

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ADRIANA LOUREIRO DA CUNHA

PRÁTICAS CULTURAIS DO PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO EM
ALOJAMENTO CONJUNTO: contribuições da enfermagem neonatal.

RIO DE JANEIRO

2013

ADRIANA LOUREIRO DA CUNHA

PRÁTICAS CULTURAIS DO PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO EM
ALOJAMENTO CONJUNTO: contribuições da enfermagem neonatal.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Dra. Marialda Moreira Christoffel

Cunha, Adriana Loureiro.

Práticas culturais do primeiro banho do recém-nascido em alojamento conjunto: contribuições da enfermagem neonatal/ Adriana Loureiro da Cunha.-2013. 104 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2013.

Orientador: Marialda Moreira Christoffel

1. Recém-nascido. 2. Banhos. 3. Alojamento Conjunto. 4. Cultura. 5. Enfermagem Neonatal- Dissertação. 1. Christoffel, Marialda Moreira (Orient.). 11. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título

CDD: 610.73

ADRIANA LOUREIRO DA CUNHA

PRÁTICAS CULTURAIS DO PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO EM
ALOJAMENTO CONJUNTO: contribuições da enfermagem neonatal.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em

Prof^ª. Dr^ª Marialda Moreira Christoffel. Orientadora.
(Presidente) – EEAN/UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Janice Machado da Cunha
(1^ª examinadora) FE/UERJ

Prof^ª Dr^ª Elisa da Conceição Rodrigues
(2^ª examinadora) EEAN/UFRJ

Prof^ª Dr^ª Leila Rangel
(Suplente) EEAP/UNIRIO

Prof^ª Dr^ª Isabel Cristina dos Santos Oliveira
(Suplente) EEAN/UFRJ

Agradecimentos

A Deus. Pela possibilidade de concluir meus estudos e chegar até aqui. Sua fidelidade transcende todo o entendimento.

À minha mãe, Nilza, e ao meu pai Pedro Jorge (in memoriam) por me incentivarem a ingressar em uma Universidade. Sem vocês não realizaria nenhum dos meus principais sonhos.

À minha orientadora, Prof^a Marialda, pela dedicação e incentivo apesar de todos os obstáculos. À você, minha gratidão e admiração.

Às amigas do mestrado, em especial a Rachel, pela disponibilidade e auxílio de sempre, me ouvindo em dúvidas e angústias.

Às professoras integrantes das bancas de defesa de projeto, qualificação e defesa final. As contribuições dessas grandes doutoras foi fundamental para a realização desse trabalho.

A todos os amigos e familiares não contemplados aqui, mas não menos importantes, obrigada.

“...Todo dia banho só porque sou um bebê.
Alguém do meu tamanho não escolhe o
que fazer...”

Música Tchibum- da cabeça ao bum bum . Palavra Cantada.

Cunha, Adriana Loureiro. **Práticas culturais do primeiro banho do recém-nascido em alojamento conjunto:** contribuições da enfermagem neonatal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2013.

O primeiro banho é um evento permeado por ritos e expectativas que envolvem mães/família e a equipe de enfermagem. Na prática hospitalar ainda prevalece essa idéia que está presente em muitas culturas, ou seja administrar o banho imediatamente após o nascimento sendo indicado para apenas higienizar a pele do recém-nascido. O momento de transição do meio intrauterino para o extrauterino é um período delicado e marcado por diversas mudanças para o neonato. Ao nascer, ele vai então se adaptando gradualmente ao meio extrauterino, superando todas as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento. **Objeto do estudo:** As práticas culturais sobre o primeiro banho do recém-nascido realizado no alojamento conjunto. **Objetivos:** Descrever as práticas culturais realizadas durante o primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto; Analisar as práticas culturais frente ao primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto; Discutir as implicações das práticas culturais sobre o primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto. **Metodologia:** Estudo qualitativo com abordagem etnográfica realizado em uma maternidade Estadual, no Município de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro. Os participantes do estudo foram 24 profissionais equipe de enfermagem do alojamento conjunto. Foram realizadas entrevistas gravadas, com roteiro semi-estruturado, diário de campo, observação participante. A análise se deu através de análise temática. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ sob o número 089/2011. Todos os aspectos éticos foram respeitados. **Resultados e discussão:** Nesse estudo emergiram três categorias: Práticas de cuidado no primeiro banho do recém-nascido no Alojamento Conjunto; O espaço da sala de banho: da prática tecnicista a humanística e a relação da equipe de enfermagem com as mães e recém-nascidos: cultura profissional versus cultura familiar. Na cultura do profissional de enfermagem a avaliação física do recém-nascido reflete a valorização dos fatores biológicos de adaptação, de manutenção clínica estável do recém-nascido e da alimentação. É muito comum a equipe adotar critérios centrados em

conhecimentos técnicos-científicos em prol das competências sensório motora, respeitando ciclo sono\vigília para a interação do recém-nascido. O espaço físico da sala de banho é caracterizado pela alta manipulação dos recém-nascidos, pois neste horário há a visita dos pediatras, da própria equipe de enfermagem realizando procedimentos como o banho e o peso, além da circulação de pessoas dentro da unidade. O primeiro banho do recém-nascido não é somente uma técnica e sim um processo fundamentado na política de humanização onde a equipe de enfermagem deve valorizar no seu contexto cultural profissional a incorporação das competências do recém-nascido, valorização da família e o ambiente. Na cultura do profissional de enfermagem a avaliação física do recém-nascido reflete a valorização dos fatores biológicos de adaptação, de manutenção clínica estável do recém-nascido e da alimentação. **Considerações Finais:** Apesar de todo avanço do conhecimento sobre os cuidados com o recém-nascido no alojamento conjunto, há controvérsias na literatura sobre a relação do primeiro banho do recém-nascido e sua estabilização cardiorrespiratória e térmica. Em contrapartida, novos estudos sobre a termorregulação relativas ao banho surgem em oposição as recomendações até então apresentadas. Faz-se necessária a incorporação dos princípios da assistência humanizada ao nascimento, uma mudança de paradigma, que já faz parte de outras culturas de apoio ao parto e nascimento.

Descritores: 1. Recém-nascido. 2. Banhos. 3. Alojamento Conjunto. 4. Cultura. 5. Enfermagem Neonatal.

Cunha, Adriana Loureiro. **Práticas culturais do primeiro banho do recém-nascido em alojamento conjunto:** contribuições da enfermagem neonatal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2013.

The first bath is an event permeated by rites and expectations involving mothers family and the nursing staff. In hospital practice this idea still prevails that is present in many cultures, ie administer the bath immediately after birth is indicated for only sanitize the skin of the newborn. The moment of transition from the intrauterine environment for the extra uterine is a delicate period and marked by several changes to the neonate. At birth, he will then gradually adapting to extra uterine half, overcoming all the difficulties inherent in their development. Object of study: Cultural practices on the first bath of the newborn performed in rooming.

Objectives: Describe the cultural practices performed during the first bath of the newborn in the rooming; Analyzing cultural practices against the first bath of the newborn in the rooming; Discuss the implications of cultural practices on the first bath of the newborn in rooming.

Methodology: A qualitative study with an ethnographic approach performed on a state maternity, in Duque de Caxias, in Rio de Janeiro. Study participants were 24 professional nursing staff of rooming. Recorded interviews with semi-structured interview, field diary, participant observation were conducted. They were analyzed using thematic analysis. The research was approved by the School of Nursing Anna Nery / UFRJ Research Ethics Committee under number 089/2011. All ethical aspects were respected.

Results and Discussion: In this study, three categories emerged: Practices of care in the first bath of the newborn in Rooming; The space of the bathroom: the technicalities humanistic practices and the relationship of the nursing staff with mothers and newborns : professional versus family culture. In the culture of professional nursing physical assessment of the newborn reflects the appreciation of the biological adaptation factors, clinically stable maintenance of the newborn and feeding. It is very common for staff to adopt criteria focused on technical-scientific knowledge in favor of sensory motor skills, respecting sleep cycle \ vigil for the interaction of the newborn. The physical space of the bathroom is characterized by high handling newborns, because at this time there visiting pediatricians, of the nursing team performing procedures such as bathing and weight, in addition to the movement of persons within the unit. The first bath of the newborn is not only a technique but a policy based on the humanization where the nursing staff should value in their professional cultural context process incorporating the skills of the newborn, valuing family and the environment. In the culture of professional nursing physical assessment of the newborn reflects the appreciation of the biological adaptation factors, clinically stable maintenance of the newborn and feeding. It is very common for staff to adopt criteria focused on technical-scientific knowledge in favor of sensory motor skills, respecting sleep cycle \ vigil for interaction Newborn.

Final Thoughts: Despite all advancement of knowledge about the care of the newborn in their rooms, there is controversy in the literature about the relationship of the first bath of the newborn and its cardiorespiratory and thermal stabilization. In contrast, new studies on thermoregulation related to bath arise in opposition to the recommendations previously presented. It is

necessary to incorporate the principles of humanized birth, a paradigm shift, which is already part of other cultures to support labor and birth. **Keywords:** 1. Newborn. 2. Baths. 3. Rooming in care. 4. Culture. 5. Neonatal Nursing

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.1 Objeto do estudo	19
1.2 Objetivos	19
1.3 Justificativa e Relevância	19
1.3.1 Relevância Epidemiológica	19
1.3.2 Relevância Científica	25
1.4. Contribuições do Estudo	27
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO- METODOLÓGICA	29
2.1. Transformações da prática do banho do Recém-nascido	31
2.2. Tipo de Pesquisa	35
2.3. Trabalho de Campo	37
2.4. Sujeitos do Estudo	40
2.5 Aspectos Éticos	43
2.6. Olhar	43
2.7 Ouvir	44
2.8 Escrever	44
2.8.1 Tecendo as redes das teias de significados no software atlas ti	44
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
3.1 Práticas de cuidado do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto	52
3.1.1A dimensão biológica do cuidado de enfermagem no primeiro banho do recém- nascido no alojamento conjunto	52

3.2 O ESPAÇO DA SALA DE BANHO: DA PRÁTICA TECNICISTA À HUMANÍSTICA	64
3.3 RELAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM AS MÃES E COM OS RECÉM-NASCIDOS: CULTURA PROFISSIONAL x CULTURA FAMILIAR	75
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE	100
APÊNDICE A - Termo de consentimento	101
APÊNDICE B – Formulário para Caracterização dos sujeitos	102
ANEXO	103

1. Considerações Iniciais

O interesse pela temática voltada para os cuidados com o recém-nascido iniciou-se antes de desenvolver minhas atividades profissionais na área de saúde materno-infantil. Em meu próprio contexto familiar, quando encontrei um documento com orientações de um pediatra que datava de agosto de 1972 (Anexo 1) sobre os cuidados gerais de um recém-nascido, no qual o banho ganhava destaque: “Não banhar, somente após a queda do umbigo”. E assim, pude despertar para as várias transformações que aconteceram nas últimas décadas nos cuidados com o recém-nascido a termo, saudável.

Atuando na área materno-infantil, desde o ano de 2003, estive na liderança da equipe de Enfermagem de uma maternidade de um hospital privado, localizado no município do Rio de Janeiro. Nesse cenário, pude observar que os profissionais de saúde cuidavam dos recém-nascidos (Rns), separando-os de seus pais e familiares, nas primeiras horas de vida.

Tal separação se dava pelo fato da equipe de saúde priorizar alguns procedimentos com o recém-nascido ainda na sala de parto: aspiração de vias aéreas, clampeamento precoce do cordão ou coto umbilical, identificação do recém-nascido entre outros. Todos esses procedimentos faziam parte de um protocolo, normatizado pela instituição. Após a realização desses cuidados, o recém-nascido era transferido para o berçário (ainda era essa denominação), e colocado na incubadora por três horas, a fim de estabilizar suas funções vitais.

Em seguida, o banho era realizado em uma pia e o recém-nascido colocado debaixo da torneira com água morna. Para a limpeza corporal, era utilizada uma escova embebida em sabão líquido (neutro) a fim de retirar resíduos de sangue, vernix caseosa, ou algumas vezes, mecônio.

O primeiro banho seguia a cultura da instituição, com suas normas e rotinas objetivando a higienização corporal, havendo alto nível de manipulação pelo profissional de enfermagem, porém sem a participação dos pais/familiares.

Em outubro de 2009, comecei a atuar em uma maternidade pública, localizada no Município de Duque de Caxias, no Estado do Rio de Janeiro, onde encontrei uma realidade

diferente daquela vivida há seis anos. O berçário, encontrado anteriormente, dava lugar ao “Sistema de Alojamento Conjunto¹”.

O Alojamento Conjunto “É um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe, 24 horas, num mesmo ambiente, até a sua alta hospitalar. O AC possibilita a prestação dos cuidados assistenciais, cujo objetivo principal é dar autonomia para a mulher cuidar de seu filho”. (BRASIL, 1993, p. 16).

A dinâmica assistencial não favorecia a puérpera múltipara a realizar cuidados com seu filho no AC, ela contava apenas com o apoio da equipe de enfermagem. Os cuidados básicos: troca de fraldas, limpeza do coto umbilical na maioria das vezes, eram realizados pelas próprias puérperas ou seus familiares, apenas o primeiro banho era realizado pela equipe de enfermagem (enfermeira ou auxiliar de enfermagem). Observei que a equipe de enfermagem preocupava-se apenas em orientar as puérperas primíparas sobre os cuidados gerais com o recém-nascido.

O primeiro banho, que não era realizado no Centro Obstétrico, não tinha um momento certo para acontecer. As puérperas, com medo ou insegurança para realizá-lo, aguardavam o familiar (pai do recém-nascido, avós, tias) chegar na hora da visita para realizar o banho.

O nascimento é um rito de passagem, e várias pessoas estão envolvidas, principalmente no contexto hospitalar: profissionais de saúde e puérperas-família, desenvolvem ritos de cuidado, ou seja, ações que são plenas de símbolos e significados que as auxiliam na reorganização para incorporar o novo (recém-nascido e nova mãe) e auxiliar a expressar a percepção de saúde e doença e os papéis sociais que precisam ser definidos ou redefinidos durante o processo de nascimento. (MONTICELLI, 1997, p.19).

O primeiro banho é um evento permeado por ritos e expectativas que envolvem mães/familiares e a equipe de enfermagem. Na prática hospitalar ainda prevalece essa idéia que está presente em muitas culturas, ou seja administrar o banho imediatamente após o nascimento. Pois imediatamente após o nascimento, a pele do RN se encontra envolvida por secreções e sangue, com potencial de contaminar tanto profissionais de saúde como familiares. (PUGLIESE et al, 2009).

Autores recomendam que o banho seja feito após a transição satisfatória da vida fetal para a neonatal, com manutenção da estabilidade térmica (3 a 6 horas de vida). Outros

¹ Brasil, 1993, Portaria n. 1016.

sugerem que a higienização seja realizada somente com a retirada da sujidade excessiva no primeiro dia de vida. (BOWDEN; GREENBERG ; AVERY, 2005 ; BRASIL, 2011)

Após o nascimento, o banho tem como finalidade reduzir a colonização microbiana, remover as secreções maternas, diminuindo a exposição do RN e de seus cuidadores ao vírus transmitidos pelo sangue (Hepatite B; herpes simples e HIV), além disso, o RN deve ser exposto o mínimo possível para evitar hipotermia. A organização, planejamento, orientações e a interação com as mães/famíliaes/RN e as medidas de segurança são fundamentais nesse processo. (BRASIL, 2011)

Durante muito tempo na minha vida profissional orientei quanto ao banho tradicional no alojamento conjunto. Cada vez mais me causava desconforto, preocupação e estranheza, que se acentuavam ainda mais ao ouvir os discursos de alguns membros da equipe de enfermagem quanto ao primeiro banho do RN.

Certa vez, perguntei para uma das auxiliares do alojamento conjunto como eram feitas as orientações do primeiro banho às puérperas, e obtive como resposta: *“elas (as mães) deveriam ter o acompanhamento do primeiro banho pela enfermagem se fossem mães de primeira “viagem”(…) se já tivessem “experiência”(…) estas deveriam fazê-lo sozinhas, pois, já havia certa “prática” por parte delas”*.

A cultura institucional do banho tradicional, com normas e rotinas, predominava. Não era valorizado, nem estimulado o apoio e o acolhimento a mulher e seu filho recém-nascido, oferecendo-lhe um espaço de cuidado integral, no sentido de atender e manter processos fisiológicos pertinentes a essa fase: o puerpério imediato, o vínculo precoce e o apego entre mãe-pai-recém-nascido.

A fim de atender uma das normas do alojamento conjunto que preconiza oferecer condições a enfermagem de promover o treinamento materno, através de demonstrações da prática dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido e a puérpera, minimizar o estresse causado ao bebê na ocasião do nascimento e promover o vínculo entre pais e filhos, a Secretaria de Estado de Saúde/SES do Rio de Janeiro vem investindo no atendimento humanizado à parturiente. Pude participar em março de 2010, da criação de um espaço denominado “Sala de Banho” a fim de estabelecer um maior contato da equipe de enfermagem do AC com a clientela assistida.

O momento de transição do meio intrauterino para o extrauterino é um período delicado e marcado por diversas mudanças para o neonato. Intraútero, o feto encontra-se em um ambiente de aconchego, temperatura e luminosidade constantes, ruídos suaves e sem necessidade de esforço para manter-se vivo. Ao nascer, ele vai então se adaptando

gradualmente ao meio extrauterino, superando todas as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento.

A sala de banho foi idealizada para garantir este aconchego, a intimidade e o acolhimento necessários nos primeiros dias do pós-parto. As mães recebem o auxílio das enfermeiras e técnicas de enfermagem do AC.

Na Sala de Banho, a equipe de enfermagem orientava a “Técnica do Banho Humanizado²” para as mães. O objetivo desta técnica é prevenir a hipotermia, e também proporcionar relaxamento e minimizar o stress causado pelo parto e a adaptação extrauterina. No banho humanizado, a higienização acontece por etapas. Primeiramente, o recém-nascido é envolvido numa toalha macia vestindo apenas uma fralda e lava-se a face e a cabeça. Em seguida, o bebê é colocado de volta no berço para ser enxugado e tem a fralda retirada. Então, ele é envolvido novamente na toalha e seus pés são suavemente introduzidos na água. Aos poucos, vai sendo submergido por completo e a toalha é retirada. (BRASIL, 2002)

Além do banho humanizado (Figura 1), o manual da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2011) sugere o Banho de Ofurô (Figura 2) visando o conforto do recém-nascido.



Fig 1. Banho Humanizado

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

²Manual do método canguru para recém-nascidos de baixo peso (BRASIL,2011)



Fig 2. Banho de ôfuro

Fonte: Google images

O banho humanizado realizado nas maternidades ocorre da seguinte maneira: geralmente é retirado a roupa do recém-nascido, mantendo-o com fralda e coberto para ajudar a reduzir a perda de calor. O profissional apoia o corpo do Rn sob a axila, segurando a cabeça com uma das mãos (geralmente a esquerda, deixando a mão direita livre para proceder ao banho). Inicia-se pela higiene do rosto, limpando os olhos do canto interno para o externo com algodão, gaze ou pano limpo e macio embebido somente em água.

Protege-se o meato auricular, com dedo anelar e polegar protegendo a entrada de água no ducto. Lavar primeiro a cabeça com sabonete neutro ou shampoo, em pequena quantidade, massageando couro cabeludo com movimentos delicados, enxaguar. Secar o rosto e a cabeça. Retirar a fralda, limpar o períneo com algodão e água morna. Colocar o Rn na banheira (água morna, cerca de 10 cm de altura) gradualmente, familiarizando-o com a temperatura da água, segurando com firmeza: antebraço esquerdo apoiando a cabeça do Rn e mão esquerda segurando o braço esquerdo do Rn. Mantê-lo semissentado. Limpar com sabonete neutro, em mínima quantidade possível: tórax anterior, abdome, braços, pernas e coto\cicatriz umbilical, genitais. Enxaguar aos poucos. Em seguida virar o Rn e ensaboar dorso, glúteos, coxas e pernas: girar o Rn de modo que o braço esquerdo passe a apoiar o peito e o rosto do Rn. A mão esquerda segura o braço direito do Rn. Estar vigilante para o rosto do Rn não alcançar a água na banheira. Enxaguar e retirar Rn da banheira e enrolá-lo numa toalha de algodão. Secar cuidadosamente dobras, palmas das mãos, interdedos. Vestir

tórax, colocar a fralda, deixando coto descoberto. Vestir o Rn. Limpar coto umbilical com álcool a 70%. (GOMES, 2010)

Em alguns centros na Europa e na Austrália, o *tummy bath* (banho de balde ou banho de *ofurô*) tem sido utilizado como parte da rotina na higiene e assistência ao recém-nascido. Esse tipo de banheira assemelha-se ao formato do útero, permitindo ao neonato permanecer com o corpo submerso dentro da água, em posição fletida, com os membros inferiores e superiores em linha mediana, flexionados, mantendo a cabeça fora da água, apoiada pelo cuidador.

A assistência humanizada preconiza medidas terapêuticas associadas à atenção ao ser humano que necessita de internação e cuidados específicos. Acredita-se que as mudanças favoreçam a melhoria da qualidade do cuidado prestado. Os profissionais precisam ser sensíveis ao acolhimento terapêutico do recém-nascido.

No processo de implantação da sala de banho não houve participação e reflexão entre os profissionais de saúde e as mulheres usuárias do serviço. As normas e rotinas se deram, idealizadas somente pela coordenação da maternidade e o fato é que diante destas normas, presenciei por várias vezes, ações autoritárias por parte da equipe de enfermagem, que desconhecia os objetivos desta nova forma de cuidar.

Não era difícil ouvir das mulheres que o banho humanizado seria “complicado fazer em casa”, que “nunca conseguiriam ter segurança para realizá-lo”. Também observei que muitas mães, não queriam dar banho no seu recém-nascido, pois se sentiam constrangidas diante do fato de não conseguirem realizar o banho conforme ensinado pela equipe, e por outras vezes demonstravam preocupação, pois nem mesmo teriam os materiais necessários para realizar essa técnica no domicílio.

Por outro lado, a equipe de enfermagem apresentava resistência em aderir às mudanças propostas. Nem todas as enfermeiras e técnicas de enfermagem participavam da “hora do banho”. Eram eleitas, pela equipe de enfermagem, um ou dois componentes, que mais se identificavam com a rotina da sala e somente elas assumiam este cuidado em seus plantões.

Por vezes, a técnica do banho humanizado não era realizada, a equipe dava o banho convencional, conforme aprenderam nos cursos de enfermagem ou até mesmo em seus cotidianos familiares.

Com base nos argumentos descritos, elaborei as seguintes questões norteadoras: Qual a prática cultural do primeiro banho do recém-nascido? Como a equipe de enfermagem atua durante a realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto? Quais as

implicações das práticas culturais frente ao primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto?

1.1. Objeto

Diante do exposto, delimito como objeto do estudo: As práticas culturais sobre o primeiro banho do recém-nascido realizado no alojamento conjunto.

1.2 Objetivos

Os objetivos deste estudo são: Descrever as práticas culturais realizadas durante o primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto; Analisar as práticas culturais frente ao primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto; Discutir as implicações das práticas culturais sobre o primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto.

