

O CAMINHO PERCORRIDO PARA A EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO, APÓS O NASCIMENTO

Anabela Figueiredo
Maria do Carmo Sousa
Maria José de Oliveira Santos

Resumo

O cuidar do recém-nascido tem passado por múltiplas transformações ao longo dos tempos. O aparecimento de novas tecnologias, a interdisciplinaridade do conhecimento, o contributo da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de outras organizações responsáveis pela saúde da mulher e da criança, bem como a transformação nos contextos onde ocorre o nascimento, trouxeram um universo mais amplo aos cuidados imediatos ao recém-nascido. Tradicionalmente, a evolução das normas nos cuidados de promoção, prevenção e tratamento aos recém-nascidos derivaram da experiência, com uma lógica cultural, expressa em rituais e procedimentos. A partir do momento em que o parto passou a ser realizado de forma generalizada em ambiente hospitalar, o que em Portugal aconteceu no século XX, ao longo da década de 80, começaram a surgir orientações das Organizações internacionais da saúde sobre os cuidados imediatos ao recém-nascido. Estas decorreram de decisões e resoluções políticas com vista a uma qualidade de vida aceitável para todos até ao ano 2000 e de uma mudança de paradigma, no qual a mortalidade neonatal era reconhecida como um problema de saúde pública. Recomendava-se que logo após o nascimento, deveria haver uma atenção ao estado do recém-nascido, como parte integrante dos cuidados no parto normal. Esta atenção emergiu da necessidade de se minimizarem as causas com impacto não só na taxa de mortalidade neonatal, ainda muito elevada nos finais do século XX, mas também na taxa de morbilidade e na qualidade de vida.

Até ao início da década de 90, a separação entre a mãe e o bebé logo após o nascimento quase definia os modernos cuidados obstétricos e neonatais, motivada pelo uso generalizado das incubadoras e do leite artificial. A Declaração Innocenti, em 1990, foi um marco para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e conseqüentemente para promover o contato precoce entre a mãe e o recém-nascido. Neste momento a OMS afirmava que a saúde e o bem-estar do recém-nascido, eram baseadas em quatro princípios de cuidado: um parto não traumático e limpo, manutenção da temperatura corporal, iniciação da respiração espontânea e amamentação após o nascimento (OMS, 1991). Nesta década, o início da prática da medicina baseada na evidência e estas recomendações ajudaram a restituir a importância dada ao contato precoce entre a mãe e o recém-nascido e à amamentação, para todos os bebés saudáveis, logo após o nascimento.

Nos últimos 30 anos, as diferenças mais visíveis são a diminuição do intervencionismo e o timing para os cuidados imediatos, dando-se um protagonismo especial à primeira hora de vida – a “Golden Hour”, que preconiza o adiamento de todos os cuidados não urgentes em pelo menos 60 minutos. Avanços científicos recentes relacionados com o papel do microbioma, da epigenética e a utilização da neuroimagem, fornecem novas explicações e sugerem que o contato pele a pele e a amamentação são determinantes importantes para a biologia reprodutiva dos seres humanos.

O interesse em conhecer mais sobre a história e a evolução dos cuidados imediatos ao recém-nascido saudável, motivou-nos para uma revisão da literatura, da qual resultou este artigo. Este interesse resulta da necessidade de se aplicar este conhecimento ao ensino das disciplinas de saúde materna e infantil.

Palavras-chave: *Cuidados de saúde; Cuidados imediatos ao recém-nascido; Cuidados pós-natais; Golden Hour; Recém-nascido.*

Abstract

The care of newborns has gone through multiple changes over time. The emergence of new technologies, the interdisciplinary nature of knowledge, the contribution of the World Health Organization (WHO) and other organizations responsible for women and children's health, and the transformation in the birth contexts have brought a broader universe of immediate care of the newborn. Traditionally, the evolution of norms in the care of promotion, prevention, and treatment of newborns derived from experience, with a cultural logic and expressed in rituals and procedures. In Western society, this care is invariably associated with the evolution of care during childbirth. When childbirth started to occur in a generalized way in a hospital environment, which happened in Portugal in 80s of the 20th centuries, guidelines began to emerge from international health organizations on immediate care for newborns. These guidelines resulted from political decisions and WHO resolutions aiming to provide an acceptable quality of life for all by 2000. Additionally, neonatal mortality was recognized as a public health problem. It was recommended that right after birth, attention should be given to the state of the newborn as an integral part of normal birth care. This attention emerged from the need to minimize the causes impacting the neonatal mortality rate, which was still very high at the end of the 20th century, and the morbidity rate and quality of life. According to the WHO, the high mortality and morbidity rates resulted from inadequate care and the excessive use or misuse of technology, relatively cheap and straightforward (WHO, 1991).

