

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 1 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	3
CONCEITOS.....	4
TREINAMENTO E EDUCAÇÃO.....	4
PREPARO PARA A ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO.....	4
AVALIAÇÃO DA VITALIDADE AO NASCER.....	8
CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL.....	8
ASSITÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO ≥ 34 SEMANAS.....	9
COM BOA VITALIDADE.....	9
ASSITÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO ≥ 34 SEMANAS.....	11
SEM BOA VITALIDADE.....	11
ASSITÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO < 34 SEMANAS.....	22
CUIDADOS PALIATIVOS PERINATAL E NEONATAL QUANDO DO SEU NASCIMENTO.....	33
CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO.....	35
MONITORAMENTO.....	35
CONFLITOS DE INTERESSE.....	37
REFERÊNCIAS.....	37
SIGLAS.....	38
APÊNDICE 1. Boletim de Apgar ampliado.....	39
HISTÓRICO DE REVISÃO.....	40

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 2 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados de saúde de alta qualidade para recém-nascidos (RN) são direitos de todos eles, em todos os lugares. Todos os recém-nascidos devem ter acesso a cuidados essenciais que incluem: cuidados imediatos no nascimento (clampeamento fisiológico do cordão umbilical, secagem completa, avaliação da respiração, contato pele a pele, início precoce da amamentação), cuidados térmico, reanimação quando indicada, apoio a amamentação com leite materno, cuidados nutritivos, prevenção de infecções, avaliação de problemas de saúde, reconhecimento e resposta a sinais de perigo e encaminhamento seguro e oportuno, quando necessário.

Sabe-se que a maioria dos recém-nascidos se adaptam bem à vida extrauterina, mas alguns requerem ajuda com estabilização ou reanimação. Até 85% respiram espontaneamente sem intervenção; outros 10% respondem à estabilização; aproximadamente 5% recebem ventilação com pressão positiva; 0,4 a 2% requerem intubação; menos de 0,3% necessitam de compressões torácicas e apenas 0,05% de adrenalina.

Dentro deste contexto, a assistência ao recém-nascido quando do seu nascimento deve ser balizada tanto pelas diretrizes do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (“Hora de Ouro”) quanto pelas diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (“Minuto de Ouro”).

Importante destacar que ao nascimento, o recém-nascido pode requer a assistência pautada em diretrizes de cuidado paliativo perinatal/neonatal, dependente do diagnóstico, prognóstico e das decisões da família envolvida.

## OBJETIVOS

- Garantir assistência segura e de qualidade ao nascimento a todos os nascidos vivos.

## CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- Todos os nascidos vivos na Maternidade Otto Cirne do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/Ebserh).

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 3 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

### ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

<b>Médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Integrar com a equipe da Obstetrícia.</li> <li>– Realizar o briefing: fazer a anamnese, conferir o material e delegar as funções dos demais membros da equipe.</li> <li>– Liderar os procedimentos de reanimação.</li> <li>– Paramentar adequadamente.</li> <li>– Acolher a parturiente e seu acompanhante.</li> <li>– Assistir ao RN propriamente dito e à sua família.</li> <li>– Executar, quando indicado, os procedimentos de reanimação.</li> <li>– Registrar o atendimento de forma completa e objetiva.</li> <li>– Transportar o RN para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), quando indicado.</li> </ul>
<b>Fisioterapeuta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comparecer a todos os nascimentos de RN &lt; 34 semanas.</li> <li>– Realizar o checklist diário do kit CPAP em sala de parto, conferindo todos os materiais necessários para assistir o RN &lt; 34 semanas.</li> <li>– Checar diariamente as balas de oxigênio e ar comprimido junto à a equipe de enfermagem.</li> <li>– Conferir se o respirador está ligado na tomada juntamente com a equipe de enfermagem.</li> <li>– Montar o sistema de CPAP na sala de parto e auxiliar o médico.</li> <li>– Ligar o respirador, verificando o seu funcionamento e ajustar o valor do CPAP.</li> <li>– Instalar o CPAP no RN e verificar se o sistema está funcionando adequadamente.</li> <li>– Auxiliar o médico e enfermeiro no transporte do RN.</li> <li>– Realizar o registro dos procedimentos, incluindo o tempo de início do CPAP.</li> <li>– Auxiliar o médico no procedimento de intubação traqueal, se indicado e montagem do ventilador de transporte.</li> <li>– Realizar procedimentos de reanimação, quando indicado, exceto intubação traqueal e cateterismo umbilical.</li> </ul>
<b>Enfermagem do bloco obstétrico (BO)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realizar o checklist diário da incubadora de transporte, conferindo todos os materiais necessários.</li> <li>– Checar diariamente as balas de oxigênio e ar comprimido juntamente com a equipe de enfermagem.</li> <li>– Realizar o checklist diário de todos os materiais e equipamentos necessários para a assistência ao RN.</li> <li>– Disponibilizar o material para assistência ao RN em sala de parto em local adequado.</li> <li>– Permanecer exclusivamente ao lado da equipe médica se reanimação indicada e exigir intubação, compressões torácicas, administração de medicamentos e cateterismo umbilical.</li> <li>– Realizar procedimentos de reanimação, quando indicado, exceto intubação traqueal e cateterismo umbilical.</li> </ul>
<b>Enfermagem da UTIN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comparecer a todas as salas de parto de RN &lt; 34 semanas.</li> <li>– Realizar o checklist diário do kit CPAP em sala de parto, conferindo todos os materiais necessários para assistir o RN &lt; 34 semanas.</li> <li>– Realizar o checklist diário da incubadora de transporte, conferindo todos os materiais necessários.</li> <li>– Checar diariamente as balas de oxigênio e ar comprimido juntamente com a equipe de enfermagem.</li> <li>– Conferir se o respirador está ligado na tomada juntamente com a equipe de enfermagem.</li> <li>– Realizar procedimentos de reanimação, quando indicado, exceto intubação traqueal e cateterismo umbilical.</li> </ul>

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 4 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

## CONCEITOS

O manejo do RN quando do seu nascimento abrange todos os procedimentos realizados no recém-nascido imediatamente após o nascimento, incluindo desde a prevenção de perda de calor, clampeamento do cordão, cuidados com vias aéreas, avaliação da frequência cardíaca e respiração até a ventilação, fornecimento de PEEP, entre outras, incluindo cuidados proporcionais para minimizar sofrimento (não farmacológicos e farmacológicos).

Este período crítico é chamado de “Hora de Ouro” ou “Minuto de Ouro”, dependendo se o neonato apresenta boa vitalidade ou não, respectivamente, e compreendendo que nascimento é definido como a saída completa do bebê do útero materno. A “Hora de Ouro” representa a primeira hora de vida do recém-nascido junto com sua mãe e o “Minuto de Ouro”, o primeiro minuto de vida em que a ventilação com pressão positiva, quando indicada, deve ser iniciada. Por sua vez, a abordagem dos cuidados paliativos, aqui chamada de “Momento de Ouro”, por ser um espaço de tempo indeterminado, refere-se à atenção em situações desafiadoras de cuidado que, se inicia desde o acompanhamento após o diagnóstico de doença fetal grave, aos cuidados ao recém-nascido com doença ameaçadora a vida e de seus familiares.

## TREINAMENTO E EDUCAÇÃO

Os profissionais que atuam na assistência ao neonato quando do seu nascimento devem ter conhecimento atualizado, além de habilidades técnicas e não técnicas. Recomenda-se:

- Treinamento específico para a assistência ao recém-nascido em sala de parto; obrigatório ter o curso de reanimação neonatal.
- Atualizações podem incluir tarefas específicas, simulação e ou habilidades comportamentais e reflexão.

## PREPARO PARA A ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

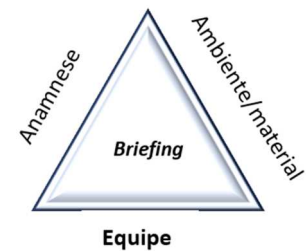
O gerenciamento da assistência ao RN quando do seu nascimento se concentra em garantir o processo fisiológico de transição da vida intrauterina para a extrauterina, principalmente cardiorrespiratória, que:

- Na maioria das vezes ocorre de forma independente, mas dependem de outros para aquecimento.
- Alguns requerem ajuda com estabilização ou reanimação, que deve ser prontamente iniciada.
- Outras vezes, há que se instituir um manejo adequado dos sintomas para o garantir o conforto.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 5 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

Para desempenhar as diferentes tarefas é primordial o preparo para a assistência - *briefing*, que consiste em uma rápida reunião para preparar o atendimento ao recém-nascido e sua família.

Os três componentes do *briefing* são: equipe (**Tabela 1**), anamnese (**Tabela 2**) e ambiente/material (**Tabela 3**).



**Tabela 1: atribuições e comunicação da equipe**

ATRIBUIÇÕES: atuação coordenada	COMUNICAÇÃO: efetiva
<p><b>Líder</b> A única responsabilidade do profissional deve ser o atendimento ao RN.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico neonatologista com maior experiência (plantonista assistente do BO)</li> <li>Responsável por definir se o RN pode ficar junto à parturiente ou se deve ser direcionado à mesa de reanimação</li> </ul> <p><b>Membros da Equipe:</b> A composição da equipe pode variar de acordo com a complexidade identificada pelo caso, podem ser necessários pelo menos 2 a 3 profissionais treinados e capacitados para reanimar de maneira rápida e efetiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico residente em neonatologia ou pediatria (plantonista residente do BO)</li> <li>Enfermeiro do BO</li> <li>Médico plantonista pediatra/neonatologista da UTIN</li> <li>Enfermeiro da UTIN</li> <li>Fisioterapeuta da UTIN</li> </ul> <p>Para executar as seguintes tarefas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar passos iniciais</li> <li>Avaliar o RN</li> <li>Ventilar</li> <li>Monitorar</li> <li>Intubar</li> <li>Realizar compressão torácica</li> <li>Obter acesso venoso</li> <li>Administrar medicamentos</li> <li>Verificar e controlar o tempo</li> <li>Documentar os procedimentos</li> </ul>	<p>Fatores considerados essenciais para uma comunicação efetiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contato olho a olho</li> <li>Escuta ativa</li> <li>Respeito mútuo</li> <li>Liderança clara e inclusiva</li> <li>Envolvimento de todos os membros da equipe</li> <li>Mensagens claras</li> <li>Confirmação da compreensão da mensagem (alça fechada)</li> <li>Comunicação aberta entre todos para que expressem suas opiniões e discordem uns dos outros com segurança (segurança psicológica)</li> <li>Discussões saudáveis de informações pertinentes</li> <li>Consciência situacional (compreensão do ambiente atual e capacidade de antecipar com precisão problemas futuros)</li> <li>Preparação (antes) / Reflexão (após)</li> <li>Comunicação com a família</li> </ul>

