

CAPÍTULO 3

CUIDADOS BÁSICOS COM O RECÉM-NASCIDO

Liana Boff Cé

Nicole Figueredo

Bettina Echazarreta

Ana Laura Stone

Vitor Pizoni

Ana Carolina Furlan Leal

Lívia Simoni Maccari

Verena Reichow

Rafaela Caetano

Valentina Tiscoski

Letícia Bento Oliveira

<http://dx.doi.org/10.18616/pratneo03>

SUMÁRIO

VÉRNIX CASEOSO

O vérnix caseoso é um componente viscoso produzido por glândulas sebáceas e células descamadas vindas do estrato córneo da pele durante o terceiro trimestre de gestação e atua como biofilme revestindo o feto¹. Sua principal função é auxiliar na transição da pele do ambiente intrauterino hidratado e com pressão hidrostática relativamente alta para o clima extrauterino relativamente desidratado e de baixa pressão, favorecendo melhor adaptação a vida extra-uterina^{31,37}. Além disso, o vérnix auxilia no trabalho de parto, por meio da lubrificação do canal vaginal, facilita a redução do pH cutâneo e diminui a perda transdérmica de água, além de atuar como barreira física na prevenção de contaminação vertical por doenças maternas^{5, 46}.

Sua constituição inclui 9,1% de proteínas, 80,5% de água e 10,3% de lipídios^{26, 30}. O vérnix encontra-se em contato direto com o líquido amniótico durante a gestação, que ao ser deglutido pelo feto, fornece componentes importantes como glutamina, além de estímulo na funcionalidade do surfactante com sua atuação pulmonar^{15, 22}. Sua composição engloba fatores antibacterianos, antivirais, antifúngicos e lisozimas com importante papel protetor do recém-nascido⁸. Por conta destas propriedades, o vérnix caseoso também é estímulo para cicatrização de lesões em pacientes com patologias cutâneas².

Ademais, há variação de quantidade e de distribuição do vérnix conforme a idade gestacional, o tipo de parto, a raça e a exposição a mecônio⁶. Em relação a quantidade, o vérnix é mais abundante no RN de termo, escasso nos pós-termo, quase ausente nos prematuros e desaparece poucos dias após o nascimento¹⁰. Quanto às variações de cor do vérnix, podem refletir problemas intrauterinos. Amarelo pode indicar doença hemolítica, amarelo amarronzado pode ocorrer por sofrimento fetal e contato com o mecônio e o odor pode indicar sepse neonatal²⁰.

O vérnix caseoso impede a perda líquida pela pele do recém-nascido e, desta forma, recomenda-se sua permanência na pele durante as primeiras horas de vida^{5, 46, 8}. A remoção precoce do vérnix caseoso favorece a desregulação da temperatura corporal, maior descamação dérmica e aumenta o risco de eritema tóxico no recém-nascido²⁰.

PRIMEIRO BANHO

O tempo exato de realização do primeiro banho diverge na literatura, mas é consenso que o atraso em algumas horas auxilia na manutenção da temperatura corporal, hidratação da pele, cicatrização de lesões e colonização microbiana saudável da pele, além de levar à redução de patologias como eritema tóxico do RN²⁰. Dessa forma, o primeiro banho do RN deve ser adiado até que a estabilidade térmica e cardiorrespiratória seja alcançada^{1, 4}. Em casos específicos de risco aumentado de transmissão de uma doença infecciosa materna, orienta-se a remoção precoce do vérnix^{5, 8}.

Estudos corroboram que o atraso na realização do primeiro banho em 24 horas de vida tende a reduzir a mortalidade infantil e o risco no desenvolvimento de hipotermia no neonato²⁵. Em situações de impossibilidade no aguardo de 24 horas, evidências sugerem que o banho após 6 horas do parto já tem implicações positivas na capacidade termorreguladora do RN e em aumento das taxas de amamentação precoce e seus benefícios correspondentes²⁵.

Nas primeiras horas de vida, é recomendado o contato pele a pele do bebê com a mãe, estimulando o aleitamento materno precoce e, portanto, induzindo um atraso natural a procedimentos como o banho¹³. A duração do banho tende a ser variável, mas preferível em uma faixa de 5 a 10 minutos, visando o menor tempo possível para diminuir o estresse corporal causado pela temperatura fria e menor exposição à agentes químicos de limpeza¹⁹.