Until the early 1990s, the separation of babies and their mothers immediately after birth almost defined modern obstetric and neonatal care and was motivated by the widespread use of incubators and artificial milk. The Innocenti Declaration, in 1990, was a milestone for the protection, promotion, and support of breastfeeding and consequently for promoting early contact between mother and newborn. At this time, the WHO stated that the health and well-being of the newborn were based on four principles of care: a non-traumatic and clean delivery, maintenance of body temperature, initiation of spontaneous breathing, and breastfeeding after birth. The beginning of evidence-based medical practices and these recommendations helped restore the importance of early contact between mother and newborn and breastfeeding soon after birth for all healthy babies.

In the last 30 years, based on the quality of evidence and recommendations of the organizations responsible for health, the most visible differences are the decrease in interventionism and the timing for immediate care, giving a special role to the first hour of life "Golden Hour," which advocates delaying all non-urgent care by at least 60 minutes. Recent scientific advances related to the role of the microbiome and epigenetics and the use of neuroimaging provide new

explanations and suggest that skin-to-skin contact and breastfeeding are important determinants of the reproductive biology of human beings.

The interest in knowing more about the history and evolution of immediate care for the newborn motivated us to do literature research, which resulted in this article. This interest results from the need to apply this knowledge to the teaching of maternal and child health subjects.

Keywords: Health care; Immediate care; Postnatal care; Golden Hour; Newborn.

Introdução

O cuidar do recém-nascido tem passado por múltiplas transformações ao longo dos tempos. Mas, a prática profissional dos cuidados imediatos ao recém-nascido tem início apenas na idade contemporânea.

Alguns fatores podem ser identificados como relevantes para a evolução deste cuidado, entre eles: a transformação dos contextos onde ocorre o nascimento; as taxas de mortalidade perinatal; o aparecimento de novas tecnologias; a interdisciplinaridade do conhecimento; e o contributo da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de outras organizações responsáveis pela saúde da mulher e da criança.

A influência destes fatores trouxe um universo mais amplo aos cuidados imediatos ao recém-nascido. Numa confluência, nem sempre pacífica, entre os limites da sabedoria popular e os da evidência científica. As implicações diretas que o tipo de cuidados na primeira hora de vida tem na saúde e bem-estar a curto e longo prazo, é evidenciada pelo significado atribuído ao conceito da Golden Hour e representa um claro exemplo dos recentes avanços no conhecimento e práticas implementadas neste cuidado.

Descrever a evolução dos cuidados imediatos ao recém-nascido saudável, ao longo dos tempos é o objetivo desta revisão da literatura. Este interesse resulta da necessidade de se aplicar este conhecimento ao ensino das disciplinas de saúde materna e infantil.

A sabedoria popular nos cuidados imediatos ao recém-nascido

Em que consistiam os cuidados ao recém-nascido nos primeiros períodos da história, pouco ou nada se sabe. A passagem dos pequenos e móveis grupos de caçadores-coletores às sociedades não nômadas, ou seja, a transição neolítica, é vista como um importante ponto de inflexão por introduzir mudanças profundas na paisagem social, incluindo na maneira de se ser mãe ou pai¹. Um dado que permite sugerir a ocorrência de algumas mudanças na forma como eram cuidados os bebês logo após o seu nascimento.

¹ Siân Halcrow, Ruth Warren, Geoff Kushnick & April Nowell, "Care of Infants in the Past: Bridging evolutionary anthropological and bioarchaeological approaches", *Evolutionary Human Sciences*, 2 (2020): e47, doi:10.1017/ehs.2020.46.

Pensa-se que na pré-história toda a comunidade participava nos cuidados ao bebê, num contexto onde só sobreviviam os mais fortes. As novas evidências da arqueologia e antropologia apontam para a existência de um luto intenso em toda a comunidade após o aborto espontâneo e a morte infantil, ao contrário do que se pensava². Recentemente, foram também descobertos vasos em argila que se supõe terem sido utilizados para o desmame dos bebês, na idade do bronze e do ferro³.

