

POP

HC-UFTM/EBSERH

Prevenção da Hipotermia em Recém-Nascidos

Versão: 2 | 2026

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO MÉDICA

MURILO ANTONIO ROCHA

CHEFE DO SETOR DE PACIENTE CRÍTICO

EDWARD MEIRELLES DE OLIVEIRA

CHEFE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA E NEONATAL

FABIANA JORGE BUENO GALDINO BARSAM

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Keilly Fonseca e Andrade, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal
Maria Paula Custodio Silva, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal
Nathalia Borges de Melo, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal

ANÁLISE

Fabiana Jorge Bueno Galdino Barsam, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ana Claudia de Moraes Faquim, Divisão de Enfermagem
Luciana Paiva, Setor de Gestão da Qualidade
Edward Meirelles de Oliveira, Setor de Paciente Crítico

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Murilo Antonio Rocha, Divisão Médica

Data da emissão: 10/3/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UTIPN.003

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



1. OBJETIVO

Instituir e normatizar no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) ações que tem por objetivo promover a normotermia do recém-nascido (RN), cuja temperatura deve ser mantida entre 36,5°C e 37,5°C; bem como reconhecer os cenários, os pacientes de maior risco para hipotermia e saber quais atitudes tomar para preveni-la e tratá-la.

2. MATERIAL

- 1 termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente;
- 1 termômetro digital clínico para medir temperatura da mãe e do RN;
- 1 incubadora de transporte ligada na rede elétrica e, somente no momento do transporte, ligá-la na bateria;
- 1 berço de calor radiante;
- 1 kit de recepção ao recém-nascido (1 avental, 1 campo, 5 compressas e 1 touca estéril - montado pela Central de Materiais Esterilizados - CME)
- 1 campo cirúrgico;
- 2 pacotes de compressas;
- 1 manta plástica (de acordo com peso) com abertura central com velcro e capuz ou saco de polietileno de 30 x 50 cm (reservar triângulo p/ touca plástica após corte);
- 1 touca de lã ou algodão;
- 1 sensor de oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica escura;
- 1 fonte de oxigênio umidificado e uma de ar comprimido, com fluxômetros;
- 1 blender para mistura de oxigênio e ar;
- 1 relógio de parede digital por sala;
- 1 tesoura de ponta romba;
- clampeador de cordão umbilical.

3. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Centro obstétrico, alojamento conjunto, pronto-socorro, unidade de cuidados intermediários e intensivos neonatais.

4. INFORMAÇÕES GERAIS

Manter a temperatura corporal do recém-nascido é essencial, sendo o primeiro dos 10 passos do cuidado neonatal, conforme diretrizes do Ministério da Saúde (QUALINEO) e especialistas do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz).

A hipotermia no período neonatal imediato está associada, de forma independente, a um aumento de até 64% na mortalidade entre recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva. A cada redução de 1°C na temperatura corporal, o risco de morte neonatal aumenta em 28% (ver Quadro 1 – Classificação da hipotermia).

Além disso, a hipotermia eleva o consumo de oxigênio e a demanda metabólica, favorecendo distúrbios como hipoglicemia e acidose. Esses fatores comprometem ainda mais a eficácia da reanimação, especialmente em casos de asfixia ou prematuridade. Em recém-nascidos prematuros extremos, mesmo entre os sobreviventes, a hipotermia está associada a maior incidência de hemorragia intraventricular, desconforto respiratório, enterocolite necrosante e outros sangramentos.

Quadro 1 – Classificação da hipotermia

Classificação hipotermia	
Leve	36,0 a 36,4°C
Moderada	32,0 a 35,9°C
Grave	< 32,0°C

5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

5.1 Estratégias de controle térmico no centro obstétrico

Antes de todo nascimento, a equipe de enfermagem realiza o *briefing* de ações, baseadas no conjunto de medidas (*bundle*), constante na tabela 1 e verifica, juntamente com o pediatra, todas as ações necessárias para o controle térmico do recém-nascido e materna. A cada situação de risco para hipotermia identificada, a equipe interfere e corrige o processo e registra no prontuário as condutas tomadas. A hipotermia tanto do RN quanto da mãe, temperatura <36°C, quando identificada, deve ser tratada com urgência.