1.3 Justificativa e Relevância

1.3.1. Relevância Epidemiológica.

Anualmente, aproximadamente 500.000 crianças morrem na região das Américas antes de completarem 5 anos de idade. Uma em cada cinco dessas mortes é decorrente de doenças infecciosas e transtorno nutricional. A maioria dessas mortes poderia ser evitada, se medidas de prevenção ou tratamento fossem aplicadas precocemente. (BRASIL, 2012)

Entre os 130 milhões de crianças que nascem no planeta, cerca de 4 milhões morrem nas primeiras quatro semanas de vida (período neonatal). Um número similar de crianças nascem mortas, isto é, vão a óbito no útero durante os últimos três meses de gestação. A maioria (99%) dos óbitos perinatais ocorre nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. (BRASIL, 2012)

O período neonatal é um momento de grande vulnerabilidade na vida, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais havendo necessidades de cuidados especiais com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente ECA (BRASIL, 1990).

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 50% entre 1990 e 2008. Nesse mesmo período, a mortalidade neonatal (zero a 27 dias) e a pós-neonatal (28 a 364 dias) nesse estado passaram respectivamente de 14,7‰ para 8,3‰ e de 11,5‰ para 4,5‰, indicando redução significativa nos óbitos de crianças a partir de 28 dias. (ZANINI, 2011)

Cerca de 98% dos partos no Brasil ocorrem em hospitais. E é na primeira semana de vida, em especial no primeiro dia de vida, em torno de 25%, que se concentram altos índices de mortalidade infantil. (BRASIL, 2011)

A partir da década de 90, com a implantação de políticas governamentais de atendimento humanizado ao parto e nascimento, a mulher e seu recém-nascido passaram a ser os sujeitos das ações institucionais. (BRASIL, 2000) A Saúde da Criança foi definida pela Organização das Nações Unidas (PNUD, 2000) como uma área prioritária para o desenvolvimento do milênio. No Brasil, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004) e Pacto pela Vida (2006) reafirmam a importância e o compromisso com a saúde da criança e redução de sua morbi-mortalidade.

Em 2000, a Organização das Nações Unidas, estabeleceu 8 objetivos chamados de “jeitos para mudar o mundo” também conhecidos como objetivos do milênio. O objetivo nº 4 visa a redução da mortalidade infantil. A mortalidade infantil é um evento indesejado, e reflete as condições de vida de uma sociedade. Retratam o desenvolvimento e evolução de um país, ocorrem como uma consequência de fatores biológicos, culturais e sociais e também por falhas no atendimento, que não foram contemplados com as políticas de atenção a saúde.

A mortalidade neonatal, entre 0 e 27 dias de vida, representa entre 60 e 70% da mortalidade infantil no Brasil, portanto há uma necessidade maior de desenvolver ações que possibilitem evitar ainda mais que estes índices aumentem. (BRASIL, 2011)

A morte neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) ainda representa o causador do alto índice de mortalidade infantil no Brasil. A concentração das mortes infantis no primeiro dia e na primeira semana de vida verificada no Brasil em 2003-2005 (26,2%) de mil nascidos vivos, demonstra a estreita relação da Morte Neonatal (MN) com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e na unidade neonatal e a importância de se considerar as ações dirigidas à melhoria desta assistência. (FRANÇA; LANSKY, 2005).

Dessa forma, no Brasil, a Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008), destaca o período perinatal e primeiro ano de vida quanto a importância da condição de vida e do desenvolvimento da criança, com ênfase nos aspectos ambientais, familiares, biológicos, nutricionais e psicossociais.

De acordo com os Objetivos do Milênio, até 2015, o Brasil deverá ter reduzido esta taxa de mortalidade para 17,9 por mil nascidos vivos. Porém, as altas taxas de mortalidade ainda concentram-se na região Nordeste, conforme o Ministério da saúde relata. (BRASIL, 2009)

Atualmente, o Brasil está entre os 16 países (de um grupo de 68 países) em condições de atingir a quarta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e chegar à taxa de 14,4 mortes por mil nascidos vivos, em 2012, três anos antes da data limite fixados

pela Organização das Nações Unidas (ONU). O declínio da mortalidade infantil no Brasil é resultado do aumento da cobertura vacinal da população, uso da terapia de reidratação oral, aumento da cobertura do pré-natal, ampliação dos serviços de saúde, redução contínua da fecundidade, melhoria das condições ambientais, aumento do grau de escolaridade das mães e das taxas de aleitamento materno. (BRASIL, 2010)

Ações integradas de saúde, que vão desde o pré-natal até os cuidados com o recém-nascido, permitem contribuir para que se evitem as mortes precoces tanto materna quanto a neonatal, assim as instituições hospitalares tornam-se essenciais devido ao alto índice de nascimentos nestas instituições. No Brasil nascem cerca de três milhões de crianças por ano. (BRASIL, 2011)

Durante o período de estadia no alojamento conjunto, a mulher e o recém-nascido deverão receber toda a orientação e atenção as suas demandas que poderão contribuir para a continuidade destes cuidados em domicílio. Desde as ações básicas como o banho do recém-nascido, a troca de fraldas, o cuidado com o coto umbilical, até as orientações para o esquema vacinal, a triagem neonatal e aleitamento materno são pontos que deverão ser realizado pelos enfermeiros.

As ações descritas fazem parte das normas do alojamento conjunto através da Portaria Ministerial nº 1016 de 26 de agosto de 1993. Tais normas contemplam garantir o conforto e o bem-estar da mulher e do recém-nascido durante a internação hospitalar. Através do espaço do alojamento conjunto, viabiliza-se a formação do vínculo com a mulher, o recém-nascido e sua família. A partir deste espaço de relações, é possível compreender a “necessidade de intervenção de maior impacto e significação social” (BRASIL, 1997, p: 27) além de perceber com maior clareza as particularidades de cada pessoa e família.

No ano de 2000, foi instituído o Programa Nacional de Humanização do pré-natal e nascimento com varias estratégias tendo como eixos o nascimento saudável. (BRASIL, 2000)

Em 2005, foi instituída a Portaria nº1067 de 04/07/05, que trata da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal e tem como proposta a melhoria no atendimento a mulher e seu recém-nascido, preconizando uma assistência mais humanizada, através de um atendimento adequado e seguro.

Em 2006, o MS, através da Portaria MS/GM nº399, aprova o Pacto pela Saúde que estabelece como prioridades o Pacto pela vida e a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil. (BRASIL, 2005)

Em 2008, foram publicados os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança, que apontam uma queda de 44% na mortalidade infantil,

aumento da amamentação no primeiro dia pós-parto de 70,8% para 99,5%, o acesso das crianças aos serviços de saúde passou de 18,2% para 49,7%, melhora da cobertura ao pré-natal (99% em 2006 contra 86% em 1996), além de dados que refletem a melhora do planejamento familiar. (BRASIL, 2008)

Destaca-se ainda, a nova Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Esta Resolução tem por objetivo estabelecer padrões para funcionamento dos serviços com base na qualificação, humanização e redução e controle dos riscos e aplica-se aos serviços de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares.

Em 2009, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS incluiu na sua agenda de ações estratégicas de fortalecimento e expansão do Método Canguru no território brasileiro. Entendendo que, o fortalecimento e expansão do mesmo é uma importante estratégia para a humanização do atendimento aos pais/família e recém-nascido de baixo peso ao nascer. (BRASIL, 2009)

As modificações fazem emergir a perspectiva de mudança do modelo biomédico e hospitalocêntrico, centrado na doença e nos sintomas, pautando o cuidado na humanização da assistência, na integralidade, na perspectiva da valorização das crenças e modos de vida (SILVA, CHRISTOFFEL e SOUZA, 2005).

A Portaria 930 do MS de 10 de maio de 2012 refere que são diretrizes para atenção integral à saúde do Recém-Nascido: o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; a promoção da equidade; a integralidade da assistência; a atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; atenção humanizada; e estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido. (BRASIL, 2012)

Vê-se que embora sinalizem para a promoção da saúde, as políticas de saúde do recém-nascido baseiam-se essencialmente na assistência a saúde e prevenção de doenças. Faz-se necessário um repensar da prática do profissional de saúde em vistas a superar o modelo biomédico.

Ao nascer, o recém-nascido ainda no Centro obstétrico é avaliado pela equipe de saúde, através de tabelas ou escores, como o Apgar, Ballard e Capurro que analisam a vitalidade do recém-nascido nas primeiras horas de nascido. (AVERY, 2005)

A adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, ou transição fetal-neonatal é um processo biológico complexo que envolve modificações funcionais em todos os órgãos e sistemas do recém-nascido, permitindo-lhe viver separado da unidade uteroplacentário. Os

aspectos mais importantes da transição fetal-neonatal são: (1) a conversão do pulmão cheio de líquido num órgão arejado e distensível capaz de realizar trocas gasosas; (2) o estabelecimento de uma circulação tipo “adulto”; (3) a separação de um ambiente térmico estável como é o útero; (4) a adaptação metabólica à vida extrauterina. A adaptação fisiológica do recém-nascido a vida extrauterina, acontece nas primeiras 24h de nascido e torna-se completa quando os sinais vitais e sua capacidade de alimentação e as funções gastrointestinal e renal estão estabilizadas. (AVERY, 2005)

Um dos fatores mais importantes nesta fase de adaptação extrauterina é a manutenção da temperatura corporal. O protocolo de atendimento ao recém-nascido na sala de parto, estabelecida pela Academia Americana de Pediatria orienta manter a temperatura corpórea, enxugando-o e envolvendo-o em campos estéreis, embaixo de calor radiante. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2002)

O recém-nascido a termo tem mecanismos protetores para promover a conservação do calor- camadas de tecido adiposo e áreas de gorduras marrons, mais proeminentes sobre a escápula e os flancos. A gordura marrom supre ácidos graxos para a produção do calor termogênese, processo que tem início quando o recém-nascido perde calor. Para manter uma temperatura central (retal) estável, o corpo quebra gorduras, queima calorias, consome oxigênio e aumenta a taxa de metabolismo. O estresse por frio pode ocorrer em qualquer recém-nascido, que está exposto a um ambiente frio. Quando as reservas nutricionais e de oxigênio se esgotam, o recém-nascido perde proteínas e tecido muscular, bem como peso. (KENNER, 2001)

A pele do recém-nascido constitui uma importante barreira para impedir a perda de água e manter o equilíbrio homeostático. Ao nascer, a pele do recém-nascido está envolta em vernix caseosa, uma barreira lipídica que protege a pele do recém-nascido intra útero. O pH da pele do recém-nascido torna-se ácido e assim, em 4 dias está colonizada com a flora normal. Esta acidez faz-se necessária para proteger contra patógenos agressivos. A pele do recém-nascido é sensível ao meio ambiente. Ao nascer, a pele estéril do recém-nascido, é contaminada com a flora vaginal. Com duas semanas de vida, a pele está completamente queratinizada, e pronta para resistir a absorção de substâncias tóxicas. (MEDVES; BRIEN, 2001).

É no sistema alojamento conjunto que o recém-nascido vai passar durante a sua internação hospitalar. O alojamento conjunto, traduzido do Inglês “Rooming-in care”, é uma forma de organização hospitalar, em que o recém-nascido permanece ao lado de sua mãe. (BRASIL, 1993)

Para ser admitido no alojamento conjunto, este recém-nascido deve estar em condições mínimas de estabilidade fisiológica, a fim de que o alojamento conjunto possa ajudá-lo a adaptar-se ao novo meio ambiente não estéril, favorecendo a colonização da pele e trato gastrointestinal com os microrganismos da mãe, fortalece os vínculos mãe e filho, diminui os riscos de infecção hospitalar e com isso os riscos para morbimortalidade infantil. Para isto, o recém-nascido deve estar em boas condições de vitalidade, capacidade de sucção e sem instabilidades clínicas. Isto inclui: 1) recém-nascido a termo, com Apgar igual ou maior que 7 aos 5 minutos de vida; 2) recém-nascido que não sofreu tóxico traumático; 3) Com níveis de glicose normais. (SANTOS; MONTICELLI; OLIVEIRA, 2011)

Faz-se necessário, a equipe de enfermagem observar criteriosamente o recém-nascido e estar diretamente voltada para ações educativas, avaliação dos sinais vitais, medidas de higiene, avaliação da perda ponderal, proteção contra infecções, manutenção da amamentação, controle da hipoglicemia e da termorregulação.

O processo educativo no alojamento conjunto deve transcorrer durante todo o tempo de internação. É um processo contínuo e deve ser amplo, ancorado no processo sociocultural das famílias. Algumas ações podem ser oportunizadas junto aos pais, tais como: primeiro banho, higiene corporal, cuidados com o coto umbilical, troca de fraldas, avaliação da cor da pele, causas possíveis de choro, detectar possíveis problemas com o recém-nascido o mais precoce. Além disso, a equipe de enfermagem deverá estar acompanhando o controle dos sinais vitais. Detectando problemas respiratórios, cardíacos e de termorregulação.

Um dos cuidados realizados com o recém-nascido durante as primeiras horas de vida, principalmente o controle da hipotermia, poderá ser um agravante para a mortalidade neonatal precoce, caso não haja uma observação criteriosa. (ADELAJA, 2011)

Várias críticas têm sido feitas em relação ao banho logo após o nascimento devido a possibilidade de facilitar a hipotermia, prejudicando a estabilização cardiorrespiratória e térmica do recém-nascido. (DAHLM; JAMES, 1972) ; (RAMAM; REHKA, 1996)

Isso implicaria a necessidade de encaminhar o RN para uma unidade de risco resultando em efeitos indesejáveis relacionados não apenas ao vínculo mãe-filho como também aos custos e ao tempo de internação. (BEHRING; VEZEAU; FINK, 2003).

1.3.2 Relevância Científica

Iniciei um levantamento bibliográfico em base de dados eletrônicos para aprofundar a temática e realizei a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a produção científica da área da saúde sobre o primeiro banho do recém-nascido?

A primeira base de dados utilizada foi a base de dados do Portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES. Utilizei o recorte temporal de 2000 a 2012, tendo como marco inicial a implantação das Políticas de Humanização na área materno infantil, buscando compreender todas as publicações disponíveis.

Dessa forma, os seguintes critérios de inclusão foram utilizados: estudos que abordassem a temática do banho (primeiro banho, alojamento conjunto e recém-nascido); trabalhos publicados em português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram resumos não disponíveis para leitura on line.

Do somatório das 15 produções acadêmicas, 10 são dissertações e 5 são teses. Quanto às áreas da saúde, 13 autores são da área da enfermagem, 1 da medicina e 1 da psicologia.

Destas, 12 tiveram abordagem qualitativa, 3 com abordagem quantitativa. Em relação à metodologia dos estudos qualitativos, foram identificados: Fenomenologia; Teoria Fundamentada de dados, História Oral, Estudo de Caso e Etnografia. E a metodologia utilizada na pesquisa quantitativa foi o ensaio clínico Randomizado e Coorte.

Das 15 produções acadêmicas analisadas, as que mais se aproximam com a temática do primeiro banho é a dissertação de Santos (2002) e a tese de Monticelli (2003).

O estudo de Santos (2002) com abordagem etnográfica, analisou as formas de cuidar das puérperas propondo um cuidado culturalmente congruente. Através da observação direta, da análise do diário de campo e entrevistas, a autora identificou que os profissionais de saúde ainda precisam compreender e valorizar as práticas de cuidado popular, visando uma maior aceitação do cuidado negociado, contribuindo para uma melhor interação durante todo o processo. Os resultados apontam que o processo de cuidar da enfermagem deve levar em consideração a cultura popular, para que possa haver melhor interação da equipe com as famílias durante todo o processo.

Destaca-se o estudo de Monticelli (2003) com a temática deste estudo. Onde a autora buscou compreender as relações que se estabelecem entre trabalhadoras de enfermagem e suas famílias que vivenciam o pós-parto em unidade de alojamento conjunto e identificar as

perspectivas ou referências que estas trabalhadoras adotam ao interagirem com estas famílias. Foi utilizada a abordagem etnográfica para a compreensão destas relações, através da observação direta, do registro em diário de campo e das entrevistas com as trabalhadoras de enfermagem. Os resultados apontaram que as relações entre as trabalhadoras de enfermagem e as famílias na unidade de AC, bem como as referências que as mesmas utilizam para cuidar das puérperas e dos recém-nascidos, mostram-se complexas e permeadas pelo exercício de poderes e diferentes conhecimentos autoritários. A autora sugere que os cuidados dispensados às famílias deverão, primeiramente, ser respeitados a cultura familiar e isto inclui o banho, a troca de fraldas, dentre outros cuidados.

Após essa etapa de busca de teses e dissertações, foi realizado levantamento da produção científica, na forma de artigos científicos nos bancos de dados informatizados: LILACS; PUBMED; BDENF e SCOPUS. A busca ocorreu no período de março a abril de 2012, com os descritores em português e inglês: (higiene OR *hygien*) AND (recém-Nascido OR *newborn*) AND (banhos OR *early bath* OR *bath*) AND (alojamento conjunto OR *rooming in* OR *rooming in care*). Os critérios de inclusão foram: artigos que abordassem a temática do primeiro banho em alojamento conjunto e artigos publicados na íntegra e disponíveis gratuitamente em português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos cuja temática abordasse outros cenários; estudos que somente disponibilizaram resumos; relatos de experiência devido ao baixo nível de evidência científica e teses e dissertações. Não se utilizou recorte temporal.

Foram encontrados nas bases: LILACS (35), BDENF (45), PUBMED (28) num total de 108 artigos. Após a leitura aprofundada foram selecionados apenas 37 artigos que se relacionam com a temática e que auxiliaram na análise dos resultados da presente pesquisa. A quantidade de trabalhos publicados sobre práticas culturais do primeiro banho do recém-nascido ainda é pequena. A maioria dos artigos abordam pesquisas cuja a preocupação dos autores estavam relacionadas aos efeitos biológicos do primeiro banho no Recém-nascido. O estímulo aos estudos envolvendo as práticas culturais é importante para a compreensão das relações familiares no contexto do alojamento conjunto. É necessário uma mudança de atitude dos profissionais e apoio das instituições de saúde para a inserção destas práticas nas maternidades.

1.4 Contribuições do Estudo

No que concerne a assistência o estudo propiciará uma assistência baseada nas melhores práticas evidenciadas, levando a uma mudança da prática assistencial valorizando a cultura do cuidado familiar no contexto hospitalar; além de reforçar a humanização do cuidado ao recém-nascido, no qual não apenas os aspectos biológicos sejam contemplados, mas também se reflita que apesar de ter horas de nascido, este frágil ser humano merece cuidado diferenciado e voltado para seu conforto e adaptação menos traumática possível a vida extrauterina.

Para a Instituição irá oferecer um subsidio teórico para enfermeiros e equipe de enfermagem, ampliando a discussão do assunto por meio de fóruns e debates e uma reflexão mais aprofundada da assistência de enfermagem ao recém-nascido, ao propiciar aproximação cultural e o cuidado profissional, suas dificuldades e potencialidades, subsidiando atenção mais qualificada.

Para o ensino irá contribuir para mudanças no modelo de cuidar e assistir da enfermagem neonatal como base científica das evidências sobre a adaptação extra-uterina, além de uma assistência mais acolhedora e humanizada ao recém-nascido com base nas Diretrizes da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

Para a pesquisa, fortalecer os estudos que vem sendo desenvolvidos sobre a saúde do recém-nascido: bases para o cuidado profissional e familiar, inserido no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem da Saúde da Criança e do Adolescente/NUPESC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Além de colaborar para o desenvolvimento de outros estudos acerca do cuidado ao recém-nascido questão fundamental para a compreensão das relações familiares e das condições de desenvolvimento infantil nas temáticas desenvolvidos pelo subgrupo enfermagem neonatal, coordenado pela profa. Marialda Moreira Christoffel, inserido Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança/NUPESC do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery e para diversas outras instituições.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

A antropologia médica estuda a forma como as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, e de como essas crenças e práticas relacionam-se com as alterações biológicas, psicológicas e sociais. A antropologia social e a cultural tratam, respectivamente, do estudo comparativo das sociedades humanas contemporâneas e dos seus sistemas culturais, embora haja uma diferença na ênfase entre estas duas abordagens. (HELMAN, 2009)

A antropologia médica é um ramo relativamente novo. A antropologia—do grego “o estudo do homem”—tem sido chamada “a mais científica das ciências humanas e a mais humana das ciências”. Seu objetivo é o estudo holístico do ser humano—origens, desenvolvimento, organizações sociais e políticas, religiões, línguas, arte e artefatos. (HELMAN, 2009)

A antropologia cultural concentra-se mais nos sistemas de símbolos, ideias e significados que compreendem uma cultura e dos quais a organização social é apenas uma expressão. A antropologia social é a abordagem dominante e enfatiza as dimensões sociais da vida humana, como os grupos se organizam e como eles encaram o mundo em que habitam. É necessário estudar as características tanto de sua sociedade como de sua cultura. (HELMAN, 2009)

Essa organização é revelada em sua ideologia e religião dominantes, em seus sistemas políticos e econômicos, nos tipos de ligações que o parentesco ou a residência próxima criam entre as pessoas, em suas hierarquias de poder e prestígio e na divisão de trabalho entre pessoas de diferentes origens e gêneros. As regras que indicam a organização de uma sociedade e a forma como ela é simbolizada e transmitida fazem parte da cultura dessa sociedade. (HELMAN, 2009)

A antropologia médica é uma disciplina biocultural voltada para os aspectos biológicos como para os aspectos socioculturais do comportamento humano e, particularmente, para a maneira como os dois interagiram ao longo da história humana para influenciar a saúde e a doença. (HELMAN, 2009)

Além do estudo de cultura, também é necessário examinar a organização social da saúde e da doença na sociedade (o sistema de cuidados de saúde), que inclui a forma como as pessoas são reconhecidas como doentes, o modo como elas apresentam essa doença a outras pessoas, os atributos daqueles a quem elas apresentam essa doença. (HELMAN, 2009)

Os antropólogos que estudam a faixa sociocultural deste espectro têm indicado que, em todas as sociedades humanas, as crenças e práticas relativas ao problema de saúde são uma característica central da cultura. Além do estudo da cultura, também é necessário examinar a organização social da saúde e da doença na sociedade (o sistema de cuidados de saúde). Seu foco pode não ser apenas o indivíduo doente, e sim sua família, comunidade, vila ou tribo “doente”. Assim, ao estudar como esses indivíduos em uma dada sociedade percebem e reagem à má saúde e os tipos de cuidados de saúde que eles fornecem, é importante saber algo sobre os atributos culturais e sociais da sociedade em que vivem. Esta é uma das principais tarefas da antropologia médica. (HELMAN, 2009)

Os antropólogos médicos também se concentram nos problemas de saúde em nível local (e ocasionalmente nacional). A antropologia médica, como uma disciplina biocultural que integra ciência médica e a biologia com as ciências sociais e comportamentais trazem uma perspectiva exclusiva para o estudo desses problemas globais de saúde. (HELMAN, 2009).

A cultura é um conjunto de orientações (tanto explícitas quanto implícitas) que os indivíduos herdaram como membros de uma sociedade particular, as quais lhes dizem como ver o mundo, como experimentá-lo emocionalmente e como se comportar em relação a outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural. Ela também fornece ao indivíduo um modo de transmitir essas orientações para a próxima geração, pelo uso de símbolos, linguagem e rituais. (HELMAN, 2009).

O antropólogo norte americano Edward T Hall, propôs que, em cada grupo humano, há três níveis diferentes de cultura. Estes variam da cultura manifesta e explícita (nível terciário de cultura), visível ao estrangeiro, tais como rituais sociais, trajes típicos, culinária nacional e ocasiões festivas, a níveis mais profundos, conhecidos somente pelos membros do grupo cultural em si. (HELMAN, 2009).