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 6 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

<p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nos gemelares é necessário dispor de equipe própria para cada neonato.</li> <li>Um mesmo profissional pode executar mais de uma tarefa dentro de sua competência de área de atuação.</li> </ul>	
<p><b>Importante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipe competente em suporte de vida para recém-nascidos deve estar disponível para cada parto.</li> <li>Em partos de alto risco recomenda-se mais de um profissional capacitado em reanimação neonatal.</li> <li>Uma boa comunicação ocorre em um ambiente que apoia a cultura de respeito, abertura e confiança e é baseada em objetivos compartilhados, escuta ativa e troca bidirecional de informações.</li> </ul> <p><b>Lembrar:</b> Os registros precisos e confiáveis são essenciais para permitir o atendimento contínuo do recém-nascido, facilitar as tomadas de decisões e aumentar a responsabilização da equipe.</p>	

**Tabela 2: anamnese: identificar condições associadas à necessidade de reanimação ao nascer**

Fatores Antenatais	
Idade < 16 anos ou > 35 anos Diabetes mellitus Síndromes hipertensivas Doenças maternas Infecção materna Aloimunização ou anemia fetal Uso de medicações Uso de drogas ilícitas Óbito fetal ou neonatal anterior Ausência de cuidado pré-natal	Idade gestacional < 39 ou > 41 semanas Gestação múltipla Rotura prematura das membranas Polidrâmnio ou oligoâmnio* Diminuição da atividade fetal no 2º ou 3º trimestre Discrepância de idade gestacional e peso Hidropisia fetal * Malformação fetal *
Fatores Relacionados ao Parto	
Parto cesáreo Uso de fórceps ou extração a vácuo Apresentação não cefálica Trabalho de parto prematuro* Parto taquitélico Corioamnionite Rotura de membranas > 18 horas Trabalho de parto > 24 horas Segundo estágio do parto > 2 horas	Padrão anormal de frequência cardíaca fetal Anestesia geral Hipertonia uterina Líquido amniótico meconial Prolapso ou rotura ou nó verdadeiro de cordão Terapia materna com sulfato de magnésio Uso de opioides 4 horas anteriores ao parto Descolamento prematuro da placenta Placenta prévia Sangramento intraparto significativo
<p>* Condições que podem estar associadas à indicação de cuidados paliativos; verificar se há plano de cuidados construído durante o pré-natal para que a assistência ao nascimento seja alinhada com o plano.</p> <p><b>Importante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O objetivo da anamnese é direcionar aos fatores de risco para a necessidade de ajuda à transição cardiorrespiratória e de procedimentos de reanimação neonatal.</li> <li>Mesmo que não se identifique um fator de risco, a equipe deve estar sempre preparada para fazer assistência de qualidade e segura, pois qualquer recém-nascido pode desenvolver problemas durante o parto.</li> </ul>	

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 7 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

**Tabela 3: ambiente e material**

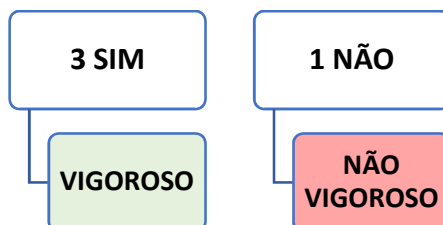
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de parto ou de reanimação com temperatura ambiente de 23-25°C e             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mesa de reanimação com acesso por 3 lados</li> <li>– Fonte de oxigênio umidificado com fluxômetro e fonte de ar comprimido</li> <li>– Blender para mistura oxigênio/ar</li> <li>– Aspirador a vácuo com manômetro</li> <li>– Relógio de parede com ponteiro de segundos</li> </ul> </li> <li>• Material para manutenção de temperatura             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fonte de calor radiante</li> <li>– Termômetro ambiente digital</li> <li>– Campo cirúrgico e compressas de algodão estéreis</li> <li>– Saco de polietileno de 30x50cm para prematuro</li> <li>– Touca de lã ou algodão</li> <li>– Colchão térmico químico 25x40cm para prematuro, 1.000 g</li> <li>– Termômetro clínico digital</li> </ul> </li> <li>• Material para avaliação             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Estetoscópio neonatal</li> <li>– Oxímetro de pulso com sensor neonatal</li> <li>– Monitor cardíaco de 3 vias com eletrodos</li> <li>– Bandagem elástica para fixar sensor do oxímetro e eletrodos</li> </ul> </li> <li>• Material para aspiração             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sondas: traqueais Nº 6 e 8 e gástricas curtas Nº 6 e 8</li> <li>– Conexão de látex ou silicone para conectar sonda ao aspirador</li> <li>– Dispositivo para aspiração de mecônio</li> <li>– Seringas de 10 ml</li> </ul> </li> <li>• Material para ventilação             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reanimador manual neonatal (balão autoinflável com volume ao redor de 240 ml, reservatório de O<sub>2</sub> e válvula de escape com limite de 30-40 cmH<sub>2</sub>O e/ou manômetro)</li> <li>– Ventilador mecânico manual com peça T com circuitos próprios</li> <li>– Máscaras redondas com coxim para recém-nascido de termo, prematuro e prematuro extremo</li> <li>– Máscara laríngea para recém-nascido Nº 1</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material para intubação traqueal             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Laringoscópio infantil com lâmina reta Nº 00, 0 e 1</li> <li>– Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 2,5/ 3,0/ 3,5 e 4,0 mm</li> <li>– Material para fixação da cânula: fita adesiva e algodão com solução fisiológica</li> <li>– Pilhas e lâmpadas sobressalentes para laringoscópio</li> <li>– Detector colorimétrico de CO<sub>2</sub> expirado</li> </ul> </li> <li>• Medicções             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Adrenalina diluída a 1mg/10 ml em 1 seringa de 5,0 ml para administração única endotraqueal</li> <li>– Adrenalina diluída a 1mg/10 ml em seringa de 1,0 ml para administração endovenosa</li> <li>– Expansor de volume (Soro Fisiológico) em 2 seringas de 20 mL</li> </ul> </li> <li>• Material para cateterismo umbilical             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Campo esterilizado, cadarço de algodão e gaze</li> <li>– Pinça tipo kelly reta de 14cm e cabo de bisturi com lâmina nº 21</li> <li>– Porta agulha de 11cm e fio agulhado mononylon 4.0</li> <li>– Cateter umbilical 3,5F e 5F de PVC ou poliuretano de lúmen único</li> <li>– Torneira de 3 vias e seringa de 10 ml</li> <li>– Soro fisiológico para preencher o cateter antes de sua inserção</li> </ul> </li> <li>• Outros             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Luvas e óculos de proteção individual para os profissionais de saúde</li> <li>– Gazes esterilizadas de algodão, álcool etílico/ solução antisséptica</li> <li>– Cabo e lâmina de bisturi</li> <li>– Tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical</li> <li>– Agulhas para preparo da medicação</li> </ul> </li> </ul>
--	---

**Importante:** todo o ambiente e material deve ser verificado de modo sistemático e padronizado (preencher o *checklist* que fica disponível nas salas de parto): deve estar preparado, testado e disponível em local de fácil acesso. É obrigatória a verificação do ambiente (temperatura da sala deve estar obrigatoriamente entre 23 e 25° C) e do material antes de cada parto.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 8 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

### AVALIAÇÃO DA VITALIDADE AO NASCER

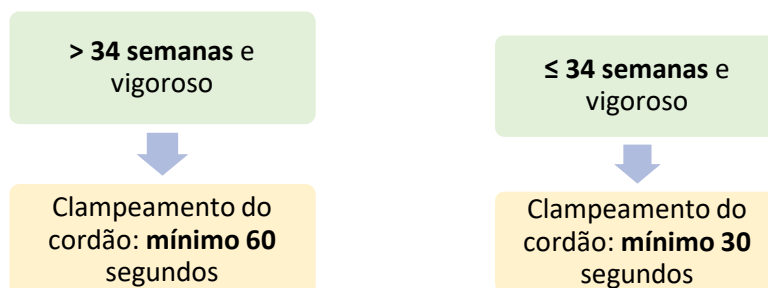
- Imediatamente após o nascimento, avalie a vitalidade do recém-nascido, por meio de avaliação clínica (ver e ouvir) e responda a três perguntas:
  1. Idade gestacional  $\geq$  34 semanas de idade gestacional?
  2. Está respirando ou chorando?
  3. Apresenta tônus muscular em flexão?



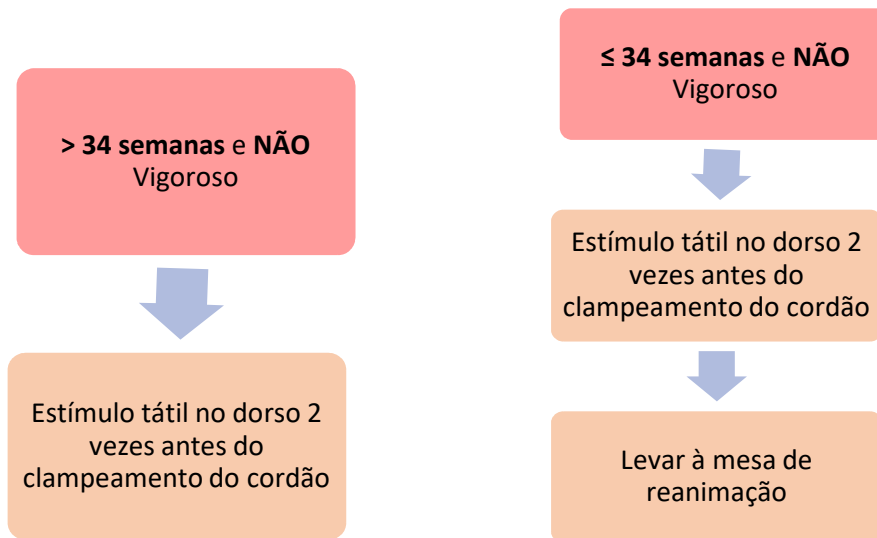
- Esta avaliação rápida tem como objetivo estabelecer uma linha de base, identificar a necessidade de suporte e ou reanimação e a adequação e duração do adiamento do clameamento do cordão umbilical.

### CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL

- Para o manejo do cordão umbilical considere a idade gestacional e a vitalidade ao nascer.
- O início da respiração é importante para a transição cardiorrespiratória, por isso quando o recém-nascido não apresenta boa vitalidade faça o estímulo tátil que ajuda a desencadear a respiração no recém-nascido.
- Durante esta etapa faça medidas adequadas para manter o recém-nascido aquecido.



Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 9 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	



**Importante:**

- O Ministério da Saúde recomenda que em gestantes vivendo com HIV/AIDS, a ligadura do cordão umbilical deve ser imediata à expulsão do feto.
- A transmissão materno-infantil, intrauterina ou periparto do HTLV-1 e 2 parece ser menos importante.

**ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO ≥ 34 SEMANAS COM BOA VITALIDADE**

Ao receber um recém-nascido ≥ 34 semanas **com boa vitalidade**:



- Posicionar o RN no tórax ou abdome materno com o cordão intacto.
- Secar rapidamente a cabeça e o corpo do RN com compressa aquecida e desprezar a compressa.
- Cobrir o RN com outra compressa aquecida.
- Colocar o RN em contato pele-a-pele junto à sua mãe coberto com campo seco e aquecido.
  - Colocar a touca.
  - Verificar a temperatura materna.
  - Certificar se a posição do pescoço está adequada para manter as vias aéreas pérvias (leve extensão).
  - Aspirar a via aérea apenas se houver excesso de secreção.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 10 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Avaliar a frequência cardíaca (FC) com o estetoscópio, e, simultaneamente, observar os movimentos respiratórios.
  - FC > 100 bpm e padrão respiratório regular: indica que a transição foi satisfatória e não precisa de suporte.
  - Deve ser realizada nos primeiros 30 segundos de vida.
  - Mantenha o controle térmico.
- Clampear o cordão umbilical com no mínimo 60 segundos.
- Avaliar a nota de Apgar de 1º e 5º minuto de vida.
- Identificar corretamente o RN.
- Observar continuamente o RN enquanto ele está no pele-a-pele, com ênfase no padrão respiratório e no tônus muscular.
- Estimular o início da amamentação exceto se houver contraindicação.
- Mensurar a temperatura axilar periodicamente após o nascimento.

### Importante

- Respeite a “Hora de Ouro”: nove estágios (Tabela 4)



Tabela 3: resumo dos nove estágios observados durante a “Hora de Ouro”

Estágios	Tempo Quartis (máximo e mínimo)	Sinais (deve fazer pelo menos um)
Choro ao nascimento	(0-0)	Choro; pulmões se abrem
Relaxamento	(1-6)	Quietude
Despertar	(1-14)	Pequenos movimentos de cabeça (de um lado para o outro, de baixo para cima) Pequenos movimentos de membros e ombros

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 11 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

<b>Atividade</b>	(4-25)	Atividade da boca Move os membros Move a cabeça Movimentos determinados Empurra sem se mover Movimento mão-peito-boca Movimento ativos das mãos ao redor da boca
<b>Rastejar</b>	(18-54)	Empurra, desliza, pula, move, o que resulta na mudança do corpo para o seio e o mamilo
<b>Descansar</b>	(13-46)	Pausas dentro de uma etapa ou entre as etapas
<b>Familiarizando</b>	(24-62)	Na área do seio/mamilo da mãe Faz sons de solicitação Move a mão para a boca e para o peito Coloca o polegar/dedo na boca Toca a língua no mamilo Massagens nos seios Lambe o mamilo Lambe repetidamente o mamilo/tenta sugar
<b>Amamentação</b>	(39-90,3)	Mama
<b>Dormir</b>	(52,5-108)	Adormece

- Apoiar a família é um componente importante do cuidado ao RN; começa ao primeiro contato e se mantém ao longo do processo.
- Fazer os registros em prontuário: evolução e prescrição.
- Postergar para após a primeira hora de vida: antropometria, exame físico sumário, administração de fitomenadiona, vacina contra hepatite B e colírio para prevenção de oftalmia.
- RN permanece junto com sua mãe até a transferência do binômio para o Alojamento Conjunto.
- RN é acompanhado no Alojamento Conjunto em cuidados de rotina.

### **ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO $\geq$ 34 SEMANAS SEM BOA VITALIDADE**

Ao recepcionar um recém-nascido  $\geq$  34 semanas **sem boa vitalidade**:

<b>RESPIRAÇÃO IRREGULAR</b>	<b>TÔNUS INADEQUADO</b>
<b>APNEIA OU GASPING</b>	<b>HIPOTÔNICO</b>

- Posicionar o RN no tórax ou abdome materno com o cordão intacto.
- Fazer estímulo tátil no dorso, de forma gentil e máximo duas vezes.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 12 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- O estímulo ajuda a iniciar a respiração.
- Clampear o cordão umbilical.
  - Adie o clampeamento do cordão umbilical somente se o RN tiver recuperado tônus e padrão respiratório com o estímulo tátil e prossiga com as recomendações relacionadas anteriormente para RN com boa vitalidade.
  - Imediato se não responde ao estímulo tátil e prossiga com as recomendações relacionadas a seguir.



**Passos iniciais da estabilização/reanimação: 30 segundos!**

- Levar o RN em campos aquecidos à mesa de reanimação (berço de calor radiante): indica que a transição foi incompleta e requer suporte.
- Posicionar o RN em decúbito dorsal no berço de calor radiante.
- Secar rapidamente a cabeça e o corpo do RN com compressa aquecida e desprezar a compressa. Se possível colocar a touca.
- Posicionar a cabeça em leve extensão. O uso do coxim sob as escápulas é opcional; necessário normalmente quando o occipito é proeminente.
- Aspirar boca e narinas com sonda de aspiração traqueal nº 8-10, somente se houver excesso de secreção.
  - Aspirador a vácuo, com pressão máxima de 100 mmHg.
  - Aspirar delicadamente, primeiro a boca e depois as narinas.
- Avaliar a frequência cardíaca com o estetoscópio, e, simultaneamente, observe os movimentos respiratórios.

Situação 1:

**FC ≥ 100 bpm**

E

**PADRÃO RESPIRATÓRIO REGULAR**

- Manter o RN em normotermia - temperatura axilar entre 36,5° e 37,5 °C.
- Mensurar a temperatura axilar periodicamente após o nascimento.
- Avaliar a nota de Apgar de 1º e 5º minuto de vida.
- Fazer avaliação clínica geral e o exame sumário do RN ainda no berço de calor radiante.
- Identificar corretamente o RN.
- Colocar o RN em contato pele-a-pele junto à sua mãe coberto com campo seco e aquecido. Colocar a touca.
  - Verificar a temperatura materna.
  - Certificar se a posição do pescoço está adequada para manter as vias aéreas pérvias (leve extensão).

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 13 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Observar continuamente o RN enquanto ele está no pele-a-pele, com ênfase no padrão respiratório e no tônus muscular.
- Estimular o início da amamentação exceto se houver contra-indicação.
- Fazer os registros em prontuário: evolução e prescrição.
- Postergar para após a primeira hora de vida: antropometria, administração de fitomenadiona, vacina contra hepatite B e colírio para prevenção de oftalmia.
- Apoiar a família é um componente importante do cuidado ao RN; começa ao primeiro contato e se mantém ao longo do processo.
- RN permanece junto com sua mãe até a transferência do binômio para o Alojamento Conjunto.
- RN é acompanhado no Alojamento Conjunto em cuidados específicos de rotina de cuidados pós-reanimação (ver Protocolo específico de Cuidados Pós-Reanimação).

### ATENÇÃO!

Ações para serem aplicadas em todas as situações que serão descritas a seguir:

- Manter o RN em normotermia - Temperatura axilar entre 36,5 e 37,5 °C.
  - Mensurar a temperatura axilar periodicamente após o nascimento.
- Avaliar a nota de Apgar de 1º e 5º minuto de vida.
  - Documentar o score de Apgar de maneira concomitante à dos procedimentos de reanimação executados. (Apêndice 1).
  - Se a nota de Apgar no 5º minuto é < 7, recomenda-se realizá-lo a cada 5 minutos até 20 minutos de vida.
- Identificar corretamente o RN.
- Postergar para após a primeira hora de vida: antropometria, administração de fitomenadiona, vacina contra hepatite B e colírio para prevenção de oftalmia.
- Apoiar a família é um componente importante do cuidado ao RN; começa ao primeiro contato e se mantém ao longo do processo.
- Fazer os registros em prontuário: Evolução e Prescrição.

Situação 2:

**FC < 100 bpm**

**E/OU**

**PADRÃO RESPIRATÓRIO IRREGULAR e/ou APNEIA**

- Manter o RN em normotermia - Temperatura axilar entre 36,5 e 37,5 °C.
  - Mensurar a temperatura axilar periodicamente após o nascimento.
- Iniciar a ventilação com pressão positiva (VPP) de maneira rápida e efetiva.
- Monitorar a FC e saturação arterial de oxigênio (SatO<sub>2</sub>).
  - Procedimento deve ser simultâneo ao início da VPP: um membro da equipe inicia a VPP e outro membro faz a monitoração.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 14 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	



**Ventilação com pressão positiva: 30 segundos!**

- Procedimento mais importante e efetivo na reanimação do RN.
- Verificar se as vias aéreas estão bem-posicionadas, em leve extensão, e desobstruídas.
- Escolha a interface e o equipamento para fazer a VPP, levando-se em conta o quadro clínico do RN.
  - Iniciar com máscara facial, se não houver contraindicação.
  - Iniciar com o ventilador mecânico manual (VMM) em peça em T. Ajustar o VMM:
    - Pressão inspiratória de 20-25 cmH<sub>2</sub>O
    - PEEP de 5cmH<sub>2</sub>O
    - Fluxo de 10 L/min; gases umidificados e aquecidos.
    - Limitar a pressão máxima em 30-40 cmH<sub>2</sub>O
    - Blender para uma fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) de 21%.
    - Ventilar com uma frequência respiratória (FR) de 40 a 60 mpm.
  - Considere outras interfaces sempre que estiver indicada: máscara laríngea ou cânula traqueal.
    - O reanimador manual (“ambu”) com reservatório deve estar sempre disponível, caso haja falha com o VMM em peça T.