Nos períodos seguintes da história, a evolução dos cuidados resultou essencialmente da aplicação dos saberes e práticas, assentes numa lógica de tradições culturais e expressas por rituais e procedimentos (OMS, 1991), à semelhança do que acontecia nos cuidados à mulher durante o parto. Ambos eram entregues a mulheres com experiência e habilidade, ou seja, uma sabedoria popular desenvolvida ao longo dos tempos e passada entre gerações. As taxas de mortalidade materna e neonatal eram muito elevadas, com aceitação da ideia da seleção natural⁴.

Um dos raros exemplos de recomendações sobre os cuidados aos recém-nascidos, relacionados com o aleitamento materno, a higiene e algumas doenças frequentes, pode ser observado num livro sobre doenças da mulher, do século II, escrito por Sorano de Éfeso⁵. Este médico, fundador da obstetria e ginecologia, desaconselhava o aleitamento materno nas primeiras três semanas devido ao estado debilitado da mãe e ao carácter indigesto do colostro para o recém-nascido⁶. Neste livro, Sorano de Éfeso afirmava que apesar do leite materno ser melhor do que qualquer outro alimento, a criança seria mais resistente se fosse gerada por uma mulher e alimentada por outra - denominada nutriz⁷. A escolha do modelo ideal da nutriz, por ele descrito, pode ser encontrado em outras obras médicas até meados do século XIX. Esta prática de afastar o recém-nascido da mãe foi de alguma forma continuado durante todo o período de influência do Cristianismo⁸.

Mas, ainda que o recém-nascido tenha sido sempre alvo de cuidados ao longo dos tempos, podemos afirmar que o caminho percorrido para a excelência dos cuidados após o nascimento tem início na idade

² Ibid.

³ J. Dunne, K. Rebay-Salisbury, R.B. Salisbury, A. Frisch, C. Walton-Doyle and R.P. Evershed, "Milk of ruminants in ceramic baby bottles from prehistoric child graves", *Nature*, 574 (2019): 246-249, <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1572-x>.

⁴ Renata Gomes Rodrigues and Isabel Cristina dos Santos Oliveira, "Os primórdios da Assistência aos Recém-Nascidos no exterior e no Brasil: Perspectivas Para o Saber de Enfermagem na Neonatologia (1870-1903)", *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2004): 286-291.

⁵ Amélia Rincon Ferraz and Hercília Guimarães, "História da Neonatologia no Mundo", (n.d): 1-4, http://www.spneonatologia.pt/documents/reports/historia_da_neonatologia_no_mundo/.

⁶ Ibid.

⁷ Noemi Damasceno, "Amamentação – Uma visão história, cultural, social e antropológica", *Aleitamento.com O portal para Ciência da Amamentação*, última atualização 2/2/2011, <http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=295>.

⁸ Ibid.

contemporânea, acompanhando a generalização do parto realizado em contexto hospitalar e influenciado pelo desenvolvimento sociocultural e científico da época.

A institucionalização do parto hospitalar tem início no séc. XVII, em França e Inglaterra, com a presença de médicos ou cirurgiões e parteiras. Estes continuaram ainda a usar as práticas tradicionais que resultavam da sabedoria popular. Em meados do século XVIII, filósofos como Rousseau introduziram de alguma forma a importância da relação precoce. Acreditavam que a decadência das sociedades poderia ser regenerada a partir da promoção da relação entre a mãe e o seu bebé, referindo que “o contato íntimo entre a mãe e o recém-nascido cria laços afetivos que transfiguram todas as relações familiares e podem até mesmo regenerar o Estado”⁹. Neste período, começou também a ser valorizado o aleitamento materno. Mas, estas recomendações não foram seguidas de forma generalizada e duradoura, principalmente nas famílias com mais recursos económicos, provavelmente porque se mantinha a crença de que o ato de amamentar causava dano ao corpo da mulher, em particular o envelhecimento precoce¹⁰, ou porque permanecia a proibição de relações sexuais durante o período de aleitamento materno e “nem todos os maridos estavam dispostos a ceder o seu lugar aos recém-nascidos”¹¹.

A crescente participação do médico ou cirurgião no parto, motivada pela introdução do fórceps (Séc. XVII), das drogas anestésicas (Séc. XIX), e pelo ensino da Obstetrícia nas Escolas de Cirurgia e Faculdades de Medicina (Séc. XIX), não impediu que fossem as parteiras a responsabilizarem-se pelos cuidados ao recém-nascido. Até à segunda metade do século XIX, estes cuidados incluíam o banho como prática comum, o aleitamento com leite materno (ainda muito dependente de amas de leite) e a proteção do recém-nascido através do habitual enfaixamento, uma prática que começou a ser criticada no século XVI, mas só foi abandonada no século XIX¹².

