



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência

NOTA TÉCNICA Nº 124/2026-DAHUD/SAES/MS

**1. ASSUNTO**

1.1. Recomendações aos profissionais de saúde e gestores de maternidades quanto à implementação do contato pele a pele (CPP) imediatamente após o nascimento durante a primeira hora de vida, de forma precoce e ininterrupta, no parto vaginal e na cirurgia cesariana.

**2. OBJETIVO**

2.1. Esta Nota Técnica tem como objetivo orientar profissionais de saúde e gestores dos serviços de saúde quanto à implementação do contato pele a pele (CPP) imediatamente após o nascimento, durante a primeira hora de vida, de forma precoce e ininterrupta, no parto vaginal e na cirurgia cesariana, de acordo com o Eixo 1 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança / PNAISC (Brasil, 2015) e com a Portaria nº 371, de 7/5/14, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no momento do nascimento no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2014). Aplica-se a todos os serviços de saúde, públicos ou privados, que atendam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou não. Esta Nota Técnica também aborda a adequação da ambiência e a organização dos fluxos assistenciais, considerando uma abordagem interdisciplinar, cuja efetivação depende da atuação articulada entre equipes assistenciais e gestão.

**3. ANÁLISE**

3.1. O CPP deve ser iniciado imediatamente após o nascimento para todos os RN, em todas as idades gestacionais, incluindo aqueles provenientes de gestações gemelares e cirurgias cesarianas (Brasil, 2014). Segundo o Guia Prático da Organização Mundial da Saúde, os primeiros 60 minutos após o nascimento, a hora de ouro, é um período vital, no qual devem ser priorizados clameamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele e aleitamento materno, contribuindo para a estabilização dos parâmetros vitais (WHO, 2025).

3.2. Essa prática, além dos benefícios fisiológicos imediatos, está associada ao aumento das taxas de aleitamento materno; fortalecimento do vínculo, confiança e satisfação dos pais; estabelecimento de uma microbiota saudável, por meio da colonização inicial por microrganismos maternos, favorecendo o desenvolvimento imunológico, com repercussões até a vida adulta e redução da morbimortalidade neonatal, especialmente entre recém-nascidos prematuros e de baixo peso (WHO, 2025).

3.3. Uma revisão sistemática da Cochrane Database of Systematic Reviews (Moore et al., 2016), que incluiu 46 ensaios clínicos randomizados envolvendo 3.850 mulheres e seus filhos, inclusive após cirurgia cesariana, já apontava benefícios do contato pele a pele precoce. Sua atualização (Moore et al., 2025), ao incorporar 26 novos estudos e totalizar 69 ensaios clínicos com mais de 7.000 díades mãe e bebê, reforçou essas evidências em recém-nascidos saudáveis a termo e prematuros tardios, demonstrando aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo, melhor termorregulação, melhores níveis glicêmicos e maior estabilidade fisiológica neonatal. Embora essa revisão tenha incluído principalmente RN saudáveis a termo e prematuros tardios, o conjunto mais amplo de recomendações internacionais e nacionais sobre cuidado neonatal e Método Canguru sustenta que o contato pele a pele deve ser promovido para todos os recém-nascidos clinicamente estáveis, independentemente da idade gestacional, com adequação à condição clínica, ao ambiente assistencial e à necessidade de monitoramento.

3.4. Esses achados corroboram com recomendações da Organização Mundial de Saúde

(WHO, 2025; WHO, 2017), que destacam que o CPP contribui para a manutenção da temperatura corporal do RN, aumenta as chances de sucesso da amamentação, reduz o estresse materno e pode impactar positivamente na mortalidade infantil, recomendando, sempre que possível, o adiamento de cuidados de rotina, como avaliação antropométrica, administração de medicações e imunizações garantindo a continuidade do contato.

3.5. Nos serviços de atenção especializada, a implementação do CPP deve estar articulada aos protocolos assistenciais hospitalares, incluindo diretrizes de segurança do paciente, critérios clínicos de elegibilidade, definição de fluxos para situações de urgência e integração com unidades neonatais, além de exigir clara atribuição de responsabilidades entre os profissionais, monitoramento contínuo e incorporação de indicadores de qualidade assistencial (Fiocruz, 2025).

3.6. Essa orientação dialoga com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), estratégia instituída pela OMS e pelo UNICEF e adotada no Brasil como ação de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, cujos critérios foram redefinidos pela Portaria GM/MS nº 1.153, de 22 de maio de 2014. No âmbito da IHAC, o Passo 4 recomenda colocar os recém-nascidos em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto e apoiar o início oportuno da amamentação, prática também reconhecida pelo Ministério da Saúde como mais frequente em Hospitais Amigos da Criança.