**Lembre-se:** é fundamental iniciar a VPP dentro dos primeiros 60 segundos de vida.

**Monitoração**

- Colocar os eletrodos do monitor cardíaco (três derivações) para avaliar a FC:
  - Um eletrodo em cada braço, próximo ao ombro, e o terceiro na face anterior da coxa e envolver com bandagem elástica.
  - Interessa apenas a FC, ritmos anômalos devem ser desconsiderados.
- Colocar o sensor do oxímetro de pulso na região do pulso radial do membro superior direito e envolver o sensor com bandagem elástica escura.
  - A leitura da SatO<sub>2</sub> demora cerca de 1-2 minutos, desde que haja débito cardíaco com perfusão periférica.
  - Valores de SatO<sub>2</sub> desejáveis logo após o nascimento:

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 15 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

Até 5 minutos de vida = **70-80%**  
5-10 minutos = **80-90%**  
> 10 minutos = **85-95%**

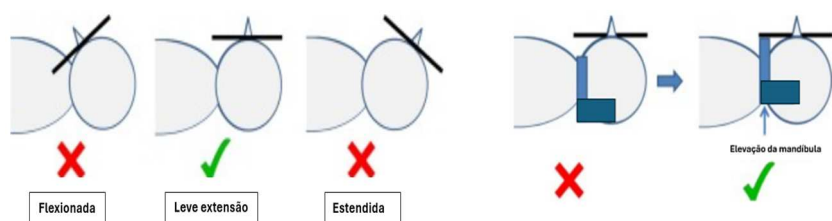
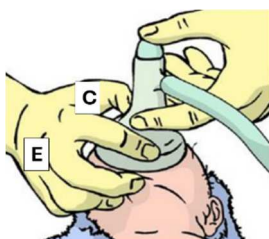
- Reavaliar o RN após 30 segundos de VPP com máscara facial e fração inspiratória de O<sub>2</sub>(FiO<sub>2</sub>) de 21%: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC ≥ 100 bpm, respiração rítmica e regular e SatO<sub>2</sub> ≥ 70% ou não detectada**

- Suspender a VPP.
- Verificar a necessidade de CPAP, se desconforto respiratório ou SatO<sub>2</sub> abaixo da esperada.
- Receber cuidados pós-reanimação especializados de acordo com protocolo específico de Cuidados Pós-Reanimação.

**Situação: FC < 100 bpm, respiração irregular ou apneia e SatO<sub>2</sub> alvo < 70% ou não detectada**

- Manter a VPP e avaliar se a técnica está correta:
  - Verificar ajuste da face à máscara: readaptar a máscara à face delicadamente.
  - Verificar obstrução de vias aéreas:
    - Posicionamento de vias aéreas (leve extensão e elevação da mandíbula e ventilar com a boca levemente aberta).
    - Aspirar as secreções da boca e nariz.



- Verificar a pressão de insuflação: aumentar a pressão em 5 cmH<sub>2</sub>O até o máximo de 40 cmH<sub>2</sub>O.
- Avaliar suplementar oxigênio após rever a técnica que, na maioria das vezes, é a principal causa de insucesso (FC ou SatO<sub>2</sub> fora do alvo).
  - Iniciar FiO<sub>2</sub> de 40% e aumentar para 60% e assim sucessivamente a cada 30 segundos, se necessário.
  - É necessário esperar 30 segundos para cada mudança.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 16 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

– Importante destacar que a concentração de oxigênio suplementar, após estabilização da  $SatO_2$  alvo, deve ser reduzida o mais rápido possível.

- Considerar o uso de máscara laríngea ou intubação traqueal como interfaces para a VPP.
- Importante: o aumento da FC é o sinal mais importante da ventilação efetiva.
- Reavaliar o RN após 30 segundos de VPP com máscara facial e correção da técnica ou aumento  $FiO_2$ : FC, padrão respiratório e a  $SatO_2$ .

**Situação: FC  $\geq$  100 bpm, respiração espontânea e regular e  $SatO_2$  alvo**

- Suspender a VPP.
- Verificar a necessidade de CPAP, se desconforto respiratório ou  $SatO_2$  abaixo da esperada.
- Receber cuidados pós-reanimação especializados de acordo com protocolo específico de Cuidados Pós-Reanimação.

**CPAP:**

- Indicada para RN  $\geq$  34 semanas com FC  $\geq$  100 bpm e respiração rítmica e regular, nas seguintes situações:
  - Desconforto respiratório ou diante de  $SatO_2$  fora do alvo após VPP com máscara facial ou máscara laríngea ou cânula traqueal.
  - Desconforto respiratório após a transição da vida intrauterina para extrauterina sem necessidade prévia de VPP.

**Situação: FC  $<$  100 bpm, respiração irregular/apneia e  $SatO_2$  abaixo dos valores alvo ou não detectada**

- Inserir a máscara laríngea ou realizar intubação traqueal.

**Máscara laríngea:**

- Indicada para RN  $\geq$  34 semanas e peso estimado  $\geq$  2.000g, nas seguintes situações:
  - Quando não se consegue ventilação efetiva com máscara facial apesar da revisão da técnica: FC ou  $SatO_2$  fora do alvo.
  - Em via aérea “difícil” como por exemplo em anomalias congênitas envolvendo boca, lábio, palato, língua pescoço ou vias aéreas superiores.
  - Vantagem: faz uma vedação de baixa pressão contra a glote, permite que a pressão de insuflação seja transmitida diretamente para a traqueia.

**Intubação traqueal:**

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 17 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Indicada nas seguintes situações:
  - Quando não se consegue ventilação efetiva com máscara facial apesar da revisão da técnica: FC ou SatO<sub>2</sub> fora do alvo.
  - Nos casos em que a máscara laríngea não é uma alternativa.
  - VPP prolongada: persiste em apneia, com FC e SatO<sub>2</sub> dentro do alvo.
  - RN portadores de hérnia diafragmática com indicação de reanimação com VPP.
  - Quando indicada a massagem cardíaca.
- O procedimento de intubação deve ser feito apenas por profissional médico capacitado e requer um outro profissional de saúde apto a auxiliar no procedimento.
  - A intubação deve ser feita em um tempo máximo de 30 segundos.
  - Escolha o tamanho e profundidade de inserção adequados da cânula traqueal:

IG (semanas)	Peso (gramas)	Cânula traqueal (mm)*	Sonda traqueal (F)	Lâmina reta (nº)
28 a 34	1.000 a 2.000	<b>3,0</b>	6 ou 8	0
35 a 38	2.000 a 3.000	<b>3,5</b>	8	1
>38	> 3.000	<b>35,5 ou 4,0</b>	8	1

<u>IG em semanas</u>	<u>Peso (gramas)</u>	<u>Marca no lábio superior (cm)</u>
<b>33 e 34</b>	1.500 a 1.800	<b>7,5</b>
<b>35 a 37</b>	1.900 a 2.400	<b>8,0</b>
<b>38 a 40</b>	2.500 a 3.100	<b>8,5</b>
<b>&gt;40</b>	3.200 a 4.200	<b>9,0</b>

- Reiniciar a VPP via máscara laríngea ou cânula traqueal com os mesmos parâmetros anteriores no VMM em peça T; ajustar a FiO<sub>2</sub> de acordo com a SatO<sub>2</sub>.
  - Se o RN foi intubado por respiração irregular ou ausente ou SatO<sub>2</sub> abaixo do alvo e com FC > 100 bpm: iniciar VPP com cânula traqueal em ar ambiente.
  - Se o RN foi intubado por FC < 100 bpm: iniciar a VPP com a mesma concentração de O<sub>2</sub> oferecida antes da intubação e considerar aumentar a de FiO<sub>2</sub> até 100% se não melhorar a FC e a SatO<sub>2</sub>.
- Reavaliar o RN após 30 segundos de VPP com máscara laríngea ou cânula traqueal: FC, padrão respiratório e SaSatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC ≥ 100 bpm e respiração rítmica e regular e SatO<sub>2</sub> ≥ 70%**

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 18 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Interromper a VPP.
- Extubar o RN ou retirar a máscara laríngea.
- Verificar a necessidade de CPAP, se desconforto respiratório ou  $\text{SatO}_2$  abaixo da esperada.
- Encaminhar o RN à Unidade Neonatal para monitoração contínua e cuidados pós-reanimação especializado (protocolo específico).

**Situação: FC < 100 bpm, respiração irregular/apneia e  $\text{SatO}_2$  alvo < 70% ou não detectada**

- Realizar a intubação, se em VPP com interface máscara laríngea.
- Verificar o DOPPE, se em VPP via cânula traqueal:
  - D = Deslocamento: A cânula está bem-posicionada? Entrada de ar bilateral? Está em qual marca em cm no lábio superior?
  - O = Obstrução: A cânula está obstruída? Há expansão torácica? Tem secreção? Está dobrada?
  - P = Pressão: Pressão maior é necessária? Aumentar 5  $\text{cmH}_2\text{O}$ , até o máximo de 40  $\text{cmH}_2\text{O}$ .
  - P= Pneumotórax: Há assimetria na ausculta? Há assimetria no tórax?
  - E = Equipamento: a peça em T ou reanimador manual está falhando?
- Verificar se a oferta de oxigênio está em concentração adequada:
  - Na VPP com peça T verificar: o fluxo é de pelo menos 10L/min, as conexões estão funcionando e  $\text{FiO}_2$  está ajustada de acordo com a  $\text{SatO}_2$ .
  - Na VPP com reanimador manual verificar: o fluxo de oxigênio é de pelo menos 5L/min, as conexões estão funcionando e a  $\text{FiO}_2$  está ajustada de acordo com a  $\text{SatO}_2$ .
- Reavaliar o RN após 30 segundos de VPP com cânula traqueal e correção da técnica: FC, padrão respiratório e a  $\text{SatO}_2$ .