A profissionalização dos cuidados imediatos ao recém-nascido

No final do século XIX, o parto no hospital consolidou-se como prática dominante, acompanhando a profissionalização da ciência e da medicina. O saber tradicional foi gradualmente substituído pelo saber científico e profissional.

Os recém-nascidos passaram a ser alvo do interesse e dos cuidados médicos, uma mudança motivada pelas elevadas taxas de mortalidade infantil e neonatal. O Obstetra Pierre Budin (1846-1907), seguidor de

⁹ Ibid, 4.

¹⁰ Denise Maria Alves Granja and Maria Claudia Cunha, “Aleitamento materno e artificial ao longo da história: aspectos sócio culturais”, *Distúrb Comun*, 23(2) (2011): 237-238.

¹¹ Damasceno, “Amamentação – Uma visão história, cultural, social e antropológica”, 4.

¹² Ferraz and Guimarães, “História da Neonatologia no Mundo”, 1-4.

Stephane Tarnier (1828-1897), foi cofundador da Liga Contra a Mortalidade Infantil, em Paris (1902) e o responsável pelo desenvolvimento de princípios e métodos eficazes nos cuidados perinatais, que mais tarde viriam a constituir a base da medicina neonatal¹³. Entre outros cuidados propostos por este médico, destacam-se: o investimento na educação das mães sobre os cuidados aos bebês, através de consultas realizadas após o parto; a recomendação de que o leite materno era mais aconselhado do que os substitutos, sendo estes recomendados só quando as mulheres não conseguissem amamentar; a concepção de mamilos artificiais e das primeiras bombas de leite, e com Tarnier, a utilização das primeiras incubadoras e a publicação dos resultados das suas experiências, onde evidenciavam as vantagens do corte tardio do cordão umbilical para o bebê¹⁴.

Outro exemplo do investimento nos cuidados ao recém-nascido nesta altura (1880), é a introdução do nitrato de prata para a prevenção da conjuntivite neonatal, por Carl Siegmund Crédé, um obstetra alemão¹⁵.

No início do século XX, nos países ocidentais mais desenvolvidos, era prática habitual o recém-nascido ser encaminhado logo após o nascimento para o berçário, onde eram realizados o exame físico e restantes cuidados de rotina, nomeadamente a avaliação do peso corporal, os cuidados de higiene, o penso ao coto umbilical e a identificação com uma fita de pano, para que não houvesse trocas¹⁶. Estes cuidados neonatais eram assegurados por obstetras em parceria com as parteiras.

O estabelecimento de uma área de registo de nascimento (em 1915, nos EUA) permitiu o cálculo das taxas de mortalidade infantil, tornando-se estas orientadoras da avaliação da evolução nos cuidados aos recém-nascidos. Nas primeiras três décadas do século XX, foram publicados nos EUA os primeiros folhetos e livros dirigidos às mães sobre o cuidado aos bebês, sobretudo porque estas eram consideradas incompetentes. O saber científico começava agora a sobrepor-se de forma mais evidente ao saber popular e as práticas profissionais a substituir as práticas tradicionais.

¹³ Rodrigues and Oliveira, "Os primórdios da Assistência aos Recém-Nascidos no exterior e no Brasil: Perspectivas Para o Saber de Enfermagem na Neonatologia (1870-1903)", 286-291; Kelsey Rebovich, "The Infant Incubator in Europe (1860-1890)", *The Embryo Project Encyclopedia*, published 11-02-2017, <https://embryo.asu.edu/pages/infant-incubator-europe-1860-1890>.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ World Health Organization, *Conjunctivitis of the newborn: Prevention and treatment at the primary health care level* (WHO, 1986), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39482>, (acessado em 21 de janeiro 2022).

¹⁶ Alistair G.S. Philip, "The Evolution of Neonatology", *PEDIATRIC RESEARCH*, 58(4) (2005): 799-815, DOI: 10.1203/01.PDR.0000151693.46655.66; Vitória Regina Petters Gregório and Maria Itayra Padilha, "História do Cuidado ao Recém-nascido na Maternidade Carmela Dutra-Florianópolis-S/CBrasil (1956-2001)", *Escola Anna Nery* (impres.), 16(2), (2012): 354-362.

Os pediatras começaram a supervisionar as unidades de recém-nascidos após a Primeira Guerra Mundial e após a Segunda Guerra Mundial, entraram nas salas de parto dispostos a assumir os cuidados ao recém-nascido.