No banho, considerando a maior sensibilidade atribuída a pele do recém-nascido, deve-se realizar limpeza suave sem esfregar a pele com toalhas, evitando atrito e possíveis lesões. Além disso, a temperatura da água usada para prevenção de hipotermia é na faixa de temperatura entre 37°C e 37,5°C, e o banho pode ser diário, ou realizado 2 a 3 vezes por semana com higienização efetiva de pregas, cordão umbilical e área de fraldas⁴⁴. O banho é um momento de relaxamento e contato mãe-bebê com benefícios na saúde mental^{4, 27}.

USO DE SABONETES

A pele do RN apresenta pH ácido com função protetora contra microrganismos e auxílio na maturação epidérmica. O uso de sabonetes tradicionais com pH alcalino tende a danificar a barreira lipídica da pele, podendo irritar e ressecar a pele²⁸. O agente ideal para uso em RN deve apresentar pH levemente ácido de aproximadamente 5,5³⁴. No Brasil, a forma de apresentação mais comum é o sabonete líquido, sendo o mais indicado para banhos em lactentes²⁸.

USO DE HIDRATANTES

Hidratantes são compostos de lipídios importantes para o bom aspecto da pele, para a redução do prurido por ressecamento e manutenção da sua integridade. Em RN, prioriza-se o uso de hidratantes não perfumados, com baixa quantidade de aditivos para redução de irritações na pele¹³⁶. O uso de hidratantes é recomendado após o banho, aplicação uma vez ao dia ou no mínimo três vezes na semana⁴⁴. É importante evitar o acúmulo nas áreas de dobras para minimizar riscos de colonização bacteriana⁴¹.

USO DE ÓLEOS NATURAIS

Óleos são emolientes que criam uma camada na pele, favorecendo a retenção de água e prevenindo perda hídrica⁴⁹. É preferível as composições com ácido linoleico⁴⁴. Deve-se evitar o uso dos agentes com ácido oleico por serem mais irritativos à pele^{44, 49}. Esses agentes podem ser utilizados em massagens por sua ação como calmantes para a pele e reduzem irritações cutâneas^{44, 49}.

Óleos naturais auxiliam no reparo da barreira da pele de forma variável em relação a concentração de seus componentes como ácidos graxos. Esses podem ter funções antimicrobianas, anti-inflamatórias, além de hidratar e de reduzir irritações na pele, principalmente em uso conjunto com outros hidratantes e sabonetes⁴⁹.

COTO UMBILICAL

O cordão umbilical é a estrutura responsável por proporcionar fluxo sanguíneo entre o feto e a placenta, sendo que ao nascimento é clampeado e cortado. Desse modo, o cordão umbilical recém-cortado, por meio dos vasos patentes, pode ser uma porta de entrada para bactérias patogênicas invasivas^{12, 39}. As potenciais fontes de colonização bacteriana do cordão umbilical incluem o canal de parto e principalmente as mãos não estéreis de qualquer pessoa que ajude no parto²¹. Tal colonização pode causar onfalite, tromboflebite, celulite, fascite necrosante e tétano¹². Dessa forma, o modo de cuidado em manter o coto umbilical limpo e seco usando somente água e sabão neutro é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)^{18,33}.

Estudos atuais demonstram que o método de cuidado “limpo e seco” não é inferior ao cuidado com sabonetes antissépticos^{35, 48}. No entanto, as recomendações podem se adaptar de acordo com o local em que o

bebê nasceu, sendo que RN em ambiente hospitalar ou em locais de baixa mortalidade neonatal possuem a indicação de manter o coto umbilical apenas limpo e seco⁴³. Por outro lado, a aplicação de solução ou gel de clorexidina (4%), uma vez ao dia na primeira semana de vida é recomendada para bebês nascidos em ambientes de alta mortalidade neonatal ou de partos em domicílio, em que não são utilizados materiais estéreis no clampeamento e corte do cordão³⁵. Nos casos de indisponibilidade da clorexidina, o álcool 70% pode ser utilizado³.

