. Água com temperatura média de $\pm 38,33^{\circ}\text{C}$ (101°F).	Banho de imersão enrolado em ambos grupos, com tempo de vida entre 20 e 91 minutos no momento da realização. Um grupo somente com água e outro com sabão líquido. Os bebês eram banhados por profissional em menos de 5 minutos, sem perturbar o vernix caseoso. Eram secos com um cobertor aquecido e posicionados embaixo de um aquecedor por 10 minutos.	Houve diminuição do pH, da perda de água transepidermica e de umidade do estrato córneo em resultado do primeiro banho, não sendo necessariamente influenciados pelo uso de sabão líquido para bebês no banho ou não. Assim, ambos podem ser igualmente recomendados, dependendo mais da preferência familiar.
7	1º/4/2019 Gözen D. et al. ²⁹	Sala não especificada. Temperatura do ambiente entre 26 e 27°C, umidade local de 40-60%, temperatura da água entre 37-38°C.	Foi aplicada a mesma técnica de realização do primeiro banho do RN em ambos os grupos, salvo o momento de vida em que é realizado (24h ou 48h de vida). O RN era despido, limpo o períneo, e enrolado em uma toalha. Seus olhos eram os primeiros a serem limpos, então o nariz, orelhas e resto da face. Então o bebê era imerso até seus ombros na água, sendo banhado por, no máximo, 5 minutos. Em seguida, removido da água e secado por uma toalha. Eram então enrolados numa segunda toalha seca e uma touca. Dez minutos depois a temperatura e umidade eram avaliados novamente, sendo, então, retornados às mães. A avaliação de umidade da pele era realizada nos seguintes locais do corpo do RN: testa, abdome, antebraço e região proximal da perna, utilizando uma avaliação de perda de água transepidermica.	Não houve diferença significativa, mas pôde-se determinar, no décimo minuto pós-banho, que o grupo intervenção apresentou resultados de hidratação/umidade mais altas que o grupo controle, porém ambos apresentaram alterações semelhantes (em níveis diferentes). O que pode ter ajudado na incidência alta de hidratação pós-banho é o fato de uma das avaliações ser tão imediatamente após o banho, ou seja, o RN ainda estava úmido da água do banho, mesmo tendo sido secado com a toalha. Já na avaliação de 10 minutos após, foi possível estabelecer que os bebês banhados 48 horas após o nascimento apresentaram mais hidratação no décimo minuto, o que sugere que adiar o banho por 48 horas é benéfico para o desenvolvimento da pele. O grupo que recebeu banho com 48 horas de vida apresentou temperatura corporal mais alta que o grupo controle (24h), 10 minutos pós-banho.

8	1º/4/2019 Chamberlain J. et al. ²⁰		Antes e depois da intervenção, o modo como o procedimento foi realizado manteve-se o mesmo, salvo o momento de realização, que, no protocolo novo, é de adiamento de 24 horas, a menos que tenha contraindicação. Dentro do novo protocolo está inclusa a recomendação de contato pele a pele por uma hora pós-parto. Caso houvesse mecônio ou sangue nos cabelos, a recomendação era que fosse limpo o excesso com um pente e colocado um chapéu. Se houvesse algum sangue ou mecônio na pele, o profissional era para limpar o excesso com um lençinho úmido somente com água, evitando remover o fluido amniótico.	Pós-intervenção foi detectada diminuição significativa na glicemia capilar dos RNs ($\leq 45\text{mg/dl}$), e também na frequência de checagem da mesma. Diminuiu, também, a perda de peso, a apresentação de estafa neonatal devido ao frio e a incidência de hipotermia pós-banho. As taxas de AME não apresentaram alterações. Os pais ficaram satisfeitos com as novas práticas, a carga de trabalho das equipes não foi alterada e não houve registro de infecções ou contaminações cruzadas. Detectou-se aumento no nível de conforto nos neonatos. Adiar o banho mostrou-se benéfico por diminuir índices de hipotermia e hipoglicemia e por dar mais tempo e oportunidade para a família criar vínculo com o bebê.
9	1º/9/2018 Kelly PA. et al. ¹⁹	Quarto da mãe. Termos- tato progra- mado para 22,2°C (média de 22,4°C) uma hora antes do pro- cedimento. Água do banho a 37,8°C.	O berço/banheira foi posicionado aos pés da cama da mãe. Foi utilizada uma quantidade pequena de sabonete suave para bebês. O RN era segurado na posição prona e era tirada uma foto com infravermelho avaliando sua temperatura do torso posterior. Foi utilizado o banho de esponja no sentido tronco-cabeça (cabeça por último), sem perturbar o vernix caseoso. Depois de lavar o corpo, o RN era enrolado em uma coberta, e então era lavado o cabelo do bebê e seco com a mesma coberta. Era, então, vestido com a fralda, uma touca e um cobertor seco limpo.	Foram identificadas diferenças significativas nas temperaturas axilares entre os grupos, porém não foram clinicamente relevantes. Já sobre a temperatura da pele, não foram identificadas diferenças relevantes. As quedas de temperatura (ambas) apresentaram-se em todos os grupos com relação à temperatura antes do banho. A média de tempo de contato pele a pele (CPP) pós banho foi de 69.4 minutos, e 34 mães amamentaram em algum momento durante o CPP.
10	1º/1/2018 Suchy C. et al. ¹⁸	Quarto priva- do da mãe.	Banho de imersão adiado por, pelo menos, 12 horas pós-parto.	Não houve mudanças significativas nas taxas de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar (média de 70%, e a média geral de aleitamento materno não exclusivo de 92%) ou hipotermia pós-execução do protocolo, não sendo possível relacionar o tipo de banho, instabilidade térmica ou diminuição nas taxas de aleitamento materno.
11	1º/12/2017 Brogan J, Rapkin G. ¹⁷	No quarto da mãe. A água com temperatura entre 37.7°C (100°F) e 39.9°C (103,9°F), dado em banheira no quarto da mãe.	A intervenção prevê o adiamento do banho (imersão) por, pelo menos, 24 horas de vida. A equipe usou luvas para manipular os bebês antes do banho e os pais foram instruídos sobre a técnica para banhar seus filhos, sendo encorajados a realizar o procedimento em menos de 5 minutos. Foram levadas toalhas descartáveis e suprimentos para o quarto da mãe. Pais banharam seus filhos e, então, posicionaram em aquecedor radiante. Utilizada toalha ou cobertor seco pós-banho, enrolando o RN e lavando seus cabelos sobre a banheira. Nesse momento a equipe colocava os bebês novamente no aquecedor para alcançar a normotermia pós-banho.	A incidência de hipotermia diminuiu no grupo pós-intervenção (no banho de esponja 30% apresentaram hipotermia, em contraste aos 19% do banho de imersão). Em uma revisão retrospectiva, no grupo antes da intervenção 93% dos RNs receberam leite materno, e 76% tiveram aleitamento materno exclusivo (AME). Já depois da intervenção o número era 94% em nutrição com leite materno e 75% de AME (no segundo grupo teve 20% menos partos).