**Situação: FC  $\geq$  100 bpm e respiração rítmica e regular e  $\text{SatO}_2 \geq$  70%**

- Suspender a VPP.
- Considerar extubar o RN.
- Indicar CPAP se  $\text{SatO}_2$  abaixo do alvo ou desconforto respiratório, se extubado.
- Transferir o RN à Unidade Neonatal para monitoração contínua e cuidados pós-reanimação especializado (Protocolo específico).

**Situação: FC < 60 bpm após VPP com cânula traqueal e técnica adequada**

- Manter a ventilação com pressão positiva (VPP) de maneira efetiva.
- Iniciar a massagem cardíaca em sincronia com a VPP.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 19 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Como as compressões interferem com a VPP, a massagem cardíaca só deve ser iniciada quando a expansão e a ventilação pulmonares estiverem bem estabelecidas. A VPP é ação mais efetiva da reanimação!
- Oferecer concentração de oxigênio a 100%: favorece a captação do oxigênio e sua liberação para os tecidos, pois a SatO<sub>2</sub> pode não ser confiável pelo baixo débito.
  - No entanto, assim que a função cardíaca e a leitura da oximetria estiverem adequadas, ajustar a oferta de oxigênio de acordo com a SatO<sub>2</sub> alvo.



**Massagem cardíaca:  **60 segundos!****

- Frequência de 120 eventos: 90 movimentos de compressões e 30 ventilações (3:1).
- Localizar o terço inferior do esterno, ou seja, abaixo da linha intermamilar.
- Escolher a técnica dos polegares sobrepostos, com a palma das mãos envolvendo o tórax.
  - Comprimir com uma profundidade de 1/3 da dimensão anteroposterior do tórax, de maneira a produzir pulso palpável.
  - Mantenha os polegares em contato com o tórax durante os movimentos de compressão e liberação.
  - Importante permitir a reexpansão plena do tórax após a compressão para que ocorra enchimento das câmaras ventriculares e das coronárias.
- Sincronizar com a VPP mantendo a relação de 3:1 (3 compressões para 1 ventilação): “um-e”, “dois-e”, “três e”, “ventila”.
- Evitar interrupções desnecessárias que podem comprometer a recuperação cardíaca.
- A massagem cardíaca coordenada com a VPP deve continuar até a FC estiver > 60 bpm.
- Reavaliar o RN após 60 segundos de massagem cardíaca com VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100%: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC > 60 bpm em VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100%**

- Suspender a massagem cardíaca.
- Manter a VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> para SatO<sub>2</sub> alvo.
- Estabilizar o RN até alcançar FC > 100 bpm e transferir o RN à Unidade Neonatal para monitoração contínua e cuidados pós-reanimação especializado (protocolo específico).

**Situação: FC < 60 bpm após 60 segundos de massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100%**

- Verificar a técnica de VPP como descrito anteriormente.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 20 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Verificar a técnica de massagem cardíaca:
  - Local, frequência, ritmo e profundidade das compressões.
  - Presença de movimentos de liberação do tórax para permitir diástole.
  - Sincronia entre VPP e compressões cardíacas.
- Verificar se a oferta de oxigênio está em concentração adequada:
  - FiO<sub>2</sub> está ajustada para 100%.
  - As conexões estão funcionando adequadamente.
- Reavaliar o RN após cada ciclo de 60 segundos de massagem cardíaca com VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% após corrigir a técnica: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC > 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% após corrigir a técnica**

- Suspender a massagem cardíaca.
- Manter a VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> para SatO<sub>2</sub> alvo.
- Estabilizar o RN até alcançar FC > 100 bpm e transferi-lo à Unidade Neonatal para monitoração contínua e cuidados pós-reanimação especializado (protocolo específico).

**Situação: FC < 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% após corrigir a técnica**

- Indicar a adrenalina e, eventualmente, o expansor de volume (**Tabela 5**).
- Indicar cateterismo venoso de urgência.

**Tabela 5: diluição, preparo, dose e via de administração**

	<b>Adrenalina Endovenosa</b>	<b>Adrenalina Endotraqueal</b>	<b>Expansor de Volume</b>
<b>Diluição</b>	1 mL da ampola (1mg/mL) em 9 mL de SF		–
<b>Preparo</b>	Seringa de 1 mL	Seringa de 5 mL	2 seringas de 20 mL
<b>Dose</b>	<b>0,2 mL/kg EV</b>	<b>1,0 mL/kg EV</b>	<b>10 mL/kg EV</b>
<b>Peso ao nascer</b>			
<b>1 kg</b>	0,2 mL	1,0 mL	10 mL
<b>2kg</b>	0,4 mL	2,0 mL	20 mL
<b>3kg</b>	0,6 mL	3,0 mL	30 mL
<b>4kg</b>	0,8 mL	4,0 mL	40 mL
<b>Velocidade e Precauções</b>	Infundir rápido seguido por <i>flush</i> de 3,0 mL de SF; repetir a cada 3 a 5 minutos	Infundir no interior da cânula traqueal e ventilar <b>USO ÚNICO</b>	Infundir lentamente em 5 a 10 minutos, se hipovolemia

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 21 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Reavaliar o RN após 60 segundos de massagem cardíaca com VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% após administração de adrenalina EV: FC, padrão respiratório e SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC > 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% e após administração de adrenalina EV.**

- Suspende a massagem cardíaca.
- Manter VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> alvo.
- Estabilizar o RN até alcançar FC > 100 bpm e transferi-lo à Unidade Neonatal para monitoração contínua e cuidados pós-reanimação especializado (protocolo específico).

**Situação: FC < 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% com a técnica correta e após infusão de adrenalina EV**

- Indicar a cada 3 a 5 minutos nova dose de adrenalina.
- Considerar indicar expensor de volume (**Tabela 5**).
- Reavaliar o RN após 60 segundos de massagem cardíaca com VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% após administração de adrenalina e expensor de volume EV: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC > 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% e após administração de adrenalina e expensor de volume EV.**

- Suspende a massagem cardíaca.
- Manter a VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> para SatO<sub>2</sub> alvo.
- Estabilizar o RN até alcançar FC > 100 bpm e transferi-lo à Unidade Neonatal para monitoração contínua e cuidados pós-reanimação especializado (protocolo específico).

**Situação: FC < 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% com a técnica correta e após infusão de adrenalina e expensor de volume EV**

- Sugere-se a discussão a respeito da interrupção dos procedimentos entre a equipe que está assistindo o RN e com a sua família.
- A continuação ou não da reanimação avançada deve ser sempre individualizada, considerando fatores como
  - Idade gestacional.
  - Presença de anomalias congênitas.
  - Duração da agressão asfíxica.
  - Reanimação foi feita adequadamente.
  - Desejo familiar.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 22 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Na impossibilidade de conversar com algum membro da família, a equipe deve agir de acordo com o melhor interesse do RN.
- A presença de assistolia aos 10 minutos de vida, que pode ser inferida pelo Apgar igual a zero aos 10 minutos, é um forte preditor de mortalidade e morbidade em todas as idades gestacionais.

### ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO < 34 SEMANAS

Ao receber um recém-nascido < 34 semanas **COM BOA VITALIDADE:**

**RESPIRA**

**MOVIMENTAÇÃO ATIVA**

- Posicionar o RN no tórax ou abdome materno com o cordão intacto.
- Cobrir o corpo do RN e a região da fontanela com campo estéril aquecido. Caso disponível o saco plástico estéril, vestir o saco plástico (ver a seguir).
- Clampear o cordão umbilical com no mínimo 30 segundos após o nascimento.
- Levar o RN envolto em campo aquecido (ou “ensacado”) até a mesa de reanimação com fonte de calor radiante.

Ao receber um recém-nascido < 34 semanas **SEM BOA VITALIDADE:**

**RESPIRAÇÃO IRREGULAR**

**TÔNUS INADEQUADO**

**APNEIA OU GASPING**

**HIPOTÔNICO**

- Posicionar o RN no tórax ou abdome materno com o cordão intacto.
- Fazer estímulo tátil no dorso, de forma gentil e máximo duas vezes. O estímulo tátil ajuda a iniciar a respiração.
- Clampear o cordão umbilical imediatamente após o estímulo no dorso.
- Levar o RN envolto em campo aquecido ou “ensacado” até a mesa de reanimação com fonte de calor radiante.

### Atenção!

A partir da ligadura do cordão e transferência do RN para a mesa de reanimação com fonte de calor radiante todos os procedimentos têm a mesma sequência para todos os RN < 34 semanas.



**Passos iniciais da estabilização/reanimação: 30 segundos!**

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 23 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Levar o RN em campos aquecidos à mesa de reanimação (berço de calor radiante) - indica que a transição foi incompleta e requer suporte pela idade gestacional < 34 semanas.
- Posicionar o RN em decúbito dorsal no berço de calor radiante.
- Vestir o saco plástico como uma camiseta (envolve todo o corpo do RN no plástico), sem secar a cabeça e sem secar o corpo do RN, e coloca a cobertura plástica na cabeça.
  - Colocar a touca de lã ou algodão por cima da cobertura plástica da cabeça.
  - Retirar todos os campos úmidos; afastar qualquer compressa fria que possa estar em contato com o RN.
- Usar o colchão térmico químico, se disponível, em RN com peso de nascimento < 1.000 g.
- Realizar todos os procedimentos de estabilização/reanimação com o RN dentro do saco plástico. Retirar o saco plástico e as toucas somente após estabilização que termina na UTIN.
- Posicionar a cabeça em leve extensão. Colocar o coxim (compressa de algodão) sob os ombros.
- Aspirar boca e narinas com sonda de aspiração traqueal nº 6-8, somente se houver obstrução da via aérea por excesso de secreção.
  - Aspirador a vácuo, com pressão máxima de 100 mmHg.
  - Aspirar delicadamente, primeiro a boca e depois as narinas.
- Monitorar a FC e saturação arterial de oxigênio (SatO<sub>2</sub>)
  - Procedimento deve ser simultâneo aos passos anteriores: um membro da equipe inicia os passos para manter normotermia e as vias aéreas pérvias e outro membro faz a monitoração.