3.7. Além disso, o contato pele a pele é amplamente recomendado pelo Ministério da Saúde no cuidado aos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso, por meio da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru, que tem entre seus pilares a promoção do contato pele a pele precoce, o envolvimento da família e o apoio ao aleitamento materno (Brasil, 2007).

3.8. Nesse contexto, esta Nota Técnica contribui para preencher uma lacuna operacional ao apresentar recomendações para a implementação segura, qualificada e monitorada do CPP imediato após o nascimento, com especial atenção às cirurgias cesarianas e à ampliação dessa prática para todos os recém-nascidos clinicamente estáveis, independentemente da idade gestacional, respeitados os critérios clínicos, as condições maternas e neonatais e a necessidade de monitoramento pela equipe assistencial.

#### **4. BENEFÍCIOS DO CONTATO PELE A PELE**

4.1. O CPP imediatamente após o nascimento apresenta benefícios amplos e interdependentes para a mãe e para o recém-nascido.

##### **4.2. Para a mãe:**

- I - Redução da duração do terceiro estágio do trabalho de parto favorecendo a dequitação placentária e contribuindo para a prevenção da hemorragia pós-parto;
- II - Redução da ansiedade e estresse, com potenciais efeitos positivos sobre a experiência do parto e redução do risco de depressão pós-parto;
- III - Fortalecimento do vínculo afetivo com o filho desde as primeiras horas de vida.

##### **4.3. Para o recém-nascido:**

- I - Favorece a adaptação à vida extrauterina, promovendo termorregulação eficaz, melhor controle glicêmico e estabilização cardiorrespiratória, uma vez que o corpo materno atua como regulador térmico e fisiológico;
- II - Redução do choro e do estresse neonatal, com menor gasto energético;
- III - Colonização inicial por microbiota materna, contribuindo para a maturação imunológica;
- IV - Facilitação do início da amamentação permitindo a busca espontânea da mama, aumentando as chances de sucção efetiva e de aleitamento materno bem-sucedido.
- V -

#### **5. RECOMENDAÇÕES PARA AS EQUIPES E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**

## **PARA O FOMENTO AO CONTATO PELE A PELE**

5.1. Revisão e adequação dos fluxos e rotinas assistenciais, de modo a instituir o CPP como prática assistencial em todos os hospitais com maternidade, de forma imediata e rotineira, no momento do nascimento, sempre que as condições clínicas do RN e da puérpera o permitirem, inclusive na cirurgia cesariana. Nos casos que demandem internação neonatal, essa prática deve ser assegurada e mantida, garantindo sua integração à linha de cuidado materna e infantil.

5.2. Organização, articulação e integração das equipes assistenciais, incluindo obstetras, anestesistas, enfermeiros, neonatologistas/pediatras, fisioterapeutas, entre outros, adotando uma abordagem interdisciplinar.

5.3. Capacitação das equipes que atuam no Centro Obstétrico e no Centro de Parto Normal quanto ao CPP no parto normal e na cirurgia cesariana, bem como às demais boas práticas no nascimento, garantindo intervenções oportunas, uso adequado de tecnologias e adiamento de procedimentos que possam ser postergados sem prejuízo assistencial.

5.4. Garantia da participação do acompanhante de livre escolha da mãe, conforme a Lei nº 11.108 (Brasil, 2005; Brasil, 2023), em todas as etapas do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, favorecendo sua atuação no cuidado e na promoção do contato pele a pele.

5.5. Adequação da ambiência na sala de parto, incluindo controle da temperatura e da luminosidade, de modo a favorecer a adaptação do recém-nascido e a realização do contato pele a pele.

5.6. Garantia da presença da doula quando houver disponibilidade e for escolha da gestante, como estratégia de apoio físico, emocional e informacional durante o ciclo gravídico puerperal, contribuindo para o cuidado, o estabelecimento do contato pele a pele e o aleitamento materno, conforme a Lei nº 15.381/2026 (Brasil, 2026), sem prejuízo do direito ao acompanhante previsto na Lei nº 11.108/2005 e ampliado pela Lei nº 14.737/2023.

5.7. Garantia do registro sistemático, em prontuário, de indicadores de monitoramento do contato pele a pele, contemplando, no mínimo: realização do CPP com a mãe no momento do nascimento; realização do CPP com o pai ou acompanhante, quando o contato com a mãe não for possível ou nos casos indicados; tempo de duração do CPP; ocorrência de sucção ao seio materno na primeira hora de vida; e motivo da não realização ou da interrupção do CPP, quando aplicável.