12	1º/12/2013 Preer G. et al. ¹⁶	Quarto, estes tendo modificações, sendo instaladas pias especialmente desenvolvidas para realização do banho do bebê.	Adiamento do primeiro banho do RN por, no mínimo, 12 horas de vida (tempo médio de banho de 13,5h). Bebês banhados por enfermeiras ou assistente de atendimento na pia do quarto do hospital. Os pais participaram do banho e após o RN era colocado pele a pele com a mãe, pai ou membro da família.	Antes do adiamento do banho, os bebês eram banhados com uma média de 2,4 horas de vida. Posteriormente, os bebês foram banhados com uma média de 13,5 horas de vida. As taxas de aleitamento materno (AME) intra-hospitalar aumentaram de 32,7% para 40,2% ($p < 0,05$) após o adiamento do banho. O atraso no banho do recém-nascido foi associado a maior probabilidade de início da amamentação e aumento das taxas de amamentação intra-hospitalar. A intervenção melhorou as taxas de AME devido aos seguintes fatores: atrasar o banho atenua o risco de hipotermia e hipoglicemia, que, nas primeiras horas, são mais suscetíveis; diminui o tempo de separação da mãe e do bebê; e aumenta o tempo de contato.
13	1º/12/2009 Pugliesi VEM. et al. ²⁵	Sala de parto. A temperatura da sala de parto foi mantida ao redor de 26°C e a da água entre 36-37°C (aferrida por termômetro antes da imersão do RN).	O banho, com duração média entre cinco e dez minutos, foi realizado pelo pai e auxiliado pela enfermeira em berço com água suficiente para imersão do RN até o pescoço. O banho do recém-nascido foi realizado entre 15 e 30 minutos após o nascimento, sem sabão, de forma que os resíduos de sangue, mecônio e secreções fossem removidos e o vernix mantidos. A seguir, o RN foi secado completamente, envolto em toalhas e mantido ao lado da mãe em berço aquecido até o término do parto (grupo intervenção). No grupo controle (banho realizado após a terceira hora de vida) o recém-nascido recebeu o mesmo atendimento em sala de parto, com exceção do banho.	Foi observado maior tempo transcorrido entre o nascimento e a admissão na unidade neonatal (95±27 e 79±29 minutos; $p < 0,001$) e maior taxa de amamentação na sala de parto entre os RNs do grupo banho (90,8% versus 56,8%, $p < 0,01$). Não foram observadas diferenças entre os dois grupos de estudo em relação aos parâmetros cardiorrespiratórios avaliados. Todos os 194 RNs estudados foram admitidos no berçário de normais, sem desconforto respiratório, não havendo, na amostra estudada, admissões na UTI neonatal ou na UCI. A taxa de aleitamento (91% e 57%; $p < 0,001$) e o tempo em sala de parto (95±21 e 79±29 minutos, $p < 0,001$) foram significativamente maiores no grupo banho.
14	1º/1/2008 Cunha ML da. et al. ²⁴	Sala com aquecedor radiante.	Os grupos receberam o banho de admissão entre 1 e 1,5 horas após o nascimento. Todos os recém-nascidos foram banhados sob um aquecedor radiante, com esponja. Grupo controle: recebeu banho com sabonete líquido neutro. Grupo experimental: recebeu banho com sabonete líquido com clorexidina. O rosto foi lavado primeiro e depois seco. Subsequentemente, o couro cabeludo foi lavado com compressa de gaze úmida e sabão e, em seguida, enxaguado com água morna e seco. O mesmo procedimento foi aplicado no pescoço, abdômen e costas. Por fim, os genitais e as nádegas foram lavados com gaze molhada e sabão e secos. Foram coletadas 3 amostras (antes do banho e 30min e 24h depois) de cada um.	A colonização da pele com <i>S. aureus</i> antes do banho foi semelhante em ambos os grupos ($p 0,44$). Os resultados da segunda coleta mostraram uma diferença significativa ($p 0,017$) na taxa de colonização entre os grupos. Houve redução de colonização de <i>S. aureus</i> em RN do grupo experimental e maior colonização no grupo controle. Na terceira coleta, 24h após o 1º banho, uma menor prevalência de colonização foi observada no grupo experimental, com diferença significativa ($p 0,021$). O primeiro banho com sabonete líquido de clorexidina é seguro e reduz a colonização por <i>S. aureus</i> na pele do recém-nascido por um período de 24 horas, sem impacto na ocorrência de sepse em um cenário de baixa prevalência de infecção neonatal.