Tabela 1 – Conjunto de medidas (*bundle*) para controle térmico no centro obstétrico

Temperatura ambiente da sala de parto entre 23 e 25°C
Medir temperatura materna 15 minutos antes do parto: manter acima de 36°C
Manter incubadora com parede dupla ligada na rede elétrica com temperatura entre 35 e 37°C
Assegurar que o berço de calor radiante esteja ligado, com campo previamente aquecido antes do nascimento.
Se menor que 34 semanas: Não secar a cabeça do RN e usar touca dupla (plástico e lã/algodão)
Se menor que 34 semanas: Vestir o saco plástico sem secar o corpo do RN
Temperatura axilar com 10 minutos de vida e na chegada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

O ambiente seco e frio da sala de parto propicia a perda de calor por evaporação e convecção. É importante manter as portas fechadas e controlar a circulação de pessoas para minimizar as correntes de ar para não diminuir a temperatura ambiente. Se não houver intervenção, a temperatura cutânea do recém-nascido diminui rapidamente, em torno de 0,3°C por minuto. Por isso a importância de a temperatura da sala de parto estar adequada entre 23 e 25°C.

A temperatura materna na sala de parto deve ser mantida entre 36,0°C e 37,5°C. Por isso, é considerada boa prática encaminhar a gestante para o parto com temperatura acima de 36,2°C. É fundamental manter a mãe aquecida no pré-parto ou, em caso de cesariana, mantê-la coberta com cobertor enquanto aguarda o procedimento. Isso porque, quando a gestante esfria, aumenta o risco de o recém-nascido nascer hipotérmico. O bloqueio espinal, seja para analgesia ou anestesia, pode ser realizado mantendo a parte anterior do corpo, bem como os membros superiores e inferiores, adequadamente cobertos. A hipotermia materna ocorre em aproximadamente um terço das pacientes submetidas à cesariana, o que reforça a

necessidade de medidas preventivas, como: monitorização rigorosa da temperatura (sensor contínuo e aferição axilar a cada 30 minutos); uso de mantas térmicas durante o procedimento; atenção da equipe de anestesia e enfermagem à temperatura dos fluidos venosos administrados.

Antes do nascimento, verificar se a incubadora de transporte está entre 35 e 37°C e conectada à rede elétrica para carga completa. Manter o berço de calor radiante ligado continuamente, garantindo campos e colchão aquecidos, especialmente em nascimentos de urgência.

É boa prática o uso de toucas de algodão ou lã adequadas para todo RN (foto 1). Desencoraja-se o uso de toucas porosas (foto 2), mesmo que de algodão, pois elas não mantêm a temperatura do bebê. Caso a malha tubular seja a única opção disponível, sugere-se a confecção a seguir para formar uma touca com 8 camadas do tecido (foto 3).



Foto 1: Touca de tecido adequada.



Foto 2: Touca porosa feita de malha tubular com duas camadas.

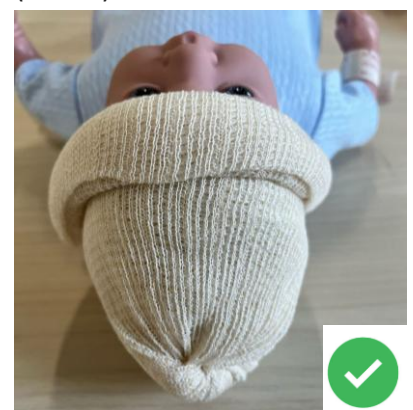


Foto 3: Touca da mesma malha tubular da foto 2, porém com 8 camadas.

Passo a passo para confecção da touca de malha tubular de 8 camadas:



Passo 1: Malha tubular ortopédica 1,8m.



Passo 2: Envolver no antebraço e juntar as duas extremidades.



Passo 3: Duas camadas. Juntar as extremidades por igual.



Passo 4: Repetir o procedimento para obter 4 camadas.



Passo 5: 4 camadas.



Passo 6: Enrolar o meio da malha.



Passo 7: Prender com uma fita para manter enrolado, se houver dificuldade em ir direto ao passo 8.



Passo 8: Envolver as 4 camadas para virarem 8.



Passo 9: Dobrar as extremidades.

Além dos cuidados gerais, os recém-nascidos com idade gestacional < 34 semanas, por apresentarem maior risco de hipotermia e suas complicações, seguem um protocolo específico de controle térmico: devem ser envolvidos em saco plástico imediatamente após o nascimento, sem secar a corpo e nem a cabeça, utilizar dupla touca (uma de plástico e outra de algodão ou lã).