Ademais, faz-se necessário informar a respeito de medidas adicionais na prevenção de infecções como higienizar as mãos antes de proceder com a limpeza do coto umbilical, trocas frequentes das fraldas, mantendo-a dobrada abaixo do coto para expô-lo ao ar e evitar o contato do coto com a urina e as fezes do bebê⁴⁷.

De modo geral, a separação do cordão ocorre entre a primeira e a terceira semana após o nascimento, sendo que a separação tardia é considerada se o cordão persistir após esse período²³. Após a queda do coto, é recomendável manter a higiene da região por, no mínimo, mais 10 dias, pois o tecido ainda está em fase de cicatrização⁴³.

ÁREA DA FRALDA

A dermatite de fraldas é uma condição comum que apesar de não predominar no período neonatal imediato, apresenta incidência aumentada a partir do primeiro mês¹⁴. Tal condição é causada pelo uso de fraldas e contato prolongado da pele com fezes e urina, levando à maceração da pele e a ruptura do estrato córneo⁴⁶. Dessa forma, além da própria imaturidade funcional da barreira cutânea⁴⁷, estabelecem-se como fatores de risco para o desenvolvimento de dermatite de fraldas a diarreia, os fatores alimentares, o uso recente de antibióticos e as trocas de fraldas pouco frequentes⁴⁹. Com isso, o excesso de umidade na área de fraldas por conta do ambiente oclusivo, o atrito da fralda com a barreira cutânea, a irritação química pro-

vocada pelas bactérias fecais e a produção de enzimas que alteram o pH do estrato córneo levam a colonização de organismos⁵⁰.

A dermatite de fraldas se apresenta como uma condição inflamatória aguda, caracterizada por eritema intenso associado a máculas ou pápulas que podem se agrupar e formar placas, podendo evoluir para edema e descamação nas regiões de contato direto com a fralda como nádegas, abdômen inferior, genitália e parte superior das coxas^{49, 50}. Ressalta-se que a região de dobras da pele que não apresentam contato direto com a fralda são classicamente poupadas⁴⁸.

Dessa forma, a prevenção dessa condição se baseia no aumento da frequência de troca de fraldas, minimizando o tempo de exposição com as fezes e a urina⁴⁸, a limpeza suave com água morna e um pano macio⁵⁰, ou uso de lenços umedecidos infantis sem fragrância e sem álcool³.

Em termos terapêuticos, as preparações de barreira tópica na forma de cremes, pomadas ou pastas são usadas como terapia inicial para dermatite leve a moderada, formando escudo físico entre a pele e os agentes irritantes⁴⁷. Com isso, os cremes de barreira à base de óxido de zinco, dexpanthenol ou petrolato podem ser usados de modo que a aplicação deve ser feita após a limpeza na troca de fralda, em uma camada espessa cobrindo as áreas de maior contato com a urina e com as fezes⁴⁸. Deve ser lembrado que pós como amido de milho ou talco representam um risco respiratório significativo se aspirados acidentalmente e, portanto, devem ser evitados. Além disso, pós de bicarbonato de sódio e ácido bórico também devem ser evitados devido ao risco de toxicidade sistêmica com absorção percutânea⁵⁰.

BANHO DE SOL

A pele do RN é particularmente vulnerável à radiação Ultra Violeta (UV) por conta da produção limitada de melanina e da ausência de pigmentação facultativa. Com a epiderme mais fina e com a imaturidade da barreira cutânea, associada à limitada produção de melanina, observa-se

que a resposta da pele da criança à radiação UV tem maior propensão ao dano cutâneo agudo e crônico⁵⁰.

A exposição solar permite a síntese de vitamina D, porém, a exposição intencional e desprotegida com o intuito de suplementar a vitamina não é recomendada³². É previsto que as crianças ficam expostas ao sol cerca de 2,5 a 3 horas diárias⁵⁰, sendo que os episódios de queimadura solar especificamente na infância configuram um risco relevante de câncer de pele no futuro⁶⁷. De modo geral, a suplementação de vitamina D é recomendada para todo RN a termo, desde a primeira semana de vida⁴².

Ademais, em relação à icterícia neonatal, considera-se que a orientação cultural da exposição solar com o objetivo de redução da condição não é mais recomendada e é prejudicial pelo risco de exposição solar desprotegida⁴⁸. Alguns pacientes apresentam melhora da icterícia ocasionada pelo equilíbrio com a maturidade do RN e não pelo fato de ter sido exposto por 5 a 10 minutos⁴⁷. Sendo assim, é totalmente contraindicada a exposição do RN à luz solar direta para o tratamento de hiperbilirrubinemia indireta⁴⁸.

Portanto, existem recomendações específicas quanto a exposição solar e a forma de proteção para cada faixa etária pediátrica. Dessa forma, bebês abaixo dos 6 meses de idade devem evitar exposição direta ao sol, devendo utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas⁵⁰. Já a faixa etária entre 6 meses e 2 anos de idade, os filtros inorgânicos estão indicados, com menor potencial alergênico, alta resistência à água e proteção imediata. Por fim, as crianças com idade acima dos 2 anos podem utilizar filtros químicos infantis⁴⁹.

UNHAS E CABELOS

Em RN, as unhas são finas, macias planas e completamente formadas, apresentando formatos ovais ou retangulares quando saudáveis, e com um eixo longitudinal maior. O crescimento da lâmina ungueal é con-

tínuo ao longo da vida, sendo que a taxa de crescimento aumenta durante a infância, podendo crescer de 1 a 1,5 mm/dia³⁹. Tendo em vista que as unhas são compridas ao nascimento, para exercer a manutenção e evitar arranhões na face ou conjuntiva, deve-se realizar o corte adequado das unhas em linha reta, com pouca profundidade. A causa mais frequente de unha encravada se deve ao corte convexo da placa ungueal, o qual é impróprio³⁸.

Além disso, como as unhas são muito finas no período neonatal, podem ser facilmente descoladas do leito ungueal pelo ato de sucção do dedo, no entanto essa alteração desaparece com a idade²². Após o corte da unha do lactente com tesoura sem ponta, pode ser indicado o uso de modo delicado de lixas suaves, para minimizar a possibilidade de escoriações e traumas⁴⁹.

A avaliação inicial do RN deve contemplar uma observação das características capilares, incluindo cor, quantidade, textura, padrão de crescimento, linha de implantação e tipo de fio⁴⁶. O couro cabeludo neonatal é particularmente sensível, podendo apresentar ressecamento e descamação devido à imaturidade da barreira cutânea³⁶. A higienização deve ser feita com movimentos suaves, utilizando produtos adequados à pele sensível do RN; a massagem delicada durante o banho pode auxiliar na remoção de crostas e no estímulo sensorial⁵¹.

Recomenda-se o uso de produtos multifuncionais – como os limpadores líquidos suaves – que possam ser aplicados tanto na pele quanto no couro cabeludo, desde que possuam pH fisiológico e não contenham agentes irritantes. Durante o banho, o produto deve ser aplicado com as mãos e espalhado gentilmente sobre o couro cabeludo, mantendo a cabeça do bebê inclinada para trás para evitar o contato com os olhos³⁹. O enxágue final deve ser feito com água corrente para remover qualquer resíduo, prevenindo irritações. O uso de shampoos específicos é opcional e guiado por preferências culturais ou familiares, desde que o produto mantenha as mesmas características de segurança dos limpadores líquidos⁴⁹. O cabelo neonatal não deve ser friccionado; após o banho, deve ser seco com toques

leves usando toalha macia, pois os fios são frágeis e secam rapidamente ao ar⁴⁸.

O uso de secador é contraindicado, já que a pele do RN é mais vulnerável a queimaduras térmicas⁴⁷. Em casos em que o desembaraço for necessário, pode-se utilizar pentes de dentes largos ou escovas de cerdas macias, preferencialmente com os fios ainda úmidos. Cabelos cacheados requerem menor frequência de lavagem e maior cuidado no manuseio, sendo recomendada a técnica de desembaraço com os dedos⁵⁰. Para evitar o embaraçamento noturno, o uso de lençóis de cetim no berço pode ser benéfico, enquanto acessórios como laços e tiaras devem ser evitados⁵⁰.