#### Monitoração:

- Colocar os eletrodos do monitor cardíaco (três derivações) para avaliar a FC.
  - Um eletrodo em cada braço, próximo ao ombro, e o terceiro na face anterior da coxa e envolver com bandagem elástica. Não precisa secar a pele (superfície molhada conduz melhor o sinal elétrico).
  - Interessa apenas a FC, ritmos anômalos devem ser desconsiderados.
- Colocar o sensor do oxímetro de pulso na região do pulso radial do membro superior direito e envolver o sensor com bandagem elástica escura.
  - A leitura da SatO<sub>2</sub> demora cerca de 1-2 minutos, desde que haja débito cardíaco com perfusão periférica.
  - Valores de SatO<sub>2</sub> desejáveis logo após o nascimento (pré-ductal):

<p><b>Até 5 minutos de vida = 70-80%</b></p> <p><b>5-10 minutos = 80-90%</b></p> <p><b>&gt; 10 minutos = 85-95%</b></p>
---

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 24 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Avaliar, simultaneamente, durante a estabilização, a FC, respiração e a SatO<sub>2</sub>.
  - A FC deve ser avaliada pelo monitor cardíaco e é o principal determinante para indicar os procedimentos de reanimação. O estetoscópio deve estar disponível caso o monitor não funcione adequadamente.
  - A respiração é avaliada pela observação da expansão torácica ou choro: regular; irregular; apneia. Se regular, avaliar se tem esforço respiratório.
  - A SatO<sub>2</sub> é avaliada pela oximetria de pulso, contudo demora cerca de 1-2 minutos, por isso pode não estar disponível. Nem sempre é possível detectar a SatO<sub>2</sub> nos primeiros 30 segundos.
- Avaliar a frequência cardíaca (FC) e, simultaneamente, observe os movimentos respiratórios. A SatO<sub>2</sub> não disponível dentro dos primeiros 30 segundos de vida.
  - Na sequência serão apresentadas três situações iniciais que podem ocorrer com base na avaliação da FC, respiração e SatO<sub>2</sub>.
  - **Atenção:** nas três situações as ações descritas abaixo devem ser aplicadas.

Ações para serem aplicadas em todas as situações que serão apresentadas:

- Manter o RN em normotermia - Temperatura axilar entre 36,5 e 37,5 °C.
  - Manter o RN dentro do saco plástico e com as toucas.
  - Mensurar a temperatura axilar periodicamente após o nascimento.
- Avaliar a nota de Apgar de 1º e 5º minuto de vida.
  - Documentar o escore de Apgar de maneira concomitante à dos procedimentos de reanimação executados. (Anexo 1).
  - Se a nota de Apgar no 5º minuto é < 7, recomenda-se realizá-lo a cada 5 minutos até 20 minutos de vida.
- Identificar corretamente o RN.
- Sempre que possível permitir o pele-a-pele com a mãe.
- Postergar para após a primeira hora de vida: antropometria, administração de fitomenadiona, vacina contra hepatite B e colírio para prevenção de oftalmia.
- Apoiar a família é um componente importante do cuidado ao RN; começa ao primeiro contato e se mantém ao longo do processo.
- Realizar o transporte seguro e de qualidade para a UTIN de acordo com protocolo específico.
- Fazer os registros em prontuário: evolução e prescrição.

Situação 1:

**FC ≥ 100 bpm**

E

**PADRÃO RESPIRATÓRIO REGULAR**

**E SEM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO**

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 25 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Manter o RN em normotermia - temperatura axilar entre 36,5 e 37,5 °C.
  - Manter o RN em saco plástico e com as toucas.
  - Mensurar a temperatura axilar periodicamente após o nascimento.
- Manter a monitoração contínua: monitor cardíaco e oximetria de pulso.
- Avaliar individualmente de acordo com história prévia e avaliação inicial do RN: exame físico sumário e definição do suporte respiratório - CPAP (Tabela 6).

**Tabela 6. Suporte respiratório - CPAP de acordo com idade gestacional (IG) e peso de nascimento (PN).**

<b>RN EM RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA</b>	
Usar o VMM em peça T com máscara facial, pressão de 5-8 cmH <sub>2</sub> O; FiO <sub>2</sub> para manter SatO <sub>2</sub> alvo. Durante o transporte considerar SatO <sub>2</sub> alvo entre 90-95%.	
<b>&lt; 27 semanas</b>	CPAP precoce <b>COM ou SEM</b> esforço respiratório; a intubação pode ser considerada; transportar com suporte respiratório
<b>27 a 32 semanas com PN &lt; 1.500g</b>	CPAP precoce <b>COM ou SEM</b> esforço respiratório; transportar em CPAP
<b>32 a 34 semanas E PN &gt; 1.500g</b>	CPAP precoce <b>SE</b> esforço respiratório <b>OU SE</b> não alcançou a SatO <sub>2</sub> alvo; transportar em CPAP

Situação 2:

**FC ≥ 100 bpm**

**PADRÃO RESPIRATÓRIO REGULAR**

**COM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO OU SatO<sub>2</sub> INFERIOR AO ALVO**

- Manter o RN em normotermia - temperatura axilar entre 36,5 e 37,5 °C.
  - Manter o RN em saco plástico e com as toucas.
  - Mensurar a temperatura axilar periodicamente após o nascimento.
- Manter a monitoração contínua: monitor cardíaco e oximetria de pulso.
- Aplicar CPAP por meio do VMM em Peça-T e máscara facial:
  - Fluxo a 10 L/min; PEEP 5 cmH<sub>2</sub>O; FiO<sub>2</sub> de 30%.
  - Ajustar a FiO<sub>2</sub> de acordo com a SatO<sub>2</sub>.
  - Administrar CPAP com gases umidificados e aquecidos.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 26 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

Considerar a inserção de sonda orogástrica se CPAP prolongar.

Manter o CPAP para o transporte, mesmo que o RN melhore o desconforto respiratório.

- Falha do CPAP pode estar associada ao arco reflexo do nervo trigêmeo, provocada por posicionamento da máscara facial na região nasotrigeminal, que desencadeia: bradicardia, irregularidade do padrão respiratório, vasoconstrição periférica e fechamento de laringe.
- Manter a avaliação da FC, respiração e SatO<sub>2</sub>.

Situação 3:

**FC < 100 bpm**

**E/OU**

**PADRÃO RESPIRATÓRIO IRREGULAR e/ou APNEIA**

- Manter o RN em normotermia - Temperatura axilar entre 36,5 e 37,5 °C.
  - Manter o RN em saco plástico e com as toucas.
  - Mensurar a temperatura axilar periodicamente após o nascimento.
- Manter a monitoração contínua: monitor cardíaco e oximetria de pulso.
- Iniciar a ventilação com pressão positiva (VPP) de maneira rápida e efetiva.



**Ventilação com pressão positiva: 30 segundos!**

- Procedimento mais importante e efetivo na reanimação do RN.
- Verificar se as vias aéreas estão bem-posicionadas, em leve extensão, e desobstruídas.
- Escolha a interface e o equipamento para fazer a VPP, levando-se em conta o quadro clínico do RN.
  - Iniciar com máscara facial (se não houver contraindicação), aplicando a máscara com extrema delicadeza. Evitar pressão excessiva na área perioral: desencadeia reflexo trigeminal.
- Iniciar com o ventilador mecânico manual (VMM) em peça em T.
  - Ajustar o VMM:
    - Pressão inspiratória de 20-25 cmH<sub>2</sub>O;
    - PEEP de 5cmH<sub>2</sub>O;
    - Fluxo de 10 l/min; gases umidificados e aquecidos.
    - Limitar a pressão máxima em 30-40 cmH<sub>2</sub>O;
    - Blender* para uma fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) de 30%.
  - Ventilar com uma frequência respiratória (FR) de 40 a 60 mpm.
  - Fazer 3 a 5 ventilações para visualizar o movimento torácico leve e auscultar a entrada de ar nos pulmões; reajustar a pressão inspiratória, se necessário.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 27 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	



- Considerar outra interface sempre que estiver indicada: cânula traqueal.
- O reanimador manual (“ambu”) com reservatório deve estar sempre disponível, caso haja falha com o VMM em peça T.

Lembre-se: é fundamental iniciar a VPP dentro dos primeiros 60 segundos de vida.

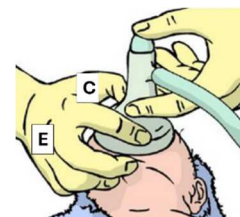
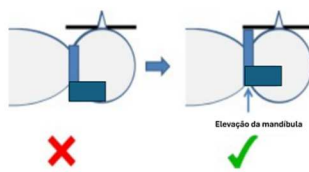
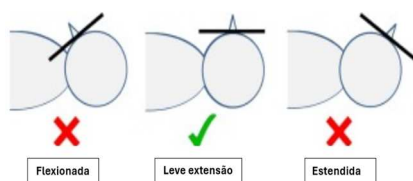
- Reavaliar o RN após 30 segundos de VPP com máscara facial com FiO<sub>2</sub> de 30%: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC ≥ 100 bpm, respiração espontânea e regular e SatO<sub>2</sub> alvo ou não detectada**

- Suspender a VPP.
- Verificar a necessidade de CPAP, se desconforto respiratório ou SatO<sub>2</sub> abaixo da esperada. (Ver Tabela 6)

**Situação: FC < 100 bpm, respiração irregular/apneia e SatO<sub>2</sub> abaixo dos valores alvo ou não detectada**

- Manter a VPP e avaliar se a técnica está correta:
  - Verificar ajuste da face à máscara: readaptar a máscara à face delicadamente.
  - Verificar obstrução de vias aéreas:
    - posicionamento de vias aéreas (leve extensão e elevação da mandíbula e ventilar com a boca levemente aberta).
    - Aspirar as secreções da boca e nariz.



- Verificar a pressão de insuflação: aumentar a pressão em 5 cmH<sub>2</sub>O até o máximo de 40 cmH<sub>2</sub>O.
- Aumentar a oferta de oxigênio após rever a técnica que, na maioria das vezes, é a principal causa de insucesso (FC e/ou SatO<sub>2</sub> fora do alvo).
  - Aumentar a FiO<sub>2</sub> para 40% e aguardar 30 segundos, se não houver melhora, aumentar para 60% e assim sucessivamente a cada 30 segundos, se necessário.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 28 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- É necessário esperar 30 segundos para cada mudança.
- Importante destacar que a concentração de oxigênio suplementar, após estabilização da SatO<sub>2</sub> alvo, deve ser reduzida sempre que possível.
- Considerar o uso de cânula traqueal como interface para a VPP.
- **Importante:** o aumento da FC é o sinal mais importante da ventilação efetiva.
- Reavaliar o RN após 30 segundos de VPP com máscara facial e correção da técnica e/ou aumento FiO<sub>2</sub>: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC ≥ 100 bpm, respiração espontânea e regular e SatO<sub>2</sub> alvo**

- Suspender a VPP.
- Manter CPAP com PEEP e FiO<sub>2</sub> ajustada para SatO<sub>2</sub> alvo.