Já os recém-nascidos com ≥ 34 semanas e boa vitalidade ao nascer (respirando ou chorando, com tônus em flexão) devem ter o cordão umbilical clampeado após, pelo menos, 60 segundos e serem colocados em contato pele a pele sobre o abdome ou tórax materno. O contato pele a pele (CPP), em comparação à sua ausência, aumenta a temperatura corporal do recém-nascido e é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde durante a primeira hora de vida para manutenção da normotermia. Uma vez iniciado, deve ser mantido por pelo menos uma hora, pois além de prevenir a hipotermia, favorece o início da amamentação — especialmente importante porque muitos recém-nascidos tendem a dormir por longos períodos após duas a três horas de vida.

O CPP também traz outros benefícios, como redução do choro da criança relacionado à separação de seus pais, estabilização da frequência cardíaca, da respiração e dos níveis de glicose sanguínea. Quando na sala de parto não for possível realizar com a mãe por intercorrência materna (exemplo hemorragia), pode-se realizar o CPP com o pai.



Figuras 1 e 2: Contato pele a pele no parto vaginal. Figura 2: Ilustra o contato pele a pele com o pai, quando não for possível realizar com a mãe por intercorrências maternas.

Fonte: google

Especialmente na cesárea, é fundamental que a equipe que atua no centro obstétrico esteja ciente das evidências e capacitada para as boas práticas relacionadas ao contato pele a pele e siga as orientações para prevenção de hipotermia. Para isso é necessário a ambiência da sala de parto, a abordagem multidisciplinar (obstetras, anestesistas, enfermeiros, neonatologistas e pediatras) e adequação do atendimento para que o CPP seja rotina e garantido como direito da mãe e da criança, excetuando os recém-nascidos que nascem com respiração ausente ou irregular, com tônus diminuído e que deve seguir o protocolo de reanimação neonatal.



Figuras 3 e 4: Contato pele a pele na cesárea e amamentação ainda na primeira hora de vida.
Fonte: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/contato-pele-a-pele-na-cesarea



Figuras 5 e 6 – Posicionamento dos eletrodos, oxímetro; braços livres da parturiente; evitar tecnologias excessivas. Fonte: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/contato-pele-a-pele-na-cesarea.

Sequência do atendimento:

1. O RN que nasce com boa vitalidade vai diretamente para o contato pele a pele, após a clampagem do cordão umbilical (após 60 segundos), posicionado no tórax da mãe (figura 3) e, por fim, coloca a touca de lã ou algodão, as pulseiras de identificação e cobre o RN e a mãe com cobertor quente e seco, enquanto é realizada a sutura da cesárea ou término do parto vaginal.
2. Deve-se evitar algumas condutas sem nível de evidência de execução. Assim, os braços da parturiente devem estar livres para envolver o RN e os eletrodos devem estar posicionados mais distantes (figura 5) para favorecer o contato pele a pele e o início da amamentação.
3. A primeira mamada poderá ocorrer dentro de 30 a 60 minutos e as sucções são efetivas por, em média, 20 minutos. O profissional de saúde deve estar atento a auxiliar a mãe quando o RN mostrar sinais de que está apto a mamar e orientar o acompanhante como ajudar a mãe a segurar o bebê.
4. Após uma hora de CPP, se o RN estiver ainda mamando, ele deve ser levado para a sala de recuperação anestésica com a mãe. A amamentação não deve ser interrompida para realizar o transporte, inclusive entre as macas. Se depois de uma hora no contato pele a pele, ele não estiver mamando, podem ser feitos os cuidados de enfermagem e a avaliação detalhada do pediatra, inclusive sobre o tórax da mãe, assim é mais fácil, por se manter mais calmo.

A portaria nº 371 de 7 de maio de 2014 assegura o contato pele a pele e regulamenta que se postergue o exame físico, medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia, vacinação contra hepatite B, injeção de vitamina K após a primeira hora de vida. A realização destes cuidados deve respeitar o momento biopsíquicos e fisiológicos do neonato. O Ministério da Saúde preconiza que a assistência imediata ao RN estável consiste em: aquecer, avaliar e proporcionar um contato íntimo e precoce com a mãe. As outras situações deverão ser deixadas para segundo momento quando o RN já estiver estabilizado e com sinais dentro da normalidade, e de acordo com o tempo padronizado, para evitar perda de calor.