## **6. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL**

### **6.1. Diretrizes gerais**

6.1.1. A 'Hora de Ouro' (Golden Hour) deve ser rigorosamente preservada como um período crítico para a estabilização fisiológica e o fortalecimento do vínculo afetivo, sendo o CPP imediato e ininterrupto a intervenção prioritária. O foco assistencial neste intervalo deve recair sobre a manutenção da termorregulação natural, a estabilidade cardiorrespiratória e o estímulo ao comportamento instintivo de busca ao seio materno, garantindo que a tecnologia e os protocolos administrativos não se sobreponham à competência biológica da díade mãe-filho.

6.1.2. O Guia Prático da OMS (WHO, 2025), determina "Zero Separação" entre a mãe e o filho. O CPP deve ser iniciado preferencialmente no primeiro minuto de vida, integrando as ações de estabilização neonatal, sem prejuízo das intervenções necessárias.

6.1.3. Se a avaliação do recém-nascido indicar necessidade de reanimação (prematuridade <34 semanas, cesariana sob anestesia geral, instabilidade clínica materna ou neonatal), as intervenções necessárias devem ser realizadas imediatamente e, após estabilização clínica, o CPP deve ser iniciado.

6.1.4. Procedimentos de rotina, tais como pesagem, mensuração, administração de vacinas e profilaxias, devem ser postergados para após a primeira hora de vida ou até que o primeiro ciclo de amamentação tenha sido concluído com sucesso.

6.1.5. A secagem do RN, antes de ser posicionado no CPP, deve ser cuidadosa. A cabeça e o tronco perdem calor muito rápido por evaporação. Todo o corpo deve ser seco cuidadosamente, exceto as mãos. Manter as mãos úmidas com líquido amniótico, favorece a

autorregulação, ativa reflexos de busca e sucção e favorece a amamentação. O RN utiliza o olfato para se guiar até o seio. É como se houvesse uma "trilha de cheiro" que o ajuda a reconhecer o mamilo como um lugar familiar e seguro. O uso de touca e manta pré-aquecidas durante o CPP devem ser garantidos para evitar a perda de calor, especialmente em RN pré-termos e/ou de baixo peso para prevenir hipotermia.

6.1.6. Durante a realização do CPP, medidas de segurança devem ser garantidas: prevenção de quedas, presença do acompanhante e vigilância da equipe. A colocação de um top ou malha tubular pode ser indicado, sendo colocado previamente ao posicionamento na maca, em caso de cirurgia cesariana.

6.1.7. Na impossibilidade de realização do contato pele a pele com a mãe, por condições clínicas o CPP pode ser realizado pelo pai ou pela pessoa que desempenhe a função parental, asseguradas as condições de segurança e monitoramento pela equipe de saúde.

6.1.8. Para a realização do CPP o RN deve ser posicionado no tórax da mãe, em posição vertical, decúbito ventral, com a cabeça virada para o lado (vias aéreas desobstruídas) e pernas levemente flexionadas, sem interposição de tecidos entre a sua pele e a de sua mãe.

## **7. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADO**

### **7.2. Antes do nascimento**

I - Acolher a parturiente e garantir escuta qualificada respeitando seu Plano de Parto e planejando realização do CPP, destacando seus benefícios inclusive na cirurgia cesariana;

II - Garantir temperatura ambiente no local do nascimento entre 23°C e 25°C mantendo-se as portas fechadas para evitar correntes de ar, conforme Portaria MS nº 371/2014 (Brasil, 2014) e Diretrizes 2026 da Sociedade Brasileira de Pediatria;

III - Nos casos de cirurgia cesariana, organizar a equipe e definir responsabilidades, garantindo coordenação entre o obstetra, anestesista, pediatra e enfermeira para não haver contaminação do campo cirúrgico. Os eletrodos de monitoramento são colocados nas costas ou nas laterais. O campo cirúrgico deve ser posicionado de forma que o peito da mãe fique exposto para receber o RN. Os braços da mãe, sempre que possível, não devem ser contidos.

### **7.3. No momento do nascimento**

#### **7.3.1. Parto Normal**

- Realizar rapidamente a secagem do RN;
- Posicionar o RN com boa vitalidade imediatamente sobre o tórax ou abdome inferior, se o cordão for curto, enquanto aguarda o tempo do clampeamento;
- Remover panos úmidos e cobrir com manta previamente aquecida, garantindo conforto térmico;
- Avaliar a vitalidade (boletim de Apgar);
- Realizar o clampeamento oportuno do cordão umbilical após cessarem suas pulsações, o que ocorre, em geral, entre 1 e 3 minutos após o nascimento, nos recém-nascidos com boa vitalidade, salvo situações clínicas que indiquem clampeamento imediato;
- Identificar o RN, o mais precoce possível, respeitando o momento inicial do contato pele a pele;
- Estimular o pai ou acompanhante a ficar ao lado da mãe no apoio ao CPP.