**Situação: FC < 100 bpm, respiração irregular/apneia e SatO<sub>2</sub> abaixo dos valores alvo ou não detectada**

- Realizar a intubação traqueal.

**Intubação traqueal:**

- Indicada nas seguintes situações:
  - Quando não se consegue ventilação efetiva com máscara facial apesar da revisão da técnica (FC ou SatO<sub>2</sub> fora do alvo).
  - VPP prolongada (persiste em apneia, com FC e SatO<sub>2</sub> dentro do alvo).
  - Quando indicada a massagem cardíaca.
- O procedimento de intubação deve ser feito apenas por profissional médico capacitado e requer um outro profissional de saúde apto a auxiliar no procedimento.
  - A intubação deve ser feita em um tempo máximo de 30 segundos.
  - Escolha o tamanho e profundidade de inserção adequados da cânula traqueal:

IG (semanas)	Peso (gramas)	Cânula traqueal (mm)*	Sonda traqueal (F)	Lâmina reta (n°)
< 28	< 1.000	2,5	6	00
28 a 34	1.000 a 2.000	3,0	6 ou 8	0
<u>IG em semanas</u>		<u>Peso (gramas)</u>		<u>Marca no lábio superior (cm)</u>
23 e 24		500 a 699		5,5
25 e 26		700 a 899		6,0

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 29 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

<b>27 a 29</b>	900 a 1.099	<b>6,5</b>
<b>30 a 32</b>	1.100 a 1.499	<b>7,0</b>
<b>33 e 34</b>	1.500 a 1.800	<b>7,5</b>

- Reiniciar a VPP via cânula traqueal com os mesmos parâmetros anteriores no VMM em peça T; ajustar a FiO<sub>2</sub> de acordo com a SatO<sub>2</sub>.
- Reavaliar o RN após 30 segundos de VPP com cânula traqueal: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC ≥ 100 bpm, respiração espontânea e regular e SatO<sub>2</sub> alvo**

- Suspende a VPP.
- Extubar o RN.
- Indicar CPAP se SatO<sub>2</sub> abaixo do alvo ou desconforto respiratório.

**Situação: FC < 100 bpm, respiração irregular/apneia e SatO<sub>2</sub> alvo abaixo dos valores ou não detectada**

- Verificar o DOPPE, se em VPP via cânula traqueal:
  - D = Deslocamento: A cânula está bem-posicionada? Entrada de ar bilateral? Está em qual marca em cm no lábio superior?
  - O = Obstrução: A cânula está obstruída? Há expansão torácica? Tem secreção? Está dobrada?
  - P = Pressão: Pressão maior é necessária? Aumentar 5 cmH<sub>2</sub>O, até o máximo de 40 cmH<sub>2</sub>O.
  - P= Pneumotórax: Há assimetria na ausculta? Há assimetria no tórax?
  - E = Equipamento: a peça em T e/ou reanimador manual está falhando?
- Verificar se a oferta de oxigênio está em concentração adequada:
  - Na VPP com Peça T verificar: o fluxo é de pelo menos 10L/min, as conexões estão funcionando e FiO<sub>2</sub> está ajustada de acordo com a SatO<sub>2</sub>.
- Reavaliar o RN após 30 segundos de VPP com cânula traqueal e correção de técnica: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC ≥ 100 bpm e respiração rítmica e regular e SatO<sub>2</sub> alvo**

- Suspende a VPP.
- Considerar extubar o RN.
- Indicar CPAP se SatO<sub>2</sub> abaixo do alvo ou desconforto respiratório, se extubado.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 30 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

**Situação: FC < 60 bpm após VPP com cânula traqueal e técnica adequada**

- Manter a ventilação com pressão positiva (VPP) de maneira efetiva.
- Iniciar a massagem cardíaca em sincronia com a VPP.
  - Como as compressões interferem com a VPP, a massagem cardíaca só deve ser iniciada quando a expansão e a ventilação pulmonares estiverem bem estabelecidas. A VPP é ação mais efetiva da reanimação!
- Oferecer concentração de oxigênio a 100%: favorece a captação do oxigênio e sua liberação para os tecidos, pois a SatO<sub>2</sub> pode não ser confiável pelo baixo débito.
- No entanto, assim que a função cardíaca e a leitura da oximetria estiverem adequadas, ajustar a oferta de oxigênio de acordo com a SatO<sub>2</sub> alvo.



**Massagem cardíaca: 60 segundos!**

- Frequência de 120 eventos: 90 movimentos de compressões e 30 ventilações (3:1).
- Localizar o terço inferior do esterno, ou seja, abaixo da linha intermamilar.
- Escolher a técnica dos polegares sobrepostos, com a palma das mãos envolvendo o tórax.
  - Comprimir com uma profundidade de 1/3 da dimensão anteroposterior do tórax, de maneira a produzir pulso palpável.
    - Mantenha os polegares em contato com o tórax durante os movimentos de compressão e liberação.
    - Importante permitir a reexpansão plena do tórax após a compressão para que ocorra enchimento das câmaras ventriculares e das coronárias.
      - Sincronizar com a VPP mantendo a relação de 3:1 (3 compressões para 1 ventilação): “um-e”, “dois-e”, “três e”, “ventila”.
      - Evitar interrupções desnecessárias que podem comprometer a recuperação cardíaca.
      - A massagem cardíaca coordenada com a VPP deve continuar até a FC estiver > 60 bpm.
- Reavaliar o RN após 60 segundos de massagem cardíaca com VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100%: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC > 60 bpm em VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100%**

- Suspender a massagem cardíaca.
- Manter a VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> para SatO<sub>2</sub> alvo.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 31 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Estabilizar o RN até alcançar FC > 100 bpm para transferi-lo à Unidade Neonatal para monitoração contínua e cuidados pós-reatimação especializado (Protocolo específico).

**Situação: FC < 60 bpm após 60 segundos de massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100%**

- Verificar a técnica de VPP como descrito anteriormente.
- Verificar a técnica de massagem cardíaca:
  - Local, frequência, ritmo e profundidade das compressões.
  - Presença de movimentos de liberação do tórax para permitir diástole
  - Sincronia entre VPP e compressões cardíacas.
- Verificar se a oferta de oxigênio está em concentração adequada:
  - FiO<sub>2</sub> está ajustada para 100%.
  - As conexões estão funcionando adequadamente.
- Reavaliar o RN após cada ciclo de 60 segundos de massagem cardíaca com VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% após corrigir técnica: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC > 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% após corrigir a técnica.**

- Suspender a massagem cardíaca.
- Manter a VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> para SatO<sub>2</sub> alvo.
- Estabilizar o RN até alcançar FC > 100 bpm para transferi-lo à Unidade Neonatal para monitoração contínua e cuidados pós-reatimação especializado (Protocolo específico).

**Situação: FC < 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% após corrigir a técnica**

- Indicar a adrenalina e, eventualmente, o expansor de volume (**Tabela 5**).
- Indicar cateterismo venoso de urgência.
- Reavaliar o RN após cada 60 segundos de massagem cardíaca com VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% após administração de adrenalina: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC > 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% e após administração de adrenalina EV.**

- Suspender a massagem cardíaca.
- Manter a VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> para SatO<sub>2</sub> alvo.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 32 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Estabilizar o RN até alcançar FC > 100 bpm para transferi-lo à Unidade Neonatal para monitoração contínua e cuidados pós-reanimação especializado (Protocolo específico).

**Situação: FC < 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% com a técnica correta e após infusão de adrenalina EV**

- Indicar a cada 3 a 5 minutos nova dose de adrenalina.
- Considerar indicar expansor de volume (**Tabela 5**).
- Reavaliar o RN após cada 60 segundos de massagem cardíaca com VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% após administração de adrenalina e expansor de volume EV: FC, padrão respiratório e a SatO<sub>2</sub>.

**Situação: FC > 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% e após administração de adrenalina e expansor de volume EV.**

- Suspender a massagem cardíaca.
- Manter a VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> para SatO<sub>2</sub> alvo.
- Estabilizar o RN até alcançar FC > 100 bpm para transferi-lo à Unidade Neonatal para monitoração contínua e cuidados pós-reanimação especializado (Protocolo específico).

**Situação: FC < 60 bpm após massagem cardíaca e VPP com cânula traqueal e FiO<sub>2</sub> de 100% com a técnica correta e após infusão de adrenalina e expansor de volume EV**

- Sugere-se a discussão a respeito da interrupção dos procedimentos entre a equipe que está assistindo o RN e com a sua família.
- A continuação ou não da reanimação avançada deve ser sempre individualizada, considerando fatores como:
  - Idade gestacional.
  - Presença de anomalias congênitas.
  - Duração da agressão asfíxica.
  - Reanimação foi feita adequadamente.
  - Desejo familiar.
- Na impossibilidade de conversar com algum membro da família, a equipe deve agir de acordo com o melhor interesse do RN.
- A presença de assistolia aos 10 minutos de vida, que pode ser inferida pelo Apgar igual a zero aos 10 minutos, é um forte preditor de mortalidade e morbidade em todas as idades gestacionais. No entanto, não há como definir um tempo de reanimação.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 33 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

## CUIDADOS PALIATIVOS PERINATAL E NEONATAL QUANDO DO SEU NASCIMENTO

O nascimento de um recém-nascido pode ser para algumas famílias, um momento em que duas questões se irrompem: ele viverá ou morrerá? Se viver será normal ou não? Os termos contraditórios da ambivalência se manifestam de forma brutal: dar a morte ao conceder a vida.

É importante que a equipe esteja preparada para oferecer o melhor cuidado considerando os valores da família, os objetivos de cuidado e as ações necessárias para que sejam alcançados esses objetivos.



O **“Momento de Ouro”** deve ser visto como um espaço de tempo indeterminado, que é permeado por muitas incertezas, uma vez que não há um caminho obrigatório a ser tomado ao nascimento.