Essas boas práticas no parto e nascimento ajudam na formação da microbiota do bebê e este *imprinting* inicial favorece a programação metabólica e imunológica e tem impacto na redução da morbimortalidade e qualidade de vida na infância e vida adulta.

5.2 Estratégias de controle térmico durante transporte

Sempre que possível, realizar o transporte do RN no CPP, devidamente acomodados e seguros, seja em cadeiras de rodas ou na maca, para garantir tempo adequado de CPP (mínimo de 60 minutos) e controle térmico. Não interromper o CPP para realizar medidas de peso, perímetro cefálico (PC) e comprimento (C).

O CPP pode não se aplicar inicialmente nas circunstâncias em que os RNs precisem ser transferidos para o atendimento médico especializado nas unidades neonatais e outros métodos de aquecimento serão usados. A fim de agilizar a internação, o peso, o PC e o C serão realizados ainda na sala de parto, assegurando o manuseio essencial naqueles com peso menor que 1500g. A pesagem deve ser feita com a touca dupla e com o saco plástico. Medidas de perímetro torácico e abdominal não devem mais ser realizadas rotineiramente.

Antes de qualquer transporte, realizar o conjunto de ações na tabela 2, sendo que algumas ações devem ser planejadas e iniciadas antes mesmo do nascimento, como, por exemplo, aquecer a incubadora previamente.

Tabela 2 – Conjunto de medidas para controle térmico durante transporte

Transporte em incubadora 35 e 37°C com parede dupla, se <34 semanas, manter a 37°C
Medir a temperatura de saída do centro obstétrico e na admissão na outra unidade
Remover quaisquer cobertores, campos ou compressas molhados
Se <34 semanas, transferir em sacos plásticos de polietileno e toucas duplas (polietileno e algodão ou lã)
Se <1000g, transportar em colchão térmico, se disponível
Se suporte respiratório, utilizar ar e oxigênio (O ₂) umidificado e aquecido, se possível

5.3 Controle térmico do recém-nascido no alojamento conjunto

A temperatura do RN deve ser verificada em toda admissão. A OMS recomenda fortemente o CPP como medida de controle térmico, sobretudo em recém-nascidos de baixo peso (< 2500 g), e orienta que o primeiro banho seja realizado apenas após 24 horas de vida. O banho precoce, além de aumentar o risco de hipotermia, interrompe desnecessariamente a amamentação e o CPP.

A exceção se aplica aos recém-nascidos de mães soropositivas para HIV, hepatite B ou C, para os quais o banho deve ser feito imediatamente após o nascimento para reduzir o risco de transmissão da doença. Quando não for possível, limpar com compressas macias todo o sangue e secreções visíveis e proceder ao banho em água corrente em seguida.

É fundamental que o banho só ocorra quando o RN apresentar temperatura corporal $\geq 36,5$ °C. A água deve estar entre 36-37 °C e a duração do banho não deve ultrapassar 10 minutos.

Outro momento de risco para hipotermia é a pesagem do RN, que no alojamento conjunto deve ser feita diariamente. Para reduzir perdas de calor, deve-se seguir o passo a passo recomendado pela Metodologia Canguru, ser feita durante o dia, na presença dos pais ou acompanhante:

1. Certificar-se da temperatura adequada do ambiente e higienizar as mãos;
2. Realizar a limpeza prévia do prato da balança com álcool 70% e papel toalha;
3. Colocar um lençol do RN sobre o prato da balança e zerá-la utilizando o botão digital;
4. Pesar previamente o lençol e, em seguida, envolver o RN sem fraldas, no leito ou nos braços da mãe;
5. Retirar o RN cuidadosamente do leito ou dos braços da mãe, enrolado no lençol já pesado, e colocá-lo sobre a balança;
6. Aguardar a estabilização do peso e registrar o valor;
7. Retirar o RN da balança ainda enrolado no lençol e reacomodá-lo no leito ou devolvê-lo à mãe;
8. Anotar o peso na folha de cuidados;
9. Realizar nova desinfecção do prato da balança com álcool 70%;
10. Higienizar novamente as mãos.