15	1º/1/2005 Bergström A, Byaruhanga R, Okong P. ³¹	Não especifica o ambiente. Água morna (fervida misturada com água na torneira, sendo medida antes da imersão do bebê).	Grupo experimental: RN banhados por um minuto, 1 hora após o nascimento, em água morna. Após o banho, os RNs eram secos com toalha e colocados em contato pele a pele (CPP). Grupo controle: RN não banhados após o nascimento e colocados em CPP. Quatro medições de temperatura foram realizadas: imediatamente após a secagem e pesagem, 60 min pós-parto (antes do banho), 70 e 90 min pós-parto.	O banho dos recém-nascidos na primeira hora após o parto resultou em aumento significativo da prevalência de hipotermia aos 70 e 90 minutos pós-parto, apesar do uso de água aquecida e da aplicação do método pele a pele. Não houve mortalidade neonatal. Além do procedimento de banho, nenhum fator potencialmente predisponente à hipotermia foi identificado. Foi possível observar, no estudo, a satisfação neonatal com o CPP e o vínculo/proximidade que traz para o binômio mãe-bebê.
16	1º/1/2004 Bryanton J, Walsh D, Barrett M, Gaudet D. ²⁷	Banho em temperatura ambiente de 22°C, sem correntes de ar, com uso de aquecedores radiantes. A água em temperatura entre 17,8º e 18,8º.	Grupo intervenção: banho de banheira por imersão, realizado por enfermeiras. Grupo controle: banho de esponja, no qual o bebê era colocado sobre uma superfície plana e protegida, sendo o RN lavado com pano macio embebido em água; as partes do corpo eram lavadas, secas e cobertas imediatamente. O tempo dos banhos variou de 2 a 24 horas após o nascimento. O tempo de cada banho foi de, aproximadamente, 10 minutos.	Bebês banhados em banheira experimentaram 0,2°C menos perda de temperatura durante ambos os banhos do que bebês banhados em esponja. Bebês banhados na banheira tiveram temperaturas pós-banho significativamente mais altas para ambos os banhos do que aqueles que foram banhados com esponja, com média 0,2°C (DP = 0,3) maior. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com relação aos escores de cicatrização do cordão. Bebês banhados em banheira estavam significativamente mais satisfeitos do que bebês banhados em esponja para ambos os banhos. Bebês banhados em banheira obtiveram significativamente menor perda de temperatura (p = 0,00) e estavam significativamente mais satisfeitos (p = 0,00) do que aqueles que foram banhados com esponja.
17	1º/1/2004 Medves JM, O'Brien B. ²⁶	Banhos beira leito e no berçário. Temperatura da água de 38°C e do ambiente de 27°C, para ambos os grupos. As janelas e portas mantidas fechadas.	Grupo intervenção: banho de imersão realizado pelo(s) pais do(s) RNs, a beira-leito, auxiliados pelas enfermeiras, sem uso de aquecedor pós-banho, realizando CPP. Grupo controle: banho de imersão feito por enfermeiras. O tempo médio dos banhos variou de 10 a 20 minutos. A temperatura do recém-nascido foi monitorada em cinco ocasiões: antes do banho (tempo 1), após a lavagem do rosto e cabelo (tempo 2), após 30 segundos de imersão da banheira (tempo 3), imediatamente após a secagem (tempo 4) e 1 hora após o banho (tempo 5).	Não foi detectada nenhuma diferença na temperatura do RN no que diz respeito ao tipo de banho; 38 RNs tiveram menos de 36°C, e, destes, 20 foram banhados pelos pais e 18 do grupo controle. Houve queda maior de temperatura nos casos dos RNs banhados no berçário. O banho não precisa ser dado longe do leito materno. A diferença de temperatura entre os grupos também pode ser atribuída ao fato de as mães ficarem na sala de recuperação de 2 a 4 horas até ir ao quarto, enquanto os seus filhos eram admitidos no berçário aproximadamente uma hora depois de nascerem.

