

## Temperatura dos recém-nascidos submetidos ao calor radiante e ao dispositivo Top Maternal ao nascimento

Rosemeire Sartori de Albuquerque<sup>1</sup>  
Corintio Mariani Neto<sup>2</sup>  
Ana Aparecida Sanches Bersusa<sup>3</sup>  
Vanessa Macedo Dias<sup>4</sup>  
Maria Izabel Mota da Silva<sup>4</sup>

**Objetivo:** comparar a temperatura axilar dos recém-nascidos acomodados – imediatamente após o nascimento – em contato pele a pele, sob o Top Maternal, em berço de calor radiante. **Método:** estudo comparativo observacional do tipo Caso-Control sobre a temperatura de 60 bebês nascidos no Centro Obstétrico e Centro de Parto Normal de um hospital público do município de São Paulo, sendo: 29 assistidos em berço aquecido e 31 em contato pele a pele, protegidos por uma malha de algodão colocada sobre o tórax da mãe, denominada Top Maternal. **Resultados:** a temperatura dos bebês do grupo de contato pele a pele teve maior valor na maioria dos tempos verificados comparada à dos que foram colocados em berço de calor radiante, independentemente do local de nascimento. A diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa. **Conclusão:** o estudo contribui com a geração de um novo conhecimento que sustenta a manutenção dos bebês com suas mães imediatamente após o nascimento por meio do contato pele a pele protegidos pelo Top Maternal, sem prejuízos ao seu bem-estar, uma vez que a temperatura axilar se manteve em níveis recomendáveis.

**Descritores:** Regulação da Temperatura Corporal; Recém-nascido; Parto; Interação Mãe-Filho.

<sup>1</sup> PhD, Professor Doutor, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Professor Doutor, Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Diretor Técnico, Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> MSc, Pesquisador, Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira, Obstetriz, Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Albuquerque RS, Mariani Neto C, Bersusa AAB, Dias VM, Silva MIM. Newborns' temperature submitted to radiant heat and to the Top Maternal device at birth. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2741. [Access 

mês	dia	ano

]; Available in: 

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0305.2741>.

## Introdução

O nascimento, diferentemente dos dias atuais, foi historicamente considerado natural e fisiológico. Porém, nas primeiras décadas do século XX e com o movimento de industrialização no Brasil, passou a ser visto como um processo patológico que merecia ser controlado, a fim de evitar a morte materna e perinatal<sup>(1)</sup>.

Após a segunda guerra mundial e com formação e aprimoramento de médicos no atendimento ao parto, as gestantes passaram a ser internadas em instituições hospitalares para parir seus filhos. Teve início o predomínio de intervenções cirúrgicas em um processo que até então era encarado como normal e domiciliar para a sociedade<sup>(1)</sup>. É de conhecimento geral que a mortalidade materna e perinatal tem diminuído a cada ano, embora em ritmo lento. No que se refere ao atendimento ao neonato, a utilização de tecnologias têm favorecido o melhor prognóstico, todavia, estabeleceu-se o modelo hospitalocêntrico e dessa maneira, o distanciamento da mãe e seu bebê logo após o parto. Atualmente, a maioria das crianças nasce em hospital e é separada da mãe ou vestida antes de ser entregue. Tem-se sugerido que essas rotinas hospitalares podem perturbar a interação precoce entre mãe e filho e provocar efeitos nocivos sobre ambos<sup>(2)</sup>.

Muitas práticas comuns de atendimento durante o parto, nascimento, e no pós-parto imediato impactam a transição de feto a recém-nascido, incluindo a medicação usada durante o parto, protocolos de aspiração, estratégias para prevenir a perda de calor, clampeamento do cordão umbilical precoce e o uso do oxigênio 100% para a reanimação<sup>(3-4)</sup>.

Levantamento realizado das evidências científicas a respeito dos procedimentos comumente utilizados na atenção ao recém-nascido possibilitou concluir que muitas das práticas executadas citadas anteriormente não têm eficácia comprovada, indicando adequações ou modificações por também interferirem negativamente na relação entre mãe e bebês. Quanto ao clampeamento do cordão, de acordo com as evidências disponíveis, deveria ser postergado como medida de prevenção da anemia na infância. Estudos também não demonstram benefícios das aspirações rotineiras da boca e nariz ao nascer. A aspiração gástrica aponta para dano, deveria ser melhor indicada e não utilizada de forma rotineira. Até mesmo na manobra de ressuscitação, a recomendação é o uso do ar ambiente em primeiro lugar, deixando o oxigênio a 100% para os casos de insucesso da manobra<sup>(3)</sup>.

Em relação à colocação do neonato sem roupa, enxuto, em posição prona sobre o tórax da sua mãe logo após o nascimento, denominado contato pele a pele (CPP) ou imediato, alguns benefícios são destacados como:

melhor efetividade da amamentação, estabilização da frequência cardíaca e respiratória, além do choro logo após o nascimento e estabilização do peso, somado a menos chance e menor tempo de internações em UTI, além da eficiência na termorregulação do recém-nascido, foco deste estudo<sup>(3)</sup>.

Partindo desse contexto, com a implementação da prática do contato pele a pele, em substituição à separação imediata e intervencionista, espera-se que ocorram todos os benefícios que esse modelo de cuidado proporciona e que a temperatura do neonato se mantenha em níveis desejados de termorregulação.

Dessa maneira, após experiências no manejo do cuidado prestado ao Rn nas primeiras horas de vida e evidências sobre sua colocação em contato pele a pele, este estudo teve como objetivo comparar a temperatura axilar dos recém-nascidos que fizeram contato pele a pele logo após o nascimento, favorecidos pela utilização por sua mãe do dispositivo Top Maternal, com os que foram cuidados de maneira convencional, colocados no berço de calor radiante.

## Método

Trata-se de um estudo comparativo observacional do tipo Caso-Controle sobre duas formas de cuidado para manutenção da termorregulação do recém-nascido após o parto. Em uma, o Rn logo após o nascimento foi enxuto, disposto sem roupa e com fralda sob uma fonte de calor radiante (berço aquecido) e recebeu os cuidados necessários nesse local (Longe da mãe). Em outra, o bebê também foi enxuto e, sem roupa, apenas com fralda colocada, logo após ser acomodado sobre o tórax materno e sob um dispositivo desenvolvido no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB) denominado Top Maternal, recebeu os cuidados necessários junto da sua mãe.

O dispositivo Top Maternal utilizado há cinco anos HMLMB, é constituído de malha de algodão em forma circular com 90 cm de largura e 90 cm de altura, colocado, no momento anterior ao parto, no tórax da mãe encobertando as mamas. Foi idealizado tendo como pressuposto o atendimento a duas demandas fundamentais apresentadas pelas mães atendidas na instituição e pela equipe de enfermagem. A primeira relacionada com a proteção das mamas durante o procedimento do parto, diminuindo o constrangimento pela exposição corporal e a segunda, fortalecendo a segurança da equipe com relação ao risco de escorregamento e queda do bebê, uma vez que ele é posicionado em contato pele a pele e fica contido entre a malha e o tórax materno.

A presente pesquisa foi realizada nas unidades de internação do HMLMB denominadas "Centro de Parto

Normal - CPN" caracterizadas por assistência feita majoritariamente pelas enfermeiras obstetras e "Centro Obstétrico - CO", com predominância de cuidado pelos médicos obstetras. A instituição é unidade de referência para alto risco materno-fetal da região sudeste do município de São Paulo, com expressivo número de partos, onde dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) apontam para 4.194 partos realizados em 2013. Há também que se destacar que o hospital é uma instituição de acesso irrestrito para assistência a gestantes de risco, atendendo estrangeiras que são moradoras da região central de São Paulo e que são, por vezes, rejeitadas em outros de saúde. É comum o atendimento de mulheres de outras nacionalidades, principalmente da América Latina, as bolivianas.

A recepção dos Rns, tanto no CPN quanto no CO, é rotineiramente realizada pelos médicos neonatologistas que determinam no momento do nascimento, a depender especialmente das condições do bebê, o local em que será feita assistência ao mesmo: se em contato pele a pele ou em berço de calor radiante.

Para maior precisão na análise dos resultados dos valores da temperatura corporal dos recém-nascidos no CO e no CPN, foram também coletadas as temperaturas ambientais dos dois locais. No CO, a média da temperatura é 24°C, mantida por meio de equipamento de ar condicionado com controle central, que manteve com esse valor no período da coleta dos dados observados em termômetro disposto na sala de parto. Já no CPN, a temperatura é ambiente, uma vez que não dispõe de ar condicionado, mas é registrada por termômetro próprio em cada sala de parto, que se manteve no mesmo período com média de 23°C.

A população do estudo foi constituída de 60 parturientes e seus recém-nascidos. A coleta dos dados ocorreu entre fevereiro de 2013 e março de 2014, no período das 8 às 15 horas de segunda à sexta-feira, quando a equipe treinada para a coleta das informações estava presente. Utilizou-se como base estudos com o mesmo objeto de pesquisa (Contato pele a pele) como o realizado na Austrália em 2104 que evidenciou os benefícios relacionados à amamentação<sup>(5)</sup>.

O presente estudo teve parecer favorável ao seu desenvolvimento pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMLMB, com o protocolo nº176.708.

Os critérios de inclusão da parturiente no estudo foram: idade igual ou superior a 18 anos; idade gestacional entre a 37ª e 41ª semanas e um dia, para garantia das condições fisiológicas dos recém-nascidos; consentimento da mãe em vestir o dispositivo de malha no momento do parto para possibilitar a colocação dos Rns imediatamente ao nascer sob o mesmo; aceitar participar do estudo com a autorização para mensuração

da temperatura axilar do seu bebê em três momentos: quinto, décimo e trigésimo minutos após o nascimento. A verificação dos valores nos três momentos ocorreu pela necessidade de conhecer, se no contato pele a pele, há sustentação e preservação da temperatura dos bebês, efeito esperado nos primeiros minutos após o nascimento<sup>(3)</sup>. Na prática, a grande maioria dos serviços de maternidade retiram os bebês do contato com suas mães antes desse período recomendado, exatamente nos primeiros momentos após o parto, para realizarem procedimentos rotineiros sob calor radiante, alegando proteção contra a perda de calor do Rn. Ainda foram considerados aptos para inclusão no estudo os Rns que obtiveram, após avaliação do neonatologista, nota de Apgar >7 no primeiro e no quinto minuto de vida. Essa medida dá segurança para identificar casos de hipotermia persistente que indica intervenção emergencial.

Foram excluídos os Rns de mães que tiveram intercorrência no momento do parto, com diagnóstico de sofrimento fetal e os que necessitaram de reanimação neonatal.

O instrumento para coleta dos dados foi construído para transcrição das informações sobre o perfil da parturiente obtidas por informações do prontuário materno (Idade, idade gestacional, cor de pele referida e nacionalidade) e do prontuário do recém-nascido (Condições de nascimento interpretado pelo Índice de Apgar no 1º e 5º minuto) além do peso de nascimento. Neste momento, os valores da temperatura axilar dos Rns, - por não ser protocolo institucional a sua mensuração no 5º, 10º e 30º minutos de vida -, foram extraídos a partir da verificação por monitora envolvida com o estudo, treinada para execução do procedimento, utilizando termômetro digital próprio para a pesquisa. A técnica consistiu na colocação do instrumento na região da axila do neonato, local onde permanecia até o disparo do sinal sonoro (Em média 2 minutos) nos tempos determinados, sendo registrados os valores no prontuário do recém-nascido e também transcritos no instrumento do estudo.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## Resultados

Com relação ao perfil das 60 mães incluídas no estudo, foram verificados dados referentes à idade, idade gestacional em semanas, cor de pele e nacionalidade.

Comparativamente, quanto ao perfil do grupo de mães cujos recém-nascidos foram encaminhados após o parto para o berço de calor radiante e para o contato pele a pele, encontrou-se que houve boa distribuição

na população do estudo. A idade média das mulheres que compuseram a amostra foi de 39,07 anos, sendo a variação das idades entre 31 a 41 anos completos, onde a mais prevalente foi a de 39 anos (33,3%). Com relação à cor de pele, avultou a branca, bem como a nacionalidade brasileira. A idade gestacional, embora seja considerada de termo entre 37 e 42 semanas<sup>(6)</sup>, assim como evidenciado na maioria dos estudos sobre trabalho de parto, onde se percebe início de trabalho de parto em torno de 38 semanas; tanto as mulheres do GCPP como as do GCR tiveram sua internação, trabalho de parto e parto com idade gestacional entre 37 e 38 semanas de gestação, na sua maioria (47,0%).

Concernente a diferentes tipos de partos e locais onde eles aconteceram, a Figura 1 a seguir mostra que foi mais

frequente na maioria dos dois grupos estudados (83,3%) o parto normal, seguido por 11,7% de cesarianos e em menor proporção (5,0%) pelo fórceps. Ficou evidenciado, no que tange à distribuição de recém-nascidos em berço de calor radiante e contato pele a pele que, dos que nasceram de parto normal, a maioria foi para contato pele a pele, e os nascidos de parto cesariano, a totalidade (100,0%) foi para o berço de calor radiante.

A coleta dos dados ocorreu no CPN e CO. Ao verificar a distribuição dos encaminhamentos do recém-nascido para berço aquecido por calor radiante e contato pele a pele entre os grupos comparativos, percebeu-se que no CPN a conduta de realização de CPP (93,3%) é praticamente inversamente proporcional à conduta para os que nasceram no CO (16,6%).

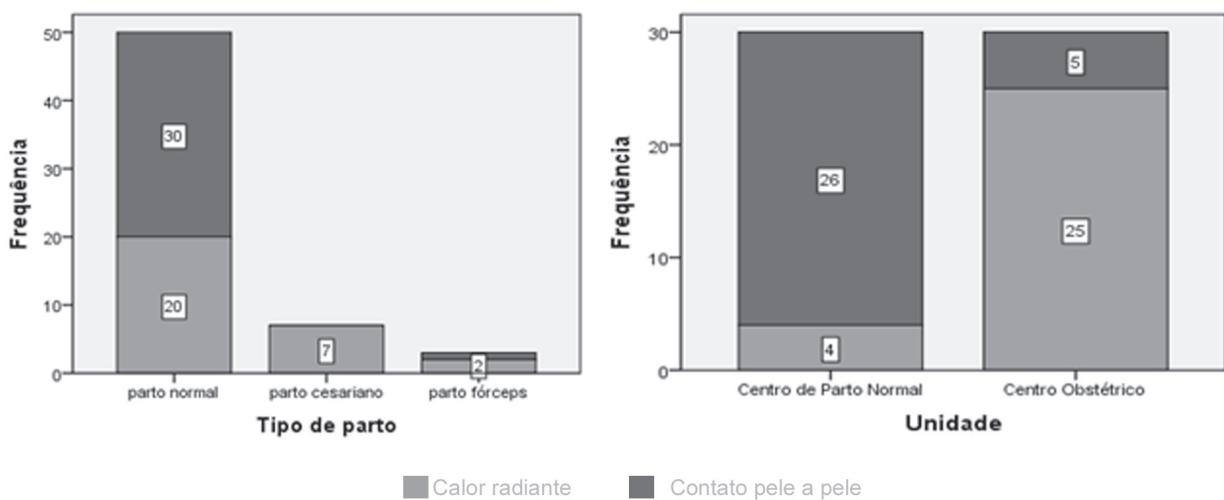


Figura 1- Tipo de intervenção (Contato pele a pele sob Top maternal e calor radiante) segundo o Tipo e local do parto dos recém-nascidos atendidos no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. São Paulo, SP, Brasil, 2014

Com relação às condições de nascimento, interpretada pelo Índice de Apgar dos 60 bebês incluídos na pesquisa, a maioria teve valor de nove no primeiro minuto de vida e dez no quinto, possibilitando verificar boas condições de nascimento de todos os bebês estudados.

O peso dos recém-nascidos variou de 2.100Kg a 4.210Kg, sendo o peso médio de 2.984Kg. A maior parte (55%) apresentou peso entre 2.780kg a 3.500Kg (Figura 2).

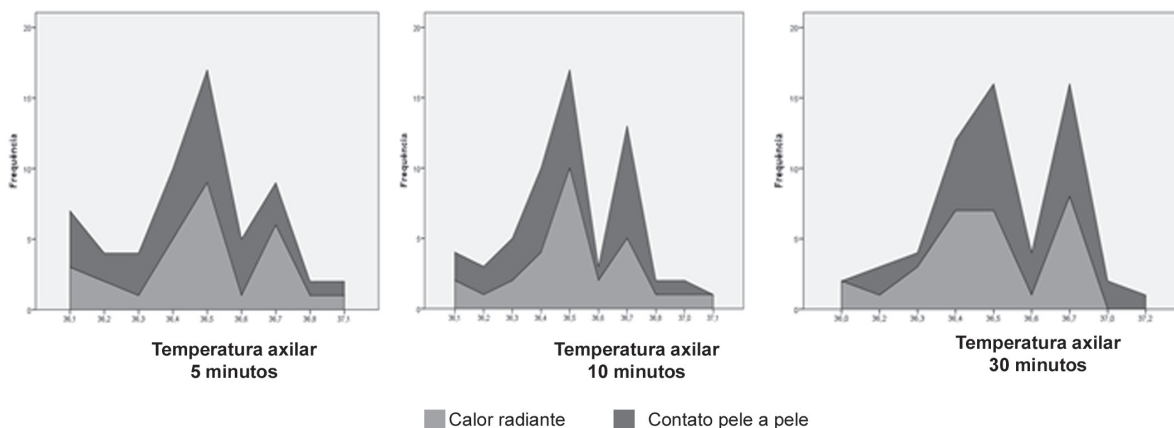


Figura 2 – Representação gráfica da tendência da temperatura axilar dos recém-nascidos no 5º, 10º e 30º minutos de vida encaminhados para berço aquecido por calor radiante e dos acomodados em contato pele a pele com o uso do dispositivo Top Maternal. São Paulo, SP, Brasil, 2014.

A Figura 2 e a Tabela 1 mostram os dados do desfecho principal do estudo que se refere à comparação entre os valores das temperaturas dos recém-nascidos no 5<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> e 30<sup>o</sup> minuto de vida, que foram encaminhados para o berço de calor radiante, e

os valores das temperaturas nos três tempos referidos dos Rns colocados em contato pele a pele com uso do dispositivo Top maternal, levando-se em consideração os dois locais de parto que tiveram variação entre 23°C e 26°C.

Tabela 1 – Medidas da temperatura axilar dos recém-nascidos no 5<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> e 30<sup>o</sup> minutos de vida encaminhados para berço aquecido por calor radiante (GCR) e dos acomodados em contato pele a pele (GCPP) com o uso do dispositivo Top Maternal e local do parto. São Paulo, SP, Brasil, 2014.

Grupos	Local parto	Minutos de vida	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	N	
GCR*	Centro	5	36,52 <sup>†</sup>	0,23	36,1	36,5	37,1	25	
		10	36,52 <sup>‡</sup>	0,24	36,1	36,5	37,1	25	
		30	36,47 <sup>§</sup>	0,20	36,0	36,5	36,7	25	
	Centro de Parto	5	36,33 <sup>†</sup>	0,10	36,2	36,4	36,4	4	
		10	36,53 <sup>‡</sup>	0,15	36,4	36,5	36,7	4	
		30	36,48 <sup>§</sup>	0,17	36,3	36,5	36,7	4	
	GCPP <sup>  </sup>	Centro	5	36,44 <sup>†</sup>	0,22	36,1	36,5	36,7	5
			10	36,54 <sup>‡</sup>	0,17	36,3	36,5	36,7	5
		Centro de Parto	5	36,46 <sup>†</sup>	0,23	36,1	36,5	37,1	26
10			36,49 <sup>‡</sup>	0,22	36,1	36,5	37,0	26	
Normal		5	36,44 <sup>†</sup>	0,22	36,1	36,5	36,7	5	
		30	36,58 <sup>§</sup>	0,23	36,2	36,5	37,2	26	

\*Grupo de Calor Radiante.

O nível descritivo de um teste (Também conhecido como p-value ou p-value) é a probabilidade de estarmos cometendo um erro ao rejeitarmos a hipótese sendo que esta é verdadeira. Na maioria dos testes a hipótese de igualdade, no caso da Tabela 1 é que a média dos grupos sejam todas iguais: † p-value = 0,5547 ; ‡p-value = 0,6305; §p-value = 0,0556;

||Grupo de Contato Pele a Pele.

A temperatura axilar dos recém-nascidos que foram colocados em contato pele a pele sob o Top Maternal, tanto para os que nasceram no CO como para os que nasceram no CPN, teve valor pouco acima, quando comparada à temperatura dos neonatos colocados em berço de calor radiante. Mais precisamente no CO, no décimo e trigésimo minuto, com média de temperatura de 36,54°C e no CPN, no quinto e trigésimo minuto 36,46°C e 36,58°C, respectivamente. O teste estatístico ANOVA (Análise de Variância) aplicado, mostrou que em nenhum momento as diferenças foram significativas com p-value=0,5547 em cinco minutos, p-value=0,6305 em 10 minutos e em 30 minutos p-value=0,0556.

## Discussão

As análises apresentadas no estudo foram comparativas entre dois grupos: um considerando os RNs que , logo após o parto, foram expostos a calor radiante (GCR) e outro, os colocados em contato pele a pele (GCPP). Em ambos os grupos, a idade das mães

variou entre 31 a 41 anos, sendo a maioria (56,6%) com idades entre 39 e 40 anos Predomínio da cor branca em 68,3% e idade gestacional entre 37 e 38 semanas em 45,0%, não diferindo do perfil atendido no HMLMB. As brasileiras prevaleceram em 75,0%, sendo que das estrangeiras, as bolivianas, representaram 16,7%.

Quanto ao perfil dos Rns incluídos no estudo, os resultados mostraram que o valor do Índice de Apgar de primeiro minuto (66,7%) foi de nove para a maioria, sendo que desses, (67,5%) estavam representados no GCPP. No quinto minuto, todos (100,0%) os bebês tiveram Índice de Apgar acima de nove, sendo em 85,0% o valor de 10, representado também pela maioria (56,8%) dos que ficaram em contato pele a pele. O Índice ou escore de Apgar é um instrumento clínico para ajudar a identificar os recém-nascidos que necessitam de ressuscitação, assim são considerados valores indicativos >7 e <7 para boas ou de más condições de nascimento<sup>(7)</sup>. Desta maneira, percebe-se que todos os Rns incluídos no estudo nasceram em boas condições, que foram mantidas no quinto minuto de vida, , uma

vez que neste momento, a totalidade (100,0%) teve registro de índice entre 9 e 10.

Não houve diferenças significativas no perfil das mães e bebês entre os dois braços do estudo.

O objetivo maior deste estudo é descobrir se houve diferença significativa entre a temperatura dos Rns que, ao nascer, recebem cuidados longe de sua mãe em berço de calor radiante, prática comumente utilizada no manejo de recepção dos neonatos na sala de parto, e a temperatura dos que foram colocados juntos de suas mães em contato pele a pele favorecidos pelo Top maternal.

A manutenção da temperatura do Rn ocorre quando há equilíbrio entre a produção e a eliminação do calor. Sendo assim, todos os esforços devem ser realizados para que não haja perda de calor imediatamente ao nascer.

Ao nascimento, o bebê passa do meio intrauterino, onde a temperatura adequada para o seu bem-estar é mantida em torno de 37,5°C, para um ambiente extrauterino, mais frio e seco da sala de parto, o que propicia a perda de calor por evaporação e convecção. Para que não exista perda da temperatura, há necessidade de atenção por parte da equipe que recebe o Rn logo após o parto que, convencionalmente, incluem: enxugar o bebê, colocá-lo em fonte de calor radiante com berços aquecidos e fazer monitoramento de temperatura axilar constante ou continuamente.

Muitas das práticas rotineiramente utilizadas não têm eficácia comprovada e, portanto, deveriam ser modificadas por interferirem negativamente, como a não manutenção do bebê logo após seu nascimento. A prática da colocação do Rn, ao nascer, em contato pele a pele com sua mãe, é procedimento seguro, sem grandes custos e apropriado para regulação da temperatura corporal do recém-nascido sadio, sendo recomendado pelo Guia Prática Clínica sobre Cuidados com o Parto Normal (2010)<sup>(8)</sup> e pela Diretriz NICE (2014)<sup>(9)</sup>.

Embora exista recomendação clara e reconhecimento por meio de evidências quanto à realização do contato precoce entre mãe e recém-nascido, essa prática, de acordo com estudos sobre a temática, parece não receber ainda a devida atenção por parte dos profissionais de saúde responsáveis pela condução da grande maioria dos partos e nascimentos nos dias atuais, visto que, boa parte dos bebês ainda são colocados nas primeiras horas de vida sob calor radiante<sup>(10)</sup>.

A prática é fortalecida também pelo quarto passo dos *Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento materno*<sup>(11)</sup>, que auxilia mulheres a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento e, para tal, recomenda o contato pele a pele precoce e prolongado no período de pós-parto imediato, que deve durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar. Esse contato precoce

ou imediato, evidenciado nesse passo, significa colocar o bebê sem roupa em posição prona sobre o tórax da mãe imediatamente após o parto.

Neste sentido, alguns passos foram observados e descritos sequenciando as primeiras ações do recém-nascido, quando colocado em contato pele a pele com a mãe, que vão desde o choro até o reconhecimento do mamilo (Pelo cheiro), a mamada e o adormecer. As evidências com relação à temperatura são expressivas; quando há neutralidade entre a vida intrauterina e extrauterina, oportuniza-se ao recém-nascido uma melhor adequação aos padrões fisiológicos de saturação de oxigênio e frequência cardíaca. Estímulos sensoriais, como toque, calor e odor, são excitantes vagais que, entre outros efeitos, liberam oxitocina materna, que age aumentando a temperatura da pele do peito da mãe, fornecendo calor para o bebê<sup>(3)</sup>.

Se o recém-nascido apresenta boa vitalidade ao nascer, além dos procedimentos normais deve-se prover calor para que sua temperatura corporal se mantenha entre 36,5°C a 37,0°C.

Neste estudo, não foi registrada temperatura menor que 36,0°C, mesmo após 30 minutos do nascimento, em que 65% dos recém-nascidos ficaram dentro dos parâmetros da normalidade, entre 36,5 a 37°C e apenas 35% manifestaram uma hipotermia leve entre 36,0 e 36,4°C. No entanto, no GCPP, apenas 38,9% desenvolveram hipotermia leve após 30 minutos, enquanto no GCR, chegou a 61,9%, o que leva a conclusão que colocar o bebê em contato pele a pele ou junto de sua mãe colabora com a manutenção da sua temperatura corporal do em comparação aos colocados em berço de calor radiante, longe de sua mãe, independentemente do local de nascimento ou tipo de parto.

Meta-análise composta por 23 estudos indicou forte evidência do aumento de temperatura corporal em contato pele a pele, com destaque ao fato de que a temperatura do ambiente não influenciou o desfecho temperatura corporal, pois mesmo em ambientes mais frios, a temperatura corporal dos recém-nascidos em contato pele a pele teve elevação ou pelo menos se manteve inalterada<sup>(3)</sup>.

Os dados encontrados no presente estudo apresentaram resultados parecidos com os descritos acima e em demais estudos<sup>(12-14)</sup>, ao identificar que a temperatura da sala onde o recém-nascido ficou após o nascimento teve pouca influência na manutenção da sua temperatura corporal, como apresentado na Tabela 1. As temperaturas da sala variaram de 23°C a 26°C e a maior parte (56,6%) dos nascimentos ocorreu com a temperatura em 23°C. No GCPP, 51,6% mantiveram sua temperatura corporal após 30 minutos entre 36,4°C a 37,2°C, enquanto no GCR, 48,4% a temperatura que

variou entre 36,0°C e 36,7°C, levando ao conhecimento de que o contato pele a pele manteve os Rns do estudo com temperaturas mais próximas da faixa de normalidade, ao passo que para os que ficaram em calor radiante, os valores estão mais próximos da faixa de hipotermia leve.

Sabe-se que o tipo de parto pode influenciar na temperatura do recém-nascido logo após o nascimento, principalmente quando for tipo cesariano e a parturiente tiver recebido anestesia raquidiana. No processo anestésico, há redução da temperatura corporal da mãe, levando também a uma diminuição na temperatura do bebê<sup>(3)</sup>. Mesmo assim, neste estudo, em apenas em 28,0% dos Rns de parto cesariano pertencentes ao GCR a temperatura registrada foi de 36,0°C e somente após 30 minutos após o nascimento. Destaca-se a ocorrência, nos partos normais realizados no CPN, a grande maioria (86,6%) dos bebês foi colocada em contato pele a pele, fato inversamente proporcional nos partos ocorridos no CO, onde 20 (66,6%) foram normais, sete (23,3%) cesarianos e três (10,0%) fórceps. A maioria (83,3%) foi encaminhada para o calor radiante, reforçando a ideia de que, mesmo que os bebês tenham nascidos todos em boas condições, há tendência maior para o modelo onde a predominância da assistência se dá por enfermeiras do que para o modelo em que os Rns são assistidos em contato pele a pele junto de sua mãe.

As limitações deste estudo estão relacionadas à diferença no controle da temperatura dos dois ambientes envolvidos, um com ar condicionado e outro com temperatura ambiente, e ao número da população estudada. Embora os valores das temperaturas mostraram-se semelhantes, sugere-se, em outro estudo, além de número maior dos sujeitos, que os ambientes de nascimento tenham a mesma temperatura, de maneira que esta variável seja controlada.

## Conclusão

Neste estudo, ficou evidenciado que a temperatura dos neonatos que foram colocados em contato pele a pele com auxílio do dispositivo Top Maternal, logo após o nascimento, apresentou maior valor na maioria dos tempos verificados, comparada à temperatura dos que foram colocados em berço aquecido sob calor radiante, independentemente do local de nascimento, não havendo em nenhum momento valores de temperatura sugestivos de hipotermia moderada ou grave. Quando submetidos os dados à análise estatística, descobriu-se que não houve diferença significativa entre os grupos estudados.

Os achados corroboram as últimas evidências encontradas na literatura sobre a temperatura de recém-nascidos logo após o parto e apresentam

resultados de um país tropical, cujas características climáticas são diferentes daquelas dos países onde foram desenvolvidos a maioria dos estudos incluídos nesta pesquisa. Também trouxe luz para a suposição de que os recém-nascidos não submetidos a cuidados em berço de calor radiante logo após o nascimento possam ter sua temperatura diminuída comprometendo seu equilíbrio, tornando essa preocupação desnecessária. Ademais, este estudo contribui com o avanço do conhecimento que sustenta a manutenção dos bebês com suas mães imediatamente ao nascer, favorecido pelo contato pele a pele sob o uso do Top Maternal, sem prejuízos ao seu bem-estar, uma vez que a temperatura dos recém-nascidos em média se manteve em níveis recomendáveis. Igualmente favoreceu os benefícios que o contato pele a pele traz tanto para mãe quanto para o recém-nascido e para a gestão dos serviços que pode repensar a utilização rotineira de equipamentos de calor radiante.

## Referências

1. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery*. 2007;11(1):98-104.
2. Guia de Prática Clínica sobre Cuidados com o Parto Normal. Guia de Práticas Clínicas no SMS. Ministério da Saúde e Política Social. Vitória: Gasteiz Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA); 2010.
3. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell JT. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue5. Art. No.: CD003519. DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub3.
4. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:262-72.
5. Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M, Dykes F. Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014jan14;14:22-6.
6. Spong CY. Defining "term" pregnancy: Recommendations from the Defining "Term" Pregnancy Workgroup. *JAMA* 2013; 309:2445-6 2. Definition of term pregnancy. Committee Opinion nº 579. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2013;122:1139-40.
7. American Academy of Pediatrics: American College of Obstetricians and Gynecologists. The Apgar score. *Obst Gynecol*. [Internet]. 2006 [Acesso 12 jan 2015];107:1209-12.[Acesso 17 fev 2015]. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee->

Opinions/Committee-on-Obstetric-. Practice/co333.pdf?dmc=1&ts=20141206T0645151146

8. Ministério da Saúde e Política Social (ES). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Guia de Prática Clínica sobre Cuidados com o Parto Normal. Guia de Práticas Clínicas no SMS.). Vitória-Gasteiz; 2010.

9. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014.

10. Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Childbirth care: contributing to the debate on human development. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2007 [Acesso 18 jan 2015]; 15(n.spe):792-8. ISSN 0104-1169.

11. Fundo das Nações Unidas para a Infância (BR). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: modulo 2: fortalecendo e sustentando a iniciativa hospital amigo da criança: um curso para gestores. Brasília (DF); 2009.

12. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. J Hum Lact. 2010;26:130-7.

13. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. J Coll Physicians Surg Park. 2011; [Acesso 18 fev 2015];21(10):601-5. Disponível em: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Link&LinkName=pubmed\\_pubmed&from\\_uid=24216342DOI](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Link&LinkName=pubmed_pubmed&from_uid=24216342DOI) 10.2011/JCPSP.601605.

14. Araújo BF, Zatti H, Oliveira P Filho, Coelho MB, Olmi FB, Guaresi TB, et al. Influência do local de nascimento e do transporte sobre a mormimortalidade de recém-nascidos prematuros. J Pediatr. (Rio J).2011;87(3):257-262.DOI:10.2223/JPED.2094

Recebido: 25.7.2014

Aceito: 15.8.2015

---

Correspondência:

Rosemeire Sartori de Albuquerque  
Universidade de São Paulo Escola de Artes Ciências e Humanidades  
Av. Alindo Bétio, 1000  
Ermelino Matarazzo, CEP: 03.828-000,  
São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: rose.sart1@uol.com.br

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.