Tabela 3 – Conjunto de medidas para controle térmico no alojamento conjunto

Promover o contato pele a pele, principalmente nos <2500g
Medir a temperatura na admissão na unidade
Banho após 24h de vida, se temperatura >36,5°C
Pesar o bebê envolvido no lençol, conforme método canguru

5.4 Estratégias de controle térmico do RN na unidade neonatal

Quando a equipe é informada sobre uma nova admissão na unidade, pediatras, enfermeiros e fisioterapeutas devem se antecipar e executar o **conjunto de medidas descrito na Tabela 4**, organizando-se para receber o recém-nascido (RN) de forma ágil e segura.

À admissão na unidade, o RN já deve vir com as medidas realizadas de peso, Perímetro Cefálico (PC) e Comprimento (C) da sala de parto e na unidade deve ser medida apenas a temperatura do RN. A retirada das toucas plásticas e do saco deve ser feita sem pressa, apenas se a temperatura estiver acima de 36,5°, após o cateterismo umbilical, quando este estiver indicado. Trocar a touca só por estar suja pode significar colocar uma mais fria e a criança perder calor; se for necessário ajustar a touca para o CPAP, não esquecer de garantir que essa touca esteja aquecida e de também colocar touca de plástico nos menores de 34 semanas.

Na UTI, os prematuros devem ser colocados em incubadora ou berço de calor radiante, a fim de prevenir a hipotermia. Aqueles com peso < 1500g ou menores de 34 semanas devem permanecer em incubadora de parede dupla nas primeiras semanas de vida, ou pelo tempo que a equipe considerar necessário.

Para os menores de 1500 g que necessitam de cateterismo umbilical, recomenda-se que o procedimento seja realizado diretamente na incubadora definitiva da criança com a porta da incubadora fechada e usar apenas as portinholas, com bebê ainda envolto em saco plástico, de forma rápida e preferencialmente até a primeira hora de vida, minimizando perdas térmicas e favorecendo o início precoce do controle da temperatura.

A alta umidificação é essencial para os prematuros < 28 semanas e/ou < 1000 g, devendo ser iniciada imediatamente após o nascimento e mantida por pelo menos 5 a 7 dias, com redução progressiva conforme a maturação da pele (Quadro 2). Para RN entre 1000 e 1249 g, pode ser indicada por períodos mais curtos (exemplo: 3 dias), em situações específicas de instabilidade. É seguro manter a umidificação na primeira semana sem aumento do risco de infecção, sendo inadequado não a utilizar, pois a ausência aumenta o risco de hipotermia e desidratação nesse grupo.

Quadro 2: UMIDIFICAÇÃO EM INCUBADORAS (RN < 28 sem e/ou <1000g)

Dia de Vida	Umidade Relativa Recomendada	Observações Clínicas
1º ao 3º dia	80% a 95% (incubadora orvalhada)	Pele imatura, maior perda de água e calor
4º ao 5º dia	70% a 80%	Início do desmame gradualmente (5–10%/dia) se temperatura estável, pele íntegra, peso

6º ao 7º dia	60% a 70%	adequado. Não reduzir se: Ressecamento ou descamação da pele, perda de peso excessiva (>10–15%), hipernatremia/desidratação.
Após 7º dia	40% a 60%	Reduzir gradativamente e suspender se: pele íntegra, temperatura estável

Fonte: Protocolo do HC-UFTM “Manuseio Essencial do Recém-Nascido Pré-Termo”

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.HCUFTMUTIPN.003ManuseioEssencialdoRecemNascidoPreTermoversao2.pdf>

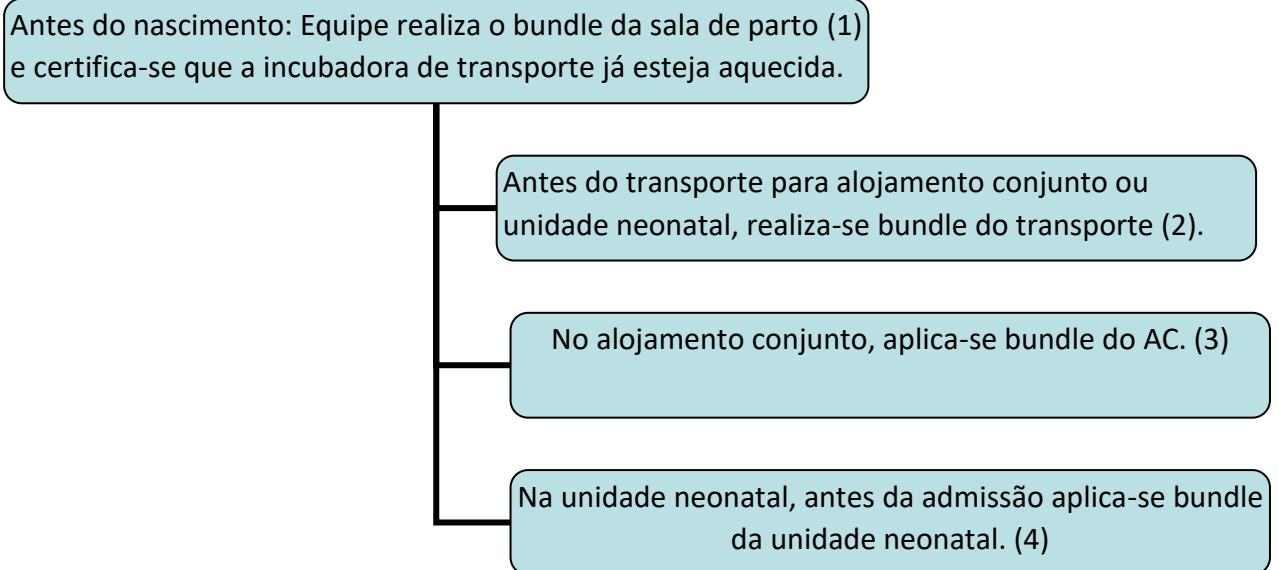
Quando identificada hipotermia, além de revisar e otimizar os métodos já citados de controle térmico, o tratamento deve ser feito imediatamente a fim de corrigir rapidamente a temperatura corporal. Não há evidências que sustentem o reaquecimento lento (< 0,5 °C/hora), conduta que difere da hipotermia terapêutica, em que a velocidade máxima de reaquecimento deve ser de 0,5 °C/hora. A temperatura deve ser monitorada continuamente pelo sensor de pele, registrando-se a cada 15/15 minutos e 30/30 min pela temperatura axilar, até a estabilização, sendo meta alcançar a normotermia até as 3 horas de vida.

Todo RN deve ser mantido em ambiente de termoneutralidade, faixa de temperatura na qual a taxa metabólica é mínima e a temperatura corporal é preservada sem aumento na produção ou perda de calor. O controle rigoroso da temperatura, especialmente nos prematuros, está associado a maior sobrevida e melhor prognóstico.

Tabela 4 – Pacote de medidas para controle térmico na unidade neonatal

<i>Checklist</i> do leito completo para não atrasar a admissão
Agrupar cuidados médicos, fisioterapia e enfermagem, promovendo contato em bloco
À admissão, não medir peso, perímetro cefálico e comprimento (esses dados devem vir da sala de parto)
O saco plástico só será retirado depois da estabilização térmica na unidade neonatal (temperatura >36,4C)
Manter toucas duplas plástico e algodão/lã se < 34 semanas
Garantir incubadora previamente aquecida e umidificada quando indicado
Realizar cateterismo umbilical na 1ª hora de vida dentro da própria incubadora com portinholas fechadas
Colocar o RN <30 semanas o mais rápido possível em incubadora umidificada
RN que estiver enrolado em saco plástico e com colchão térmico, retirá-los apenas após normalização da temperatura e após procedido a passagem do acesso
Controle rigoroso da temperatura por sensor de pele (monitor) e temperatura axilar
Se suporte respiratório, utilizar ar umidificado e aquecido

6. FLUXOGRAMA



7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R.; COORDENADORES ESTADUAIS E GRUPO EXECUTIVO PRN-SBP; CONSELHO CIENTÍFICO DEPARTAMENTO DE 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. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Método Canguru: diretrizes do cuidado* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

ALMEIDA, M. F. de; GUINSBURG, R.; SANCHO, G. A.; ROSA, I. R.; LAMY, Z. C.; MARTINEZ, F. E.; SILVA, R. P. da; FERRARI, L. S.; SOUZA RUGOLO, L. M. de; ABDALLAH, V. O.; SILVEIRA, R. de C.; BRAZILIAN NETWORK ON NEONATAL RESEARCH. Hypothermia and early neonatal mortality in preterm infants. *Journal of Pediatrics*, v. 164, n. 2, p. 271-275.e1, fev. 2014. DOI: 10.1016/j.jpeds.2013.09.049.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Diretriz da AHA sobre ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência. Parte 4: suporte básico e avançado de vida pediátrico. *Circulation*, v. 142, n. 16_suppl_2, p. S469, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente*. Postagens: Contato pele a pele na cesárea. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/contato-pele-a-pele-na-cesarea>. Acesso em: 21 jul. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente*. Postagens: Prevenção de hipotermia em recém-nascidos pré-termo: da sala de parto à admissão na UTI neonatal. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/prevencao-de-hipotermia->