18	1º/1/2003 Behring A, Vezeau TM, Fink R. ¹⁵	Incubadora com aquecimento radiante. Temperatura do ar: 24,6°C; da água 37,2°C.	Grupo intervenção: recém-nascidos banhados até uma hora após o nascimento (média de 68.1'). Grupo controle: com quatro a seis horas de vida (média de 253.6'); o recém-nascido foi banhado sob o aquecedor radiante; vestido com chapéu, camisa, fralda e dois cobertores obtidos na unidade de aquecedor de roupa; e foi colocado em um berço aberto. Temperatura axilar medida imediatamente antes e após o banho, uma hora e duas horas após o banho, para os bebês controle e experimentais. Banhos realizados por enfermeiros.	As temperaturas axilares medidas em quatro momentos diferentes não diferiram significativamente ($p > 0,005$) entre bebês banhados dentro de uma hora após o nascimento e aqueles banhados quatro a seis horas após o nascimento. Recomenda-se flexibilidade na hora do banho de acordo com as características e estabilidade do recém-nascido e com os desejos da família. As conclusões com relação à temperatura é que os momentos dos banhos não afetam a termorregulação do RN.
19	1º/1/2000 Varda KE, Behnke RS. ¹⁴	Berçário, com aquecedor de ambiente. Temperatura da água de 36,7°C.	Grupo 1: banho dado em até 1 hora após o nascimento por profissionais do berçário. Grupo 2: banho dado na 2ª hora após o nascimento por profissionais do berçário (não especifica a categoria profissional). Tempo máximo de duração de cada banho de 10 minutos. Após o banho, os RNs eram colocados sob um aquecedor radiante por 10 minutos até atingirem Tº de 36,7°C. A Tº foi medida antes do banho de admissão e aos 10, 20 e 60 minutos após o banho.	Aos 10, 20 ou 60 minutos após o banho não foram encontradas diferenças significativas nas temperaturas dos recém-nascidos banhados 1 hora após o nascimento em comparação com os recém-nascidos banhados 2 horas após o nascimento. Aos 10 minutos após o banho, 88% dos recém-nascidos banhados 1 hora após o nascimento estavam abaixo da temperatura pré-banho, em comparação com 93% dos recém-nascidos banhados 2 horas após o nascimento.
20	1º/7/1996 Penny-Mac-Gillivray T. ¹³	Grupos intervenção e controle com banho beira leito, com temperatura do ar entre 20,0°C a 25,0°C.	Grupo intervenção: banho realizado logo após o término do exame físico de admissão. Grupo controle: banho realizado 4 horas após o nascimento. Não especifica o tipo de banho, sendo estes realizados por enfermeiras. As temperaturas retais foram registradas durante o exame de admissão do recém-nascido, imediatamente antes do banho, imediatamente após o banho, 1 hora após o banho e 2 horas após o banho.	Não foram encontradas diferenças significativas nas temperaturas retais entre os grupos durante o exame de avaliação de admissão, antes do banho, imediatamente após o banho, 1 hora após o banho ou 2 horas após o banho. Recém-nascidos a termo saudáveis, com temperatura retal superior a 36,5°C, podem ser banhados imediatamente após o exame de avaliação da admissão. O banho adiantado pode reduzir o risco de transmissão de patógenos transmitidos por sangue para profissionais de atenção perinatal.
21	1º/1/1995 Anderson GC, Lane AE, Chang HP. ¹²	Não especifica o local; utilizada água com aproximadamente 37,6°C e 38°C.	O banho era dado por duas enfermeiras pesquisadoras geralmente no quarto de puerpério da mãe ou na sala de recuperação ou berçário do recém-nascido, caso não houvesse sala de puerpério disponível. Eram banhados com sabonete líquido e um lenço/fraldinha macio. O frasco do sabonete era posicionado na água para aquecer enquanto a banheira estivesse enchendo. O tempo do procedimento foi cronometrado. A temperatura do bebê (axilar por padronização da instituição), do ambiente e da água era avaliada e registrada imediatamente antes do banho. O neonato era despido e imerso na banheira. Era lavado de maneira gentil com uma pequena quantidade de sabonete e um lenço próprio para o procedimento. Então era retirado rapidamente da água e enrolado em toalha seca e secado sem uso de fricção. Era, em seguida, trocada a toalha molhada por dois cobertores secos, e vestidos numa camiseta, touca e fralda. Era aferida a temperatura em seguida, e o RN era posicionado no peito da mãe (em alguns casos coberto por mais cobertores).	A temperatura média nos 20 bebês foi de 36,8°C (98,2°F) pré-banho e 36,7°C (98,0°F) pós-banho. A variação média foi de -0,1°C (-0,2°F) e não foi significativamente diferente ($p = 0,1453$). Em cinco dos últimos seis bebês, a temperatura foi medida novamente 30 minutos após o banho e foi de 36,5 ° C --- 0,3 ° C (97,7 ° F +- 0,6 ° F). A água mais quente usada para os últimos nove bebês foi bem tolerada; três desses bebês realmente ganharam calor, em média 0,2° C (0,4° F). Os pais tornaram-se mais positivos com relação à intervenção, uma vez que viram seu filho podendo relaxar. Foi levantado que os bebês que estavam agitados antes do banho não estavam depois. O estudo sugeriu que é melhor para o neonato que não seja separado de sua mãe e seja mantido abaixo de aquecedores em berçários para evitar a perda de calor pós-banho.

22	19/12/1981 Henningsson A, Nyström B, Tunnell R. ³⁰	Não especificado	<p>Na admissão na enfermaria todos os bebês do grupo I foram banhados em uma banheira cheia de água morna. Todo o corpo do bebê foi imerso na água e sua pele limpa à mão. Sabão não medicamentoso foi aplicado nas dobras cutâneas com flanela facial. Imediatamente depois o bebê foi envolto em uma grande toalha e seco. Todos os bebês do grupo II foram lavados com flanela facial e sabonete não medicamentoso, e não foi dado banho. Imediatamente após a lavagem o bebê foi envolto em uma toalha grande e seco. O grupo que era banhado era recebido em uma banheira com água morna, e para simular condições domiciliares a temperatura não foi controlada exatamente. O banho era de imersão, realizando a limpeza à mão, com auxílio de uma flanela e sabão não medicamentoso nas dobras. Depois do banho na banheira, era banhado com água morna corrente. Após, o bebê era enrolado numa toalha grande e secado. Foram coletadas amostras do coto umbilical dos RNs no terceiro dia de vida.</p>	<p>O estudo recomenda que seja retirado o vérnix caseoso para evitar irritação da pele, além do mecônio líquido amniótico e sangue, sendo assim inevitável totalmente um procedimento molhado depois do parto para higiene da pele. Os autores mencionam que bebês choram quando são limpos com fricção vigorosa. O presente estudo confirmou a impressão de que limpar com uma toalha faz o neonato ficar desconfortável e aumenta a perda de calor. Poucas infecções, nenhuma delas grave, ocorreram em ambos os grupos. A colonização bacteriana do cordão umbilical no terceiro dia de vida foi semelhante nos dois grupos. A temperatura retal caiu ainda mais, e mais bebês choraram durante a lavagem do que durante o banho. Assim, dar banho no bebê após o nascimento torna-o mais calmo, silencioso e confortável do que lavar, e causa menos perda de calor. Os sinais clínicos de infecção e as taxas de colonização bacteriana não são maiores após o banho do que após a lavagem.</p>
----	---	------------------	---	--