Depois de uma breve proliferação nos anos 1920 e 1930, os bancos de leite materno caem em descrédito com o reconhecimento da possibilidade do leite materno poder ser um veículo de transporte de vírus¹⁷. A evolução nos estudos sobre substitutos do leite materno, desenvolvidos por profissionais da saúde e subsidiados por interesses económicos, passou a influenciar a classe médica na prescrição de forma indiscriminada do leite artificial, logo após o nascimento. Na base desta decisão estava o pressuposto de que este leite era mais eficiente e seguro para assegurar as necessidades nutricionais do bebé¹⁸. A utilização quase generalizada do leite artificial impulsionou a investigação nesta área, assim como o desenvolvimento de novos produtos (biberões, tetinas, esterilizadores, balanças, entre outros) e novas orientações: colocar o bebê na mama assim que ele chora, está fora de questão; não se pode dar mais de seis refeições lácteas por dia, limitadas a quinze minutos cada, e as refeições lácteas devem ter intervalos regulares e à noite, seis a oito horas de repouso total. Constituindo-se como mais um momento representativo da separação entre o saber popular e o saber científico e profissional¹⁹.

À medida que as taxas de natalidade aumentavam foram adotados cuidados de enfermagem de rotina para ajudar a normalizar os cuidados, melhorar a eficiência e minimizar o risco de infeção²⁰.

Nas décadas de 1950 e 1960 observaram-se avanços no conhecimento científico e profissional, por exemplo o exame do recém-nascido e os cuidados médicos necessários passaram a ser organizados com base no Índice de Apgar, surgiram também as unidades de cuidados especiais e de cuidados intensivos neonatais. Os estudos incidiam, por exemplo, sobre os efeitos nocivos da hipotermia e da taquipneia transitória do recém-nascido²¹. Com base nos estudos impulsionados por Louis Gluck (1924–1997), que incluíram cerca de 25.000 bebés, ficou demonstrado que um bebé que fosse lavado regularmente tinha muito menos probabilidades de adoecer do que um que não o fosse, a diferença na saúde entre os dois grupos era tão evidente que as enfermeiras começaram a lavar todos os bebés regularmente após o nascimento²². Em

¹⁷ Damasceno, "Amamentação – Uma visão história, cultural, social e antropológica", 1-8.

¹⁸ Granja and Cunha, "Aleitamento materno e artificial ao longo da história: aspectos sócio culturais", 237-238.

¹⁹ Damasceno, "Amamentação – Uma visão história, cultural, social e antropológica", 1-8.

²⁰ Antonia M. Nelson, "The evolution of professional obstetric nursing in the United States (1880's-present): Qualitative content analysis of specialty nursing textbooks", *International Journal of Nursing Studies Advances*, 2, (2020), <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100010>.

²¹ Ferraz and Guimarães, "História da Neonatologia no Mundo", 1-4.

²² Elizabeth Payne, "A Brief History of Advances in Neonatal Care", [nicuawareness.org](https://www.nicuawareness.org), published 1-5-2016, <https://www.nicuawareness.org/blog/a-brief-history-of-advances-in-neonatal-care>.

1961, a Academia Americana de Pediatria recomendou pela primeira vez a profilaxia da hemorragia com vitamina K imediatamente após o nascimento para todos os recém-nascidos²³.

Um movimento que apoiava uma visão mais holística e diminuição da intervenção no parto teve início nestas décadas, suportado pelas publicações científicas na área da enfermagem obstétrica. Wiedenbach (1958) publicou o *Family-Centered Maternity Nursing*, propondo uma abordagem alternativa à normalização dos cuidados, orientado para maximizar a segurança, saúde, bem-estar e preparação das famílias. Promoveu ainda uma compreensão do processo de nascimento e inspirado em Dick-Read's (1944) apoiou o regresso a um método mais "natural" dos cuidados no parto. Este modelo de cuidados centrado na criança e família seria amplamente adotado nas décadas seguintes²⁴.

No início dos anos 70, com os movimentos feministas, observou-se uma desqualificação do cuidado materno por parte das mulheres, incluindo a amamentação²⁵. Nesta década, uma nova corrente teve início, suportada nas publicações científicas e nos meios de comunicação social, a reabilitação da relação precoce entre mãe e bebé como uma etapa essencial da vida de ambos e a valorização da amamentação como contributo para esta relação. Porém, esta ideia encontrou obstáculos numa sociedade onde cada vez mais mulheres trabalhavam fora de casa e queriam manter os seus empregos e evoluir na carreira profissional²⁶.

Na década de 1980, as unidades de cuidados intensivos neonatais foram as primeiras a introduzir o método canguru - contacto pele a pele entre mãe e filho, para promover a ligação; estabilizar a respiração do bebé, ritmo cardíaco e temperatura corporal; e ajudar o bebé a ganhar peso e a crescer. Um método atualmente encorajado para todos os pais, independentemente do sexo²⁷.

Os organismos oficiais ligados à saúde recomendavam que os profissionais responsáveis pela alimentação infantil deveriam rever as suas políticas e práticas para assegurar que os pais recebiam orientação adequada no sentido de encorajar a mãe a amamentar²⁸.

²³ Atif Majid, Miranda Blackwell, Roland S. Broadbent, David P. Barker, Hesham S. Al-Sallami, Liza Edmonds, Nikki Kerruish and Benjamin J. Wheeler, "Newborn Vitamin K Prophylaxis: A Historical Perspective to Understand Modern Barriers to Uptake", *Hospital Pediatrics*, 9 (1) (2019): 55-60, DOI:<https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0104>.

²⁴ Nelson, "The evolution of professional obstetric nursing in the United States (1880's-present): Qualitative content analysis of specialty nursing textbooks".

²⁵ Damasceno, "Amamentação – Uma visão história, cultural, social e antropológica", 1-8.

²⁶ Ibid.

²⁷ Elizabeth Payne, "A Brief History of Advances in Neonatal Care".

²⁸ Department of health and Social Security, "Present Day Practice in Infant Feeding: 1980" (Gov.UK, 1980), https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/743810/Present_Day_Practice_in_Infant_Feeding_-_1980_1980_.pdf, (acessado em 26 de janeiro 2022).

A OMS reviu os métodos de prevenção e tratamento da conjuntivite do recém-nascido e publicou as primeiras *guidelines* em 1986, um século depois da introdução do nitrato de prata por Crédé, devido ao aparecimento de estirpes resistentes de *Neisseria Gonorrhoea* e à percepção de que a *Chlamydia Trachomatis* era outra das principais causas. Neste documento referia-se que na ausência de diagnóstico e tratamento sistemáticos das infeções genitais maternas antes do parto, a maioria dos casos de conjuntivite do recém-nascido podia ser evitada através da desinfeção da conjuntiva do recém-nascido imediatamente após o nascimento. Alertava ainda que algumas substâncias tradicionais (sumo de limão, óleo de cozinha e leite materno), utilizados em algumas regiões, eram irritantes e poderiam causar lesões oculares e que além disso desconhecia-se a sua eficácia na prevenção da conjuntivite neonatal. Em 1987, a OMS anunciou-se a criação de uma Task force sobre utilização de “tecnologia apropriada” na gravidez e cuidados perinatais. As atividades deste grupo de peritos tinham como objetivo fomentar a ação nacional e internacional de modo a que, até 1989 todos os países tivessem reforçado ou expandido os programas de cuidados durante a gravidez e o parto, que pelo menos dois terços dos nascimentos fossem assistidos por profissionais de saúde formados ou por parteiras tradicionais formadas e a OMS tivesse desenvolvido e adaptado tecnologias de saúde adequadas para alguns problemas de saúde globais relacionados com a maternidade e a saúde infantil. Para atingir os objetivos estabelecidos, estava incluída uma atenção especial ao cuidado dos recém-nascidos através de tecnologia apropriada para assegurar a termorregulação, a reanimação neonatal e prevenção do tétano neonatal²⁹.

Em Portugal, a generalização do parto em contexto hospitalar e conseqüentemente os cuidados especializados ao bebé após o nascimento, viriam a acontecer só ao longo da década de 1980.

Durante quase todo o século XX, a separação dos bebés e das suas mães logo após o nascimento manteve-se e define em grande parte os cuidados obstétricos e neonatais, muito motivada, pelo uso generalizado dos reanimadores neonatais, das incubadoras e do leite artificial³⁰.

No início da década de 1990, ocorreu uma mudança de paradigma, novamente motivada pelas elevadas taxas de mortalidade neonatal, mas também com o foco na morbidade e na qualidade de vida. Em 1993, as principais causas de mortalidade neonatal nos países em desenvolvimento eram a asfíxia perinatal (21,1%), a pneumonia (19,0%), o tétano (14,1%), as anomalias (11,1%) e lesões congénitas (10,6%)³¹.