### Questões importantes

- O que fazer quando há natimorto, morte neonatal iminente ou morte neonatal, anomalia congênita grave:
  - Assegurar a privacidade da mãe/família.
  - Dar notícias difíceis de maneira adequada.
  - Fornecer à família todas as informações solicitadas e necessárias.
  - Respeitar os planos iniciais (Plano de Cuidados), sempre que possível; compreenda e aceite mudanças nos planos; esteja atento ao melhor interesse do recém-nascido.
  - Incentivar a mãe/família a ver o recém-nascido; respeite a recusa.
  - Estimular a mãe/família a tocar o recém-nascido e a passar um tempo com ele; respeite a recusa.
  - Avaliar sobre rituais solicitados.
  - Oferecer fotografias, vídeos e outros (feitos com o celular dos pais).
  - Fornecer caixa de memória: mecha de cabelo, impressão da mão e pegada, pulseira de identificação, caderneta da criança, cartas, entre outras.
  - Preparar o bebê para encontrar a família:
    - Vestir o bebê com fraldas, roupas, meias, touca e outros itens que a família desejar.
    - Chame o bebê pelo nome.
  - Escolher, se possível, um quarto privativo; evitar alojamentos com outras mães e seus bebês.
  - Informações sobre como lidar com a produção de leite materno: supressão da lactação ou doação de leite materno.
  - Informações sobre registros de nascimento e óbito em momento oportuno aos responsáveis.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 34 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

- Avalie a necessidade de exames como cariótipo, radiografia de corpo, necropsia, entre outros, quando indicado.
- Momento de Pausa (15 a 30 segundos): momento para cuidar da equipe: em silêncio e na individualidade de cada um, os profissionais que participaram do cuidado podem dedicar um momento para “homenagear (nome do bebê), que amou e foi amado e reconhecer os cuidados prestados pela equipe, com um agradecimento”.
- Controle de sintomas: cuidados diante de desconforto aparente de acordo com a necessidade (**Tabela 7**).
  - Sintomas de final de vida no RN: agitação, dispneia, neuroirritabilidade, dor e aumento de secreções.
  - Durante o processo de morte que começa imediatamente após o nascimento em RN de parto normal e extremamente prematuros há uma certa seditação fisiológica devido aos altos níveis de vasopressina, hipercapnia e hipoxia que junto com estratégias não farmacológicas podem ser suficientes.

**Tabela 7: Controle de sintomas**

<b>Estratégias não farmacológicas</b>	
Preparar a família	Conversar com a família Ter a percepção dos pais ao sofrimento: acolher
Prover ao RN estímulo tátil (Teoria do portão: fibras não-nociceptivas modulando o sinal doloroso no corno posterior da medula)	Contato pele a pele Contenção manual: mãos sobre as mãos e os pés do RN Enrolamento: envolver o RN em uma coberta Sucção não nutritiva Balanço ( <i>Rocking</i> ) Massagem Aleitamento materno (sucção)
Modificar o ambiente para que o RN tenha uma redução na percepção da dor e nas ações de cronicidade	Odores familiares Óleos essenciais Redução de luz Redução de ruído (voz, alarmes) Conversa em tom suave, musicoterapia
<b>Estratégias farmacológicas</b> (aplicar uma escala de dor)	

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 35 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

Analgesia	<p><b>Morfina:</b> agitação, dor, dispneia <b>0,15 a 0,5 mg</b> sublingual a cada 2 a 4 horas Início de ação: 5 a 15 minutos</p> <p><b>Fentanil:</b> dor e dispneia <b>0,5 a 2 mcg</b> intranasal a cada 2 em 2 horas Início de ação: 5 a 10 min Diluição 1mg/mL (diluir 1 mL em 4 mL de SF 0,9%)</p>
Sedação (raramente necessário indicar)	<p><b>Midazolam:</b> agitação e dispneia <b>0,25 mg</b> intranasal a cada 2 a 3 horas Início de ação 5 minutos Diluição 1mg/mL (diluir 1 mL em 4 mL de SF 0,9%)</p>

### CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Ao término de toda a assistência ao RN em sala de parto com sua transferência para outra unidade do serviço de neonatologia (alojamento conjunto ou unidade neonatal).

### MONITORAMENTO

1. Taxa de tempo de clameamento do cordão umbilical (CCU) em RN com boa vitalidade no bloco obstétrico da maternidade por semestre

#### 1.1 RN $\geq$ 34 semanas de IG

$$\frac{\text{Nº de casos de CCU} \geq 60 \text{ segundos em RN} \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}{\text{Nº total de nascidos vivos} \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}$$

#### 1.2 RN < 34 semanas de IG

$$\frac{\text{Nº de casos de CCU} \geq 30 \text{ segundos em } < 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}{\text{Nº total de nascidos vivos } < 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}$$

2. Taxa de contato pele a pele em RN < 34 semanas com boa vitalidade no bloco obstétrico da maternidade por semestre

#### 2.1 RN < 34 semanas de IG com boa vitalidade

$$\frac{\text{Nº de casos de contato pele a pele em RN } < 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}{\text{Nº total de nascidos vivos } < 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}$$

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 36 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

3. Taxa de amamentação na 1ª hora de vida em RN  $\geq$  34 semanas de IG que nasceram com boa vitalidade no bloco obstétrico da maternidade por semestre

3.1 RN  $\geq$  34 semanas de IG com boa vitalidade

$$\frac{\text{Nº de casos de amamentação em RN } \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}{\text{Nº total de nascidos vivos } \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}$$

4. Taxa de hipotermia em RN  $\geq$  34 semanas de IG à admissão no alojamento conjunto por semestre

4.1 RN  $\geq$  34 semanas de IG

$$\frac{\text{Nº de casos de hipotermia em RN } \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}{\text{Nº total de nascidos vivos } \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}$$

5. Taxa de hipotermia em RN, de acordo com a IG, admitidos no alojamento conjunto ou na unidade neonatal por semestre

5.1 RN  $\geq$  34 semanas de IG, admitidos no alojamento conjunto

$$\frac{\text{Nº de casos de hipotermia em RN } \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}{\text{Nº total de nascidos vivos } \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}$$

5.2 RN  $\geq$  34 semanas de IG, admitidos na unidade neonatal

$$\frac{\text{Nº de casos de hipotermia em RN } \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}{\text{Nº total de nascidos vivos } \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}$$

5.3 RN  $<$  34 semanas de IG, admitidos na unidade neonatal

$$\frac{\text{Nº de casos de hipotermia em RN } < 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}{\text{Nº total de nascidos vivos } < 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}$$

6. Taxa de intubação em RN, de acordo com a IG, no bloco obstétrico

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 37 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

#### 6.1 RN $\geq$ 34 semanas de IG, intubados no bloco obstétrico

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de intubação em RN } \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}{\text{N}^\circ \text{ total de nascidos vivos } \geq 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}$$

#### 6.2 RN < 34 semanas de IG intubados no bloco obstétrico

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de intubação em RN } < 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}{\text{N}^\circ \text{ total de nascidos vivos } < 34 \text{ semanas de IG, em determinado período e local}}$$

### CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

### REFERÊNCIAS

Almeida MFB, Guinsburg R; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido  $\geq$ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria SAS/MS 371; 2014 [Cited 2022 Mar 17]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sa>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos. Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 224 p. : il. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_hiv\\_sifilis\\_hepatites.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf).

Cortezzo DE, Meyer M. Neonatal End-of-Life Symptom Management. Front Pediatr. 2020 Sep 11; 8:574121.

Guinsburg R, Almeida MFB; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido < 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-1>.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 38 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

ILCOR Consensus on Science with treatment Recommendations (CoSTR) [homepage on the Internet]. Neonatal Life Support [Cited 2022 Mar 17]. Available from: [www.costr.ilcor.org](http://www.costr.ilcor.org)

### SIGLAS

BO	Bloco Obstétrico
Bpm	Batimentos por minuto
CPAP	Pressão positiva contínua em via aérea ( <i>continuous positive airway pressure</i> )
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FC	Frequência cardíaca
FiO <sub>2</sub>	Fração inspirada de oxigênio
FR	Frequência respiratória
HC- UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
Mpn	movimentos por minuto
O <sub>2</sub>	Oxigênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEEP	Pressão Positiva Expiratória Final
RN	Recém-nascido
SatO <sub>2</sub>	Saturação arterial de oxigênio
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VMM	Ventilador mecânico manual
VPP	Ventilação com pressão positiva

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 39 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

### APÊNDICE 1. Boletim de Apgar ampliado

Sinal	0	1	2	1 min	5 min	10 min	15 min	20 min	
Frequência cardíaca	Ausente	< 100 bpm	> 100 bpm						
Respiração	Ausente	Irregular	Regular Choro forte						
Tônus muscular	Flacidez total	Alguma flexão	Movimentos ativos						
Irritabilidade reflexa	Sem resposta	Careta	Choro ou movimento de retirada						
Cor	Cianose palidez	Corpo róseo e extremidades cianóticas	Corpo e extremidades róseas						
<b>TOTAL</b>									
Comentários:				<b>Reanimação</b>					
				<b>Minutos</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>20</b>
				Oxigênio suplementar					
				VPP com máscara					
				VPP com ML e ou cânula					
				CPAP nasal					
				Massagem cardíaca					
				Adrenalina / Expansor					

bpm – batimentos por minuto; VPP – ventilação com pressão positiva; ML – Máscara laríngea;  
CPAP – pressão positiva contínua nas vias aéreas;

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL</b>	PRT.UTIN.108 - PÁGINA 40 de 40	
Título do Documento:	<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO QUANDO DO SEU NASCIMENTO</b>	Emissão: 09/10/2024	Próxima revisão: 09/10/2026
		VERSÃO: 02	

**HISTÓRICO DE REVISÃO**

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
02	20/09/2024	Incorporação do protocolo “Assistência ao recém-nascido em sala de parto” no Protocolo “Assistência ao recém-nascido quando do seu nascimento”.

Elaboração/Revisão	Leni Márcia Anchieta - professora do Departamento de Pediatria / Faculdade de Medicina UFMG - Disciplina Estágio em Clínica Pediátrica - Módulo Neonatologia
Avaliação	Séphora Fonseca Franco - médica - Clínica Médica
Responsável Técnico	Leni Márcia Anchieta - professora do Departamento de Pediatria / Faculdade de Medicina UFMG
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior - gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico