

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Manuseio Essencial do Recém-Nascido Pré-Termo

Versão: 2 | 2026



Hospital de Clínicas



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

Adriana Lelis Marcacine, Bruna de Carvalho Silva, Camila Pansani Caetano, Carolina Amâncio Valente Gomes, Cinthia Lorena Silva Barbosa Teixeira, Daniela Cristina de Souza, Emmanuelle da Cunha Ferreira, Luana Cristina de Souza Freitas, Maria Paula Custodio Silva, Elida Julia Antonelli, Fabiana Jorge Bueno Galdino Barsam, Keilly Fonseca e Andrade, Pávila Virgínia de Oiveira Nabuco, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal
Luana Pereira Cunha Barbosa e Kelly Savana Minaré B. Sucupira, Unidade Multiprofissional

ANÁLISE

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

VALIDAÇÃO INTERNA

Luana Pereira Cunha Barbosa, Unidade Multiprofissional

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ana Claudia de Moraes Faquim, Divisão de Enfermagem
Edward Meirelles de Oliveira, Setor de Paciente Crítico
Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente
Murilo Antonio Rocha, Divisão Médica

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO – DATA: 6/3/2026

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 9/3/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.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



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

- Apresentar condutas que auxiliem na redução de estímulos nocivos aos recém-nascidos pré-termos (RNPT) menores de 1500 gramas (g);
- Minimizar o estresse e a dor causados a esses RNPT devido a manuseios excessivos, promovendo neuroproteção;
- Melhorar a qualidade de vida e diminuir os riscos de sequelas em menores de 1500g;
- Propor mudanças nos processos de trabalho da equipe multiprofissional, baseadas no cuidado humanizado.

2. DEFINIÇÃO

O avanço tecnológico nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tem contribuído significativamente para o aumento da sobrevivência dos RNPT. No entanto, apesar do esforço multiprofissional, especialmente entre os RNPT com peso inferior a 1500g, ainda persiste um elevado risco de óbito e de comprometimentos funcionais, tanto a curto quanto a médio e longo prazos.

Durante a gestação, o feto permanece em um ambiente intrauterino confortável, passando cerca de 80% do tempo em sono profundo — fator essencial para o funcionamento adequado das funções fisiológicas, incluindo o crescimento e o desenvolvimento cerebral. Após o nascimento prematuro, esses RNPT são expostos a diversas intervenções necessárias à sua sobrevivência, mas que, por outro lado, podem estar associadas a efeitos indesejáveis e potencialmente nocivos ao desenvolvimento neuropsicomotor.

Entre os fatores prejudiciais destacam-se: procedimentos invasivos (por vezes desnecessários) e dolorosos; a exposição à luz intensa, que interfere no ciclo circadiano e na fisiologia do sono; além de ruídos constantes e excessivos. Soma-se a isso as múltiplas manipulações realizadas pela equipe multiprofissional e a privação do convívio familiar — especialmente a ausência do contato pele a pele (CPP), que atua como fator protetor para o desenvolvimento biopsicossocial e contribui para a estabilização dos sinais vitais desses recém-nascidos.

Embora os cuidados e estímulos na unidade neonatal sejam essenciais à sobrevivência dessa população, a forma como são conduzidos pode gerar episódios de estresse, picos de hipertensão, distúrbios do sono e, conseqüentemente, comprometimento neurológico. Para minimizar esses efeitos durante a internação, é fundamental a avaliação crítica e contínua da assistência prestada, priorizando o manuseio essencial, sobretudo nas primeiras 96 horas de vida. Esse cuidado deve ser incorporado por todos os profissionais da equipe multiprofissional: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

3. PROCEDIMENTO

3.1 Manuseio essencial para neuroproteção; posicionamento ou organização do recém-nascido pré-termo

Promover o CPP com os pais de maneira precoce, contínua e duradoura. O RNPT apto a realizar o CPP é todo aquele que está estável, independentemente de peso, idade gestacional, se está em ventilação mecânica ou recebendo de amins vasoativas. Estável diz respeito aos sinais vitais: frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), saturação de oxigênio (SatO₂), temperatura. Todos esses sinais melhoram na posição canguru, inclusive a dor, o quinto sinal vital.

Quando o RNPT não estiver em posição canguru:

- Para recém-nascidos com idade gestacional ≤ 32 semanas ou peso < 1500 g, manter decúbito dorsal alinhado, cabeça centralizada e cabeceira elevada em até 30° nas primeiras 72 horas de vida.
- Os membros devem permanecer fletidos e voltados para a linha média, utilizando dispositivos de contenção e organização postural (ninho, rolinhos, redes, coxins), favorecendo a postura fisiológica.
- Essa posição deve ser mantida mesmo durante os procedimentos, colocando a cama em posição neutra (0°) apenas para a pesagem. Ao ajustar a cabeceira, envolver o RN com as mãos ou com lençol para reduzir estímulos e proporcionar segurança.

Posicionamento e autorregulação:

- Promover o posicionamento dos braços e pernas voltados para a linha média, próximos ao tronco e à face, favorecendo contato mão-boca e alinhamento da coluna vertebral.
- Evitar o uso de luvas nas mãos do RN, permitindo a autorregulação por meio da sucção e do toque. Esse posicionamento pode ser realizado pela equipe ou pelos pais, sempre com orientação adequada.

Organização dos cuidados:

- Agrupar os procedimentos e cuidados de rotina, reduzindo manipulações desnecessárias.
- Realizar o manuseio preferencialmente por dois profissionais (técnica das “quatro mãos”), garantindo contenção por um deles enquanto o outro executa os procedimentos.
- Preferencialmente, respeitar a ordem de entrada para manuseio no RNPT, em duplas:
 - ✓ Avaliação: médico staff + residentes médicos;
 - ✓ Cuidados gerais: enfermeiro + técnico de enfermagem
 - ✓ Avaliação, cuidados, terapia e posicionamento: enfermeiro + fisioterapeuta

Durante o manuseio:

- Priorizar a utilização das portinholas da incubadora, evitando abrir a porta frontal. Quando necessário, abrir e fechar com movimentos suaves, utilizando o cotovelo para minimizar vibrações e ruídos.
- Avaliar o estado comportamental antes de qualquer intervenção, evitando manipulações durante o sono profundo e garantindo conforto e estabilidade antes de iniciar os cuidados (vide sinais de organização e retraimento - tabela 1).

Após o manuseio:

- Reorganizar a postura do RN com contenção estática, toque firme e pressão constante. Sempre que possível, estimular a participação dos pais nesse momento.

Tabela 1: Sinais clínicos de organização e retraimento dos recém-nascidos

Sinais de Organização	Sinais de Retraimento
Respiração regular	Respiração irregular, lenta, rápida ou com pausas
Coloração rosada	Alterações de coloração (palidez, moteamento, pletora)
Semi-flexão de braços, pernas e tronco	Tremores
Capacidade de manter o tronco em flexão e segurar as pernas	Sustos
Mãos na face e movimentos bucais	Movimentos bruscos
Busca ativa por sucção e sucção efetiva	Sinais viscerais (cuspir, suspirar, engasgar-se, soluçar)
Contato das mãos e pés com superfícies	Flacidez dos braços, pernas ou tronco

Mãos na boca	Extensão frequente da língua, afastamento dos dedos ou mãos cerradas
Agarrar, segurar	Extensão generalizada do corpo, contorcimento ou arqueamento
Face relaxada	Choramingo, bocejos e espirros frequentes
Frequência cardíaca (FC) entre 120–160 bpm	FC < 120 bpm ou > 160 bpm
Frequência respiratória (FR) entre 40–60 rpm	FR < 40 rpm ou > 60 rpm
Saturação de O ₂ > 88%	Saturação de O ₂ < 88%

Penumbra e diminuição do barulho:

- ✓ Usar venda ocular, colocar mantas espessas sobre a incubadora, usar luz individual com reguladores da intensidade e foco para procedimentos. Utilizar ciclos dia/noite que melhoram a sincronização do ritmo biológico: respeitar o horário do soninho.
- ✓ Para proteção ocular, dar preferência para óculos “Baby Block®”. Na indisponibilidade, confeccionar óculos de proteção com gaze e micropore, posicionando em cima dos olhos fechados do RNPT com as laterais presas embaixo da touca, quando houver. Do contrário, colocar tira de elástico da touca descartável para prender os óculos em torno da cabeça.
- ✓ Manter o silêncio no setor em todo momento, adotando as seguintes medidas:
 - Falar em voz baixa.
 - Atender prontamente aos alarmes e ao telefone.
 - Remover dispositivos sonoros desnecessários.
 - Reduzir a intensidade das conversas próximas às incubadoras.
 - Realizar a passagem de plantão, sempre que possível, distante dos RNPT.
 - Evitar o uso de sapatos ruidosos.
 - Acalentar prontamente as crianças que estejam chorando.
 - Evitar arrastar cadeiras.
 - Manusear com cuidado as portinholas das incubadoras, as laterais dos berços aquecidos, as portas e as gavetas.
 - Não usar a incubadora como apoio para escrita.
 - Não colocar objetos sobre a cúpula da incubadora, utilizando os pratos laterais para organizar os materiais necessários.
 - Remover a água acumulada no circuito do ventilador.

3.2 Cuidados com a pele

- ✓ Na admissão do prematuro na unidade, não remover o envoltório plástico até que seja alcançada a estabilização térmica. A limpeza de sangue ou de líquido amniótico misturado com sangue deve ser realizada apenas após a estabilidade térmica e cardiorrespiratória, utilizando água morna estéril.
- ✓ Em prematuros com idade gestacional inferior a 27 semanas, realizar a higiene da pele com água morna estéril durante os primeiros cinco dias de vida, o banho completo está contraindicado. Nestes casos, restringir-se à higiene ocular, íntima e limpeza localizada de sujidades visíveis, apenas quando necessário. As demais situações devem seguir o protocolo institucional vigente de banho.
- ✓ Evitar a aplicação de adesivos diretamente na pele. Quando inevitável, cortar o adesivo para reduzir a área de contato. Após a aplicação, não remover o adesivo em hipótese alguma, aguardando o momento do banho (para os casos em que o banho é indicado) ou utilizando

produto específico para remoção segura de adesivos.

3.3 Monitorização

- ✓ Medir pressão arterial com cuff de acordo com a rotina da UTI ou quando clinicamente indicado. Se tiver monitorização contínua de PA com linha arterial isso não é necessário.
- ✓ Na admissão medir apenas peso, perímetro cefálico e comprimento. Não há necessidade de se medir perímetro abdominal nas primeiras 72h, a não ser que exista alguma indicação clínica.
- ✓ Saturação de oxigênio alvo entre 91-95% (alarmes 88-95%).
- ✓ Temperatura: é importante que o prematuro mantenha a tempera corporal estável 36,5 a 37,5C, utilizando uma quantidade mínima de calorías. Distermias geram distúrbios metabólico e vasodinâmicos como alterações da pressão arterial e hemorragia.
- ✓ Manter sensor de pele para aferição de temperatura pelo monitor multiparamétrico. O sensor não deve ser fixado na pele com micropore e deve ser colocado na região abdominal ou dorsal, embaixo da fralda. Utilizar medida axilar em caso de dúvida no valor.
- ✓ Manter o RNPT com touca de algodão ou confeccionada de malha de algodão apenas se em uso de CPAP. A incubadora aquecida e umidificada corretamente, não justifica o uso de touca para evitar perda de calor. Quando for utilizada, trocar a touca apenas se sujidade.
- ✓ Manter UTI Neonatal climatizada a 25°C de temperatura ambiente, com ar-condicionado ligado. Evitar abrir a porta da incubadora para realizar procedimentos, utilizando apenas as portinholas para manipular o RNPT. Quando for necessário realizar algum procedimento que a porta da incubadora necessite ficar aberta, aumentar temperatura no momento que for pesar o RN.
- ✓ Acondicionar o diafragma do estetoscópio dentro da incubadora para mantê-lo aquecido, retirá-lo e guardá-lo com cuidado para evitar barulho.

3.4 Procedimentos e investigações

- ✓ Manter o RNPT organizado durante os procedimentos, dando o tempo e o auxílio necessários para, então, passar ao procedimento seguinte.
- ✓ O tempo total de manuseio pode ser maior, mas depois, deve-se garantir um mínimo de 60 minutos de tranquilidade. O neonato necessita passar por cerca de 30 minutos de sono leve para então atingir os 20 minutos de sono profundo, completando assim um ciclo de sono. O contato pele a pele é um grande aliado nesse aspecto.
- ✓ Para realização do raio X deve-se ter sempre duas pessoas.
- ✓ Procedimentos e exames eletivos como ultrassonografia, ecocardiograma e radiografia, sempre que possível, devem ser organizados e agendados com a equipe para que sejam realizados no horário de manuseio.
- ✓ Avaliação criteriosa da necessidade de inserção de PICC *line* nas primeiras 72h e vida.
- ✓ Evitar punção lombar nas primeiras 72h e vida.
- ✓ Realizar coleta de exame de sangue e punções para acesso periférico com no máximo duas punções por profissional.
- ✓ Associar medidas não farmacológicas para o alívio da dor em procedimentos potencialmente dolorosos (quadro 1).

Quadro 1 – Procedimentos dolorosos com intensidade da dor e medidas de alívio

Procedimento doloroso (Muito doloroso / doloroso / estressante)	Intensidade da dor + Medidas para alívio da dor e estresse (nível de evidência)
Aspiração traqueal	Muito doloroso – Contenção facilitada (1A)
Aspiração nasofaríngea	Doloroso – Contenção facilitada (2B)
Punção de calcanhar	Muito doloroso – Amamentação (2A), Pele a pele (1A), Solução adocicada (1A), Contenção facilitada (1B), Solução adocicada + sucção não nutritiva (1B), Solução adocicada + contenção facilitada (3B)
Venopunção	Muito doloroso – Amamentação (2A), Solução adocicada (1A), Pele a pele (1A), Contenção facilitada (2B)
Punção arterial	Muito doloroso – Solução adocicada (1A)
Inserção de PICC	Muito doloroso – Solução adocicada + estimulação sensorial (2A), Sucção não nutritiva + estimulação sensorial (2A), Analgesia farmacológica (2A)
Inserção de cateter venoso central ou dissecação	Muito doloroso – Solução adocicada + sucção não nutritiva (2A), Analgesia farmacológica (2A)
Injeção intramuscular	Muito doloroso – Amamentação (2A), Solução adocicada (1A), Pele a pele (1A)
Injeção subcutânea	Muito doloroso – Solução adocicada (1A), Pele a pele (1A)
Injeção intravenosa	Muito doloroso – Solução adocicada (1A)
Intubação traqueal	Muito doloroso – Analgesia farmacológica (2A)
Inserção de cateter nasal	Estressante – †
Colocação/recolocação do CPAP nasal	Doloroso – Sucção não nutritiva (4C), Contenção facilitada + sucção não nutritiva + solução adocicada (2B)
Inserção de sonda nasogástrica/enteral	Doloroso – Solução adocicada (1A)
Exame de fundo de olho	Muito doloroso – Solução adocicada + sucção não nutritiva + anestésico tópico ocular (1A)
Remoção de adesivos	Doloroso – †
Troca de curativos (feridas)	Doloroso – †
Remoção de eletrodos, sonda nasogástrica	Estressante – †
Remoção de cateter umbilical, PICC	Estressante – †
Drenagem de tórax	Muito doloroso – Analgesia farmacológica (2A)
Remoção de dreno torácico	Muito doloroso – Analgesia farmacológica (2A)
Fisioterapia respiratória, motora	Doloroso – †
Inserção de cateter umbilical	Estressante – †
Punção lombar	Muito doloroso – Analgesia farmacológica (2A)
Punção vesical, peitoneal, ventricular	Muito doloroso – †
Cateterismo vesical	Doloroso – Solução adocicada (1A)
Lavagem intestinal pela ostomia	Estressante – †
Estímulo retal / enema	Estressante – †
Extubação traqueal	Doloroso – †
Realização de exames (USG/Rx)	Estressante – †

Realização de EEG	Estressante – †
Medida da PA não invasiva	Estressante – †
Pesar o RN	Estressante – †
Troca de fraldas	Estressante – †
Banho e/ou higienização do RN	Estressante – †

Legenda: † não existem estudos definindo as melhores medidas. Nível de evidência: 1 (forte), 2 (moderada) ou 3 (limitada). Grau de recomendação A (forte), B (moderada), C (fraca).

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

RNPT com peso de nascimento menor ou igual a 1500g pelo período que vai desde seu nascimento. Não há contraindicações.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.

Equipe Multiprofissional

Estar atualizado e cumprir o protocolo do manuseio essencial.

Médico

- ✓ Ao médico, cumprirá prescrever mudança de aferição dos dados vitais diferente da rotina (vide competências da enfermagem abaixo), quando for necessário individualizar o cuidado desses RNPT <1500g, como em caso de choque, entre outros.
- ✓ Solicitar ultrassonografia cerebral entre 1-3 dias de vida.
- ✓ Gasometria e hemograma de acordo com avaliação clínica, devendo-se evitar muitos exames nas primeiras 72h de vida.

Equipe de Enfermagem (Enfermeiro e/ou Técnico de Enfermagem)

- ✓ Fixar placa de identificação “Manuseio Essencial” (apêndice A), plastificada e colada com fita adesiva transparente junto à placa de identificação do paciente, e retirá-la após 72h de vida do RNPT que nasceu com peso menor de 1500g, a exceção deve ser discutida em equipe e não ultrapassar uma semana de vida. Após 72h afixar a placa: “Cuidado, recém-nascido em desenvolvimento. (Apêndice B).
- ✓ Incentivar o CPP e oferecer suporte para posicionar, com segurança, RNPT na posição canguru, juntamente com outro profissional.
- ✓ Fiscalizar e promover a educação continuada do posicionamento adequado no leito e na posição canguru.
- ✓ Organizar todos os materiais dos procedimentos e cuidados que serão realizados no horário e contribuir para que a manipulação seja breve e sincronizada.
- ✓ Organizar e fazer cumprir a “hora do soninho”.
- ✓ Verificar prontamente os alarmes dos monitores a fim de resolver o problema apresentado e assim a incidência de ruídos.

Cuidados de rotina:

- ✓ manuseio em intervalos de modo a permitir maiores períodos de sono profundo e acúmulo energético – “olhos na criança e mãos fora da criança”). Cuidados a cada 3h ou 6h, evitando horários intermediários ao manuseio (4/4h ou 8/8h), a não ser que a exceção seja o melhor para

o paciente.

- ✓ Mudança de decúbito: realizar a cada 6 horas nas primeiras 72 horas de vida; após esse período, seguir a rotina da unidade.
- ✓ Aferições a cada 3 horas: FC, FR, saturação de oxigênio e temperatura, conforme registro do monitor multiparamétrico.
- Apazamento: 14h, 17h, 20h, 23h, 02h, 05h, 08h e 11h – *exclusivo do enfermeiro*.
Aferições a cada 6 horas: pressão arterial não invasiva, temperatura axilar (termômetro digital), débito de sondas gástricas em drenagem e de sonda vesical de demora.
- Apazamento: 14h, 20h, 02h e 08h – *exclusivo do enfermeiro*.
Verificação de diurese (fralda aberta): a cada 3 horas; realizar a troca apenas em caso de evacuação. Em ausência de diurese, não efetuar a troca.
- Apazamento: 14h, 17h, 20h, 23h, 02h, 05h, 08h e 11h – *exclusivo do enfermeiro*.
Pesagem de fraldas: a cada 6 horas.
- Apazamento: 14h, 20h, 02h e 08h – *exclusivo do enfermeiro*.

Troca de fraldas:

- ✓ Se menor que 1000g, deixar as fraldas abertas por até quatro dias minimizando assim a irritação da região inguinal e rachaduras na pele.
- ✓ Preparar previamente todo o material necessário: água morna, algodão e fralda limpa. Evitar realizar a troca se o RN estiver dormindo.
- ✓ Realizar a troca antes da dieta, de forma delicada.
- ✓ Passo a passo:
 1. Posicionar o RN em decúbito dorsal.
 2. Abrir a fralda suavemente, minimizando o ruído do velcro, e proteger a parte adesiva para evitar contato com a pele.
 3. Colocar o RN em decúbito lateral e dobrar ou remover a fralda suja.
 4. Higienizar suavemente, sem elevar as pernas, virando o RN delicadamente para o lado contralateral para completar a limpeza.
 5. Posicionar a fralda limpa sem erguer as pernas, utilizando a rotação lateral do RN.

Troca de incubadora:

- ✓ Programar a troca da incubadora para o mesmo dia da pesagem e do banho do RN.
- ✓ Garantir que a nova incubadora esteja previamente aquecida e umidificada.
- ✓ Abastecer o reservatório com água destilada e verificar o correto funcionamento do sistema de umidificação.
- ✓ Reforçar com a equipe a importância de seguir os critérios para desmame gradual (ver quadro 2), evitando a suspensão abrupta da umidificação.

Quadro 2: Referência rápida – 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 adequado.
6º ao 7º dia	60% a 70%	

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

Peso:

- ✓ Realizar sempre com duas pessoas.
- ✓ Preparar previamente todo o material necessário: balança eletrônica, lençol do RN, álcool 70% e papel toalha.
- ✓ Frequência da pesagem:
 - Na admissão.
 - Segunda pesagem: alinhada às mudanças de posição após 72h de vida.
 - Após isso, seguir a rotina de peso da unidade (segunda, quarta e sexta) ou diariamente se realizada na própria incubadora.

Observação: Prescrição e registro desses cuidados na prescrição de enfermagem são de competência exclusiva do enfermeiro.

- ✓ Passo a passo:
 1. Respeitar o estado comportamental do RN: evitar pesar em sono profundo; se estiver irritado ou chorando, acalmá-lo completamente antes do procedimento.
 2. Limpar previamente o prato da balança com álcool 70% e papel toalha.
 3. Colocar um lençol do RN sobre o prato da balança e zerar utilizando o botão digital.
 4. Utilizar o mesmo lençol pesado para envolver o RN, sem fraldas, e realizar a pesagem.

Banho: realizar banho somente após o 14º dia de vida e conforme protocolo institucional.

Troca de lençóis: sempre realizado por duas pessoas, somente se apresentar sujidades nas primeiras 72h e uma vez ao dia após esse período, conforme distribuição dos banhos. Os lençóis devem ser previamente aquecidos dentro da incubadora antes de realizar a troca.

Dieta: administrar a dieta pelo método de gavagem para administração da dieta, preferencialmente no contato pele a pele com o pai ou mãe.

Aspiração de vias aéreas inferiores: exclusivo do enfermeiro ou fisioterapeuta.

- ✓ Avaliar de rotina a necessidade de aspirar vias aéreas e boca, mas realizar o procedimento apenas se necessário.
- ✓ Respeitar o estado comportamental e não realizar o procedimento se sono profundo. Utilizar sonda de aspiração número 4 (para cânulas endotraqueais tamanho 2,5) ou 6 (para cânulas tamanho 3 ou 3,5).
- ✓ Fiscalizar a manutenção do copo do umidificador dos ventiladores mecânicos abastecidos com água destilada entre os níveis mínimo e máximo e remover água do circuito sempre que necessário.
- ✓ Conferir a cada 3h a necessidade de ambos.
- ✓ Desligar o vacuômetro imediatamente após o uso e não o testar dentro da incubadora.

Fisioterapeuta:

- ✓ Incentivar o contato pele a pele e oferecer suporte para posicionar, com segurança, recém-nascidos em ventilação mecânica na posição canguru, juntamente com outro profissional.
- ✓ Fiscalizar e promover a educação continuada do posicionamento adequado no leito e na posição canguru.
- ✓ Avaliar de rotina a necessidade de aspirar vias aéreas e boca, mas realizar o procedimento apenas se necessário. Respeitar o estado comportamental e não realizar o procedimento se sono profundo. Utilizar sonda de aspiração número 4 (para cânulas endotraqueais tamanho 2,5) ou 6 (para cânulas tamanho 3 ou 3,5).
- ✓ Fiscalizar a manutenção do copo do umidificador dos ventiladores mecânicos abastecidos com água destilada entre os níveis mínimo e máximo e remover água do circuito sempre que necessário. Conferir a cada 3h a necessidade de ambos.
- ✓ Desligar o vacuômetro imediatamente após o uso e não o testar dentro da incubadora.
- ✓ Verificar prontamente os alarmes dos ventiladores mecânicos a fim de resolver o problema apresentado pelo equipamento diminuindo assim a incidência de ruídos;
- ✓ Avaliar o início da estimulação unimodal (tátil- vestibular-paladar-olfatório-auditivo-visual) ou multimodal. As estimulações podem ser realizadas de forma unimodal a partir de 28 semanas de idade gestacional. Os exercícios/mobilização podem ser iniciados quando o RNPT estiver estável clinicamente e peso maior que 1000 gramas, após 72 horas de vida de vida;
- ✓ Checar diariamente, no início do plantão, se os monitores dos RNs em oxigenioterapia e/ou ventilação mecânica estão programados no “Projeto Coala”.

6. MONITORAMENTO

- ✓ Adesão ao protocolo (%): $(\text{N}^\circ \text{ de RN que estão em manuseio essencial (ME) conforme protocolo} / \text{N}^\circ \text{ de RN elegíveis para ME}) \times 100$.
- ✓ Incidência de hemorragia peri-intraventricular (HPIV): $\text{N}^\circ \text{ de RNs com HPIV} / \text{N}^\circ \text{ de RN submetidos ao protocolo}$.
- ✓ Taxa de Mortalidade (%): $(\text{N}^\circ \text{ de óbitos na unidade neonatal} / \text{Total de nascidos vivos internados na unidade}) \times 100$.

Os indicadores: incidência de hemorragia peri-intraventricular e taxa de mortalidade são indicadores gerais retirados do Sistema de Monitoramento do Cuidado Obstétrico e Neonatal (SMCON), no qual participam as unidades neonatais da UFTM.

Observação: toda a equipe de cuidados deve observar as medidas de prevenção de infecção, antes e após o manuseio do RN, como a higiene das mãos e a paramentação necessária. Consultar protocolos:

- ✓ Higiene das Mãos: www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.UVS.005_Higiene_das_Maos_versao_4..pdf
- ✓ Precauções e Isolamento: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.HCUFTMUVS.008PrecaucoeseIsolamentoversao5.pdf>

7. REFERÊNCIAS

- 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: manuseio mínimo do recém-nascido*. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboas-praticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/manuseio-minimo-do-recem-nascido>. Acesso em: 25 jun. 2025.
- HAUSEN, C. F.; JANTSCH, L. B.; NEVES, E. T.** Cuidado desenvolvimental ao recém-nascido prematuro: revisão narrativa das produções brasileiras. *Revista Saúde (Santa Maria)*, v. 47, n. 1, 2021.
- JOHANSSON, Maria Wallin; LILLIESKÖLD, Siri; JONAS, Wibke; BLOMQVIST, Ylva Thernström; SKIÖLD, Béatrice; LINNÉR, Agnes.** Early skin-to-skin contact and the risk of intraventricular haemorrhage and sepsis in preterm infants. *Acta Paediatrica*, [S. l.], v. 113, n. 8, p. 1796–1802, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.17302>. Acesso em: 16 jun. 2025.
- LIMA, T. C. V. S.; MORAIS, R. C. M.; SILVEIRA, A. O.; MEDEIROS, C. C.; MOTTA, E.** Práticas adotadas pela enfermagem para a promoção do cuidado desenvolvimental dos recém-nascidos prematuros. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, e39010413993, 2021.
- LISANTI, A. J.; CRIBBEN, J.; CONNOCK, E. M.; LESSEN, R.; MEDOFF-COOPER, B.** Developmental care rounds: an interdisciplinary approach to support developmentally appropriate care of infants born with complex congenital heart disease. *Clinics in Perinatology*, v. 43, n. 1, p. 147–156, 2016.
- MAGALHÃES, F. J.; LIMA, E. E. T.; ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M.; SCHERLOCK, M. S. M.; ALBUQUERQUE, N. L. S.** Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Rene*, v. 12, n. 1, p. 136–143, 2011.
- MAKI, M. T.; ORSI, K. C. S. C.; TSUNEMI, M. H.; HALLINAN, M. P.; PINHEIRO, E. M.; AVELAR, A. F. M.** O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 5, p. 489–496, 2017.
- MARQUES, L. F.; RIBEIRO, R. V.; ROCHA, C. R.; CARREIRO, M. A.; SANTIAGO, L. C.** Cuidado ao prematuro extremo: mínimo manuseio e humanização. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)*, v. 9, n. 4, p. 927–931, 2017.
- MARTINS, L. A.; SILVEIRA, S. P. X.; AVILA, I. M. F. T.; MORAES, J. A. S.; SANTOS, D. S. S.; WHITAKER, C. O. M.; CAMARGO, C. L.** Implantação do protocolo de termorregulação para recém-nascido em procedimentos cirúrgicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, e20180218, 2019.
- RODARTE, M. D. O.; FUJINAGA, C. I.; LEITE, A. M.; SALLA, C. M.; SILVA, C. G.; SCOCHI, C. G. S.** Exposição e reatividade do prematuro ao ruído em incubadora. *CoDAS*, v. 31, n. 5, e20170233, 2019.
- TOSO, B. R. G. O.; VIERA, C. S.; VALTER, J. M.; DELATORE, S.; BARRETO, G. M. S.** Validation of newborn positioning protocol in Intensive Care Unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 6, p. 835–841, 2015.

8. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	4/12/2023	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)
2	9/3/2026	Atualização e inserção em novo modelo

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 2) – data: 11/8/2025

Adriana Lelis Marcacine, Bruna de Carvalho Silva, Camila Pansani Caetano, Carolina Amâncio Valente Gomes, Cinthia Lorena Silva Barbosa Teixeira, Daniela Cristina de Souza, Emmanuelle da Cunha Ferreira, Luana Cristina de Souza Freitas, Maria Paula Custodio Silva, Elida Julia Antonelli, enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal (UTIPN)
Fabiana J. Bueno G. Barsam, Keilly Fonseca e Andrade, Pávila Virgínia de Oiveira Nabuco, médicas da UTIPN
Luana Pereira Cunha Barbosa e Kelly Savana Minaré B. Sucupira, fisioterapeutas da Unidade Multiprofissional (UMULTI)

Análise – data: 11/8/2025

Fabiana J. Bueno G. Barsam, chefe da UTIPN

Validação interna – data: 30/8/2025

Luana Pereira Cunha Barbosa, fisioterapeuta da UMULTI

Validação técnica – data: 9/12/2025 a 3/3/2026

Ana Claudia de Moraes Faquim, chefe da Divisão de Enfermagem

Edward Meirelles de Oliveira, chefe do Setor de Paciente Crítico

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

Murilo Antonio Rocha, chefe da Divisão Médica

Aprovação – data: 6/3/2026

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Registro, validação de forma e revisão – data: 9/3/2026

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

Elaboração da versão 1 – data: 4/12/2023

Fabiana Jorge Bueno Galdino Barsam e Pávila Virgínia de Oliveira Nabuco, médicas da UTIPN

Adriana Lelis Marcacine, Bruna de Carvalho Silva, Camila Pansani Caetano, Carolina Amâncio Valente Gomes, Cinthia Lorena Silva Barbosa Teixeira, Emmanuelle da Cunha Ferreira, Daniela Cristina de Souza e Luana Cristina de Souza Freitas, membros da equipe de enfermagem da UTIPN

Kelly Savana Minaré B. Sucupira, Angélica Taciana Sisonetto e Luana Pereira Cunha Barbosa, fisioterapeutas da UMULTI

Luisa Arantes Loureiro, terapeuta ocupacional da UTIPN

Validação interna

Fabiana Jorge Bueno Galdino Barsam, chefe da UTIPN

Paula Beatriz, responsável técnica (RT) de enfermagem da UTIPN

Mariana Figueiredo Caixeta, médica diarista da Unidade de Pronto Socorro infantil

Giselle Vieira de Souza, chefe da Unidade da Criança e do Adolescente

Luana Pereira Cunha Barbosa, RT da fisioterapia da UTIPN

Validação

Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da UMULTI

Paulo Estêvão Pereira, membro da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais

Luciana Paiva Romualdo, chefe do Setor de Gestão da Qualidade

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

Aprovação

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

10. APÊNDICES – A (MANUSEIO ESSENCIAL)



B – RECÉM-NASCIDO EM DESENVOLVIMENTO