#### **7.3.2. Cirurgia Cesariana**

- Viabilizar o contato pele a pele o mais precocemente possível;
- Durante o tempo de espera para o clampeamento oportuno do cordão umbilical (1 a 3

minutos), o RN pode ser mantido sobre as coxas da mãe, garantindo que seja seco e que permaneça aquecido;

- Avaliar a vitalidade (boletim de Apgar);
- Após o clampeamento, garantir uma dinâmica segura de passagem do RN pelo campo que divide o tórax da área operatória, para evitar a contaminação e garantir a segurança. Essa passagem pode acontecer por cima do campo, pelo lado ou por um túnel levantando o campo;
- Colocar o RN diretamente no tórax abaixo do queixo e acima do nível da incisão cirúrgica. Os braços da mãe devem estar livres, permitindo que ela sinta e segure o filho, o que também auxilia na liberação de ocitocina;
- Manter o CPP durante todo o fechamento da incisão. Quando as condições clínicas maternas não permitirem sua realização imediata ou manutenção, o CPP pode ser iniciado com o pai ou pela pessoa que desempenhe a função parental e retornar para a mãe assim que houver estabilidade.

### 7.3.3. **Gestação Múltipla**

- Se houver dois ou mais RN o passo a passo segue a mesma lógica, para parto normal ou cesariana, com as adaptações necessárias;
- Em caso de gemelares o CPP pode ser realizado de forma simultânea ou sequencial, alternando os RN, com o pai ou pessoa que exerce a função parental e suporte da equipe previamente organizada;
- Na forma simultânea, cada RN deve ser posicionado verticalmente, em um dos lados do tórax, ligeiramente inclinados para fora (em forma de V), para que ambos tenham acesso aos mamilos e a amamentação possa ser estimulada simultaneamente em CPP;
- Em múltiplos de maior ordem, na impossibilidade de realização simultânea com a mãe, o CPP pode ser realizado também pelo pai ou pessoa que exerce a função parental, de modo a viabilizar a simultaneidade e continuidade do cuidado.

## 8. **ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DURANTE A PRIMEIRA HORA DE VIDA**

- 8.1. Manter CPP contínuo por no mínimo 1 hora, em RN com boa vitalidade;
- 8.2. Estimular o início da amamentação conforme sinais de prontidão do RN;
- 8.3. Realizar avaliação clínica sem interromper o CPP, monitorando respiração, cor, tônus e atenção especial para risco de obstrução de vias aéreas por posicionamento inadequado;
- 8.4. Garantir manutenção do apoio do acompanhante e a supervisão da equipe.

## 9. **ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO APÓS A PRIMEIRA HORA DE VIDA**

- 9.1. Realizar pesagem, medidas antropométricas, administração de vacinas, profilaxias e outros cuidados, destacando que o banho não é recomendado nas primeiras 24 horas de vida;
- 9.2. Avaliar as condições clínicas do RN e da mãe e organizar a transferência para o setor indicado, Recuperação Pós-Anestésica, Alojamento Conjunto ou Unidade Neonatal assegurando a continuidade do CPP, especialmente para RN pré-termo e/ou baixo peso;
- 9.3. Nos casos de transferência para a Recuperação Pós-Anestésica ou Alojamento Conjunto, o transporte deve ser realizado, sempre que possível, em CPP, assegurando a sua continuidade durante a internação, especialmente naqueles RN pré-termo ou de baixo peso;
- 9.4. Nos casos de transferência para a Unidade Neonatal deve-se assegurar, prioritariamente, a estabilidade do RN e realizar um transporte seguro em incubadora detransporte aquecida, com bateria e oxigênio, especialmente para pré-termos extremos e/ou RN instáveis (SBP, 2024; OMS, 2025).

9.5. Na Unidade Neonatal, deve-se assegurar a continuidade do CPP pelo maior tempo possível. Nos casos em que não tenha sido iniciado no momento do nascimento, garantir início o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras 24 horas de vida respeitando as condições clínicas do recém-nascido. Essa prática deve estar integrada à lógica do cuidado progressivo neonatal, garantindo a transição oportuna entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (Brasil, 2012).

## 10. CONCLUSÃO

10.1. Em síntese, o contato pele a pele imediato e ininterrupto, ao nascimento, inclusive nas cirurgias cesarianas e partos prematuros, constitui prática assistencial segura, efetiva e baseada em evidências, com impacto positivo na estabilidade fisiológica neonatal, no estabelecimento e na manutenção do aleitamento materno, no fortalecimento do vínculo e na qualificação da experiência do parto e nascimento.