CUIDADOS COM O USO DE PRODUTOS TÓPICOS NO RECÉM-NASCIDO

QUADRO 1 - Produtos tópicos e riscos associados à toxicidade por absorção percutânea.

COMPOSTO	APLICAÇÃO/PRODUTO	POTÊNCIAIS RISCOS/ TOXICIDADE
Álcool	Antisséptico tópico	Necrose cutânea, aumento do nível sérico de álcool
Benzocaína	Anestésico de mucosas	Metemoglobinemia
Ácido bórico	Talco, cremes de barreira	Vômitos, diarreia, convulsões, eritrodermia, morte
Corticosteroides	Anti-inflamatório tópico	Atrofia cutânea, estrias, supressão adrenal
DEET e permetrina	Repelentes de insetos	Neurotoxicidade
Neomicina	Antibiótico tópico	Surdez neurológica
Compostos fenólicos	Desinfetantes, antissépticos	Neurotoxicidade, taquicardia, acidose metabólica, metemoglobinemia, morte

Iodopovidona	Antisséptico tópico	Hipotireoidismo
Ácido Salicílico	Emoliente queratolítico	Acidose metabólica, salicilismo
Sulfadiazina de prata	Antibiótico tópico	Kernicterus, agranulocitose, argíria
Tacrolimo	Imunomodulador tópico	Aumento dos níveis séricos do imunossupressor
Ureia	Emoliente queratolítico	Uremia
Parabenos, sulfatos, fragrâncias sintéticas	Cosméticos	Desregulação endócrina, reações alérgicas
Clorexidina	Antisséptico tópico	Irritação local, toxicidade sistêmica em prematuros, queimaduras na pele

Nesta fase da vida, devido à maior fragilidade cutânea, devemos estar atentos à possibilidade de absorção percutânea dos produtos de uso tópico e sua relação com riscos de toxicidade já descritos na literatura (quadro 1).

FONTE: elaborado pelos autores.

REFERÊNCIAS

1. ALBAHRANI, Y.; HUNT, R. Newborn skin care. *Pediatric Annals*, Thorofare, v. 48, n. 1, p. e11–e15, 1 jan. 2019.
2. ALBUQUERQUE, R. S. DE; MARIANI NETO, C.; BERSUSA, A. A. S.; DIAS, V. M.; SILVA, M. I. M. DA. Newborns' temperature submitted to radiant heat and to the Top Maternal device at birth. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, e2798, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1512.2798>.
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Neonatal skin care guidelines: evidence-based clinical practice guidelines* [Internet]. 4. ed. Elk Grove Village: AAP, 2022. Disponível em: <https://www.aap.org/>.
4. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Umbilical cord care [Internet]. [s.l.]: Healthy Children, [s.d.]. Disponível em: <https://>

- www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/bathing-skin-care/Pages/Umbilical-Cord-Care.aspx..
5. BAMALAN, O. A.; MOORE, M. J.; MENEZES, R. G. *Vernix caseosa*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 4 jul. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549823/>.
 6. BLUME-PEYTAVI, U. *et al.* Recommendations from a European roundtable meeting on best practice healthy infant skin care. *Pediatric Dermatology*, Hoboken, v. 33, n. 3, p. 311-321, 2016.
 7. BLUME-PEYTAVI, U.; KANTI, V.; HILLMANN, K.; GARCIA BARTELS, N. Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatric Dermatology*, [s.l.], v. 38, n. 2, p. 250–257, 2021.
 8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. 2. ed. v. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.
 10. CARVALHO, V. O. Banho: cuidados a partir dos 30 dias. In: JOHNSON, J. (org.). *Atualidades médicas: cuidados com a pele infantil*. vol. 4. [s.l.]: [s.n.], 2013.
 11. CHIRIAC, A.; WOLLINA, U. Diaper dermatitis—a narrative review of clinical presentation, subtypes, and treatment. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, [s.l.], v. 174, n. 5–6, p. 246–256, 2024.