²⁹ World Health Organization, *Appropriate technology for maternal and newborn care* (WHO, 1987), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2490863/>, (acessado em 21 de janeiro 2022).

³⁰ Nils J. Bergman, “Historical background to maternal-neonate separation and neonatal care”, *Birth Defects Research*, 111 (2019): 1081–1086, <https://doi.org/10.1002/bdr2.1528>.

³¹ Technical Working Group, World Health Organization, “Care in Normal Birth: A Practical Guide”, *Birth*, 24(2) (1997): 121-123, <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>.

A OMS reconhecia que a maioria dos problemas de saúde dos recém-nascidos estava relacionada com o momento do parto e que a mortalidade neonatal era um problema de saúde pública. Como causas identificava os cuidados inadequados e/ou a utilização excessiva de alguma tecnologia, fazendo a recomendação específica de que – “após o nascimento, deve haver uma atenção ao estado do RN, como parte integrante dos cuidados no parto normal”³².

A saúde e o bem-estar do recém-nascido, passaram a ser baseados em quatro princípios de cuidado: um parto não traumático e limpo; a manutenção da temperatura corporal; a iniciação da respiração espontânea (com diagnóstico e tratamento precoce da asfixia neonatal); e, a amamentação logo após o nascimento³³.

Um parto limpo era essencial para a prevenção da infecção nosocomial. Como medidas para os cuidados imediatos ao recém-nascido, mantinha-se o novo procedimento de Credé na primeira hora de vida e o uso de material e clamps esterilizados para o corte do cordão umbilical, sem aplicação de qualquer produto na superfície de corte ou no coto e a recomendação de que este deveria ser deixado a descoberto para secar e mumificar³⁴.

A manutenção da temperatura corporal deveria ser obtida através de um ambiente aquecido, secagem corporal do bebê e contato pele a pele com a mãe³⁵.

A amamentação nas primeiras horas de vida deveria ter uma frequência de acordo com a vontade do bebê e sem outros produtos lácteos ou fluidos. A promoção do aleitamento materno, foi reforçada pela Declaração de Innocenti (1990), contribuindo indiretamente para a reaproximação da mãe e do bebê e facilitando o contato precoce³⁶.

Assim, a necessária prática do alojamento conjunto passou a beneficiar a saúde da mãe e do bebê e a obrigar os profissionais a reverem as suas práticas.

Estes princípios, fundamentam todas as resoluções emitidas pela OMS ao longo dos anos 90, a par com as intervenções para uma maternidade e um parto mais seguros, pelo reconhecimento explícito das implicações que a saúde materna e o momento do parto têm na saúde do bebê a curto e longo prazo.

A evidência científica nos cuidados imediatos ao recém-nascido

³² World Health Organization, Child Health and Development Health of the Newborn, (WHO, 1991), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/170498>, (acessado em 21 de janeiro 2022).

³³ Ibid.

³⁴ Technical Working Group, World Health Organization, “Care in Normal Birth: A Practical Guide”, 121-123.

³⁵ Ibid.

³⁶ Bergman, “Historical background to maternal-neonate separation and neonatal care”.

A partir de 1996 algumas publicações da OMS começaram a listar as recomendações de acordo com o nível de evidência científica, a primeira revisão de ensaios aleatórios sobre cuidados neonatais - *Effective Care of the Newborn Infant*, de Sinclair, Bracken e Silverman, surgiu em 1992.

Deste modo, pode afirmar-se que o início da prática da medicina baseada na evidência e as recomendações da OMS, assim como de outras organizações responsáveis pela saúde da mulher e da criança, como a American Academy of Pediatrics, o American College of Obstetrics and Gynecology e o Royal College of midwives, vieram ajudar a restituir a importância dada ao contacto precoce entre a mãe e o recém-nascido. No século XXI, os princípios identificados na década de 1990 mantêm-se, notando-se uma evolução mais visível em diferentes parâmetros.

Um grande sucesso na redução da mortalidade neonatal, ainda que comprometido por custos económicos, éticos e legais, principalmente os associados às consequências da morbilidade. No entanto, estas controvérsias não são novidade para a medicina neonatal, tendo em conta a evolução ao longo da sua história.

A diminuição do intervencionismo no parto, com a alteração do timing para os cuidados imediatos e um protagonismo especial dado à primeira hora de vida – a *Golden Hour*, cujo conceito preconiza o adiamento de todos os cuidados não urgentes em pelo menos 60 minutos³⁷ e que tem como principais componentes o contacto pele com pele, a clampagem tardia do cordão umbilical e o início precoce da amamentação, se clinicamente apropriado e desejado pela mulher. O cumprimento destas orientações é particularmente relevante, pois com medidas de baixa intervenção é possível promover a termorregulação neonatal, diminuir níveis de estresse do recém-nascido, melhorar a vinculação e incentivar a amamentação³⁸.