10.2. Sua implementação requer a organização dos processos assistenciais, a qualificação contínua das equipes interprofissionais, a adequação da ambiência e o compromisso da gestão dos serviços de saúde, de modo a assegurar sua incorporação como rotina nos diferentes cenários de atenção ao parto e nascimento.

10.3. O contato pele a pele deve ser garantido sempre que não houver contraindicação clínica materna ou neonatal, evitando separações desnecessárias em consonância com diretrizes nacionais e internacionais de cuidado perinatal.

## 11. REFERÊNCIAS

Agudelo SI, Gamboa OA, Acuña E, Aguirre L, Bastidas S, Guijarro J, Jaller M, Valderrama M, Padrón ML, Gualdrón N, Obando E, Rodríguez F, Buitrago L. Randomized clinical trial of the effect of the onset time of skin-to-skin contact at birth, immediate compared to early, on the duration of breastfeeding in full term newborns. *Int Breastfeed J.* 2021 Apr 13;16(1):33. doi: 10.1186/s13006-021-00379-z. PMID: 33849584; PMCID: PMC8043060.

BMJ Global Health. Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis. 2023;8:e010728. DOI:10.1136/bmjgh-2022-010728

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: [Ministério da Saúde – Portaria nº 1.130/2015](#).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no momento do nascimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 8 maio 2014. Disponível [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 28 maio 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 maio 2012.

Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm).

Brasil. Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 nov. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l14737.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14737.htm).

Brasil. Lei nº 15.381, de 8 de abril de 2026. Dispõe sobre o exercício da profissão de doula. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2026. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2026/lei/l15381.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2026/lei/l15381.htm).

Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas. Contato Pele a Pele na Cesárea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencaomulher/contato-pele-a-pele-na-cesarea/> . Acesso em: 3 maio 2026.

Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas. E-book 10 passos para a atenção humanizada ao recém-nascido. Passo 7: Pratique o Método Canguru. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10\\_passos\\_atencao\\_humanizada\\_recem\\_nascido.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10_passos_atencao_humanizada_recem_nascido.pdf) . Acesso em: 3 maio 2026.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Módulo 3. 2017. Disponível em : <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/12/9.-FUNDO-DASNA%C3%87%C3%95ES-UNIDAS-PARA-A-INF%C3%82NCIA.-m%C3%B3dulo-3.pdf>

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016; (11):CD003519. DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub4.

Moore ER, Brimdyr K, Blair A, Jonas W, Lilliesköld S, Svensson K, Ahmed AH, Bastarache LR, Crenshaw JT, Giugliani ER J, Grady JE, Zakarija-Grkovic I, Haider R, Hill RR, Kagawa MN, Mbalinda SN, Stevens J, Takahashi Y, Cadwell K. Contato pele a pele imediato ou precoce entre mães e seus recém-nascidos saudáveis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Edição 10. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub5. Acesso em 01 de abril de 2026.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. Transporte do recém-nascido de alto risco. Documento Científico. São Paulo: SBP, 2024. Disponível <https://www.sbp.com.br/especiais/reanimacao/transporte-do-recem-nascidode-alto-risco-2a-edicao/>?

World Health Organization. Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: WHO; 2017.

World Health Organization. Nurturing care for early childhood development: a framework. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333686/9789240005648-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization Immediate KMC Study Group. Immediate “Kangaroo Mother Care” and survival of infants with low birth weight. N Engl J Med. 2021; 384:2028-38. DOI:10.1056/NEJMoa2026486

World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. Geneva: WHO; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. New WHO recommendations for care of preterm or low birth weight infants: health policy. eClinicalMedicine. 2023; 63:102155. DOI:10.1016/j.eclinm.2023.102155

World Health Organization. Kangaroo mother care: a clinical practice guide. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/kangaroomother-care--a-clinical-practice-guide>. Acesso em: 3 maio 2026.

## 12. **CONTATOS**

Atenciosamente,

**THATIANE CRISTHINA DE OLIVEIRA TORRES**

Gerente de Projeto

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES/MS  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

**FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA**

Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES/MS

**MOZART JÚLIO TABOSA SALES**

Secretário de Atenção Especializada à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Thatiane Cristhina de Oliveira Torres, Gerente de Projeto**, em 24/06/2026, às 13:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 25/06/2026, às 14:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mozart Julio Tabosa Sales, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 25/06/2026, às 15:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0056254762** e o código CRC **2DF247AA**.