Quadro 3 – Características sociodemográficas e clínicas dos RNs, ambiente de banho, intervenções realizadas, tipo de banho, principais resultados e conclusões

DISCUSSÃO

Por meio desta SR foi possível mapear evidências acerca dos parâmetros fisiológicos e comportamentais do RN submetido ao primeiro banho no contexto hospitalar. Verificou-se uma heterogeneidade de métodos de banho e formas de avaliação. No que diz respeito ao tempo ideal após o nascimento para o primeiro banho, os resultados divergem, fato este que pode ter relação com a dimensão das pesquisas e com as evidências disponíveis de acordo com o período em que foram investigadas.

Uma pesquisa desenvolvida nos EUA em 2003¹⁵ abordou o banho comparando-o com uma, quatro e seis horas de vida, e concluiu que o tempo de vida dos RNs não impactou na temperatura corporal pós-banho, o que vai ao encontro de um estudo desenvolvido em 2018¹⁸. Adicionalmente, autores²⁵ destacam que o banho na primeira hora de vida possibilitou mais tempo de contato com pais e não interferiu na adaptação extrauterina do RN.

Um estudo¹⁴, de 2000, concluiu que os RNs podem ser banhados com menos de duas horas de vida, e outro, de 1996, fala em menos de quatro horas¹³, desde que sua temperatura esteja 36.5°C ou mais; e pode ainda reduzir o risco de transmissão de patógenos para profissionais de atenção perinatal¹³. Em contrapartida, tem-se a pesquisa de 1995¹², que comparou o banho nas duas primeiras horas de vida e nas primeiras quatro horas, concluindo que os banhados mais cedo perderam maior temperatura corporal.

Além disso, uma pesquisa desenvolvida nos EUA em 2018¹⁹ sugere 6 a 9 horas de adiamento do primeiro banho, e outras duas investigações sugerem 12 horas de vida para sua realização^{16,22}. Do mesmo modo, a maior parte dos estudos deste escopo, e mais recentes, evidenciam a importância do adiamento de 24 horas para a realização deste cuidado^{1,6,20,23,28}. Ainda, alguns autores²⁹ recomendam

que os bebês sejam banhados 48 horas após o nascimento, pois aqueles que receberam a intervenção neste período apresentaram maior hidratação na pele e foi benéfico para o seu desenvolvimento.

Dentre os benefícios/motivos para as recomendações de adiamento do primeiro banho do RN, estão: menor incidência de hipotermia, necessidade de incubadora/aquecedor pós-banho por períodos mais curtos, RNs mais calmos durante ou depois do procedimento, maior tempo de sono profundo depois do banho, aumento nas taxas de AME e na qualidade da amamentação, maior vínculo familiar e tempo de CPP, menor instabilidade térmica e glicêmica, maior satisfação neonatal e familiar e maior hidratação da pele^{1,16,17,19,21,27,29,31}.

Ainda no que diz respeito ao momento recomendado para dar o banho, é importante ressaltar que há exceções, como nos casos de mães com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatites virais ou corioamnionite, devido aos riscos de transmissão para o bebê. Nesses casos é recomendado banho imediatamente após o nascimento com água corrente, retirando todas as secreções e/ou sangue, e no menor tempo possível retornar o RN para junto da mãe^{3,32,33}.

Quanto aos parâmetros fisiológicos dos RNs, maior parcela das investigações avaliou a temperatura corporal depois do banho, as quais relacionaram a incidência de hipotermia com o adiantamento do primeiro banho^{6,17,19,20,23,27,28,31}. Por outro lado, investigações¹³⁻¹⁴ relacionaram o adiantamento do banho com menor perda de temperatura. Outros cinco estudos^{1,15,18,25,26} não produziram conclusões significativas sobre uma relação de impacto do primeiro banho na temperatura do RN.

Além da temperatura, outros parâmetros fisiológicos foram avaliados, como frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio, pressão arterial média, desconforto respiratório, perda de peso e cicatrização do coto umbilical^{1,25,27,30}. Somadas a isso, duas investigações pesquisaram sobre o impacto do primeiro banho na glicemia^{20,28}, e ambos relacionaram o adiamento por 24 horas com maior estabilidade glicêmica nos RNs, diminuindo a incidência de hipoglicemia e a frequência de checagem necessária.

Ao olhar para o panorama das pesquisas que avaliaram os estados comportamentais dos RNs, é importante mencionar que o Ministério da Saúde³⁴ recomenda que se respeite o estado comportamental do RN, e, caso esteja dormindo, não seja acordado. Nesse sentido, pesquisas mais recentes, identificadas nesta revisão^{1,6}, defendem que a intervenção do primeiro banho deve ser de imersão e adiada por 24 horas, o que pode contribuir para o aumento na duração do sono profundo e para a redução de dor neonatal e apresentação de choro vigoroso pós-banho. Outro estudo²⁷ relacionou o banho de banheira com maior satisfação neonatal. Ainda, o banho de imersão diminuiu a apresentação de choro durante o procedimento, mantendo os RNs mais calmos³⁰.