As novas explicações e o reforço da importância atribuída ao contacto pele com pele e à amamentação, como determinantes para a saúde dos seres humanos, permitida pelos avanços científicos relacionados com o papel do microbioma, da epigenética e a utilização da neuroimagem. As conclusões destas diferentes perspetivas são que para uma saúde e bem-estar ótimos do recém-nascido e da família, este deve estar, tanto quanto possível, com a mãe e a família. O contacto pele a pele é tanto um ambiente físico como social, liga o recém-nascido e a mãe e apoia diretamente as ligações neurais para a emoção e a sociabilidade. A separação pode causar danos que podem ter efeitos a longo prazo, que são difíceis, se não impossíveis de

³⁷ Jeannette T. Crenshaw, "Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together— It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding", *The Journal of Perinatal Education*, 23(4) (2014): 211-217, doi: [10.1891/1058-1243.23.4.211](https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.211).

³⁸ Jennifer L. Neczypor and Sharon L. Holley, "Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour", *Nurs Womens Health*, 21(6) (2017): 462-472, doi: [10.1016/j.nwh.2017.10.011](https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.10.011).

inverter, ao alterarem permanentemente a expressão dos genes e as redes neurais que se estão a desenvolver e a ligar rapidamente³⁹.

Contudo, a fragilidade dos recentes progressos, exposta pela pandemia por COVID-19, sublinha a importância de se melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança das mães e bebés tendo em conta que o medo da infeção aumentou a utilização de práticas como, cesarianas, separação precoce da mãe e bebé e a alimentação com leite artificial. A identificação destas situações deverá permitir aumentar a resiliência em futuros surtos ou emergências⁴⁰.

Numa perspectiva mais global, considerar o nascimento como um evento familiar íntimo e privado e conciliá-lo com os cuidados de excelência ao recém-nascido, parece ser o próximo desafio colocado aos profissionais de saúde.

Considerações finais

Os cuidados imediatos ao recém-nascido, com carácter mais específico e realizados por profissionais com competências para tal, têm início na idade contemporânea, acompanhando a generalização do parto em contexto hospitalar. As preocupações com as elevadas taxas de mortalidade neonatal explicaram os diferentes paradigmas de cuidados ao recém-nascido. Desde o seu início estes cuidados foram prestados pelos profissionais da área da obstetrícia, mas com o desenvolvimento da medicina os pediatras entraram gradualmente nesta área dos cuidados, ainda que não a tenham ocupado de forma exclusiva, em particular com os recém-nascidos saudáveis. O avanço no conhecimento científico e na tecnologia contribuíram para melhorar substancialmente os resultados maternos e neonatais.

A separação da mãe e do bebé e a sua reaproximação apenas nos finais do século XX, podem representar globalmente a evolução dos cuidados imediatos ao recém-nascido, no contexto profissional. Mais em particular, estes cuidados desenvolveram-se rodeados de várias controvérsias permitidas pelos conflitos de interesses culturais, sociopolíticos, económicos, científicos e pessoais. Depois de um período de excesso de intervenção, a evidência científica contribuiu para que os cuidados se fossem tornando cada vez menos invasivos, também no respeito pelas competências reconhecidas aos recém-nascidos e às mães/casais. Atualmente, adaptaram-se práticas tradicionais, implementaram-se outras já discutidas no século XVIII e

³⁹ Raouth R Kostandy and Susan M Ludington-Hoe, "The evolution of the science of Kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact)", *Birth Defects Rev*, 111(15) (2019): 1032-1043, doi: 10.1002/bdr2.1565.

⁴⁰ World Health Organization, Third Biennial Meeting on Accelerating Progress in Early Essential Newborn Care (EENC): Synergies with Hospital Quality and Safety (WHO, 2020), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340356>, (acessado em 21 de janeiro 2022).

XIX e a primeira hora de vida tem vindo a ganhar cada vez mais protagonismo, pelas implicações que tem na saúde materna e neonatal e que se reflete por toda a vida.

Autoras

Anabela Figueiredo

afigueired@utad.pt

Maria do Carmo Sousa

carmosousa@utad.pt

Maria José de Oliveira Santos

mjsantos@utad.pt