12. COUGHLIN, C. C.; EICHENFIELD, L. F.; FRIEDEN, I. J. Diaper dermatitis: clinical characteristics and differential diagnosis. *Pediatric Dermatology*, Hoboken, v. 31, supl. 1, p. 19–24, nov. 2014.
13. DANBY, S. G. *et al.* Neonatal skin care and toxicology. In: EICHENFIELD, L. F. *et al.* *Neonatal and infant dermatology*. 3. ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. p. 46–56.
14. DERMATOLOGY NURSING JOURNAL. Textured hair care in infants: clinical and cultural perspectives. *Dermatology Nursing Journal*, [s.l.], v. 34, n. 3, p. 115–122, 2022.
15. DURYEA, E. L. *et al.* The impact of ambient operating room temperature on neonatal and maternal hypothermia and associated morbidities: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet], New York, v. 214, n. 4, p. 505.e1–505.e7, 1 abr. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26768943/>.
16. EICHENFIELD, L. F.; FRIEDEN, I. J.; MATHES, E.; ZAENGLEIN, A. *Neonatal and infant dermatology*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, 2014.
17. GRAS-LE GUEN, C.; CAILLE, A.; LAUNAY, E.; *et al.* Dry care versus antiseptics for umbilical cord care: a cluster randomized trial. *Pediatrics*, [s.l.], v. 139, n. 1, e20161857, jan. 2017.
18. JOHNSON, E.; HUNT, R. Infant skin care: updates and recommendations. *Current Opinion in Pediatrics*, [s.l.], v. 31, n. 4, p. 476–481, 2019.
19. KARAGOUNIS, T. K.; GITTLER, J. K.; ROTEMBERG, V. *et al.* Use of “natural” oils for moisturization: review of olive, coconut, and sunflower seed oil. *Pediatric Dermatology*, [s.l.], v. 36, p. 9–15, 2019.
20. LAVENDER, T. *et al.* Infant skin-cleaning product versus water: a pilot randomized, assessor-blinded controlled trial. *BMC Pediatrics*, London, v. 11, art. 35, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-11-35>.

21. LIM, Y. S. L.; CARVILLE, K. Prevention and management of incontinence-associated dermatitis in the pediatric population: an integrative review. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, [s.l.], v. 46, n. 1, p. 30–37, jan./fev. 2019.
22. LUND, C. *et al.* *Evidence-based clinical practice guideline: neonatal skin care*. 3. ed. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2013.
23. MANCINI, A. J.; FRIEDEN, I. J.; PALLER, A. S. What's new in pediatric dermatology? An update for the general pediatrician. *Pediatric Clinics of North America*, [s.l.], v. 67, n. 5, p. 931–945, 2020.
24. MARDINI, J.; RAHME, C.; MATAR, O.; ABOU KHALIL, S.; HALLIT, S.; FADOUS KHALIFE, M. C. Newborn's first bath: any preferred timing? A pilot study from Lebanon. *BMC Research Notes*, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 1–5, 14 set. 2020.
25. MENDES, B. R. *et al.* Critical assessment of the pH of children's soap. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 92, p. 290-295, 2016.
26. MÍKOVÁ, R. *et al.* Newborn boys and girls differ in the lipid composition of vernix caseosa. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 9, n. 6, e99173, 9 jun. 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0099173>.
27. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE guidelines: postnatal care up to 8 weeks after birth, physical health and well-being (1.4.2.4) [Internet]. [s.l.]: NICE, [s.d.]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37>.
28. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, SAÚDE DA MULHER E REPRODUTIVA. *Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia* [Internet]. Montevideu: CLAP/SMR-OPS/OMS, 2016 [citado 3 abr. 2025]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34361/9789275719640-por.pdf>.