Observou-se um predomínio de recomendações do banho de imersão na banheira/berço^{1,6,12,16,17,21,23,25-27,30,31}. Três estudos^{13,19,24} utilizaram somente o banho de esponja, não havendo comparação com outros métodos, sendo, assim, não necessariamente uma recomendação do método.

Mesmo não havendo discrepâncias significativas entre o banho de imersão convencional e o enrolado, o Ministério da Saúde recomenda o último, que, muitas vezes, mantém o RN mais calmo por remeter ao ambiente intrauterino, reduzir os estímulos táteis excessivos, proporcionar crescimento e desenvolvimento adequados, assim como promove uma contenção facilitada e uso da posição canguru durante o procedimento. Para que seja realizado, porém, a equipe deve ser capacitada, principalmente para evitar prolongamento do banho, a perda de temperatura da água e corporal do bebê e estímulos excessivos e inadequados ao RN³⁴.

A preocupação sobre o AME é consideravelmente recente, sendo pesquisada em seis artigos^{16-18,20,22,28}. Dois relacionaram o adiamento do banho com o aumento das taxas de AME^{16,28}. Embora uma pesquisa desenvolvida nos EUA em 2020²² não tenha observado mudanças percentuais nas taxas de

AME, trouxe relatos positivos da equipe de profissionais no que diz respeito à melhora da qualidade da amamentação. Assim, é possível estabelecer relação indireta entre o AME e o primeiro banho, pois adiá-lo evita interrupção do CPP e proporciona maior oportunidade de vínculo entre mãe e bebê, aumentando a possibilidade de amamentação.

Há estudos que recomendaram a realização do primeiro banho pelos pais^{6,17,23,26}, prática que contribuiu para maior vínculo entre pais e menor perda de temperatura corporal. Apenas uma pesquisa²⁶ detectou menor perda de temperatura em RNs banhados pelos pais quando comparada com a prática desenvolvida pelos profissionais, embora tenha-se avaliado uma pequena amostra. Outras seis investigações recomendam a realização do primeiro banho pelos profissionais de enfermagem^{1,12,13,15,18,21}.

Também em relação à técnica do banho, algumas produções especificaram o sentido/ordem para banhar os RNs, recomendando lavar cabeça/face/cabelo primeiro e, após, o restante do corpo^{1,23-24,29}. Outros autores, no entanto, recomendaram lavar o tronco e membros primeiro e a cabeça e cabelos depois^{17,19}.

As pesquisas que mencionaram a duração do procedimento vão ao encontro das recomendações do Ministério da Saúde, sugerindo um tempo entre cinco^{6,17,21,23,29} e dez minutos^{25,27}. Apenas um¹ recomendou uma média de 15 minutos, pois sua intervenção incentiva a realização de uma massagem no RN enquanto imerso.

No que se refere ao ambiente adequado para a realização do primeiro banho do RN, a maior parte recomenda que seja no quarto da mãe/AC^{1,6,12,14,16-19,23,26}. A realização no quarto proporciona participação familiar, diminui a exposição do RN a diferentes ambientes (e conseqüentemente temperaturas) para o procedimento ser realizado, diminui a distância entre bebê e familiares, assim como possibilita o CPP pós-banho como alternativa para estabilidade térmica e recuperação da temperatura pré-banho. Autores^{14,26} defendem que o banho não precisa ser realizado longe do leito da mãe, pois evita-se interrupção de contato familiar e facilita educação sobre os cuidados aos pais e cuidadores.

Ainda sobre o CPP, dois artigos evidenciaram a recomendação da prática pós-banho para estabilização térmica do RN^{19,26}. Somado a isso, o uso de aquecedor pós-banho também é recomendado, pois auxilia o RN a alcançar a normotermia ou a temperatura que possuía antes do banho^{12,17,21,23,25,27}.

No que diz respeito ao uso de produtos de higiene no primeiro banho, um estudo realizado nos EUA comparou sabonete apropriado para bebês e o banho com somente água, e que não há diferenças significativas que recomendam um ou outro; assim, ambos são igualmente recomendados, dependendo mais da preferência familiar²¹. Já outro estudo, sobre tipos de sabão e impacto no pH da pele do RN, comprovou que, mesmo tendo diferenças mínimas entre o sabão líquido comum e o específico para RN, foi possível avaliar que usar o último promoveu pele mais hidratada; menos descamação, eritema e alterações cutâneas³⁵.

Quanto à temperatura da água recomendada para a realização do banho, constatou-se recomendações de uma média de $\pm 37,8^{\circ}\text{C}$, variando entre 36°C e $39,9^{\circ}\text{C}$ ^{1,12,14,15,19,21,23,25,26,29}. Já a temperatura do ambiente recomendada por quatro artigos foi de 26°C e 27°C ^{1,25,26,29}, e de 22°C e $24,6^{\circ}\text{C}$ em outros dois materiais^{15,27}. Um estudo de 2018⁷ defende que temperaturas do ambiente menores de 25°C já predisõem o RN à perda de calor e está relacionada à apresentação de hipotermia de nível moderado a grave, recomendando temperatura do ambiente entre 25°C e 27°C . Alguns autores mencionaram as aberturas dos ambientes, e todos recomendam que sejam mantidas fechadas, sem correntes de vento, para maior controle possível sobre o ambiente. Esse panorama corresponde às

recomendações do Ministério da Saúde, que trazem temperatura entre 23°C e 26°C, com portas e janelas fechadas³⁴.

Por fim, ainda que se tenham sido respeitadas todas as etapas para o desenvolvimento de uma revisão de escopo de qualidade, entende-se que este estudo apresentou como limitações a dificuldade de acesso de algumas produções selecionadas para a leitura na íntegra, sendo necessário, após o esgotamento das possibilidades, excluí-las. Ainda, a comparação entre alguns estudos foi dificultada pela falta de consonância na intervenção de banho e pela diferença de amostras, impossibilitando maiores inferências.

CONCLUSÃO

Observou-se que os parâmetros fisiológicos devem ser verificados de forma regular e imediatamente antes e após o procedimento, e, se alterados ou instáveis, deve-se evitar a realização do primeiro banho nas primeiras horas de vida. A temperatura foi foco das investigações deste escopo, posto que o banho pode impactar significativamente na temperatura corporal do recém-nascido, principalmente nas primeiras horas após o procedimento. Também deve-se respeitar o estado comportamental do neonato, e, se dormindo, aguardar que desperte espontaneamente para a realização do banho.

A partir das evidências encontradas infere-se que adiar o primeiro banho do recém-nascido no contexto hospitalar é uma prática segura, pois traz benefícios, em especial, no que se refere a maior vínculo entre familiares, maior tempo de contato pele a pele, maiores taxas de aleitamento materno exclusivo e/ou amamentação precoce. No que diz respeito, porém, ao tempo mínimo de vida para realizar essa prática, ainda não há um consenso na literatura. Pesquisas mais antigas recomendam a realização do banho nas primeiras horas de vida, enquanto as mais atuais defendem adiamento de 24 horas mínimas. As únicas exceções às recomendações de adiamento são os casos de risco de infecção, para os quais os banhos são realizados o mais precocemente possível.

Nessa direção, compreende-se que todos os banhos podem afetar o processo adaptativo do recém-nascido ao meio extrauterino, sendo importante seguir as recomendações de parâmetros fisiológicos e comportamentais para respeitar o momento mais oportuno e estável, ou seja, sinais vitais estáveis, respostas comportamentais coerentes aos estímulos realizados. Também se provou proveitosa a presença e participação dos familiares no procedimento.

REREFÊNCIAS

- ¹ Lima RO, Estevam LD, Leite FMC, Almeida MVS, Nascimento L, Amorim MHC et al. Intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. *Acta paul enferm.* 2020;33:e-APE20190031. DOI: 10.37689/acta-ape/2020ao0031
- ² Cantoni TS, Molin RSD. Benefícios do banho tardio no recém-nascido: implicações para a enfermagem. *Reas.* 2021;13(2):e6316. DOI: 10.25248/reas.e6316.2021
- ³ Kebede BF, Genie YD, Hiwot AY, Tesafa TB, Abebe B. Early Newborn Bath Practice and Its Associated Factors in Jimma, South West Ethiopia, 2021. *Pediatric Health Med Ther.* 2022;13:43-52. DOI: 10.2147/PHMT.S348657
- ⁴ World Health Organization (WHO). WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. 2017 [Acces Apr. 2021]. 26 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.07>
- ⁵ World Health Organization (WHO). Recommendations on postnatal care of the mother and the newborn. 2014;72 p. [Acces Apr. 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>
- ⁶ Mardini J, Rahme C, Matar O, Abou Khalil S, Hallit S, Fadous Khalife M-C. Newborn's first bath: any preferred timing? A pilot study from Lebanon. *BMC Res Notes.* 2020;13(1):430. DOI: 10.1186/s13104-020-05282-0

- ⁷ Ruschel LM, Pedrini DB, da Cunha MLC. Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018;39:e20170263. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.20170263
- ⁸ Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.068, de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. [Acesso em: abr. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html
- ⁹ Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute's Manual for Evidence Synthesis*, JBI. 2020. DOI: 10.1136/bmj.n71
- ¹⁰ Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D., et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473. DOI: 10.7326/M18-0850
- ¹¹ Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Murlow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 2021 [Access Aug. 2021];372(71). Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf>
- ¹² Anderson GC, Lane AE, Chang HP. Axillary temperature in transitional newborn infants before and after tub bath. *Appl Nurs Res*. 1995;8(3):123-128. DOI: 10.1016/s0897-1897(95)80591-5
- ¹³ Penny-MacGillivray T. A Newborn's First Bath: When? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996;25(6):481-487. DOI: 10.1111/j.1552-6909.1996.tb01468.x
- ¹⁴ Varda KE, Behnke RS. The effect of timing of initial bath on newborn's temperature. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2000;29(1):27-32. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02753.x
- ¹⁵ Behring A, Vezeau TM, Fink R. Timing of the newborn first bath: a replication. *Neonatal Netw*. 2003; 22(1):39-46. DOI: 10.1891/0730-0832.22.1.39
- ¹⁶ Preer, G., Pisegna, J. M., Cook, J. T., Henri, A. M., & Philipp, B. L. (2013). Delaying the bath and in-hospital breastfeeding rates. *Breastfeeding Medicine*. 2013;8(6):485-490. DOI: 10.1089/bfm.2012.0158
- ¹⁷ Brogan, J., & Rapkin, G. Implementing evidence-based neonatal skin care with parent-performed, delayed immersion baths. *Nursing for Women's Health*, 2017;21(6):442-450. DOI: 10.1016/j.nwh.2017.10.009
- ¹⁸ Suchy, C., Morton, C., Ramos, R. R., Ehrigott, A., Quental, M. M., Burrridge, A., & Rutledge, D. N. (2018). Does changing newborn bath procedure alter newborn temperatures and exclusive breastfeeding? *Neonatal Netw*. 2018;37(1),4-10. DOI: 10.1891/0730-0832.37.1.4
- ¹⁹ Kelly PA, Classen KA, Crandall CG, Crenshaw JT, Schaefer SA, Wade DA, et al. Effect of Timing of the First Bath on a Healthy Newborn's Temperature. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018;47(5):608-619. DOI: 10.1016/j.jogn.2018.07.004
- ²⁰ Chamberlain J, McCarty S, Sorce J, Leesman B, Schmidt S, Meyrick E, et al. Impact on delayed newborn bathing on exclusive breastfeeding rates, glucose and temperature stability, and weight loss. *J Neonatal Nurs*. 2019;25(2):74-77. DOI: 10.1016/j.jnn.2018.11.001
- ²¹ Lund C, Kuller J, Durand DJ. Baby's first bath: Changes in skin barrier function after bathing full-term newborns with water vs liquid baby cleanser. *Pediatr Dermatol*. 2020;37(1):115-119. DOI: 10.1111/pde.14037
- ²² Long K, Rondinelli J, Yim A, Cariou C, Valdez R. Delaying the First Newborn Bath and Exclusive Breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2020;45(2):110-115. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000606
- ²³ Anderson J. An Organization-Wide Initiative to Implement Parent-Performed, Delayed Immersion Bathing. *Nurs Womens Health*. 2021;25:63-70. DOI: 10.1016/j.nwh.2020.11.006
- ²⁴ Da Cunha ML, Procianny RS, Franceschini DT, De Oliveira LL, Cunha ML. Effect of the first bath with chlorhexidine on skin colonization with *Staphylococcus aureus* in normal healthy term newborns. *Scand J Infect Dis*. 2008;40(8):615-620. DOI: 10.1080/00365540801932447
- ²⁵ Pugliesi VEM, Deutsch AD, Freitas M de, 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*. 2009;27(4). DOI: 10.1590/S0103-05822009000400010
- ²⁶ Medves JM, O'Brien B. The effect of bather and location of first bath on maintaining thermal stability in newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(2):175-182. DOI: 10.1177/0884217504263081
- ²⁷ Bryanton J, Walsh D, Barrett M, Gaudet D. Tub bathing versus traditional sponge bathing for the newborn. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(6):704-712. DOI: 10.1177/0884217504270651
- ²⁸ Priyadarshi M, Balachander B, Gupta S, Sankar MJ. Timing of first bath in term healthy newborns: A systematic review. *J Glob Health*. 2022;12:12004. DOI: 10.7189/jogh.12.12004
- ²⁹ Gözen D, Çaka SY, Beşirik SA, Perk Y. First bathing time of newborn infants after birth: A comparative analysis. *J Spec Pediatr Nurs*. 2019;24(2):e12239. DOI: 10.1111/jspn.12239
- ³⁰ Henningson A, Nyström B, Tunnell R. Bathing or washing babies after birth? *Lancet*. 1981;2(8260-61):1401-3. DOI: 10.1016/s0140-6736(81)92812-9

- ³¹ Bergström A, Byaruhanga R, Okong P. The impact of newborn bathing on the prevalence of neonatal hypothermia in Uganda: a randomized, controlled trial. *Acta Paediatr.* 2005;94(10):1.462-1.467. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2005.tb01821.x
- ³² Ministério da Saúde (Brasil). Fluxogramas para prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C nas instituições que realizam parto. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [Acesso em: dez. 2021]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/fluxograma_prevencao_transmissao_vertical_hiv_sifilis_hepatites_B_C_instituicoes_parto.pdf
- ³³ Ministério da Saúde (Brasil). Prevenção da transmissão vertical. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. [Acesso em: dez. 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/transmissao-vertical/prevencao-da-transmissao-vertical#:~:text=A%20transmiss%C3%A3o%20vertical%20ocorre%20quando,alguns%20casos%20durante%20toda%20amamenta%C3%A7%C3%A3o>
- ³⁴ Ministério da Saúde (Brasil). Atenção humanizada ao recém-nascido: método canguru: manual técnico. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [Acesso em: nov. 2021]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
- ³⁵ Topan LHM, Carvalho VO, Abagge KT. Randomized trial with soaps – what happens to a newborn baby’s skin? *J Pediatr*, Rio de Janeiro. 2022;98(2):204-211. DOI: 10.1016/j.jpeds.2021.05.005

Submetido em: 3/2/2023

Aceito em: 25/8/2023

Publicado em: 23/2/2024

Contribuições dos autores:

Milena Hansen: Conceituação; Análise formal; Investigação; Metodologia; Validação de dados; Redação – Revisão e Edição.

Oclaris Lopes Munhoz: Conceituação; Análise formal; Investigação; Metodologia; Validação de dados; Redação – Revisão e Edição.

Carolina Carbonell Demori: Conceituação; Validação de dados; Redação – Revisão e Edição.

Rosiane Filipin Rangel: Conceituação; Análise formal; Investigação; Metodologia; Validação de dados; Redação – Revisão e Edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Não possui financiamento

Autora correspondente:

Milena Hansen

Universidade Federal de Pelotas – UFPel

R. Gomes Carneiro, 01 – Balsa, Pelotas/RS, Brasil. CEP 96010-610

E-mail: milena_hansen@hotmail.com

Editor: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