[em-recem-nascidos-pre-termo-da-sala-de-parto-a-admissao-na-uti-neonatal](#). Acesso em: 21 jul. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente*. Postagens: Controle térmico do recém-nascido pré-termo. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/controle-termico-do-recem-nascido-pre-termo>. Acesso em: 21 jul. 2025.

GUINSBURG, R.; ALMEIDA, M. F. B.; COORDENADORES ESTADUAIS E GRUPO EXECUTIVO PRN-SBP; CONSELHO CIENTÍFICO DEPARTAMENTO DE 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. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-1>. Acesso em: 21 jul. 2025.

JIA, Y. S.; LIN, Z. L.; LV, H.; *et al.* Efeito da temperatura da sala de parto na temperatura de admissão de prematuros: um estudo controlado randomizado. *Journal of Perinatology*, v. 33, p. 264, 2013.

Ramaswamy VV, de Almeida MF, Dawson JA, Trevisanuto D, Nakwa FL, Kamlin CO, Hosono S, Wyckoff MH, Liley HG; International Liaison Committee on Resuscitation Neonatal Life Support Task Force. Maintaining normal temperature immediately after birth in late preterm and term infants: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*. 2022 Nov; 180:81-98. doi: 10.1016/j.resuscitation.2022.09.014. Epub 2022 Sep 27. PMID: 36174764.

Ramaswamy VV, Dawson JA, de Almeida MF, Trevisanuto D, Nakwa FL, Kamlin COF, Trang J, Wyckoff MH, Weiner GM, Liley HG; International Liaison Committee on Resuscitation Neonatal Life Support Task Force. Maintaining normothermia immediately after birth in preterm infants <34 weeks' gestation: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*. 2023 Oct; 191:109934. doi: 10.1016/j.resuscitation.2023.109934. Epub 2023 Aug 18. PMID: 37597649.

VEIGA-UED, F. *Construção e validação de um bundle sobre o controle térmico de recém-nascidos < 34 semanas no transporte intra-hospitalar*. 2022. 53 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2022.

GALLI, A. C. A.; SILVA, M. P. C.; UED, F. V.; REZENDE, L. V.; RUIZ, M. T.; CONTIM, D. *Bundle para regulação da temperatura corporal de recém-nascidos maiores de 34 semanas: construção e validação*. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, v. 26, e76948, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v26.76948>. Acesso em: 21 jul. 2025.

8. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	7/11/2022	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)
2	10/3/2026	Revisão e inserção em novo modelo

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 2) – data: 30/4/2025

Keilly Fonseca e Andrade, médica da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal (UTIPN)

Maria Paula Custodio Silva, enfermeira da UTIPN

Nathalia Borges de Melo, médica da UTIPN

Análise – data: 30/4/2025

Fabiana Jorge Bueno Galdino Barsam, chefe da UTIPN

Validação técnica – data: 7/11/2025 a 29/12/2025

Ana Claudia de Moraes Faquim, chefe da Divisão de Enfermagem

Luciana Paiva, chefe do Setor de Gestão da Qualidade

Edward Meirelles de Oliveira, chefe do Setor de Paciente Crítico

Aprovação – data: 22/1/2026

Murilo Antonio Rocha, chefe da Divisão Médica

Registro, validação de forma e revisão – data: 3/2/2026 e 10/3/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 1 – data: 7/11/2022

Keilly Fonseca e Andrade, médica pediatra e neonatologista

Validação

Fabiana Jorge Bueno Galdino Barsam, chefe da UTI Pediátrica e Neonatal (UTIPN)

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Cintia Machado Dutra, chefe do Setor de Paciente Crítico

Mara Danielle Felipe P. Rodrigues, chefe da Divisão de Enfermagem

Valéria Cardoso Alves Cunali, chefe da Unidade da Criança e do Adolescente

Registro, análise e revisão

Maria Aparecida Ferreira, enfermeira da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG)

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da UPLAG

Aprovação

Mariana Salomão Braga, chefe da Divisão Médica substituta