29. PEDIATRIC DERMATOLOGY JOURNAL EDITORIAL BOARD. Bathing practices and neonatal scalp care: current recommendations. *Pediatric Dermatology*, [s.l.], v. 38, n. 1, p. 10–15, 2021.
30. PRIYADARSHI, M. *et al.* Timing of first bath in term healthy newborns: a systematic review. *Journal of Global Health*, [s.l.], v. 12, 17 ago. 2022. Disponível em: <https://jogh.org/2022/jogh-12-04065>.
31. RAGHUNATH, M. *et al.* Infant skin care. *Current Opinion in Pediatrics*, Philadelphia, v. 31, n. 4, p. 476–481, ago. 2019.
32. RUSCHEL, L. M.; PEDRINI, D. B.; CUNHA, M. L. C. da. Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, 22 out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.39.0.e20170184>.
33. ŠIKIPOGAČAR, M.; MAVER, U.; MARČUNVARDA, N.; MIHELIČ-TURK, D. Diagnosis and management of diaper dermatitis in infants with emphasis on skin microbiota in the diaper area. *International Journal of Dermatology*, [s.l.], v. 57, n. 3, p. 265–275, 2018.
34. SINHA, A.; SAZAWAL, S.; PRADHAN, A. *et al.* Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [s.l.], n. 3, CD007835, 5 mar. 2015.
35. SLUSHER, T. M.; VREMAN, H. J.; OLUSANYA, B. O. *et al.* Safety and efficacy of filtered sunlight in treatment of jaundice in African neonates. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 133, n. 6, p. e1568–e1574, jun. 2014. DOI: 10.1542/peds.2013-3500.
36. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Atualização sobre os cuidados com a pele do recém-nascido*. Porto Alegre: SBP, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22978c-DocCient-Atualiz_sobre_Cuidados_Pele_do_RN.pdf.
37. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido*. Departamento de Dermatologia. Rio de Janeiro: SBP, 2015.

38. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Cuidados com a pele e anexos do recém-nascido: da higienização e hidratação ao tratamento*. Departamento Científico de Dermatologia e Departamento Científico de Neonatologia. Rio de Janeiro: SBP, 2024.
39. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Dermatologia. *Dermatite da área das fraldas – Diagnósticos diferenciais* [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; [s.d.]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23551c-GPA_DermatiteFraldas_DiagnosticosDiferenciais.pdf.
40. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Guia de Fotoproteção na criança e adolescente* [Internet]. Rio de Janeiro: SBP, 2017. Disponível em: <https://app.isend.com.br/iSend/external/magazine?encrypt=856C7AD3F35DE85DA917FC6D79749975342476C-DB528F629880FDD92D0E28577>.
41. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Guia prático de atualização: cuidados com a pele e anexos do recém-nascido – da higienização e hidratação ao tratamento*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024.
42. STAMATAS, G. N.; NIKOLOVSKI, J.; LUEDTKE, M. A.; KOLLIAS, N.; MACK, M. C. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatric Dermatology*, [s.l.], v. 36, n. 5, p. 556–562, 2019.
43. STARACE, M.; ALESSANDRINI, A.; PIRACCINI, B. M. Nail disorders in children. *Skin Appendage Disorders*, Basel, v. 4, n. 4, p. 217–229, out. 2018.
44. STEWART, D.; BENITZ, W.; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Umbilical cord care in the newborn infant. *Pediatrics*, [s.l.], v. 138, n. 3, e20162149, 2016.
45. VAUGHN, A. R.; CLARK, A. K.; SIVAMANI, R. K. *et al.* Natural oils for skin-barrier repair: ancient compounds now backed by modern

- science. *American Journal of Clinical Dermatology*, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 103–117, 2018.
46. VISSCHER, M. O.; NARENDRAN, V.; PICKENS, W. L.; LaRUFFA, A. A.; MEINZEN-DERR, J.; HOATH, S. B. Vernix caseosa in neonatal adaptation. *Journal of Perinatology*, [s.l.], v. 40, supl. 1, p. S21–S28, 2020.
47. VISSCHER, M.; NARENDRAN, V. The ontogeny of skin. *Advances in Wound Care*, New Rochelle, v. 3, n. 4, p. 291–303, abr. 2014.
48. WITKOWSKI, S. M.; PFITZER, C.; RUDOLF, E. *et al.* Assessment of maternal knowledge of solar exposure and vitamin D in the neonatal period. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, 11 dez. 2023. v. 42, e2023040.
49. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience* [Internet]. Geneva: WHO, 2022. 240 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>. Acesso em: 3 abr. 2025.
50. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee*. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.07>.
51. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO. Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience* [Internet]. Geneva: WHO, 2022. 240 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>.