A enfermagem e as demais profissões são vistas como um grupo à parte, pois apresentam seus próprios conceitos, regras e organização social. Estes são adquiridos ainda na academia e vão pouco a pouco sendo absorvidos pelos membros destes grupos, adquirindo pouco a pouco a cultura da profissão. Isso poderá interferir com os cuidados de saúde e com a comunicação profissional-paciente. (HELMAN, 2009)

A visão da cultura, de uma cultura, desta cultura, como um consenso em torno de elementos fundamentais-concepções comuns, sentimentos comuns, valores comuns- parece pouco viável, diante de tamanha dispersão e desarticulação; são falhas e fissuras que parecem demarcar a paisagem da identidade coletiva. (GEERTZ, 2007)

De modo geral, a cultura tem uma influência importante em muitos aspectos da vida das pessoas, incluindo crenças, comportamento, percepções, emoções, linguagem, religião, e rituais. As práticas do banho do recém-nascido e a rede de significados para a equipe de enfermagem confirmam que há uma necessidade em desenvolver este estudo com o referencial teórico na perspectiva da cultura.

Nessa perspectiva, os cuidados de saúde seriam acompanhados por melhorias de educação em saúde, nutrição, saneamento, imunizações, planejamento familiar, saúde materno-infantil e fornecimento de drogas essenciais. É um avanço na direção de uma estratégia mais preventiva, descentralizada e baseada na comunidade. (HELMAN, 2009)

2.1 Transformações da prática do banho do Recém-nascido:

Diante disto, o banho do recém-nascido tem tido ao longo das décadas práticas sociais arraigadas, de um lado as praticas culturais da família e do outro práticas institucionais e profissionais que se transformam e se desenvolvem diferentes perspectivas.

O banho do recém-nascido e demais cuidados prestados na maternidade (troca de fraldas, higiene do coto umbilical, entre outros) são cuidados diretos realizados pela equipe de enfermagem. O ato de banhar o recém-nascido imerso numa banheira é muito recente nas maternidades brasileiras.

Historicamente, os nascimentos até meados do séc. XIX, aconteciam nos domicílios, e os cuidados transcorriam em família, estabelecido pelo fortes vínculos humanos e sociais (MONTICELLI, 1997). Os primeiros cuidados com o recém-nascido eram ancilares, sendo o corpo do recém-nascido banhado em líquidos, como o vinho ou cachaça, limpo com manteiga e outras substâncias oleaginosas e firmemente enfaixado. (PRIORE, 2002).

Ainda havia no séc. XIX um alto índice de mortalidade infantil. Pouco a pouco, as recomendações médicas foram repassadas às puérperas “ensinando” às mães a substituir as pegajosas abluções com óleo, por “água e sabão”. Pode-se perceber que os médicos davam grande ênfase ao asseio corporal. Culturalmente, as mães cuidavam para preservar a função simbólica da sujeira do corpo infantil como uma forma de proteção contra bruxarias. (PRIORE, 2002)

Entretanto a evolução sócio - econômica junto ao aprimoramento técnico-científico na área materno-infantil, fez com que as mulheres passassem a ser assistidas nesse momento em instituições hospitalares. Assim, diante da necessidade de minimizar os riscos de agravos à saúde da mãe e da criança, ocorreu a implantação de berçários centralizados e como consequência, a separação da mãe e filho durante o período de internação. (PRIORE, 2002)

Desde o início do séc. XX é elaborada uma configuração social do hospital determinando formas de relações sociais entre os que tratam e os que são tratados (COLLIERE, 1986). O modelo biomédico predominou na área de saúde, nos países do Ocidente, desde o início do século passado, trouxe uma intrínseca rede de símbolos e significados que alterou a práticas médica e de enfermagem, seja no contexto da cura ou nas situações de cuidado, A visão anterior baseada em pressupostos humanistas dá lugar a concepção mecanicista, servindo agora como suporte para intervenções fragmentárias. (MONTICELLI, 2003)

Com o advento dos hospitais-maternidades, houve uma institucionalização do parto, e assim os cuidados com o recém-nascido passaram a seguir rotinas hospitalares (Credé, administração de vitamina K intramuscular, medidas antropométricas, banho e higiene). Havia uma preocupação médica em diminuir os riscos para infecção e também a morbimortalidade infantil, o modelo de berçário foi instituído mantendo os recém-nascidos isolados de suas mães e familiares. (PROGIANTI ; PILLOTO, 2009)

Nas décadas de 60 e 70, as recomendações médicas eram que os recém-nascidos esperassem alguns dias para ter a experiência do primeiro banho. As enfermeiras do berçário, modalidade de acomodação do recém-nascido preconizada à época, pois assim acreditava-se minimizar riscos para a infecção hospitalar deveriam realizar a higiene à seco, com óleos estéreis, até a queda do coto umbilical. (REZENDE, a1960; b1979).

A contraindicação do banho em recém-nascidos antes da queda e total cicatrização do coto umbilical é citada, contudo não é informada a maneira pela qual o recém-nascido seria higienizado (SANTOS; RODRIGUES 2005, p. 501).

Havia um temor médico em molhar o coto umbilical e isto provocar infecção, fundamentados nos altos índices de mortalidade infantil, que era na década de 80 era de 78,5/1000 nascidos vivos.(FRANÇA ; LANSKY,2006)

As décadas avançam, mas permanecem os cuidados com o primeiro banho. A recomendação médica refere que:

Os banhos diários devem ser iniciados desde a cicatrização do umbigo, em local onde a temperatura seja ao menos 22° C. A água do banho deve estar próxima a 34-35° C, e que a duração do banho não deve ultrapassar cinco minutos no primeiro mês. O corpo pode ser ensaboado com sabão neutro ou soluções antissépticas de pH ácido, a título de prevenção da infecção cutânea. Ao sair do banho, deve-se enxugar o recém-nascido, sobretudo na região das pregas. A cabeça não necessita ser lavada mais de duas vezes por semana, e não há motivo para receios ao se lavar a região da fontanela. Laugier e Gold (1982, p. 48)

As orientações médicas eram unânimes em recomendar que o primeiro banho do recém-nascido fosse realizado após a queda do coto umbilical. As preocupações ficavam no campo do risco para infecção neonatal precoce e no controle da termorregulação. Sendo o parto realizado em domicílio, o primeiro banho deveria ser feito com anti-séptico, logo após o nascimento, para evitar infecção. (MARCONDES, 1986)

Manter por 2 horas o recém-nascido no berço e limpar com água morna e sabão removendo resíduos de sangue, mecônio, fezes, etc. Caso o parto tenha sido em casa, lavar o recém-nascido completamente com solução de hexaclorofeno a 3%, retirar vernix caseosa e o sangue, enxaguar adequadamente e estar seguro que retirou todo o hexaclorofeno. Controlar a temperatura de 4 em 4 horas e vigilância rigorosa aos sinais de infecção. Jácomo, Lisboa e Joaquim (1986, p:115)

Com o advento da Pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), no início da década de 80, com a descoberta de que uma das formas de transmissão é a vertical, ou seja, de mãe para filho no momento do parto, as recomendações para os cuidados com o recém-nascido, passam a sofrer transformações. Uma delas aponta para o cuidado imediato ao nascimento com o primeiro banho para que este seja feito, ainda no centro obstétrico, em água corrente, utilizando-se uma esponja com sabão a fim de retirar os resíduos de sangue e secreções vaginais. (BRASIL, 1999).

Com isso, os pesquisadores à época recomendavam que o primeiro banho fosse feito nas primeiras seis horas de vida também para os recém-nascidos normais, evitando o risco de contaminação da equipe de saúde. (MATOS ; ARMELINE, 1985)

A Associação Americana de Pediatria (2002), em um de seus protocolos, refere que os pais devem ajudar no primeiro banho e receber informações sobre o recém-nascido e as habilidades para o cuidado. Cita ainda que, o banho melhora a aparência do recém-nascido e é um importante meio para o controle de infecção.

De acordo com a recomendação da OMS (2009), o primeiro banho deve ser realizado seis horas após o parto, devido ao risco de hipotermia durante e após o banho.

O estudo de Bhering et al (2003) demonstrou que não houve diferença significativa de temperatura entre os Recém-nascidos que tomaram banho uma hora após o parto e os que tomaram banho entre quatro e seis horas após o parto.

Existem estudos do tipo randomizado que consideram que o primeiro banho seja realizado imediatamente ao nascer, o que não influencia na hipotermia e nas funções cardiorespiratórias. (PUGLIESI; AGOSTINI; FREITAS, 2009).

Fernandes, Machado e Oliveira (2011) reforçam em seu estudo que o primeiro banho seja dado somente quando a temperatura do neonato estiver estabilizada, em vez de considerar apenas o número de horas após o parto como momento ideal para isso. Por outro lado, há também uma preocupação com a pele do recém-nascido que ao nascer tem a mesma envolvida em sangue e secreções.

O que justifica a idéia presente de se realizar o primeiro banho imediatamente ao nascer conforme a cultura organizacional de algumas instituições, exceto para recém-nascidos de alto risco e prematuros. (NAKO; HARIGAYA; TOMOMASSA, 2000)

Outra recomendação é quanto a duração do banho, que deve ser curta, de no máximo cinco minutos, principalmente, se for usado algum sabonete, para evitar a maceração da pele. A frequência do banho varia muito entre determinadas regiões e países, dependendo da cultura de cada local. Entretanto orienta-se que o banho não seja dado diariamente, é recomendável que sua frequência seja de aproximadamente duas vezes por semana. (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011)

O Brasil desde 2000 vem trabalhando no paradigma da atenção humanização ao recém-nascido e sua família, respeitando-os em suas características e individualidades. Em 1979 foi iniciado na Colômbia o Método Mae canguru, método de assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso, que após estabilização inicial, o contato pele a pele entre a mãe e o bebe é iniciado de forma precoce e crescente, por livre escolha da família e pelo tempo que ambos entenderem prazeroso o suficiente. (BRASIL, 2009).

Dentre os procedimentos preconizados está o banho humanizado, como sendo o mais indicado na assistência ao Rn de baixo peso. No banho humanizado o Rn é imerso em água

morna até o pescoço, sem exposição a corrente de ar, e com contenção do padrão flexor através do enrolamento com toalha-fralda, de modo a evitar o estresse, a desorganização motora, e o gasto energético e proporcionar relaxamento e prazer ao Rn. (BRASIL; 2002; 2009).

Outra modalidade de banho atualmente é o banho de Ofurô. O Banho de **Ofurô** é um banho quente, tradicional no Japão, que se caracteriza pela imersão em uma banheira de madeira (também denominada furô). É um costume muito antigo que vem desde os tempos dos samurais. O ofurô tradicional japonês é feito em banheira de madeira, mais curta e mais profunda que a banheira ocidental, para que a pessoa usufrua dos benefícios da água quente (com temperatura entre 36 e 40°C), não deitada, mas sentada em posição fetal e com a coluna totalmente submersa. Os orientais acreditam que nessa posição a pessoa recupera a energia e a paz que experimentou no ventre materno. O banho de ofurô para recém-nascidos tenta recriar um ambiente semelhante ao útero, dando ao bebê a sensação de aconchego e segurança.

O banho de Ofurô é também designado de banho de balde ou balde-ofurô, e é realizado com o Rn imerso na posição vertical, sendo uma opção diferente para o banho tradicional. Tem como objetivos proporcionar relaxamento, segurança e estímulos vivenciados no útero materno, na posição fetal, além de transmitir limites ao corpo, auxiliando em sua organização sensorial. A água do balde resfria lentamente, em razão da menor superfície de contato de ar. Embora haja controversias na literatura sobre as modalidades do banho do recém-nascido, destaca-se que um simples banho revela uma cultura.

2.2. Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem etnográfica, pois se refere ao universo dos significados, das crenças, dos valores e das atitudes, tendo como matéria prima as vivências, experiências e a cotidianidade. (MINAYO, 2012). A etnografia, definida como a descrição de uma cultura ou subcultura, é um dos métodos de investigação qualitativos mais antigos. Os Gregos e os Romanos já a utilizavam quando descreviam as culturas de outros povos que encontravam nas suas viagens ou em períodos de guerra. (CARDOSO, 2005)

A etnografia tem como conceito central a cultura, entendida como “o comportamento social aprendido ou o modo de vida de um grupo particular de pessoas” (CARDOSO, 2005).

(BODGAN; BIKLEN, 1994) explicam que a etnografia pretende descrever a cultura ou algum dos seus aspectos, de uma forma aprofundada, recorrendo “ao conceito de cultura, independentemente da sua definição específica, como principal instrumento organizativo e conceitual de interpretação de dados”.

Etimologicamente, a palavra Etnografia significa a descrição de um estilo de vida de um grupo de pessoas habituadas a viver juntas (etnos). Os primeiros trabalhos etnográficos se ocuparam dos estudos clássicos de grupos culturais, chamados de “primitivos”. Depois os etnógrafos estudaram grupos culturais, endógenos, ou seja, grupos dentro de sua própria cultura. Recentemente, se estendeu a outros espaços, de onde estão surgindo novas escolas, as quais por sua vez, estão gerando subgrupos da etnografia as chamadas: Etnografias processual, holística ou clássica, particularista, de corte transversal, etnohistórica e aquelas que incluem fatores especiais (Hospitais, centros comerciais, escolas). (GAYOU,2003)

Três tipos de informação são geralmente buscados pelos etnógrafos, o comportamento cultural (o que fazem os membros da cultura); os artefatos da cultura (o que os membros da cultura fazem e usam) e a fala cultural (o que as pessoas dizem). E que isto depende de várias fontes de dados. Entre os pesquisadores da saúde, a etnografia proporciona informações sobre as crenças de saúde de uma determinada cultura. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Outra característica importante do estudo etnográfico, é que o pesquisador é o instrumento principal da coleta e da análise dos dados, é o principal instrumento de investigação que observa, escuta, sente o que rodeia o que possibilita a interação e a modificação das questões que orientam a pesquisa durante o seu processo. (SARMENTO, 2003).

Os pesquisadores etnográficos referem-se, algumas vezes, às perspectivas êmicas e éticas. A Perspectiva êmica é a forma em que os membros de uma cultura visualizam seu mundo- é a visão interna. A perspectiva ética, em comparação, é a interpretação externa das experiências dessa cultura. (POLLIT; BECK; HUGLLER, 2004)

É importante considerar que o “fazer antropológico” impresso no processo etnográfico, ajuda a enfermeira a compreender os diferentes universos culturais com os quais ela se encontra em sua prática profissional, criando modos e formas particulares de investigar os símbolos, os significados e as ações centradas no entorno do cuidado humano. Como referem as enfermeiras, esse modo de investigar se mostra como um processo que emerge da

prática e que retorna a ela, com indicações, propósitos e pressupostos, fundamentados no conhecimento antropológico. (MONTICELLI, 2008)

A etnografia utiliza várias fontes de dados para descrever e interpretar a cultura de um grupo: observações e entrevistas em profundidade, registros, gráficos e outros tipos de evidência física. (POLLIT; BECK; HUGLLER, 2004).

A etnografia sempre se conduz em um ambiente natural o “campo”, para que assim o investigador estude a vida dos membros de um grupo cultural mais diretamente. Os etnógrafos trabalham para interagirem no possível acerca da vida das pessoas que estão estudando. O investigador deve ceder a palavra aos atores culturais e descobrir como constroem seus grupos de experiência, como constroem os fenômenos culturais em suas mentes e os significados que atribuem a isto. (MONTICELLI, 2008)

Na pesquisa etnográfica “o pesquisador faz uso de uma grande quantidade de dados descritivos: situações, pessoas, ambientes, depoimentos, diálogos, que são por eles reconstruídos em forma de palavras ou transcrições literais” (ANDRÉ 2008, p.29).

As fontes primárias de informação consideradas em etnografia são: a observação participante, notas do diário de campo e entrevistas estruturadas ou não. A observação é um instrumento de coleta de dados e em particular é considerada a base da investigação etnográfica. (MINAYO, 2012)

É a etapa do *escrever* descrita por Oliveira (2006, p.25) que se diferencia das anotações que se escreve no campo, é a textualização dos fenômenos socioculturais observados. É o “*estando lá*”.

2.3 Trabalho de campo

O trabalho de campo é a principal etapa do estudo etnográfico. Durante o trabalho de campo, o pesquisador irá realizar o exercício de estranhamento consigo e com o outro, para que possa refletir com crítica sobre o universo cultural e apreender o significado cultural de um determinado evento (OLIVEIRA, 2006). O trabalho de campo iniciou em Fevereiro de 2012 e finalizou no mês de Agosto de 2013, com a inserção da pesquisadora durante quatro vezes por semana durante cinco horas por dia.

O cenário do estudo se dá num hospital estadual localizado no município de Duque de Caxias, região metropolitana I do Rio de Janeiro. Está localizado às margens da Rodovia Washington Luís, no bairro de Jardim Primavera, conveniado ao Sistema Único de Saúde e há

12 anos construído e funcionando. Sua característica é de hospital geral, constando de 500 leitos.

Possui as seguintes especialidades médicas: emergências adultas e pediátricas, setor de imagem e radiologia, CTI adulto e pediátrico, cirurgia geral e ortopédica, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria clínica e central de material e esterilização.

O complexo materno-infantil abrange o alojamento conjunto que é considerado de alto risco, pois atende gestantes e puérperas com comorbidades contando com 35 leitos, Cada enfermaria com até 5 leitos para cada dupla mãe-filho. Para apoio à mulher e à criança, uma unidade intensiva neonatal, um centro obstétrico e atendimento ambulatorial de puericultura e follow up (acompanhamento dos egressos da Utin). Em média são realizados cerca de 300 partos por mês na maternidade. O alojamento conjunto fica no segundo andar do complexo hospitalar.

O setor alojamento conjunto conta com uma Sala de Banho (Figura 3) que foi implantada em março de 2010. Este espaço foi cedido pela direção do hospital. Foi uma estratégia estruturada pela antiga coordenação de enfermagem do setor, para que as mães, seus recém-nascidos e a equipe de enfermagem, pudesse ter uma maior aproximação durante os cuidados realizados.

A Sala de banho é uma sala pequena, que possibilita a permanência, de três binômios e dois profissionais de enfermagem. A estrutura física é composta de duas bancadas, com uma torneira de água morna em uma delas e outra é somente de água fria; possui um armário em baixo da pia que acondiciona material para o banho: gaze, fralda descartável, bolas de algodão, almotolia de álcool a 70% e almotolia de sabonete líquido manipulado pela farmácia.

A banheira de uso individual é levada pelas mães durante o banho, pois elas ficam nas enfermarias do alojamento conjunto acondicionadas em baixo de cada berço. O ambiente da sala de banho é climatizado por um aparelho de ar condicionado e possui ainda um aparelho de som, onde tocam músicas instrumentais de cantigas de ninar.

A sala de banho é fechada por divisórias e parte de sua “parede” é de vidro transparente, onde o banho pode ser visto por outros profissionais e familiares. Possui iluminação artificial. As paredes são de cor amarela e decorada com temas infantis (filhotes de animais selvagens). (Figura 3)



Fig 3. Sala de banho. Fonte: Arquivo pessoal da autora.

No cenário do Alojamento Conjunto, as rotinas não eram estranhas para mim, e para que eu pudesse entrar no campo, foi necessário haver o estranhamento. No processo de estranhamento o que é familiar torna-se possível, quando somos capazes de confrontar intelectualmente e mesmo emocionalmente diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos e situações. (ANDRÉ, 2008).

O estranhamento é um esforço sistemático de análise de uma situação familiar como se fosse estranha e implica em lidar com percepções e opiniões formadas reconstruindo-as em novas bases que leva em conta as experiências pessoais, filtrando-as com apoio do referencial teórico e procedimentos metodológicos específicos. (ANDRÉ, 2008).

No primeiro dia da coleta de dados, deparei-me com um diálogo entre um pediatra e uma enfermeira sobre o banho humanizado:

“Havia entre eles um temor de que a equipe de enfermagem não estivesse mais realizando os banhos da forma humanizada. Pois ambos observavam que em alguns plantões que esta técnica não estava sendo feita. Como já conhecia os dois profissionais, participei da conversa procurando saber o que estava acontecendo. Tive como explicação que foi observado entre os plantões que nem todos os membros da equipe realizavam o banho humanizado e que tinham receio por conta disso, que a sala de banho fosse fechada. Respeitei a opinião de ambos, e como era meu primeiro dia como pesquisador no campo, fiquei receosa de ser inconveniente e fazer maiores questionamentos sobre o assunto”. *Trecho das anotações do campo 1.*

A partir deste diálogo encaminhei-me a sala de banho e pude observar nos dias subsequentes de trabalho de campo, a dinâmica da equipe de enfermagem durante o banho.

No início, as equipes estranhavam minha presença, enquanto pesquisadora. Algumas me perguntavam se eu “estava no plantão”, outras achavam que eu estava ali como uma supervisora da chefia, e não ficavam muito espontâneas na realização das tarefas.

2.4. Sujeitos do estudo

A equipe de Enfermagem lotada no alojamento conjunto consta de 62 profissionais de enfermagem. O regime de plantão é de 24 horas semanais, e é composto por: 4 técnicas de enfermagem e 2 enfermeiras.

De um total de 62 profissionais de enfermagem, 24 aceitaram participar da pesquisa. Dentre eles, 15 enfermeiras e 09 técnicas de enfermagem. Todas do gênero feminino. Vale destacar que 2 eram lotadas no centro obstétrico.

Primeiramente, agendei com cada equipe de cada plantão uma reunião para apresentar os objetivos do estudo. Durante a reunião, falei sobre minha experiência profissional e da minha dissertação de mestrado realizada na EEAN/UFRJ.

Durante a apresentação da pesquisa procurei dar ênfase para explicar os objetivos do estudo, ressaltando que não estava ali para supervisionar se realizavam tarefas certas ou erradas mas que elas estavam contribuindo para a produção de conhecimento sobre um tema presente no cotidiano delas. Após estas reuniões, percebi que a equipe se interessou pela minha proposta e agendei a data para dar início a coleta de dados.

A escolha dos sujeitos se deu pelos seguintes critérios de inclusão: membros da equipe de enfermagem, lotados no alojamento conjunto, que aceitassem participar do estudo através da assinatura do TCLE/CNS-196/96 (Apêndice 1).

Os critérios de exclusão foram aqueles que não aceitaram participar do estudo, os que estavam de férias, licença médica e licença prêmio, no período da coleta de dados. Foi utilizado um formulário para a caracterização dos sujeitos. (Apêndice 2).

Quanto a caracterização dos profissionais de enfermagem (Quadro 1), observa-se que a maioria (17) dos profissionais de enfermagem tinha entre 30 a 49 anos. Quanto ao tempo de formado a maioria (17) tinha menos de 15 anos. Quanto ao tempo que trabalha no setor a maioria (17) referiram atuar no alojamento conjunto há menos de 10 anos.

Quanto a realização de cursos ou atualização ou treinamento em serviço na área materno infantil 04 enfermeiras e 04 técnicas informaram não realizar nenhum tipo de curso, atualização ou treinamento em serviço. A maioria (17) informou realizaram curso de

atualização na área materno-infantil, dentre eles destaca-se: aleitamento materno, cuidados com o bebê, reanimação neonatal.

QUADRO 1- CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Sujeitos	Idade	Tempo de formado	Grau acadêmico	Tempo de trabalho na instituição	Tempo de trabalho no setor	Tempo de trabalho na área materno-infantil	Treinamento em serviço
E1	47 anos	20 anos	Técnica	12 anos	12 anos	12 anos	sim
E2	46 anos	22 anos	Técnica	10 anos	2 anos	5 anos	não
E3	40 anos	15 anos	Técnica	4 anos	4 anos	4 anos	sim
E4	32 anos	10 anos	Técnica	8 anos	2 anos	2 anos	não
E5	43 anos	20 anos	Enfermeira	10 anos	8 anos	8 anos	sim
E6	29 anos	3 anos	Enfermeira	3 anos	3 anos	3 anos	sim
E7	40 anos	14 anos	Enfermeira	10 anos	10 anos	13 anos	sim
E8	25 anos	6 anos	Técnica	5 anos	3 anos	5 anos	sim
E9	30 anos	10 anos	Técnica	9 anos	1 ano	1 ano	não
E10	26 anos	6 anos	Técnica	4 anos	3 anos	3 anos	sim
E11	50 anos	30 anos	Enfermeira	12 anos	5 anos	20 anos	sim
E12	30 anos	5 anos	Enfermeira	3 anos	3 anos	3 anos	não
E13	41 anos	14 anos	Enfermeira	12 anos	12 anos	10 anos	sim
E14	35 anos	10 anos	Enfermeira	12 anos	5 anos	5 anos	sim
E15	32 anos	08 anos	Enfermeira	3 anos	3 anos	06 anos	sim
E16	46 anos	20 anos	Enfermeira	10 anos	10 anos	10 anos	sim
E17	54 anos	18 anos	Enfermeira	12 anos	6 anos	18 anos	sim
E18	33 anos	12 anos	Enfermeira	4 anos	2 anos	2 anos	não
E 19	36 anos	5 anos	Enfermeira	3 anos	1 ano	1 ano	não
E 20	28 anos	6 anos	Enfermeira	3 anos	3 anos	3 anos	sim
E 21	65 anos	43 anos	Técnica	12 anos	12 anos	12 anos	sim
E 22	39 anos	12 anos	Enfermeira	10 anos	10 anos	10 anos	sim
E 23	48 anos	20 anos	Técnica	12 anos	10 anos	10 anos	sim
E 24	38 anos	4 anos	Enfermeira	3 anos	1 ano	15 anos	não

Fonte: Ficha de caracterização dos sujeitos.

2.5. Aspectos Éticos

A participação na pesquisa foi consentida após esclarecimentos e assinatura do TCLE conforme Resolução n.º 196/96. A pesquisa recebeu o número 089/2011 do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Escola São Francisco de Assis, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Anexo 1)

Meu primeiro contato com o campo deu-se após ter tido o projeto aprovado pelo comitê de ética e pesquisa. O Coordenador do Centro de Estudos do Hospital me solicitou que, após a conclusão da pesquisa, a mesma fosse apresentada aos profissionais de saúde da Instituição. Todo o material gerado durante a pesquisa (gravação de voz e diário de campo) ficará sob a guarda da pesquisadora por 5 (cinco) anos, sendo destruído após esse período.

2.6. OLHAR...

A primeira experiência do pesquisador de campo está pautada no olhar. A domesticação teórica do olhar é um desafio para esse pesquisador. O olhar do pesquisador no campo sobre o objeto de estudo já é naturalmente alterado pelo próprio modo de visualizá-lo, através do esquema conceitual e teórico. (CARDOSO, 2006)

O *olhar* do pesquisador de campo sobre o objeto de estudo já é naturalmente alterado pelo próprio modo de visualizá-lo – esquema conceitual, teórico. Foi realizada a observação participante. A observação participante foi sistematizada pelo antropólogo Malinowski, quando pesquisava nativos na Oceania. Passando a ser visto como o principal meio de aferição da qualidade das etnografias. (CARDOSO, 2006)

A filosofia que fundamenta a observação participante é a necessidade que todo pesquisador social tem de relativizar o espaço social de onde provém, aprendendo a se colocar no lugar do outro. Ele permite ao pesquisador ficar mais livre de pré-julgamentos, uma vez que não o torna necessariamente prisioneiro de um instrumento rígido de coleta de dados ou de hipóteses testadas antes e não durante o processo de pesquisa. (MINAYO, 2012)

Na observação participante, ocorre a interação do pesquisador com os interlocutores no espaço social da pesquisa, fazendo perguntas quando necessário sobre o que está sendo observado. O pesquisador se coloca como observador de tal situação para, colher dados e compreender o contexto da pesquisa, vinculando fatos a suas representações. Nessa técnica, deve haver um esforço por parte do pesquisador para colocar-se no lugar do outro e tentar ver segundo a ótica e a lógica do outro. (ANDRÉ; 2008; MINAYO, 2011).

2.7. OUVIR....

O *ouvir*, assim como o *olhar* são “muletas” que permitem o caminhar na estrada do conhecimento, mas também está preparado para eliminar tudo o que parece não fazer sentido no *corpus* teórico de sua disciplina. Foi utilizada a entrevista aberta, com a seguinte Questão: “*Fale-me sobre o primeiro banho do recém-nascido aqui na maternidade*”.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo pesquisador. A qualidade deste tipo de entrevista está em direcionar as questões a partir das hipóteses ou pressupostos do pesquisador.

A entrevista é guiada por tópicos para se garantir que todas as questões sejam cobertas, porém é permitido ao entrevistador se libertar de formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visem abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar as informações ou opiniões. Os etnógrafos conduzem entrevistas de 25 a 50 informantes. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004)

Optou-se por utilizar a técnica aberta, pois de acordo com Minayo (2012), a entrevista aberta leva o informante a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade nas reflexões.

As entrevistas foram realizadas na sala de convivência do alojamento conjunto, de acordo com a disponibilidade de horário dos profissionais de enfermagem. A maioria preferiu ser entrevistada no período da tarde, devido ao plantão estar mais calmo. Os depoimentos foram gravados em aparelho eletrônico Mp3. Cada entrevista durou cerca de 30 minutos.

2.8. ESCREVER....

No escrever temos as etapas de transcrição do diário de campo e das entrevistas. O principal instrumento do trabalho de observação é o diário de campo, no qual escrevemos todas as informações que não fazem parte do material formal de entrevistas. (MINAYO, 2012)

O diário de campo se revelou um instrumento importante tanto de registro de comunicações pessoais, observações e impressões. Geralmente escrevia o diário após cada observação, e também lembrava de algum fato que eu não havia lembrado naquele instante.

A transcrição das entrevistas é uma atividade densa marcada pelo trabalho de ouvir, escrever e transformar os dados empíricos e organizar os arquivos de cada entrevista. Após a transcrição das 25 entrevistas e a leitura do diário de campo, foi iniciada a análise dos dados.

Após a transcrição das entrevistas foi utilizado o software *Atlas.ti versão 6.0* que é um programa de análise qualitativa de dados, permitindo uma melhor organização e acesso aos dados gerados pela pesquisa.

O programa atlas ti apresenta 4 princípios básicos: Visualização, Integração, Intuição e Exploração. Os conceitos chave são: Unidades Hermenêuticas, Documento primário (entrevistas transcritas), Códigos (núcleos de sentidos da análise temática). (Atlas ti, 2011)

Para a utilização da constituição do corpus de cada entrevista transcrita, foi inserido e nomeado um arquivo e anexado ao programa *Atlas.ti* como um documento primário para a realização de uma leitura compreensiva e exploratória (**Figura 1**).

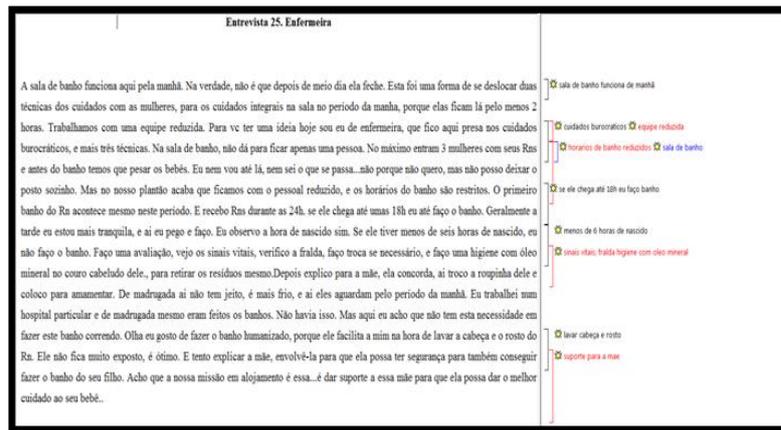


Figura 1. Análise de uma das entrevistas com os códigos. À esquerda, o corpus da entrevista, a direita, as unidades de registro.

Posteriormente, a cada unidade de registro com sentido semelhante, seja da mesma entrevista, seja em outra, foi atribuído o mesmo código, já buscando a agregação dos dados:

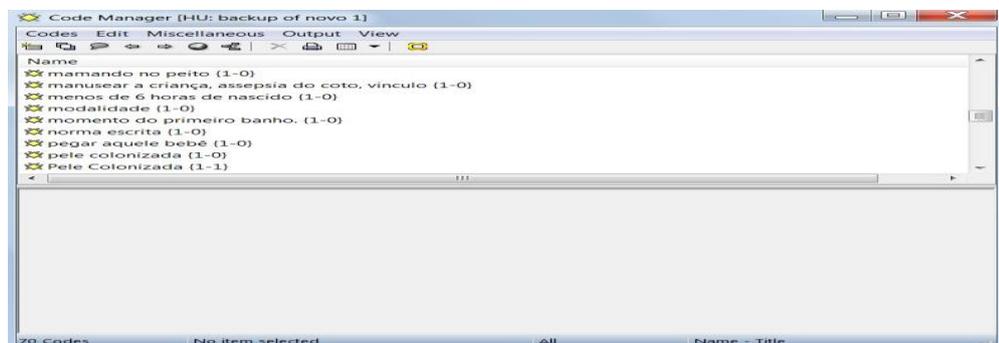


Figura 2. Lista de Códigos. Interface do software Atlas Ti. Cada código tem ao lado o número de vezes que foi relacionado a algum trecho de entrevista e o número de relações estabelecidas entre os próprios códigos.

Após o reagrupamento dos códigos foram formadas as famílias, que auxiliaram na formação das unidades e subunidades temáticas. (Figura 3)

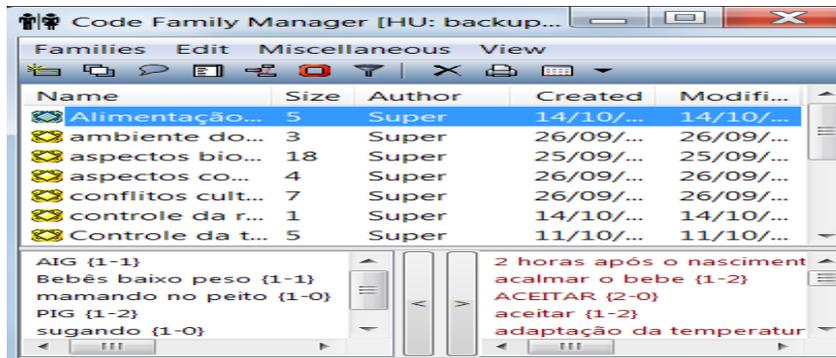


Figura 3. Formação de famílias. Interface do software atlas.ti. Acima, os nomes das famílias criadas, abaixo à direita uma lista com todos os códigos criados e à esquerda, os códigos selecionados para formar uma das famílias.

Cada família pode ser representada por teias de significados (Figura 4 a 13), que são visualizações em esquema das famílias com seus códigos e auxiliou em atividades textuais, que incluiu segmentação de arquivos de dados, codificação de passagens de texto e imagem. E a atividade conceitual quando auxilia na construção de modelos tais como ligar códigos a redes. (Atlas Ti, 2011)

A análise dos dados foi realizada através da análise temática, que para Minayo (2011), operacionalmente, desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

As unidades temáticas e as subunidades que emergiram dos depoimentos e do diário de campo foram:

1. **PRÁTICAS DO PRIMEIRO BANHO NO ALOJAMENTO CONJUNTO:** com a subunidade: A dimensão Biológica do cuidado.
2. **O ESPAÇO DO BANHO INSTITUÍDO** com a subunidade: Ambiente físico do banho: Local, Horário, Tipo de banho.
3. **O COMPARTILHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DA TROCA DE EXPERIÊNCIAS COM AS MÃES:** com as subunidades interação equipe de enfermagem-mães e equipe de enfermagem- recém-nascidos.

Quadro 1 – Unidades e subunidades temáticas

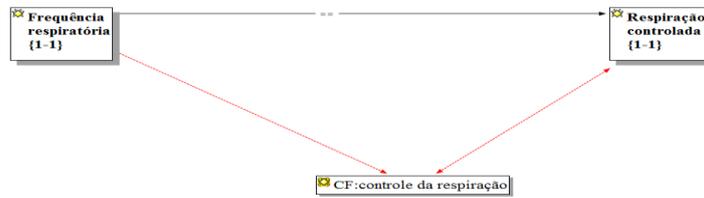
Unidades temáticas	Subunidades
Práticas de cuidado no primeiro banho do recém-nascido no AC	<ul style="list-style-type: none"> - necessidades biológicas com o corpo físico do recém-nascido e sua avaliação - sinais vitais: T, FR, FC - higienização do corpo cuidados com a pele - alimentação
Ambiente físico do primeiro banho do Recém-nascido no (micro e macro ambiente)	<ul style="list-style-type: none"> - Momento do primeiro banho - local\sala de banho recém-nascido - modalidade\tipo do banho
Relação equipe de enfermagem com recém-nascido e a mãe no momento do primeiro banho	<p>Relação da equipe de enfermagem com recém-nascido no banho propriamente dito.</p> <p>Relação equipe de enfermagem e mãe: normas e rotinas instituídas, não valorização da cultura familiar.</p>

2.8.1 Tecendo as redes das teias de significados no software Atlas Ti

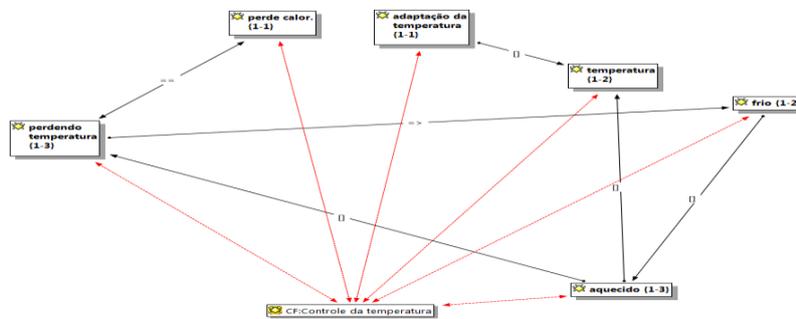
As teias de significados são representações em esquemas das famílias de códigos gerados através do programa Atlas Ti. Após cada código descrito, entre chaves, encontra-se o número de vezes que cada código foi relacionado a um trecho de entrevista, seguido do número de relações entre códigos realizados.

As relações entre os códigos são dadas através de setas com descrições: “is associated with” = é associado com. “Is part of” = faz parte de. “Is cause of” = é por causa de. “contradicts” = contradiz. As setas pontilhadas indicam as relações entre código e família que é iniciada sempre pela sigla CF:.

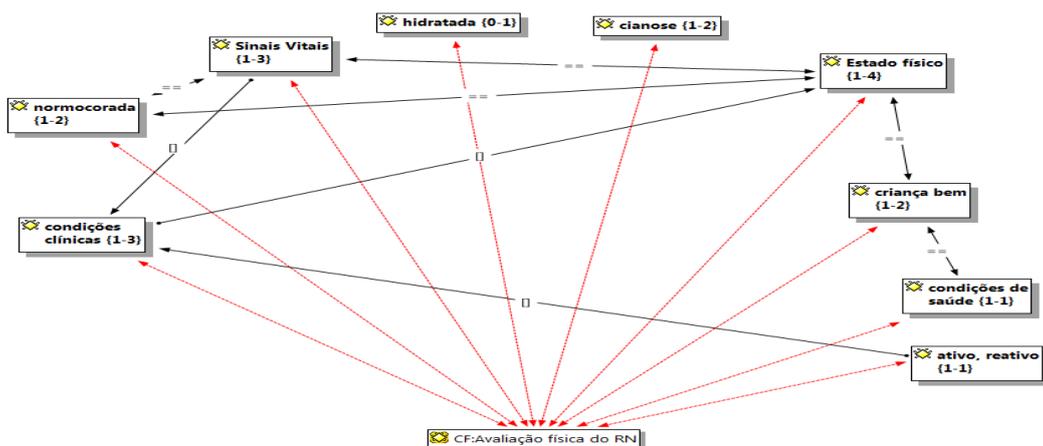
As teias de significados auxiliaram na organização dos resultados a serem analisados e na visualização mais ampla dos significados das falas. Assim, auxiliou na formação das unidades e subunidades temáticas.



Na teia de significados 1 (Figura 4), controle da temperatura a equipe preocupa-se com o controle da temperatura.

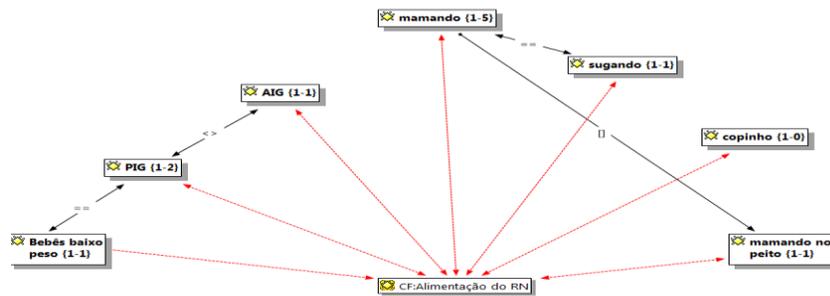


Teia de significado 2: Figura 5: a equipe preocupa-se com o controle da respiração: respiração controlada, frequência respiratória.

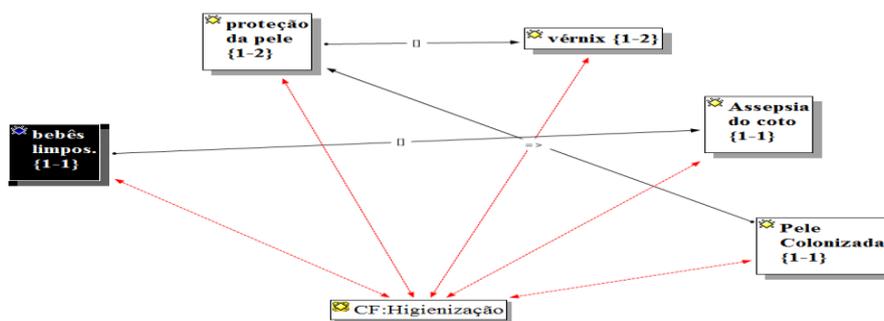


Teia de significado 3. Figura 6 Avaliação Física do recém-nascido: atividade, condições de saúde, condições clínicas, sinais vitais, hidratação, estado físico.

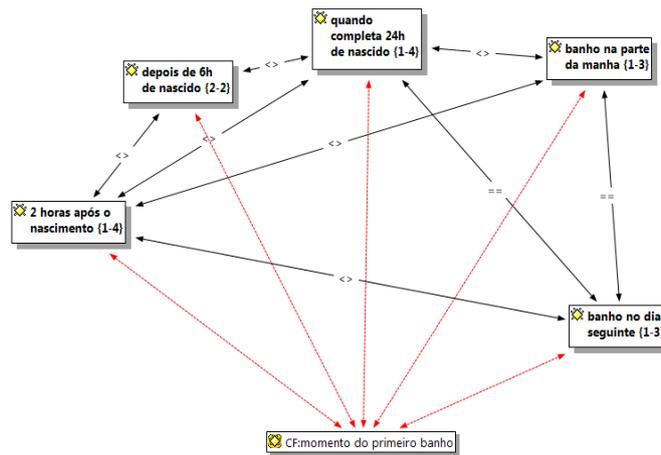
Na teia de significados 4 (Figura 7), a equipe de enfermagem ressalta que ao encaminhar o recém-nascido para o banho, levam em consideração se ele está sendo alimentado por copinho ou sugando no peito. Preocupam-se com alimentação do recém-nascido de baixo peso e pequeno para idade gestacional\PIG.



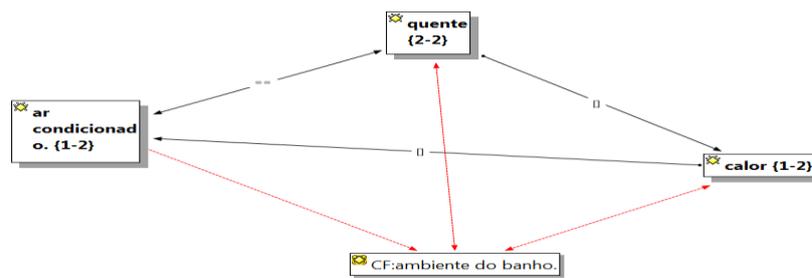
Na teia de significados 5 (Figura 8) a equipe demonstrou que o banho está ligado a higienização, proteção da pele, vernix, assepsia do coto umbilical e da colonização da pele do recém-nascido.



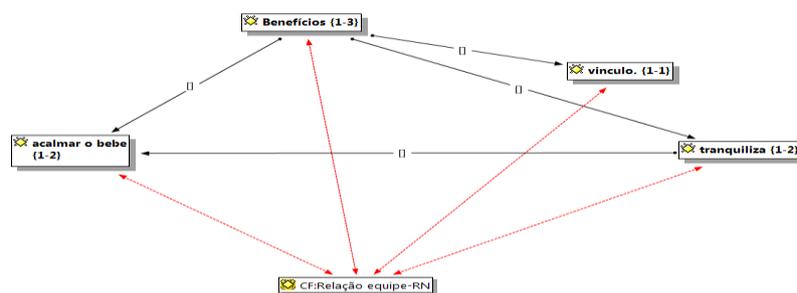
Na Teia de significado 6 (Figura 9), as depoentes relatam o momento do primeiro banho. Não possuem um consenso sobre o momento certo deste banho. Adotando critérios próprios de cada equipe: depois de 6 horas, quando completa 24 horas de nascido, banho no período da manhã ou depois de 2 horas após nascimento.



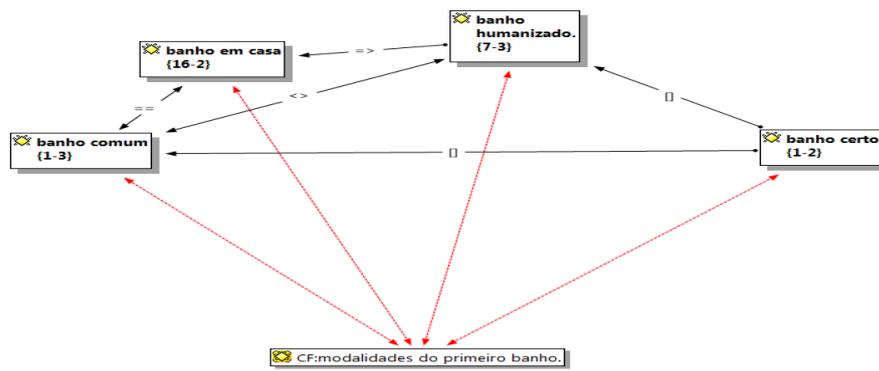
Na Teia de significado 7. Figura 9: as depoentes referem preocupação com temperatura do ambiente para a realização do banho.



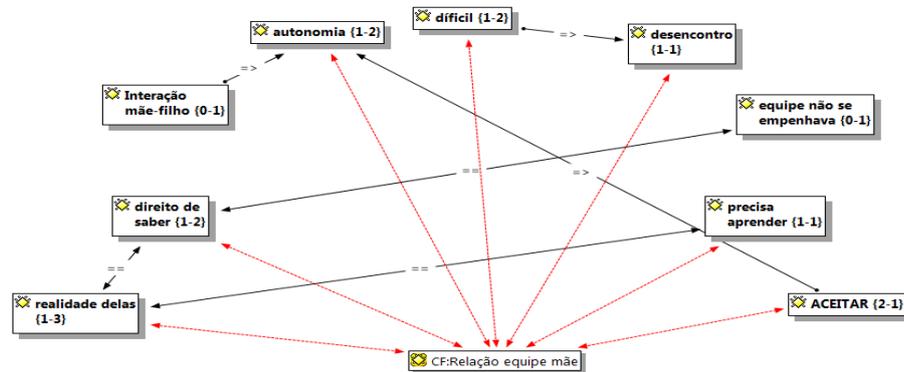
Na Teia de significado 8, Figura 10: as depoentes relatam a relação da equipe de enfermagem com o RN em acalmar o bebe, benefícios, vínculo, tranquilidade.



Na Teia de significado 9, Figura 11 as depoentes referem modalidades do primeiro banho: certo, em casa, humanizado, comum.



Na Teia de significado 10. Figura 12, as depoentes referiram a relação da equipe e a mãe: precisa aprender, aceitar, interação, difícil, desencontro, equipe não se empenha, direito de saber, autonomia.



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo emergiram três categorias: Práticas de cuidado no primeiro banho do recém-nascido no Alojamento Conjunto; O espaço da sala de banho: da prática tecnicista a humanística; A relação da equipe de enfermagem com as mães e recém-nascidos: cultura profissional X cultura familiar.

3.1 PRÁTICAS DE CUIDADO NO PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO NO ALOJAMENTO CONJUNTO

3.1.1. A DIMENSÃO BIOLÓGICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO NO ALOJAMENTO CONJUNTO.

Essa categoria aponta as necessidades biológicas do cuidado com o corpo físico do recém-nascido na realização do primeiro banho e que acontece diariamente pela equipe de enfermagem no alojamento conjunto. Segundo os relatos abaixo ocorre uma necessidade de verificar as condições clínicas do recém-nascido antes do banho:

“Avalio o seu estado geral, se está ativo, se não está cianótico, respiração controlada, ai sim eu encaminho para o primeiro banho”.
(E4)

“Eu sempre avalio o recém-nascido: se está ativo, se está reativo, suas condições de saúde, para realizar o primeiro banho”. (E15)

“Se o bebê estiver hipoativo ou sonolento, o banho vai ficar para depois”. (E 6)

A equipe de enfermagem realiza uma avaliação prévia do Recém-nascido antes do banho e decide se este tem condições adequadas para o banho. Além da observação da atividade e reatividade, sonolência outros fatores, clínicos e comportamentais podem ser observados, o que facilita compreender a organização do Recém-nascido e suas competências.

Antes da realização do banho é importante que se faça esta avaliação física. De acordo com o MS (2011) o exame físico é de suma importância para avaliação clínica do Recém-

nascido pela simples observação do Rn sem tocá-lo. Já se consegue diversas informações importantes sobre seu estado.

Geralmente observa-se o aspecto, atividade a intensidade do choro e a movimentação corporal. O exame físico detalhado do Rn, preferencialmente é realizado antes do bebê completar 12 horas de vida. (MS ,2011)

Em relação a hipoatividade alguns Rns em alojamento conjunto tem seus níveis de glicose abaixo do tolerável podendo a curto prazo interferir no estado comportamental principalmente os Recém-nascidos que são do grupo de risco: os PIG e os GIG. Em longo prazo, a hipoglicemia poderá levar a danos cerebrais irreversíveis. (MS, 2011)

O impacto das complicações secundárias a termorregulação são: a hipoglicemia, a hipóxia e a sepse. (GARDNER et al, 2011) A hipoglicemia está diretamente ligada a alimentação ineficaz nas primeiras horas de vida, quer seja pela demora em colocar a criança no seio materno, ou em caso necessário, oferecer o complemento artificial.

Pelo protocolo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) faz-se necessário colocar o recém-nascido para ser amamentado na primeira meia hora pós-parto, aproveitando seu estado de alerta devido ao próprio mecanismo do parto. A equipe de enfermagem descreve ser esta uma preocupação e somente encaminham o Rn para o banho, caso este esteja sendo alimentado.

Os depoimentos descrevem o processo do banho relacionado com alimentação do recém-nascido:

“Quando a gente pega o bebê que chega na unidade, chega na enfermaria, a gente vê se ele tá ativo, se ele tá reativo, se ele tá sugando, se tá mamando no peito, se tá mamando no copinho, então a gente vai pegar aquele bebê, vai avaliar ele e enrolar ele no pano para que ele não venha perder peso, às vezes a criança chega aqui com baixo peso, cerca de 1.800 g.” (E1)

“Eu vejo se o bebê está mamando bem, e faço o banho nele”. (E3)

Durante a observação no campo pude constatar que todas as trabalhadoras de Enfermagem preocupavam-se com a condição clínica do Recém-nascido. Na rotina da maternidade, alguns Recém-nascidos, principalmente os nascidos via cesariana, recebiam a primeira alimentação via copinho ainda no centro obstétrico. Os recém-nascidos via parto normal eram colocados no peito. Havia uma vigilância para a hipoglicemia. Avaliavam também a atividade (reações) destes Recém-nascidos e consideravam inaptos para o banho os Recém-nascidos que estivessem sonolentos ou hipoativos. *Trechos do diário de campo 6*

Na cultura do profissional de enfermagem a avaliação física do recém-nascido reflete a valorização dos fatores biológicos de adaptação, de manutenção clínica estável do recém-nascido e da alimentação. É muito comum a equipe adotar critérios centrados em conhecimentos técnicos-científicos em prol das competências sensório motora, respeitando ciclo sono/vigília para a interação do Recém-nascido, o que foi enfatizado na E6.

Portanto, no período de adaptação a vida extrauterina é de suma importância que o recém-nascido esteja ativo, reativo aos estímulos feitos durante o momento do banho para que seu desenvolvimento cerebral não fique comprometido, assim faz-se importante promover a aleitamento materno precoce. (BRASIL, 2011)

GOMES (2010) recomenda respeitar o estado comportamental do recém-nascido. Caso esteja em sono profundo (que dura cerca de 20 min) aguardar que desperte e se estiver protestando ou chorando, consolá-lo totalmente antes do procedimento.

Dentre as necessidades biológicas do recém-nascido a equipe de enfermagem relata a controle da temperatura corporal, conforme depoimentos abaixo:

“Porque se não tiver roupinha, não tem como fazer o banho, porque ele perde temperatura.” (E1)

“Sempre vejo a temperatura antes do banho, se estiver baixa eu não faço.” (E 5)

“Ou seja, se ele subiu após este período mas já tem mais de 6 horas de vida, está bem, temperatura controlada, respiração também, eu faço este banho, pode ser a tarde ou a noite”. (E12)

“Se o Recém-nascido tiver chegado aqui no setor pela manhã, mas ele tem duas horas de vida e não está ainda bem, ou melhor, ainda mantendo a temperatura baixa, eu não faço o banho não. Mas, se estiver tudo bem, eu faço o banho sim”. (E15)

“Se o Recém-nascido ainda não está ainda bem, ou melhor mantendo a temperatura baixa, eu não faço o banho não.” (E 17)

“Eu vou olho a temperatura dele, vejo com a mãe se ele mamou direitinho, vejo se ele consegue estar mais acordado, e faço o banho dele.” (E22)

“Há toda uma adaptação da temperatura, da respiração, então para que pressa em fazer um banho? Sempre decido isso com a enfermeira, porque na verdade ela que vai avaliar e me dar o aval para dar este primeiro banho”. (E24)

Os relatos das depoentes reforçam que a avaliação dos sinais vitais como a frequência cardíaca e respiratória faz-se necessária no processo do banho.

De acordo com o MS (2011), devem-se respeitar as condições da criança e atentar para as oportunidades apresentadas para se obter informações. Se a criança estiver dormindo, essa é uma excelente condição para se aferir as frequências respiratórias e cardíacas sem interromper seu sono, pois se estiver a criança chorando dificulta-se a realização do exame físico.

Os recém-nascidos tem dificuldade em regular sua temperatura, eles têm risco para hipotermia. A hipotermia contribui significativamente para a morbidade do recém-nascido.

Consequentemente, o cuidado com a temperatura é essencial para o neonato. (HILL et al, 2010).

A hipotermia ou a hipertermia podem causar alterações graves nos sinais vitais (incluindo taquicardia ou bradicardia, taquipnéia e apnéia) e aumento do consumo de energia. A hipotermia aumenta o consumo de oxigênio, predispondo o recém-nascido à hipóxia. Quando a hipotermia começa, a temperatura da pele diminui, não havendo intervenção, a temperatura central cai e pode resultar em hipotermia irreversível, levando o recém-nascido ao óbito. (ROLLIM, 2010)

A perda de calor, que começa no parto pode ocorrer através de quatro mecanismos – evaporação, condução, radiação e convecção. O mecanismo de produção de calor do recém-nascido é diferente daquele do adulto, que pode aumentar a produção de calor através do tremor. O recém-nascido com calafrio não pode tremer, mas produz calor através da termogênese sem tremor, a qual envolve aumento do metabolismo e consumo de O₂. (ABREU, 2005)

O MS (2011) recomenda ainda que deve se estar sempre atento ao controle térmico, cuidando para que o ambiente, as mãos e os instrumentos estejam em temperatura adequada, pois o recém-nascido tem pouca capacidade de tolerar as alterações térmicas ambientais não devendo ser exposto nem ao frio e temperaturas elevadas.

Contudo, o primeiro banho acontece logo haja a estabilização da temperatura e isto foi observado durante a coleta de dados. O que pode ser reforçado pela observação abaixo:

“Um recém-nascido é admitido no AC. São 10 horas da manhã e este Recém-nascido nasceu às 07h. uma técnica de enfermagem do setor veio fazer a recepção da mãe e deste neonato. Pega o Recém-nascido dos braços de sua mãe, o leva para a sala de cuidados e o examina. Ela explica que, precisa fazer o primeiro banho do Recém-nascido mas antes verifica se os sinais vitais estão estáveis, principalmente a temperatura, se o Recém-nascido está ativo, se não apresenta hipoglicemia, se está mamando...diz que o Recém-nascido veio muito sujo, e que vai aproveitar a sala de banho “aberta”, para deixar ele bem limpinho”. *Trechos do diário de campo, 2.*

Apesar de todo avanço do conhecimento sobre os cuidados com o recém-nascido no alojamento conjunto, há controvérsias na literatura sobre a relação do primeiro banho do

recém-nascido e sua estabilização cardiorrespiratória e térmica. Em contrapartida, novos estudos sobre a termorregulação relativas ao banho surgem em oposição as recomendações até então apresentadas.

Segundo estudo realizado por Pugliesi et al (2009) com objetivo de determinar se o banho do recém-nascido logo após o nascimento interfere na transição para a vida extrauterina, especialmente nas adaptações cardiorrespiratória e na termorregulação mostrou que no grupo banho (98 Recém-nascidos) e no grupo controle (96 Recém-nascidos) a temperatura corporal na admissão era similar entre os grupos, assim como frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial média e a saturação de oxigênio foram semelhantes. A taxa de aleitamento e o tempo na sala de parto foram significantes maiores no grupo banho. Os autores concluíram que o banho na sala de parto em recém-nascidos a termo e saudáveis não interferiu na adaptação cardiorrespiratória e na temperatura a admissão na unidade neonatal.

O estudo realizado por Behring et al (2003) com 300 Rns na sala de parto comparou dois grupos de Rns, um grupo demonstrou que não houve diferença significativa de temperatura entre os Recém-nascidos que tomaram banho uma hora após o parto e os que tomaram banho entre quatro a seis horas após o parto, corroborando com os achados de trabalhos anteriores feitos por Penny-Macgillivray (1996) e Varda e Behnke (2000), que também não encontraram diferença de temperatura relacionada ao momento do primeiro banho.

Outros autores estabelecem que o primeiro banho seja dado somente quando a temperatura do neonato estiver estabilizada, em vez de considerar apenas o número de horas após o parto como o momento ideal para realizar isso. (WALKER et al, 2005; BLUME et al, 2009; CHRISTIDIS et al, 2003; ADELAJA, 2011). Todos os autores orientam que o contato pele a pele deve ser preferido em detrimento de outros cuidados meramente biológicos.

A preocupação com a hipotermia do recém-nascido resultou da recomendação da Organização Mundial da Saúde (2006), que o primeiro banho, seja dado apenas seis horas após o parto, com exceção dos casos em que o Recém-nascido está banhado em mecônio ou é filho de portadora do vírus da hepatite B, herpes vírus e HIV, com o objetivo de remover resíduos de sangue materno, minimizando a exposição do recém-nascido a esses agentes etiológicos.

Os cuidados humanizados fazem parte igualmente do protocolo do Ministério da Saúde para atendimento humanizado ao parto e nascimento. Neste manual, são preconizados o contato pele a pele, a amamentação na primeira meia hora do pós parto, dentre outros. Estes cuidados visam promover o vínculo materno e estabilizar as funções cardiocirculatórias do recém-nascido. (BRASIL, 2011).

Em relação à manutenção da temperatura corpórea no modelo humanista prioriza-se o aquecimento do recém-nascido, no contato pele a pele com a mãe em um quarto aquecido e, se necessário, cobri-lo com um cobertor (ODENT, 2002)

Porém, ainda prevalece o modelo biotecnista, conforme observação abaixo:

Ao nascer, O Recém-nascido tem seu corpo enxugado e é envolvido em dois cobertores. Neste dia, não observei nenhum bebê a termo sendo colocado no colo de sua mãe, para o contato pele a pele. Na sala de pós-parto, é que as mulheres pegavam os seus filhos no colo e iniciavam as tentativas para amamentá-los. O ambiente da sala é frio, devido ao ar condicionado central, e assim os Recém-nascidos eram mantidos enrolados nestes cobertores. *Trechos do diário de campo, 3.*

Faz-se necessária a incorporação dos princípios da assistência humanizada ao nascimento, uma mudança de paradigma, que já faz parte de outras culturas de apoio ao parto e nascimento.

Protocolos internacionais recomendam que se incorporem práticas para manter a termorregulação do Recém-nascido após o parto. Princípio como a espera para fazer o primeiro banho até a estabilização da temperatura corporal (entre 36,6⁰ C e 37.6⁰ C) para que se aumentem o consumo de oxigênio, evitando o desconforto respiratório e a hipoglicemia. A recomendação reforça que a realização do banho de balde ou banho de banheira diminuam os riscos para que a temperatura corporal diminua no contato com a água. Crianças filhas de mães portadoras do vírus da hepatite e HIV devem tomar banho até 2 horas de vida.

As implicações destas medidas para a prática de enfermagem incluem um aumento para o vínculo materno, incentivo ao aleitamento materno e a promoção do estresse causado pela excessiva manipulação ao nascimento. (Associação das Enfermeiras obstetras, neonatologistas \ AWHONN, 2012)

A presença de secreções na pele leva as equipes de enfermagem a realizarem a higiene corporal através do banho nos depoimentos abaixo:

“Porque existe toda uma proteção da pele do neném, que é o vernix caseoso. A gente sabe que quanto mais tempo ele ficar com o vernix mais proteção ele vai ter, mas não é estético nem higiênico ficar assim com sujidade na pele, corremos risco de uma contaminação.” (E2)

“Comigo, vai depender das condições do bebê, se ele está bem, se ele estiver aquecido; se ele estiver muito sujo ele vai tomar banho.. O bebê está bem? Quando nasceu ele ficou no hood? Ele está muito sujo? A mãe exige que se faça o banho porque tá se incomodando com o bebe sujo? Ou quer que a gente faça somente uma higiene a seco?” (E6).

“Pois o bebê ainda tem aquela necessidade de manter a temperatura do corpo e também deixa-lo com a proteção do vernix e colonizar a pele com os microorganismos da mãe”. (E13).

“Às vezes acontece da mulher ficar por mais de 24 horas aqui na unidade, quer por problema materno de doença, ou até mesmo por falta de vaga no alojamento. Neste caso a mulher toma seu banho e o Recém-nascido faz apenas uma higiene para tirar resíduos do parto” (E14)

“Os bebês tomam banho todos os dias, lavamos a pele dele com água e sabão líquido.(....) eles ficam muito limpinhos”. (E19)

Na história da neonatologia, os cuidados com o banho\higiene corporal do recém-nascido por muito tempo foi orientado para ser realizado após a queda do coto umbilical (AVERY, 1980, 1990, 2000).

Imediatamente após o nascimento, a pele do Recém-nascido se encontra envolvida por sangue, secreções vaginais e o vernix caseoso com potencial de contaminar profissionais e familiares, o que justifica a ideia presente em muitas culturas de administrar o banho imediatamente após o nascimento. De fato, essa rotina existe em muitas maternidades, exceto para partos de alto risco ou para os Recém-nascidos prematuros. (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011)

Sabe-se que o vernix atua como um creme evanescente que penetra nos poros ou desaparece em contato com as roupas em 12 a 24 horas. Entretanto, permanece um tempo maior nas dobras e pregas da pele onde um depósito espesso pode ser encontrado. Em vez de ficarem protegidas, essas áreas podem tornar-se irritadas se a vernix permanecer ali indefinidamente, e, portanto, esta deve ser removida em 24 a 48 horas.

A equipe de enfermagem demonstra que o banho faz-se necessário:

“ Faço o banho sim, pois eu acho que o bebê fica mais limpo, sem cheiro de sangue, sem resíduos”. (E3)

“Tem que limpar e tirar o vernix e as secreções embaixo do pescoço, entre as virilhas, embaixo das axilas. (...) limpo tudo... é mais higiênico, evita risco de pegarem infecção aqui no hospital”. (E8)

“Eu acho um absurdo. Por vezes, o bebê chega aqui sujo e só vai tomar o banho no dia seguinte (...). O que me foi passado é que isto é para manter a pele a ficar com o vernix. (E17)

A preservação da integridade da pele é um aspecto importante do cuidado durante o período neonatal, entre os cuidados com a pele do recém-nascido. Atualmente, sabe-se que esta rotina de banho pode trazer prejuízos à pele, devido a fragilidade da epiderme do recém-nascido. (PROCIANOY, 2006)

Os depoimentos abaixo descrevem os agentes utilizados pela equipe de enfermagem no banho do recém-nascido:

“É rotina aqui darmos o banho do recém-nascido. São na maioria filhos de mulheres que na sua maioria nem realizam o pré natal. Talvez este banho se faz necessário mais para limpeza da pele, Ah o sabão que utilizamos é o líquido...acho que é neutro...e damos banho nos bebês diariamente”. (E21)

“Não imagino um banho sem passar sabão...tem que limpar essa secreção...a ordem da chefia é para deixar o bebê sem banho até o dia seguinte ao nascimento...mas tenho certeza que quase ninguém cumpre isso”. (E16)

As razões para esta prática são variadas, mas incluem a necessidade de limpar a pele do Recém-nascido, contaminada pelo vernix caseoso, secreções vaginais e sangue materno. Tal necessidade para limpar esta pele é reforçada pela percepção de minimizar os riscos da contaminação pelo HIV durante o parto. Porém, não há evidências que sustentem esta teoria. (BERGSTROM et al, 2005)

Durante o manuseio da pele do Recém-nascido no banho, a enfermeira utiliza luvas de procedimentos. Tendo o cuidado de esfregar as partes com maior quantidade de vernix e secreções com uma gaze e sabão. O sabão utilizado é a base de clorexidina.

Trechos do diário de campo 3

O banho do recém-nascido também veio acompanhado do uso de produtos de limpeza para a pele do recém-nascido que tem sido muito discutido na literatura científica. O estudo de Blume-Pevtavi (2012) reforça que nos últimos anos tem havido esforços para compreender os efeitos das rotinas de cuidado com a pele do recém-nascido e produtos sobre o desenvolvimento saudável da sua pele. Tais esforços visam determinar as melhores práticas de cuidado com a pele infantil. Ainda não há um consenso entre as comunidades pediátricas e dermatológicas sobre o que constitui uma prática de limpeza adequada.

O conhecimento acumulado tem promovido práticas baseadas em evidências clínicas, e, portanto pode ajudar a melhorar os resultados clínicos. A evidência clínica de alto nível, a longo prazo, da limpeza eficaz e segura da pele de recém-nascido a termo e lactentes é escassa. (BLUME; PEVTAVI,2012).

As evidências realizadas através da análise abrangente da literatura científica sobre o desenvolvimento da pele do recém-nascido, as práticas de limpeza e produtos relacionados a pele de recém-nascidos saudáveis desde a década de 70, referem que: banhos de imersão na água parece ser superior a apenas a lavagem; banhos com detergentes sintéticos

ou produtos de limpeza suave para recém-nascidos líquidos parecer ser ou mesmo superior ao da água sozinha. No entanto estudos clínicos randomizados com grupos etários definidos de recém-nascidos, bem como parâmetros melhor definido são necessários para identificar as práticas ideais produtos de limpeza em recém-nascidos saudáveis. Esses parâmetros podem incluir funções padronizadas da pele como a perda trans epidérmica de água, a hidratação do estrato córneo, o pH da superfície da pele e a produção de gordura com pontuações da condição da pele pode ser empregado para medir os resultados. (BLUME;PEVTAVI, 2012)

Os agentes químicos usados nos sabonetes podem causar irritação na pele e a absorção de substâncias tóxicas. Deve-se evitar o banho diário com sabonete e optar por sabonetes suaves com PH neutro, alternando-se banhos somente com água e banhos com água e sabonete. (AWHONN, 2012).

O banho dos recém-nascidos visa, especialmente, as zonas que necessitam maior atenção, como face, pescoço, pregas e áreas de fraldas. Quanto ao banho de rotina, foi demonstrado que ele, em si, é superior à esfregação com esponja ou algum outro tecido. O ato de esfregar com esponja ou tecido promove maior perda de temperatura, maior perda de água transepidermica e menor hidratação do estrato córneo. (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011)

Segundo FERNANDES, OLIVEIRA, MACHADO (2011), os agentes de limpeza ideais devem ser líquidos, suaves, sem sabão, sem fragrância, com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não irrite a pele nem os olhos do bebe, ou altere seu manto ácido protetor da superfície cutânea.

Nos casos de filho de mãe HIV positivos a limpeza da pele deve ser mais precoce para diminuir o risco de contaminação e colonização por bactérias patogênicas; precauções universais (luvas) devem ser utilizadas antes e durante o primeiro banho; tendo o vernix presente, é melhor ser mantido e utilizar luvas no manuseio do recém-nascido (BRASIL, 2011).

O que é reforçado nos depoimentos abaixo:

“O primeiro banho aqui na maternidade só acontece no alojamento conjunto. Aqui no Centro obstétrico, não é feito banho. Somente em casos de bebês filhos de mães HIV ou sujos de mecônio.” (E5)

“O recém-nascido não tem necessidade de tomar banho nas primeiras 24 horas de vida, porque foi feita uma higiene nele assim que ele nasceu. A não ser que a mãe tenha HIV positivo e exista a necessidade de fazer este banho.” (E7)

“Eu somente acompanhei o primeiro banho aqui no setor, quando o bebê nasce sujo de sangue, mecônio e a mãe tem HIV, hepatite B ou sífilis confirmados. Na verdade é uma proteção para nós da equipe, evitando a contaminação.” (E14)

O banho nas primeiras horas de vida é prática padrão em muitas instituições no Brasil devido à preocupação com a possibilidade de transmissão de infecções para os profissionais de saúde e familiares através do contato com sangue e secreções presentes na pele do recém-nascido, incluindo entre outros, os vírus HIV e hepatites B e C. (PUGLIESI, 2009).

Sabe-se que o neonato muda durante o processo do parto de um ambiente esterilizado para outro não esterilizado. Ele estabelece a flora normal através do contato com a mãe durante o parto, com outras pessoas e com o meio ambiente. O processo do banho poderá muitas das vezes interferir na proteção fisiológica da pele, propiciando a alteração dos microorganismos da flora normal da pele por microorganismos patogênicos do ambiente nosocomial. (PROCIANOY, 2006)

As interações entre mãe e recém-nascido no período logo após o nascimento, influenciam a fisiologia e o comportamento de ambos. O contato corporal próximo da criança com o corpo de sua mãe, ajuda a regular a temperatura do recém-nascido, a conservação de energia, os comportamentos, o equilíbrio ácido-base, o ajuste da respiração, e do choro. Da mesma forma, o bebê pode regular - ou seja, um aumento de atenção da mãe para suas necessidades, o início e a manutenção do aleitamento materno, e pela eficiência de sua economia de energia através da ativação do nervo vago e uma onda de liberação de hormônio do trato gastrointestinal, resultando em melhor exploração de calorias ingeridas. Os efeitos de algumas destas alterações podem ser detectadas meses mais tarde. (WILBERG, 2005)

Faz-se necessário perceber o contexto como construção cultural, ou seja, o modo de olhar e agir sustentado pela racionalidade biomédica (MONTICELLI, 2006)

3.2 O ESPAÇO DA SALA DE BANHO: DA PRÁTICA TECNICISTA A HUMANÍSTICA.

Das diversas ações educativas que ocorrem no Alojamento conjunto, o momento mais formal e sistematizado aonde ocorre o cuidado educativo é a hora do banho do recém-nascido. É no espaço da sala de banho que a equipe de enfermagem passa o maior tempo durante a manhã.

“O banho é feito na sala de banho” (E3)

A sala de banho está localizada no segundo andar do hospital, mesmo andar do alojamento conjunto. É uma sala pequena, que possibilita a permanência, de três binômios e dois profissionais de enfermagem. As paredes de cor amarela são decoradas com temas infantis (filhotes de animais selvagens). A estrutura física é composta de duas bancadas, com uma torneira de água morna em uma delas e outra é somente de água fria; possui um armário em baixo da pia que acondiciona material para o banho: gaze, fralda descartável, bolas de algodão, almotolia de álcool a 70% e almotolia de sabonete líquido manipulado pela farmácia. A banheira de uso individual é levada pelas mães durante o banho, pois elas ficam nas enfermarias do alojamento conjunto acondicionadas em baixo de cada berço. Seu ambiente é climatizado por um aparelho de ar condicionado e possui ainda um aparelho de som, onde tocam músicas instrumentais de cantigas de ninar. Está sala é fechada por divisórias e parte de sua “parede” é de vidro transparente, lembrando muito um berçário, onde o banho pode ser visto por outras pessoas. Possui iluminação artificial. *Trechos do diário de campo 1.*

O tipo de organização dada ao espaço é consequência de julgamentos e escolhas que refletem valores e atitudes culturais e subjetivas. O espaço é uma linguagem silenciosa que transmite informações a respeito de seus ocupantes. Ao penetrar num território de domínio de

alguém é possível ler seus valores e códigos sociais. (BRASILEIRO; DUARTE; RHEINGANTZ, 2004)

Durante o banho, percebo que as pessoas não ficam confortáveis no pequeno espaço. O ruído é intenso, produto das conversas entre as mães e a equipe, do aparelho de som, do choro dos Recém-nascidos incomodados com o ambiente. A temperatura da sala está a 17°. C, devido ao ar condicionado ligado. *Trechos do Diário de campo 7.*

Faz parte da filosofia da política de humanização que o cuidado seja focado no aspecto desenvolvimental dos recém-nascidos. Nesta perspectiva, o ambiente na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. A construção de espaços saudáveis inclui o controle e a redução do ruído ambiente, dentre outros. (SCHOCCI et al, 2012)

Mãe e avó se encaminham para a sala de banho, porém a enfermeira somente permitiu entrar a mãe do Recém-nascido, referindo que esta precisa aprender a dar o banho, a avó fica olhando pelo vidro, enquanto outras 2 mães entram com seus bebês. Do lado de fora, forma-se uma fila de mães com seus filhos, esperando sua vez de entrar. *Trechos do diário de campo, 8.*

De acordo com o MS, o ambiente dos serviços de saúde deve ser um espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, e garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários. (MS, 2006)

Todos os banhos dos recém-nascidos são realizados nesta sala, e se a mãe quiser fazer o banho no interior das enfermarias, isto lhe é vetado, pois ele somente pode acontecer na sala de banho. Os depoimentos da equipe de enfermagem mostram as mudanças ocorridas no alojamento conjunto com a criação da sala de banho:

“Com a criação da sala de banho as coisas ficaram mais fáceis (...) O espaço é destinado ao banho, cada recém-nascido tem sua banheira e a água é morna.” (E12)

“Sabemos que as mudanças são difíceis de acontecerem, de uma hora para outra. Porém, devemos ter o foco na melhoria da assistência e acho que criar a sala de banho já foi um salto (...) ensinamos o banho na sala de banho” (E6)

“É complicado sabe, agora a sala está com ar condicionado, mas até bem pouco tempo atrás, era insuportável ficar lá dentro (...) mas tem vezes que não podemos deixar o ar ligado, as mães, reclamam do ar ligado. Eu concordo com elas, porque eu não daria banho no meu filho recém-nascido, com o ar condicionado ligado. Se eu pudesse sugerir, eu achava que o banho tinha que ser dois turnos, e na modalidade que a mãe quisesse, e não de uma maneira imposta”. (E11).

“Hoje em dia, com a criação da sala de banho, as coisas ficaram mais fáceis e na minha visão, melhoraram. O espaço é destinado ao banho, cada Recém-nascido tem sua banheira, e a água é sempre morna, porque a torneira é somente utilizada para este fim. O que ainda fico pensando se é adequado ou não, são os limites impostos para estas mulheres na sala de banho”. (E16).

A ambiência, enquanto espaço de encontro entre sujeitos, apresenta-se como um dispositivo que potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho, possibilitando a produção de novas subjetividades. A construção do espaço deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão, na perspectiva da equidade. (SCOCHI, 2012)

O banho do RN é considerado um evento didático imprescindível para as famílias, tornando-as ‘aptas’ a saírem da maternidade. Dentro deste espaço físico, o banho feito e preconizado é o banho humanizado:

O banho feito na sala, é o banho humanizado. Neste banho, o Recém-nascido tem seu corpo enrolado, do pescoço para baixo e num primeiro momento fica somente de fralda. O bebê é levado até a banheira, para começar a ser lavado. Primeiro sua face depois, a cabeça. Sua face é limpa somente com algodão e água. Na sequência sua cabeça é lavada com sabão líquido, onde a sujidade é então retirada. Após esta primeira etapa o Recém-nascido é levado para a bancada e tem seu rosto e face secos com uma toalha macia. Sua fralda é retirada e novamente seu corpo é enrolado. Observo que a água da banheira não foi trocada e tem pouca quantidade. Assim, o recém-nascido é colocado na banheira, seu corpo não fica imerso na água, mesmo com a temperatura ambiente em torno de 200 C, devido ao ar condicionado estar ligado. Aos poucos vai sendo retirado o pano. Na limpeza de sua pele, a técnica utilizando luvas fricciona a pele do Recém-nascido com sabão, faz este mesmo movimento com o dorso. Percebo que o passo a passo do banho é explicado a mãe, e a técnica vão interagindo pouco com o Recém-nascido, não conversam com o bebê, os toques são meramente rápidos para que possa passar o sabão pelo corpo, percebo que interage mais com a mãe, explicando o passo a passo do procedimento. Em seguida, o Recém-nascido é retirado da banheira e colocado no berço e assim tem sua pele seca, o curativo do coto umbilical é feito com álcool 70% e é colocada a fralda. A técnica solicita a mãe que vista o Recém-nascido na enfermaria e somente o envolve com a toalha que o secou. O procedimento levou em média 15 minutos. *Trecho do diário de campo, 6*

Os depoimentos abaixo revelam que o banho humanizado é obrigatório em detrimento do banho de imersão “normal” aprendido durante o curso técnico:

“É um banho recomendado para que a criança não fique com frio, não fique desconfortável. É um banho para que a criança não se assuste, durante esse banho, ele vai ser limpo e ao mesmo tempo sentir numa

situação confortável, então agora esse banho humanizado é um banho mais novo, mais recente que tem agora”. (E1)

“Mas mesmo assim, é um grande passo. Outro fator que também me questiono é do porque temos que fazer o banho humanizado. Este banho seria para Recém-nascidos que estão na UTI, com baixo peso, mas aqui no alojamento...tem vezes que temos dificuldade para realizar banho num bebê “GIG”...mas é assim que deve ser, respeito. Quem sabe que daqui a algum tempo, estas normas não se quebrem...??? torço para isso!” (E16)

“Estou a pouco tempo aqui no setor. Nunca trabalhei em maternidade, então pra mim já foi difícil fazer este banho humanizado. Nunca havia ouvido falar. Mas não foi difícil aprender”.(E17).

“Quanto a modalidade do banho, pedimos para realizarem a técnica do banho humanizado. Pois desta forma, acalma e tranquiliza o Recém-nascido, do estresse causado pela própria dinâmica do parto”. (E23)

O banho humanizado chegou ao Brasil, adaptado da técnica japonesa. Foi introduzido por enfermeiras obstetras que realizaram visitas às casas de parto no Japão (JAICA) e trouxeram várias contribuições para o atendimento humanizado ao parto e nascimento, dentre eles o banho de ofurô no balde (Tub bath) ou banheira.

Essa técnica transcultural está sendo difundida nas unidades neonatais, principalmente ao alojamento conjunto. O banho humanizado tem seus pilares nos princípios da humanização, onde o objetivo principal é manter o Recém-nascido num ambiente acolhedor, diminuindo o estresse causado pelo excesso de manipulação, respeitando suas necessidades individuais e proporcionando vínculo afetivo entre pais e bebê.

Pode-se apontar que o banho tradicional é mais técnico, pois seu objetivo é a higienização, sem se preocupar em proporcionar um estar-melhor e um bem-estar ao recém-nascido. Portanto essa técnica por si só não privilegia um cuidado humanizado, digno de quem acaba de chegar ao mundo. Já a técnica humanizada japonesa é contrária a tradicional, pois alia a higienização com uma preocupação em proporcionar um cuidado menos

estressante, mais prazeroso ao recém-nascido, no qual o objetivo é o retorno as sensações positivas da vida intrauterina. (RICHETTO; SOUZA, 2011)

A imersão em água morna juntamente com a contenção do padrão flexor reduz a desorganização neuropsicomotora, promovendo melhor ajuste do recém-nascido ao meio, e tornando mínimo o estresse sobre os bebês, proporcionando relaxamento e atenção individualizada, respeitando as peculiaridades do recém-nascido, para que ele seja capaz de interagir com o ambiente tolerando a intervenção sem que esta interfira nas suas funções fisiológicas, comportamentais e interacionais. (TAMEZ, 2009)

Fiquei atenta para o tipo de banho oferecido ao Recém-nascido. A técnica do banho humanizado é uma prática quase que obrigatória no alojamento conjunto. As mães ficam surpresas com a técnica, que também é um banho de relaxamento, pois o Recém-nascido deve ser imerso na água morna. Surpreendeu-me que cada profissional da enfermagem, prepara o banho à sua maneira, ou seja, desde a quantidade da água na banheira e a temperatura até a forma de enrolar o Recém-nascido e realizar o banho. Por vezes, observei mães que já estavam ali no alojamento por pelo menos, 2 dias e que também percebiam que cada plantão realizava o banho humanizado sob diversas formas. *Trecho do diário de campo 2*

O banho de esponja e o banho de balde foram se tornando uma prática profissional recomendada nas unidades hospitalares. A Associação das enfermeiras obstétricas e neonatais e da saúde da mulher (AWHONN) em 2001 traz recomendações sobre os cuidados com o banho de imersão e a pele do recém-nascido a termo e pré-termo. (NANN, 2001). As Enfermeiras estavam interessadas em determinar se o banho de balde (tub) era seguro e mais agradável para recém-nascidos e suas famílias, já que este deve ser prazeroso para a criança e fornecendo possibilidades de interação para os pais. Como um cuidado na filosofia de “Cuidado Centrado na Família” os profissionais de saúde deveriam se esforçar para normatizar esse cuidado e incluir as famílias em todos os aspectos. E o banho de banheira\balde (Tub) seria coerente com essa filosofia.

Antes de realizar uma mudança na prática relacionada ao banho as enfermeiras realizaram um estudo para explorar os benefícios potenciais da banheira para recém-nascidos e suas mães, assegurando que não há riscos a saúde associados ao Recém-nascido. O estudo randomizado e controlado foi realizado em uma maternidade no Canadá com 102 binômios mãe-bebe. 51 Recém-nascidos foram banhados em banheira e 51 com esponja com controle da temperatura antes e após o banho; observação do coto umbilical diário e vigilância risco de infecção, aplicação da Escala Neonatal de Avaliação Comportamental no comportamento do Recém-nascido e para avaliar a segurança e o prazer materno foi utilizado auto avaliação com escala de 5 pontos, confiança com o banho e comportamento do recém-nascido. (BRYANTON et al, 2004).

O primeiro banho foi realizado entre 2 a 24 horas após o parto, de acordo com a necessidade da criança, durante o banho foi utilizado tom de voz baixo, e utilizado esponja no corpo em movimento rítmico e lento, em temperatura ambiente. A temperatura foi medida em 22°C, e levou cerca de 10 minutos levando em consideração as necessidades do recém-nascido. O banho seguinte foram realizados com o recém-nascido envolto em um cobertor duplo não aquecido. (BRYANTON et al, 2004)

No banho de balde\banheira foi realizada inicialmente a higiene olhos, face e cabeça, antes de serem imerso. O Recém-nascido foi lentamente imerso ate o pescoço com agua morna (medida a temperatura água com termômetro entre 37,8 e 38,8°. C) em uma banheira de plástico. O nível da água foi de 12,5 cm de profundidade, o suficiente para cobrir os ombros do recém-nascido. O Recém-nascido foi mantido de forma segura, a cabeça e o pescoço foram apoiados no antebraço da enfermeira e o braço e o ombro foi agarrado\seguro pelo dedo polegar da enfermeira. A limpeza realizada por um pano macio na pele suave do Recém-nascido. A região frontal e dorsal foi limpa sem virar\manipular o recém-nascido. Os baldes foram desinfetados entre os banhos dos recém-nascidos.

No banho de esponja o recém-nascido foi colocado sobre uma superfície plana e protegido. Foi lavado com um pano macio a partir de uma bacia pequena de água utilizando sabonete suave. Os olhos, face e cabeça foram lavados e secos enquanto o recém-nascido estava enrolado em um cobertor. O cobertor foi aberto de modo que as partes do corpo foram lavadas a seco e em seguida coberto imediatamente.

Os resultados mostram que os recém-nascidos banhados em balde experimentaram significativamente menor perda de temperatura do que aqueles com banho de esponja; as mães classificaram maior satisfação. Esses resultados demonstraram que a banheira é uma forma segura e prazerosa e uma alternativa para o banho de esponja ao recém-nascido a termo saudável. (BRYANTON et al, 2004).

O banho de balde parece ser mais eficaz do que o banho de esponja de manter a temperatura do corpo e prevenir a perda de temperatura em Recém-nascidos saudáveis. O corpo do Recém-nascido coberto de água ajuda a promover uma temperatura pela distribuição completa da água e diminui a perda de calor por evaporação. (BRYANTON et al, 2004).

Promover a adaptação extrauterina, a prevenção do estresse do frio no Recém-nascido é uma intervenção de enfermagem significativa que pode reduzir graves consequências. A principal implicação para a prática é que este estudo fornece fortes evidências para apoiar a tomada de decisão da transição do banho em Recém-nascidos a termo. Não apenas o banho de balde é seguro no que diz respeito a integridade e temperatura, mas também ser mais agradável e menos estressante para mães e crianças. Tem benefício de melhorar e aumentar o cuidado centrado na família. (BRYANTON et al, 2004)

Já em 2012, a AWHONN, lançou um protocolo de normas técnicas para a realização do primeiro banho dos Recém-nascidos, a saber: Aguardar entre 2 a 4 horas para a estabilização da termorregulação e diminuição dos riscos para a hipotermia, incluindo o aumento do consumo de oxigênio, estresse respiratório e hipoglicemia; a temperatura corporal adequada fica entre 36,6° C a 37,7° C para que o recém-nascido seja encaminhado ao banho, o banho de balde é preconizado, pois os Recém-nascidos ficam mais calmos; crianças com mães portadoras do vírus HIV e da hepatite B deverão ser banhados em até 2 horas depois do parto. Foi incluído neste protocolo o banho dos recém-nascidos filhos de portadoras do vírus HIV e Hepatite B., sendo um diferencial do trabalho publicado em 2004. (AWHONN, 2012).

Durante a minha observação, pude observar que todas as equipes realizavam o banho pela manhã, pois a sala de banho “funciona” apenas neste período. Apesar de não ter um horário escrito sobre o horário de banho, observa-se que ao término das atividades pela manhã, é feita a limpeza pela equipe de higiene e a sala é fechada com a chave. Na

distribuição das tarefas, duas técnicas são designadas para ficar na sala de banho e a tarde já estão ocupadas com outras tarefas do plantão.

Após este horário, os banhos não são realizados. Não se tem uma rotina para o tempo de nascido que o Recém-nascido tem para realizarem o primeiro banho. É na sala de banho, que a equipe de enfermagem passa a maior parte do tempo, geralmente no período da manhã. Neste espaço há a possibilidade de se ensinar o banho do recém-nascido para as puérperas, como parte de um dos requisitos para que esta possa ir para casa orientada e continuar este cuidado em domicílio.

“Faço o primeiro banho independente de a mãe estar ou não aqui na sala comigo. E faço em qualquer hora do dia, porque respeito às horas de nascido. Mas a rotina daqui, não é essa, geralmente, as equipes fazem o banho somente de manhã. Devido a rotina do setor e a falta de pessoal”. (E1)

“O primeiro banho é realizado se a paciente chegar ao primeiro horário logo de manhã. Se ela chegar na unidade à tarde ou a noite este banho só vai ser feito no dia seguinte pela manhã. Eu acredito que pelo andamento do serviço após 10, 11 há da manhã, a sala é fechada..., porque aí já começam as rotinas do setor, a gente tem que cuidar das puérperas fazer medicação, etc. e também porque os Recém-nascidos não tem hora para subir, portanto não tem como parar o serviço e ficar dando banho em recém-nascido. Eu acredito que pela prática do nosso serviço não há um horário padrão, independente das horas de nascido, porque ninguém olha o prontuário para ver quanto tempo o bebe tem de nascido”. (E4)

“Com relação ao momento em que esse primeiro banho é feito, eu desconheço uma rotina desse setor que determine que ele aconteça nas primeiras 12 h de nascido, ou assim que nasce, ou até mesmo 24 horas após o parto, eu desconheço essa rotina. A sala de banho fica aberta aqui até 12h e dependendo da avaliação do enfermeiro em conjunto com o técnico de enfermagem se vai ser feito o banho do Recém-

nascido independente do tempo de nascido. Mas naturalmente, se ele nasceu no dia anterior e ainda não tomou banho ainda ele vai tomar banho sim a não ser que ele não tenha condições de saúde, vai passar por algum procedimento ou até mesmo ser transferido para outro setor. Eu acho que o nosso desencontro é no dia em que Ele nasce. Ele nasceu hoje, vai tomar banho hoje?” (E6)

“O primeiro banho aqui na maternidade é dado sempre pela manhã. E se a mãe veio no dia anterior ela vai dar este banho no dia seguinte e se chegar até meio dia, o banho é feito. Mas eu acredito que o recém-nascido não tem necessidade de tomar banho nas primeiras 24 horas de vida, porque foi feita uma higiene nele assim que ele nasceu. O banho é sempre feito na parte da manhã. Quem chegou depois, a gente faz uma limpeza, mas se chegou ainda com a sala de banho aberta a gente faz o banho. A gente não leva em consideração as horas de vida para dar o primeiro banho e sim se o horário que ele chega no alojamento conjunto coincide com a sala de banho aberta.”. (E7)

“O primeiro banho do recém-nascido é feito pela manhã. Depende se o bebê chegar com a sala de banho aberta. Acontece porque temos várias tarefas para desempenhar ao longo do plantão, não dá pra ficar parando toda hora e fazendo banho, ensinando banho, por isso que a sala de banho funciona apenas de manhã. Se já tiver sido fechada a agente faz apenas uma higiene e faz o banho no dia seguinte”.(E8)

“O primeiro banho é realizado sempre pela manhã, independentemente das horas de nascido que tem o recém-nascido”. (E9).

“O banho é realizado aqui na unidade geralmente de manhã. Pela equipe de enfermagem. Sempre de manhã com os bebês que estão no setor.” (E11)

“Porém os banhos acontecem aqui pela manhã. Enfim, este primeiro banho acontece independente da hora de nascido deste recém-nascido”. (E15)

“Os horários do banho são restritos. O primeiro banho do Recém-nascido acontece mesmo neste período. E recebo Recém-nascidos durante as 24h. se ele chega até umas 18h eu até faço o banho. Geralmente a tarde eu estou mais tranquila, e aí eu pego e faço. Eu observo a hora de nascido sim. Se ele tiver menos de seis horas de nascido, eu não faço o banho”. (E25).

A partir dos depoimentos nos deparamos com a contradição quanto ao funcionamento da sala de banho, e conseqüentemente constata-se a rigidez de uma rotina com horário matinal para que não somente o primeiro banho, mas todos os banhos dos recém-nascidos aconteçam neste período.

A rotina da unidade prevalece, mesmo havendo demanda por parte da puérpera e seus familiares em aprender e realizar o banho em outros horários. A cultura institucional legitima o ritmo padronizado da unidade. Com isso, o primeiro banho realizado no recém-nascido fica a critério do horário padrão da unidade e as horas de vida do recém-nascido, não influenciam no primeiro banho.

Desta forma o “cuidado educativo” acaba sendo um procedimento rotineiro, com hora, local e professor previamente agendados. Fora este momento, a trabalhadora entende que não há tempo e espaço para o processo de aprendizagem. A rotina da Unidade prevalece, mesmo que haja predisposição da família para aprender e interesse explícito em dialogar. Parece haver aí uma racionalidade técnica, contextualmente legitimada pela instituição que, longe de interpretar a necessidade requerida pela família, afasta-se dela para reelaborá-la segundo as necessidades instrucionais impingidas pelo ritmo padronizado da Unidade.

3.3. RELAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM AS MÃES E COM OS RECÉM-NASCIDOS: CULTURA PROFISSIONAL X CULTURA FAMILIAR

Além do conhecimento biomédico, no Alojamento há ainda outros saberes a ressaltar. De certo modo, a discussão deste capítulo vem fazer um contraponto com o que se apresentou anteriormente, confirmando que a realidade é, em si mesmo, contraditória, particularmente quando o assunto é o processo do nascimento, algo tão próximo da especialização obstétrica, quanto da ‘sabedoria’ familiar.

Há uma incongruência nas relações observadas onde, de um lado há uma equipe de enfermagem dotada de um saber científico, técnico e operacionalizado. Do outro, a mulher e sua cultura familiar, que resultam em atitudes de autoritarismo, que acabam por desestabilizar as relações terapêuticas, de acordo com os depoimentos abaixo citados:

“A gente orienta o banho humanizado, vai fazendo a prática e ensinando elas a fazerem no dia seguinte a mãe, se estiver em condições de fazer, vai dar o banho e a gente fica observando se ela vai fazer o certo porque ai...eu falo “tá errado!” e ela responde: “mas ontem, me ensinaram assim” ai eu digo: “mas hoje você faz desse jeito que é o certo, eu aprendi esse aqui e você vai fazer assim”; As mães de primeira vez , que são babonas falam que vão fazer, vão comprar os panos para enrolar o recém-nascido, para fazer o banho em casa, mas aquelas que tem 3, 4 filhos dizem que isso é uma palhaçada que vão dar o banho comum, que esse banho dá muito trabalho, que com os outros filhos elas não tiveram essa frescura, e em casa elas tem que dar conta dos outros filhos, vejo que essa não que dar conta dos outros filhos, vejo que essa não é a realidade delas”. (E4)

“Independentemente de a mulher ter material ou não em casa; ter tempo ou não para fazer este banho em casa, eu acho que ela merece e tem o direito de saber que este banho humanizado existe, e que pode ser feito, eu acho que ela merece ter esta informação e este tratamento”. (E6)

“Ensinamos na sala de banho o banho adequado que é o banho humanizado, pois ele evita o choque do corpo da criança com a água. Poucas mães farão este banho em casa, a minoria faz a outra diz que é difícil, eu não imponho a mãe a fazer o banho porque ela é a responsável, se a mãe não pode fazer o banho eu estimo a acompanhante a vir para a sala de banho. Mas já tive casos em que a avó não quis fazer o BH, aí eu *deixei* que ela fizesse do jeito dela”.(E7)

“O banho que é ensinado para a mãe é o banho humanizado a gente gostaria que a mãe fizesse este banho em casa, por isso é explicado para ela o passo a passo, para que ela aprenda aqui na maternidade. Minha experiência é que elas conseguem fazer este banho humanizado porque elas querem o melhor para os filhos, algumas poucas não querem fazer o Banho humanizado, mas a maioria gosta e quer fazer”. (E8)

“Aqui na unidade o banho humanizado é obrigatório, porém, não acho adequado porque você não pode obrigar a mãe a fazer este banho que ela nunca viu antes e isso causa um conflito com a equipe e por vezes você não sabe como agir.” (E9)

“O banho ensinado é o banho humanizado, onde a gente aquece, enrola o bebê num coeiro e faz isso para que ele não sinta medo, frio ou desconforto, e aí a gente aproveita para ensinar as mães, mas a minha experiência é que as mães não aceitam a fazer este banho e a minha experiência é que estas mães não vão fazer este banho em casa, elas acham que demora, eu acredito que assim que elas saiam daqui não façam este banho devido ao tempo, porque as mãezinhas daqui tem outros filhos e este banho é mais demorado, muitas já falaram para mim que não vão fazer este banho humanizado, vão fazer o banho normal”(E10).

“Faço a técnica do banho humanizado com os meus bebês e procuro orientar as mães. Se caso elas não podem vir até a gente, porque ainda tem dificuldades para andar, etc. eu vejo se tem algum acompanhante e realizo o banho.” (E24)

“A maioria das mulheres dizem que não vão fazer o Banho humanizado, que elas não aprenderam assim e que vão fazer do jeito normal delas, e têm bastante dificuldade. Eu não concordo com este banho aqui na maternidade, porque a forma que eu dei banho nas minhas filhas quando nasceram não quer dizer que não foi humanizado....O local que nós vivemos é quente, abafado; ele é válido sim para bebês de baixo peso. Para bebês “GIG” e “AIG” não tem necessidade, e assim, nós orientamos o passo a passo da técnica do BH, mas as mães não aceitam a maioria não aceita. Só tive duas pacientes que aceitaram” (E11).

“Bom, a técnica que tentamos ensinar é a do banho humanizado. Por vezes causa surpresa e aceitação, por outras causa recusa da mãe em fazer e insistir em fazer do jeito que elas sabem. E eu respeito isso. Porque quem vai cuidar deste bebê é ela, eu estou aqui na posição de apoiar a conduta da mãe, viabilizar o vínculo dela com o bebê e não ser detentora do saber. Não devo desvalorizar a experiência dela como mãe ou até mesmo como avó”. (E12).

“Aqui não temos tempo suficiente para fazermos este banho humanizado, quando ocorre de banharmos o Recém-nascido fazemos nesta torneira de água morna e é muito rápido, não visa aquele relaxamento enfim, não deixamos de ter cuidado com eles porém a técnica aplicada é diferente. Acho que deveríamos todos fazer de uma só forma, numa mesma rotina. Parece que a sistematização da assistência ainda está longe de ser uma realidade. Porque percebo que cada plantão, cada equipe no caso, cada setor, tem sua rotina, e a gente não pensa naquela mulher que vai realmente cuidar do seu filho após a alta hospitalar”.(E14).

“Às vezes quando podemos ensinamos a mãe o banho humanizado. Mas quando este cheio, o plantão agitado não tem jeito os banhos tem que ser feitos mais rapidamente, pq se não perdemos a Manhã toda aqui. Não deixamos a sala aberta digamos assim, o tempo todo. A falta de pessoal no plantão dificulta um pouco isso. De desenvolver um bom trabalho. Isso me deixa desmotivada”. (E15).

Os depoimentos da equipe de enfermagem apontam para a prática cultural profissional em detrimento a cultura familiar:

“Ao mesmo tempo em que ela limpa, ela aumenta o vínculo da mãe com o neném a gente explica a mãe como pegar a criança, como manusear a criança durante o banho, como ela vai fazer essa assepsia do coto umbilical, como ela vai cuidar dessa criança aumenta o vínculo da mãe com a enfermagem.” (E1).

“Na realidade ela (mãe) não vê aquilo como uma necessidade, uma forma de acalmar o bebê, eu vejo que elas não levam isso como uma continuidade para sua casa. As mães até podem gostar do banho conforme a gente faz aqui, porém, em casa elas não vão fazer este banho, até mesmo porque com o bebê maior não dá mais para enrolar ele num pano e dar banho...vai ser bem mais difícil segurar ele assim.”
 “Elas não observam que aquele cantinho é especial, um momento único entre ela e seu bebê, elas não observam isso (...) vamos dizer que de 100% mediante o que a gente pergunta e o que elas falam, eu acredito que 50% levam este banho para ser realizado em casa, o restante não. Porque são muitas reclamações do tipo: Poxa por que eu tenho que dar banho desse jeito? Por que é tão demorado? Por que não pode ser feito na enfermaria?” (E3)

“A gente orienta o banho humanizado, vai fazendo a pratica e ensinando elas a fazer no dia seguinte a mãe, se estiver em condições de fazer, vai dar o banho e a gente fica observando se ela vai fazer o certo porque ai...eu falo “tá errado!” e ela responde: “ mas ontem, me

ensinaram assim” ai eu digo: “mas hoje você faz desse jeito que é o certo, eu aprendi esse aqui e você vai fazer assim”; As mães de primeira vez , que são babonas falam que vão fazer, vão comprar os panos para enrolar o recém-nascido, para fazer o banho em casa, mas aquelas que tem 3, 4 filhos dizem que isso é uma palhaçada que vão dar o banho comum, que esse banho dá muito trabalho, que com os outros filhos elas não tiveram essa frescura, e em casa elas tem que dar conta dos outros filhos, vejo que essa não que dar conta dos outros filhos, vejo que essa não é a realidade delas. Eu acredito que o banho é para proteger o corpo e manter o calor”. (E4).

“O banho pode ser feito pela equipe ou pela mãe caso esta esteja segura de pegar o bebê no colo. Se ela mostrar resistência em fazer este banho, respeitamos isto e deixamos que ela faça como ela quer, mas não deixamos de frisar os benefícios deste banho humanizado. Independentemente de a mulher ter material ou não em casa; ter tempo ou não para fazer este banho em casa, eu acho que ela merece e tem o direito de saber que este banho humanizado existe, e que pode ser feito, eu acho que ela merece ter esta informação e este tratamento. E outra coisa que tem que ser respeitada é a autonomia que a gente tanto estuda na bioética. Se a mãe diz que ela não quer dar banho naquele dia, que não vai fazer o banho humanizado, a gente tem que respeitar a autonomia daquela pessoa que é a responsável por aquela vida, e que saindo do hospital vai ter a responsabilidade sobre aquela criança, e você não pode obrigar a mesma a fazer, não pode forçar a barra, tem o momento que o profissional tem que respeitar, tem que ter este “feeling”. Eu já presenciei isso de chegar e a mãe não querer fazer o banho humanizado, porque a mãe chegou e falou que nunca havia feito com os outros filhos, e porque a mãe dela, a avó dela não ensinou assim, todos na casa dela tomam banho no tanque e com água fria. Eu tento usar meus argumentos, explico, faço a minha parte e assim, deixo que faça como quer fazer, não interfiro. Eu não imponho a mãe a fazer o banho pq ela é a responsável, se a mãe não pode fazer

o banho eu estímulo a acompanhante a vir para a sala de banho. Mas já tive casos em que a avó não quis fazer o BH, ai eu deixei que ela fizesse do jeito dela”.(E6)

“Eu nunca peguei alguém que recusasse fazer o banho mas já tive mães perguntando o porque de fazer o banho assim, mas depois da gente explicar os benefícios, elas aceitam numa boa, acho que a minoria segue isso em casa. Em casa elas não tem o tempo disponível que aqui tem, não tem material disponível, aqui tem tudo isso e a gente também para ajudar.... eu não imponho a mãe a fazer o banho porque ela é a responsável, se a mãe não pode fazer o banho eu estímulo a acompanhante a vir para a sala de banho. Mas já tive casos em que a avó não quis fazer o BH, ai eu deixei que ela fizesse do jeito dela.” (E7)

“O banho que é ensinado para a mãe é o banho humanizado a gente gostaria que a mãe fizesse este banho em casa, por isso é explicado para ela o passo a passo, para que ela aprenda aqui na maternidade. Minha experiência é que elas conseguem fazer este banho humanizado porque elas querem o melhor para os filhos, algumas poucas não querem fazer o banho humanizado, mas a maioria gosta e quer fazer. É uma pena não termos a quantidade de membros na equipe porque ai sim, poderíamos realizar o primeiro banho a qualquer momento do dia, se o bebê obviamente estivesse com suas funções vitais estáveis.(E8)

“(...) E ai a gente aproveita para ensinar as mães, mas a minha experiência é que as mães não aceitam a fazer este banho e a minha experiência é que estas mães não vão fazer este banho em casa. Elas acham que demora, eu acredito que assim que elas saiam daqui não façam este banho devido ao tempo, por que as mãezinhas daqui tem outros filhos e este banho é mais demorado, muitas já falaram para mim que não vão fazer este banho humanizado, vão fazer o banho normal”. (E10)

“A maioria das mulheres dizem que não vão fazer o Banho humanizado, que elas não aprenderam assim e que vão fazer do jeito normal delas, e têm bastante dificuldade. Eu não concordo com este banho aqui na maternidade, porque a forma que eu dei banho nas minhas filhas quando nasceram não quer dizer que não foi humanizado...né? o local que nós vivemos é quente, abafado; ele é válido sim para bebês de baixo peso. Para bebês “GIG” e “AIG” não tem necessidade, e assim, nós orientamos o passo a passo da técnica do BH, mas as mães não aceitam a maioria não aceita. Só tive duas pacientes que aceitaram”.(E11)

“Bom, a técnica que tentamos ensinar é a do banho humanizado. Por vezes causa surpresa e aceitação, por outras causa recusa da mãe em fazer e insistir em fazer do jeito que elas sabem. E eu respeito isso. Porque quem vai cuidar deste bebê é ela, eu estou aqui na posição de apoiar a conduta da mãe, viabilizar o vínculo dela com o bebê e não ser detentora do saber. Não devo desvalorizar a experiência dela como mãe ou até mesmo como avó.” (E12)

“Algumas mães fazem já o banho sozinho e isto ajuda bastante, outras não tem ainda Digamos assim, coragem ou segurança para dar o banho ai nós fazemos e ela fica olhando, tirando dúvidas. Na verdade, umas acham o banho humanizado muito bom, porém as maiorias das mães acha estranham, muito demorado....a gente quer o melhor pra elas e fazemos com que aceitem as normas do setor”.(E15).

“Mas eu costumo fazer o primeiro banho do Recém-nascido com a mãe do meu lado, ensinando a ela, o passo a passo do banho, e na verdade comigo nunca houve problema em fazer este banho. Nenhuma mulher ficou resistente para aprender este banho”. (E17).

“As mulheres aceitam sim fazer o banho desta forma, a minoria não quer fazer e diz que é frescura, mas vou te falar a verdade...só tive esse probleminha uma vez..e só.”(E22)

“E tento explicar a mãe, envolvê-la para que ela possa ter segurança para também conseguir fazer o banho do seu filho. Acho que a nossa missão em alojamento é essa... é dar suporte a essa mãe para que ela possa dar o melhor cuidado ao seu bebê.”(E25)

Compreende-se que o AC, para ter seu efetivo funcionamento, com atendimento das finalidades primeiras, é necessário que a equipe de saúde adote uma postura diferenciada, que demanda conhecimento sobre as necessidades de sua clientela, compromisso e envolvimento com a assistência a ser prestada à mãe e ao bebê.

Podemos observar que a rotina do procedimento do banho, leva a equipe de enfermagem a se preocupar com a orientação técnica. Tal conduta se é explicada pela prática de enfermagem cada vez mais tecnicizada e especializada. A puérpera tem um conjunto de “normas” ou “regras” a seguir durante o desenvolvimento do banho, há uma congruência entre o que estas trabalhadoras dizem e o que elas fazem durante os encontros terapêuticos. O que se destaca nas anotações do diário de campo:

Por vezes eu observava que a puérpera ficava surpresa com o banho humanizado. Não era difícil ver nos diálogos entre a equipe e as mulheres frases do tipo: “ Aqui você tem que dar banho desse jeito, em casa você faz do seu jeito”. *Trechos do diário de campo, 9.*

“Hei mãezinha, assim não! Vou te ensinar o banho humanizado, o banho que você faz com o bebê enrolado no pano. Desse jeito que você quer fazer, você faz em casa”. *Trechos do diário de campo, 5.*

O modelo vigente de assistência específica para a puérpera enfatiza como fundamental, os aspectos educativos voltados para o desenvolvimento de habilidades maternas com a finalidade de instrumentalizar a mulher a cuidar do filho, responsabilizando-a por esse cuidado. Durante minhas observações a mulher não opinava sobre a assistência que lhe é prestada ou a seu filho.

A linguagem utilizada por cada membro da equipe para orientar a mulher sobre o banho diferenciava a cada plantão. Percebia que muita

das vezes esta prática era “ensinada” sem muitas explicações sobre o real benefício do banho humanizado. Por vezes, quando a mulher iria realizar o banho de imersão tradicional, era chamada a atenção para que não o fizesse: “em casa você faz assim, aqui é do jeito que estou ensinando”. E completava brincando que este era o banho “desumanizado”, o que certamente confundia e desvalorizava o saber materecém-nascido. *Trecho do diário de campo, 4*

A cultura como obstáculo leva a que as trabalhadoras utilizem-se de variadas maneiras de atuar em relação ao “cuidado educativo”. Dentre essas, sobressaem-se duas; uma delas que trata de considerar os conhecimentos e práticas familiares como se não existissem, sendo, portanto tratados de forma irrelevante, negligenciados ou mesmo negados, e a outra, que desvaloriza ou desmerece os conhecimentos e práticas da família. Embora ambas as representações estejam contidas na mesma ‘lógica’, ou seja, a de que a cultura atrapalha, a segunda tem maior peso no que diz respeito à autoridade profissional que se dá de forma verticalizada. (MONTICELLI, 2003)

É válido destacar as diferenças sociais e culturais de cada mulher, o que viabiliza adotar certas práticas ou não. É de importância a equipe avaliar o nível de compreensão das informações oferecidas, buscando sempre uma linguagem acessível. (BRASIL, 2011)

A enfermeira precisa dar à comunicação um significado mais amplo através da interação, o que possibilita o envolvimento, o conhecimento do outro, oferecendo apoio e confiança. É desta forma que ocorre uma interação eficaz e obtém-se maior êxito nas ações de Enfermagem. (OLIVEIRA et al, 2009)

A equipe informa sobre o banho sem se preocupar se a mãe está entendendo o que lhe foi dito. É atribuição de a equipe acolher e fornecer informações, com escuta ativa e empatia, durante toda a hospitalização. É importante também que a todo o momento estas informações sejam fornecidas à mulher e seus familiares repetidas vezes, pois nem sempre estão aptos a absorver devido ao próprio estado emocional em que encontram.

Agindo assim, deixam de perceber que as influências familiares também poderão levar a que as orientações e informações fornecidas pela biomedicina sejam melhor fixadas e

mesmo colocadas em prática se os membros participantes se convencerem da eficácia de tais cuidados.

As ideias, abstrações e comportamentos comuns de um grupo social constituem a essência da cultura. A vida social, em qualquer agrupamento humano, ordena-se através do costume, e esses costumes possuem significado para os membros do grupo. Deste modo, a vida social é ordenada por meio de símbolos. Os sistemas simbólicos são modelos de representações e são orientações para a prática coletiva. Esses sistemas simbólicos determinam a cultura. (HELMAN, 2009)

“Ao mesmo tempo em que ela é limpa, ela aumenta o vínculo da mãe com o neném. A gente explica a mãe como pegar a criança, como manusear a criança durante o banho, como ela vai fazer essa assepsia do coto umbilical, como ela vai cuidar dessa criança aumenta o vínculo da mãe com a enfermagem.” (E1)

Na humanização e personalização da assistência de enfermagem, a interação enfermeiro paciente deve ser efetiva, uma vez que, sem envolvimento, não é possível percepção mais clara do outro. A comunicação como um instrumento básico é uma habilidade indispensável ao desempenho profissional, que possibilita o relacionamento terapêutico. (FARIAS et al, 2010)

A preocupação da equipe parecia estar relacionada somente à técnica do banho humanizado, independente de saber qual o conhecimento anterior que a puérpera possui ou mesmo ouvir com atenção suas inseguranças.

Os espaços de saúde têm peculiaridades que se dão pelas rotinas ali estabelecidas pelo usuário e trabalhador, as diferentes redes sociais que acolhem, as diferenças regionais, religiosas e étnicas. Todas elas devem ser consideradas. É preciso considerar a importância de se conhecer os valores e costumes da comunidade em que se está atuando. (MS, 2006)

Estabelecidas as relações de poder desde o princípio da interação da internação, a mulher submete-se para ter a garantia de atendimento, tende a assumir a atitude passiva e submissa frente aos aparelhos institucionais e aos profissionais, por atribuir a autoridade a esses atores sociais, comportamento este, reforçado pela condição de submissão dentro dos diversos contextos sociais em que se insere.(SOARES; SILVA, 2003).

O acolhimento pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores – equipes. (MS, 2006)

Outro fator observado é que há uma preocupação em manter o recém-nascido em estado calmo e proporcionar relaxamento através do banho. A avaliação comportamental influencia para indicar o momento de se realizar o banho.

De acordo com BRAZELTON (1973) Os estados comportamentais refletem a organização interna do recém-nascido e a habilidade que ele tem para controlar os estímulos externos. Ele sistematizou a Escala Neonatal de Avaliação Comportamental, e definiu seis estados comportamentais, a saber: (1) sono profundo; (2) sono ativo; (3) Sonolência; (4) Alerta tranquilo e (6) choro intenso; considerando-os como um dos principais tópicos do exame comportamental e como uma matriz para a compreensão do choro dos bebês.

“Ao observar o cuidado da técnica de enfermagem com o recém-nascido, que estava chorando, ao ter sido deixado sem roupa a fim de ser pesado e encaminhado ao banho, pude perceber que o contato técnica-recém-nascido era externado com um sorriso, uma palavra carinhosa na tentativa de deixá-lo mais calma. Ao enrolar o recém-nascido até o pescoço, O toque suave era de fundamental importância para fazer com que o recém-nascido ficasse em um estado mais calmo.” *Trecho do diário de campo.*

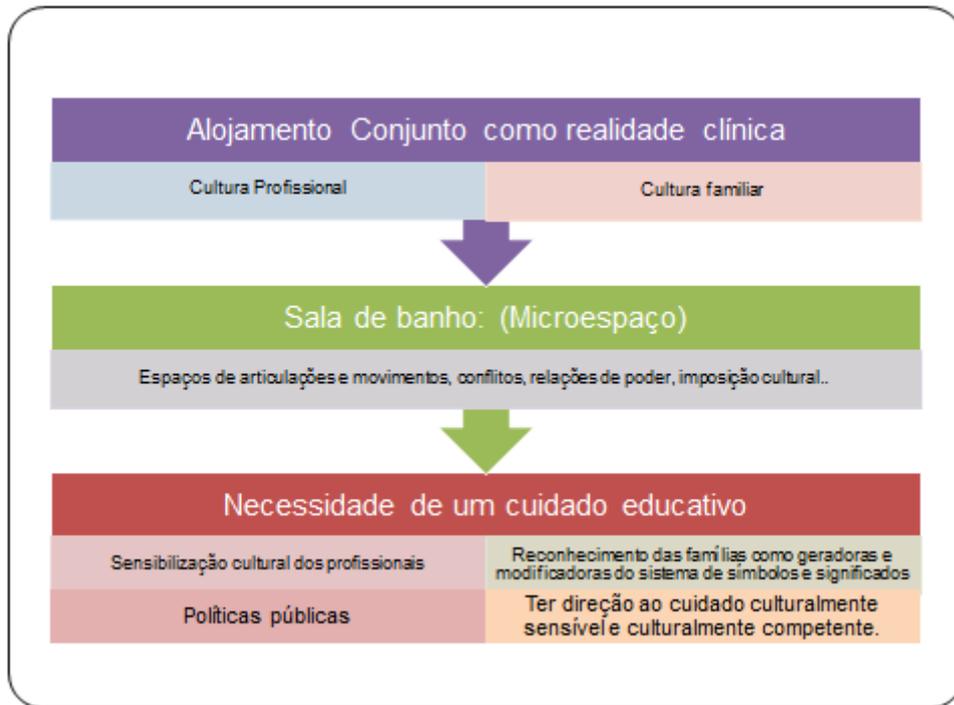
No relacionamento enfermeiro-bebê, a comunicação precisa ser eficiente para viabilizar assistência humanística e personalizada, de acordo com as necessidades. A enfermeira precisa dar à comunicação significado mais amplo pela interação, o que possibilita atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia. Desta forma, há maior êxito nas ações de Enfermagem, tanto pela atenção específica ao aconchego e toque terapêutico do recém-nascido, como pelos cuidados de diminuição de luminosidade e ruídos na ambiência neonatal. (FARIAS et al, 2010)

Para Gasparetto (2000), Há um interesse especial na análise de atuação do adulto junto ao recém-nascido, pois esta influencia a possibilidade de o bebê manter-se num estado motivacional apropriado, assim como pode influenciar seu desenvolvimento subsequente.

O conhecimento do estado comportamental do recém-nascido poderia ajudar o adulto no ajustamento das ocasiões de intervir e cuidar. A quantidade correta de estimulação fornecida deveria ser baseada nos indicadores de retorno do comportamento emocional do recém-nascido. (GASPARETTO, 2000)

Os profissionais necessitam ser sensíveis ao acolhimento terapêutico do recém-nascido e ao cultivo da empatia, assim, profissional, recém-nascido e familiares estimulam e são estimulados na busca do bem-estar. Considera essa relação harmônica o embasamento da assistência humanizada, a qual pressupõe toque, escuta e olhar aberto, que necessita de encontro entre equipe de saúde, bebê e pais. (GURGEL ; ROLIM, 2010)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS



O nascimento é considerado um evento importante na vida familiar. Com ele também nasce uma mãe, um pai, que trazem consigo sua bagagem cultural sobre o que este nascimento representa em suas vidas. Ao dividirem este momento num ambiente que não lhes é familiar, cabe a equipe de saúde, fazer com que este momento seja o mais aprazível possível.

No ambiente hospitalar, o nascimento é visto primeiramente como fisiológico. A porta de entrada da mulher no hospital é a sala de cirurgia onde o parto “veste” a roupa do modelo tecnicista, com práticas médicas para prevenirem possíveis alterações biológicas da mulher e/ou do recém-nascido.

No alojamento conjunto, as práticas institucionais perpassam as práticas familiares. Cuidados simples como trocar fraldas, curativo do coto umbilical, amamentar e banhar o recém-nascido, ganham uma nova forma de cuidar, nova linguagem e novas práticas que a equipe apresenta a esta família a fim de que entendam, pratiquem e mudem suas atitudes e crenças em apenas alguns dias de internação.

Enquanto pesquisadora, pude acompanhar o momento do primeiro banho do recém-nascido na maternidade. Este é definido por um horário rígido instituído por uma rotina

hospitalar, não por uma norma escrita, e acontece independente das horas de que o recém-nascido tem de nascido. Está facultado ao horário da manhã, quando a equipe de enfermagem está a maior parte do tempo na sala de banho para acompanhar e treinar a mãe. Além disso, o modelo de banho adotado para se ensinar a mulher é o banho humanizado.

Durante as minhas observações, constatei que o banho humanizado era obrigatório, gerando conflitos entre mães e equipe. Portanto, a rotina institucional do banho do recém-nascido limitam a mulher e sua família a um só modelo de cuidado, ou melhor, ao cuidado que a equipe julgava ser o “certo”. Os valores culturais de cada mulher são deixados para fora do hospital dando lugar a uma só cultura, a hospitalar.

A interação e comunicação entre a equipe e as mães por vezes era conflituosa, sempre que alguma mulher fazia o banho de imersão apenas, conforme aprendeu em algum momento de sua vida, era repreendida por uma das componentes da equipe de enfermagem e era perceptível a insatisfação da mulher neste momento. Sendo assim, percebi que a “cultura popular” era tida pela equipe como um “obstáculo”. A fala das depoentes eram então incongruentes ao confrontar com as atitudes na sala de banho.

As evidências científicas do banho humanizado não são ainda comprovadas. O conhecimento adquirido pela equipe baseia-se somente em um treinamento que foi lhes dados pela coordenação do setor no ato da criação da sala de banho. Pude acompanhar que durante as falas das depoentes estas confidenciaram que nunca haviam lido sobre os benefícios deste tipo de banho, mas repetiam mecanicamente para cada mulher atendida que o banho humanizado proporcionava maior relaxamento ao recém-nascido, do que o banho de imersão. Para a equipe de enfermagem o cuidado do banho é um cuidado educativo, que se torna eficaz a fim de prevenir possíveis problemas para a saúde do recém-nascido.

Outro fato observado na fala das depoentes é que se preocupam com as funções biológicas do recém-nascido antes de realizarem o primeiro banho. Cuidados com o corpo físico: peso, temperatura, frequência respiratória, alimentação, a higiene da pele.

Estar a frente deste cenário fez-me refletir sobre como poderia ser diferente a abordagem com esta mulher e sua família no momento da realização do banho do recém-nascido.

A proposta do estudo seria então trazer uma reflexão para se valorizar os aspectos culturais das famílias e aproximar da realidade hospitalar. Fazer do AC um espaço de

educação em saúde, aproximar ainda mais do paradigma emergente da “humanização em saúde” proposto através de organizações, entidades e estudiosos do tema.

Na tentativa de compreender a influência do contexto cultural no cuidado do banho do recém-nascido, concluiu-se que a experiência vivenciada pelas mulheres está intimamente relacionada aos significados e representações que emergem do contexto cultural dessas mulheres.

Pelo exposto, sugere-se que esta mulher seja assistida pelos profissionais de enfermagem munidos de elementos que viabilizam a prática de um cuidado singular, centrado nas crenças, valores e estilos de vida de cada mulher e sua família.

Outro aspecto que podemos salientar que entre questões do conhecimento popular e o profissional, prevaleceu o saber profissional em detrimento da valorização da experiência das mulheres.

Como vimos, para muitas trabalhadoras, competência, ciência e tecnologia estão de um lado, enquanto sensibilidade cultural, conhecimentos familiares e experiências pessoais com o nascimento estão de outro; são dois mundos que nunca se encontram.

O estudo contribui na produção de conhecimentos sobre o nascimento hospitalar acrescentando um novo olhar para às práticas de cuidado desenvolvida pela equipe de enfermagem em Alojamento conjunto, no que se refere a importância da aliança do saber popular e científico, possibilitando a reconstrução do conhecimento sobre práticas de promoção de saúde.

Considerando ainda os resultados deste estudo, faz-se necessário que a equipe de enfermagem, e de saúde como um todo, conheçam as metodologias e teorias antropológicas relacionadas ao nascimento a fim de instrumentalizarem e mudarem sua forma de atuação junto a mulher e ao recém-nascido.

5. REFERÊNCIAS:

- ADELAJA, L. **Um estudo sobre os partos domiciliares e as práticas de cuidado com recém-nascidos num subúrbio da Nigéria.** *Revista de Obstetrícia e Ginecologia.* Inglaterra. V.2011, pg:1-14, 2011.
- ALVAREZ-GAYOU JL. **Como hacer investigacion cualitativa. Fundamentos Y metodologia.** Mexico: Paidos Ibérica, Ediciones S.A.; 2003.
- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. **Diretrizes para cuidados perinatais: Assistência ao Neonato.** 5ª ed. Guanabara Koogan: 2002.
- AVERY, G.B; FLETCHER, M.A.; MACDONAL. **Neonatologia, Fisiopatologia e Tratamento do Recém-Nascido.** 4ª ed. São Paulo: Medsi, 2005.
- AVILA, G. **Elementos da cultura de um hospital universitário: repercussões no comportamento organizacional.** Rio Grande do Sul, 2006. 99 p. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- ANDRÉ, M.E.D.A. de. **Estudo de caso em pesquisa educacional.** Brasília: Líber Livro, 2008.
- AYAZ, A. & SALEEM, S. **Mortalidade neonatal e prevalência de práticas com o recém-nascido no Paquistão.** *Journal Plos one.* 2010;5(11). Disponível em <[HTTP: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2967477.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2967477)>Acessado em 10 2011.
- BADKE, M. & NEVES, E. **Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil.** *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,* Rio de Janeiro, V.13, n.1, p. 116-122, jan/mar, 2009.
- BARTELS, N; MLEZCKO, A & WAUER, R. **Influence of bathing or washing on skin barrier function in newborn during the first four weeks of life.** *Skin pharmacology and physiology.* Alemanha, V. 22, p. 248-257, maio, 2009.
- BEHRING A, VEZEAU TM, FINK R. **Timing of newborn first bath: a replication.** *Neonatal New.* 2003;22:39-46.

BLUME-Peytavi U, CORK, MJ, Faergemann J, Szczapa J, Vanaclocha F, Gelmetti C. **Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting.** *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009 Jul; 23(7):751-9.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993. **Normas Básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS. Ambiência Série B: Textos Básicos de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. **Normas básicas para alojamento conjunto: passo 7: Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Brasília: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Maternocém-nascido, Brasília, DF, 1994.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, DF, 1997.

_____. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos.** Brasília, DF, 2000.

_____. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso Método Canguru.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília, DF, 2004.

_____. Portaria nº 1067 de 04/07/05. **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Ação Social. **Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8069, de 13 de junho de 1990.** Rio de Janeiro: Fundação para a Infância e a Adolescência, 2005.

_____. **Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS.** Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> acessado em 10 de setembro de 2011.

_____. **PNDS 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.** Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/pnds2006>> acessado em 20 de julho de 2011.

_____. **Manual de atenção a saúde do Recém-Nascido.** Brasília, DF, 2011. Disponível em< www.saude.gov.br/publicações> acessado em 20 de julho de 2011.

BUENO, E. **Passado a Limpo: História da Higiene Pessoal no Brasil.** 1ª ed. São Paulo: Gabarito, 2007.

BERGSTROM, A; BYARUHANGA,R . **The impact of newborn bathing on the prevalence of neonatal hypothermia in Uganda: A randomized, controlled trial.** *Acta Paediatrica*, Estados Unidos, v.94, p:1462-1467, 2005.

BEHRING, A; VEZAN, T.M ; FINK, R. **Timing of the newborn first bath: a replication.** *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing.* USA, V.22, n.1, p. 39-46, 2003.

BOWDEN, VR. ; GREENBERG, CS. **Banho do bebê. Procedimentos em Enfermagem pediátrica.** Rio de Janeiro. Gunabara Koogan. 2005.

BLUME-Peytavi U; CORK MJ; FAERGEMAM J; SZCAPA J; VANALLOCHA F, Gelmetti C. **Bathing and cleansing in newborn from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting.** *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 23:751-9.

BRAZELTON, BT. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

BRYANTON, J; WALSH, D ; BARRET, M; GAUDET, D. **Tub bathing versus traditional sponge bathing for the newborn.** *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing,* 2004 Nov-Dec; 33 (6): 704-12.

CARVALHO, M. ; TOMET, H. **Qualidade na administração pública**. Rio de Janeiro, 1994, v.28, n.2, abr/jun.

COLLIERE, M.F. **Promover a vida**. 2ª ed. Lisboa: Lidel, 1986.

COSTA, MCS. **Intersubjetividade e historicidade: contribuições da hermenêutica à pesquisa etnográfica**. *Rev Latino-am Enfermagem*. Ribeirão Preto, V10, n. 3, p. 372-82, maio-junho, 2002.

CUNHA, M.L.C.; MENDES, E.N.W. ; BONILHA, A.L.L. **O cuidado com a pele do recém-nascido**. *Revist.Gaúcha Enferm*, Porto Alegre ,V.15, n.2, p.6-15, Jul. 2002.

DAHM, LS.; JAMES, LS. **Newborn temperature and calculated heat loss in the delivery room**. *Pediatrics* 1972; 49:504-13.

DARMSTADT, G. & DINULOS, J. **Neonatal Skin care**. *Pediatrics clinics of North America*, USA,v. 47, Issue 4, p: 757-782, 2000.

DIZON, MV; GALZOTE C; ESTANISLAO R; Mathew N, GOVINDARAJAN R. **Opportunities for mild and effective infant cleansing beyond water alone**. Poster Presented at the 65th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology, Washington, DC, USA. 2–6 February 2007.

FARIAS, L. et AL. **Comunicação Proxêmica entre a equipe de Enfermagem e o recém-nascido na unidade neonatal**. *Revista Rene Fortaleza*, V. 11, N. 2, pg. 44-52, abr/jun 2010.

FERNANDES, J; OLIVEIRA, Z ; MACHADO, M.C. **Prevenção e cuidados com a pele da criança e do Recém-nascido**. *An. Bras. Dermatologia*. V. 86, n.1, P: 102-10, 2011.

FRANÇA, E. ; LANSKY, S. **Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas**. *Revista Unicamp*. Disponível em <[HTTP://www.abep.nepo.Unicamp.br/encontro2005](http://www.abep.nepo.Unicamp.br/encontro2005)> acessado em 24 de agosto de 2011.

FREDERICO, P., FONSECA, L.M. M; NICODEMO, A.M.C. **Atividade Educativa no Alojamento Conjunto: Relato de experiência**. *Rev. Latino Americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8. nº4, ago.2000

GARCIA, B. N; MLECZKO, A; SCHINK, T; PROQUITTE, H; WAUER R-R. **Influence of bathing or washing on skin barrier function in newborn during the first four weeks of life**. *Skin Pharmacol Physiol*. V. 22, p: 248-57, 2009

GASPARETTO, S & BUSSAB, V. **Padrões e estados comportamentais de recém-nascidos durante o banho em maternidade: Possibilidade de regulação e trocas sociais.** *Rev Bras Cresc Des Humano*, São Paulo, 10 (1), 39-48, 2000.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro. LTC.1989.

_____. **Saber Local.** Petrópolis, Ed. Vozes, 2007.

GOMES, R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa.** In: MINAYO, M.C DE S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.* 10ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

GOMES, Maysa Ludovice. **Enfermagem Obstétrica: diretrizes assistenciais.** Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil.** Brasília, DF, 1999. Disponível em <[Http://www.ibge.gov.br/estatísticas/evolução](http://www.ibge.gov.br/estatísticas/evolução)>. Acessado em 12 de janeiro de 2012.

JACOMO, A.J. ; LISBOA, A.M. ; JOAQUIM, M. **Assistência ao recém-nascido.** Livraria Atheneu, 1986.

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Reichman e Afonso Editores, 2001.

KULLER J, RAINES.DA, ECKLUND S, FOLSOM MS,LUND C, ROTHWELL DM. **Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Neonatal Skin Care.** Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. National Association of Neonatal Nurses, 2001.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia.** 8ª. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

LAUGIER, J. & GOLD, F. **Manual de Neonatologia.** Toray-Masson, 1982.

LEININGER, M. **Cuidados culturais diversificados e universalidade.** 2ª.ed. Massachusetts, 2005.

LEONE, C & TRONCHIM, D. **Assistência Integral ao Recém-nascido**. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996.

LORING, C; REILLY, J & GREGORY, K. **Temperature Control in the late preterm infant: A comparison of the thermoregulation following two bathing techniques**. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33 (6), 704-712.

MANNAM. K, CHOW P, LISSAUER T, GODAMBE S. **Mistaken identity of skin cleansing solution leading to extensive chemical burn in an extremely preterm infant**. *Acta Paediatr*. 2007;96:1536-7.

MATOS, A & ARMELINE, P. **O Recém-Nascido**. 2ª Ed. São Paulo: Saverier, 1985.

MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 7ªed. São Paulo: Sarvier, 1986.

MEDVES, J M.; BRIEN, B. **Does Bathing newborns remove potentially harmful pathogens from the skin?** *Birth*. 2001 Sep;28(3):161-5.

_____. **The effect of bather and location of first bath on maintaining thermal stability in newborns**. *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004 Mar-Apr;33(2):175-82.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Assistência ao Recém-nascido**. Brasília, 1994.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução no. 196, de 10 de Outubro de 1996. 2ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 64p. (Série E. Legislação da Saúde-MS).

_____. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de aconselhamento: um desafio para a prática integral**. 1ª edição, Brasília, 1999.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. **Manual dos Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília (DF) : Coordenação da Assistência materno-infantil; 2005.

_____. **Manual Método Canguru**, 2011. Disponível em: <http://metodomaecanguru.org.br> Acesso em: 14 abr. 2012.

_____. Portaria nº 930. **Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, maio de 2012.

MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado de mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe, 1997

MONTICELLI, Marisa. **Aproximações culturais entre trabalhadores de Enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: Uma etnografia do alojamento conjunto**. Tese de doutorado. UFSC, 2003.

MONTICELLI, Marisa; ELSÉN, Ingrid. **A Cultura como obstáculo: Percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto**. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2006; 15(1): 26-34.

MONTICELLI, Marisa; QUEVEDO, Juana; REYNA, Maria de los Ángeles. **Etnografía: Bases teórico-filosóficas y metodológicas y SUS aplicaciones em enfermería. Investigación cualitativa em enfermería: Contexto y bases conceptuales**. Organización Panamericana de La Salud, Washington, DC, 2008.

MORSE J.M. **Assuntos críticos em los métodos de investigación cualitativa**. Medellín (COL): Universidad de Antioquia; 2003. 447 p.

NAKO, Y; HARIGAYA, A. ; TOMOMASSA, T. **Effects of bathing immediately after birth on early neonatal adaptation and morbidity: A prospective randomized comparative study**. *Pediatrics International*, V. 42, p: 517-522, 2000.

OLIVEIRA, I.C.S & RODRIGUES, R.G. **Assistência ao Recém-nascido : Perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia.(1937-1939)**. *Texto Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, V.14, n. 4, p. 498-505, 2005 .

OLIVEIRA, R.C. de. **O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: O trabalho do Antropólogo.** 3ª ed. São Paulo: Unesp. 2006.

OLIVEIRA, M; BARBOSA, A; CARDOSO, **Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. Rev. Rene. Fortaleza,** v. 10, n. 3, p. 44-52, jul./set.2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados com o Recém-nascido na primeira semana de vida. Filipinas,** 2009. Disponível em <[HTTP://www.who.com](http://www.who.com)>. Acessado em: 10 de abril de 2011.

PINTO, Luiz Maria; VITOLLO, Márcia Regina. **Estudo Comparativo entre diferentes abordagens educativas no sistema de alojamento conjunto. Rev. Ciência médica (Campinas);** V.7(3): 95-102, set.-dez. 1998.

PENNY-MacGillivray T.J **A newborn's first bath:when? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.** 1996 Jul-Aug; 25(6):481-7.

PNUD Brasil (2000): **Relatório Sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil.** Brasília, DF, PNUD / Rio de Janeiro, IPEA.

POLIT, D.F; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRIORE, M. D. **História das crianças no Brasil.** 3ª edição, São Paulo: Contexto, 2002.

PROGIANTI, J.M. & PILLOTO, DT. **Alojamento Conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. Rev Bras Enferm.**V. 62(4): 604-7, 2009.

PUGLIESI, V.E & D' AGOSTINI, A. & FREITAS, M. **Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmicas e cardiorrespiratórias do recém-nascido. Rev Paul Pediatr .** V.27(4):410-415, 2009.

RAMAN V, REKHA S, CHANDRASEKHARA MK. Effect of bathing on temperature of normal neonates. **Indian Pediatr** 1996;33:340

RODRIGUES, E. C. **Perdeu a veia: os significados da prática da terapia intravenosa em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2008. 158 p. Tese de doutorado. Instituto Ferecém-nascidoandes Figueira.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1960-1979

SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SANTOS, O.B.; MONTICELLI, M; OLIVEIRA, M.E. **Enfermagem na atenção Obstétrica e neonatal.** Florianópolis: Progressiva, 2011.

SANTOS, V. **Refletindo sobre o cuidado de puérperas a seus recém-nascidos.** Florianópolis, 2002. 73 p. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina.

SARMENTO, M.J. **O estudo de caso etnográfico em educação.** In: ZAGO, N. CARVALHO, M.P, VILELA, R.A. (org) Itinerários da pesquisa: Perspectivas qualitativas em sociologia da educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

SILVA, L. R. da ; CHRISTOFFEL, M. M. ; SOUZA, K.V.de. **Histórias, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.14, n.4, p.585-93, out-dez, 2005.

SOUZA, M. C. F. de & OLIVEIRA, I, C. dos S. O. **Assistência de Enfermagem à criança hospitalizada: breve retrospectiva.** *Rev. Bras Enferm*, Brasília, v. 57, n.2, p.247-9, mar/abr, 2004.

TAMEZ, R. N. **Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro: UTI neonatal.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TAVARES, F. **A cultura organizacional como instrumento de poder.** *Cadernos de Pesquisa em administração*, São Paulo, V.1, n° 3, 2° sem, 1996.

VAGHETI, H. **Perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros: uma tradução, uma bricolagem.** Santa Catarina, 2008. 241 p. Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina.

VARDA, K. E ; BEHNKE, R.N. **The effect of timing of initial bath on newborn temperature. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing.** V. 29 (1) p. 27-32. 2000.

WONG, W. **Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogans, 1999.

ZANINI, R. et. AL. **Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no Rio Grande do Sul por 2 modelos de análise. Revista de Saúde Pública,** V. 45 (1): 79-89, 2005.

ZELEE, H; MANU, A & OKYERE, E. **Keeping Newborn warm: beliefs, practices and potential for behavior change in rural Ghana. Tropical Medicine and International Health.** Volume 15, October 2010.

ZVEITER, M.; PROGIANTI, J.M. **A dimensão psíquica valorizada nos cuidados imediatos ao recém-nascido. Revista de Enfermagem da UERJ,** V.16, n.4, p 593-8, Rio de Janeiro, Out. 2006.

WINBERG, J. **Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior- a selective review. Dev Psychobiol.** 2005 Nov; 47(3):217-29.

APÊNDICES

Apêndice A- TERMO DE CONSENTIMENTO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O (a) Sr (a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada:** "Práticas culturais do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto: contribuições para a enfermagem neonatal", que tem como **objetivos:** 1 Descrever as práticas culturais realizadas durante o primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto; Analisar as práticas culturais frente ao primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto; Discutir as implicações das práticas culturais sobre o primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método a etnografia. A pesquisa terá duração de um (1) ano, com o término previsto para dezembro de 2012. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevistas semi-estruturadas. A entrevista será gravada em gravador digital para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem. Exemplo: (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Terapia intensiva, Área Obstetra, etc...)

O (a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Dra. Marialda Moreira Christoffel
Orientadora (EEAN/UFRJ)
Cel: 993324852
e-mail: marialdanit@gmail.com

Adriana Loureiro da Cunha
Mestranda (EEAN/UFRJ)
Cel: 7844 6020
email:adrianaloureiro1@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228
Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

Apêndice B. FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Idade:_____ Sexo:_____ Etnia:_____ Natural de:_____

Religião:_____ Estado civil:_____ n° de
filhos_____ N° de netos:_____

Tempo de formado:_____

Grau acadêmico: () Graduação em Enfermagem () Técnico em Enfermagem ()
Auxiliar de Enfermagem.

Possui curso de atualização na área materno-infantil? () Sim () Não

Qual tipo do curso?_____

Tempo que trabalha na Instituição:_____

Tempo que trabalha no setor:_____

Tempo que trabalha na área materno-infantil? _____

ANEXO

Anexo A. DOCUMENTO DE ORIENTAÇÕES MÉDICAS

30/8/72 312

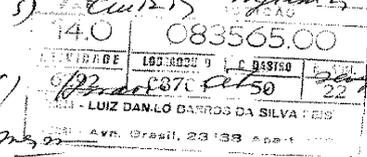
Dr. Luiz Danilo B. Silva Reis
 PEDIATRA

6 - C (1000 cop.)

9 - 1) Aguar no intervalo d's mamais (ferrir e fechad's)

12 - C 2) Banh' de agua ferrir
 3) Talco e leon
 4) A mudo, ap'is d's 216
 na' de' mamais: se chorar
 mudo. de' ag'ra m' che' e' p'lar

18 - C 5) F. Cuid' d's higiene d's seis

21 - 6) 

Consultórios: Av. Brasil, 23169 Apto. 201 - (Diamantina)
 Rua Conde de Borfim, 422 - Apto. 110 -
 Ed. Sky - (Rua marcos)
 Tel. CETEL: 91 0079 e CTS: 28-2037
 C.R.M. 6.700

Residência: Rua Conde de Borfim, 66 - Apto. 201

Fonte: Documento pessoal da autora

Anexo B. PARECER COMITÊ DE ÉTICA.**Protocolo nº 089/2011 .****Título do Projeto: PRÁTICAS CULTURAIS DO CUIDADO DO BANHO DO RECÉM-NASCIDO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM NEONATAL.****Pesquisador Responsável:** Adriana Loureiro da Cunha**Instituição onde a pesquisa será realizada:** Hospital Estadual Adão Pereira Nunes**Data de Entrega do Protocolo ao CEP:** 17/11/2011**SITUAÇÃO:****Parecer**

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em 13 de dezembro de 2011.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a **01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD**, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 2011.

Maria Aparecida Vasconcelos Moura

Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ

Documento recebido por email em 13/12/2011