

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Padrão nº: PTL-MULTI-01
		Estabelecido em: 01/03/2016
		Página 1 de 45
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

Siglas e Definições

AFEL: Aceleração do Fluxo Expiratório Lenta

ATB: Antibiótico

BPM: Batimento cardíacos por minuto

DAA: Drenagem Autógena Assistida

DBP: Displasia broncopulmonar

FiO2: Fração inspirada de oxigênio

HB: Hemoglobina

HMC: Hemocultura

HPIV: Hemorragia peri-intraventricular

Hto: Hematócrito

IG: Idade gestacional

LCR: Liquor cefalo-raquidiano

PCR: Proteína C Reativa

PEEP: Pressão Positiva no Final da expiração

PICC: Cateter Central de Inserção Periférica.

RN Pré-termo: recém-nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas

RN termo: recém-nascido com idade gestacional entre 37 e 42 semanas

RN: Recém-nascido

RNPT: Recém-nascido prematuro

ROP: Retinopatia da prematuridade

RTA: Reequilíbrio tóracoabdominal

SAM: Síndrome de aspiração meconial

SatO2: Saturação de oxigênio

SCIRAS: Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

SDR: Síndrome do desconforto respiratório

SDRA: Síndrome do desconforto respiratório agudo

 Unimed Noroeste/RS	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Padrão nº: PTL-MULTI-01
		Estabelecido em: 01/03/2016
		Página 2 de 45
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

UTI: Unidade de Tratamento Intensivo

DV: dia de vida

FO: Ferida operatória

Abrangência

Serão incluídos neste protocolo todos os prematuros nascidos ou recebidos no Hospital Unimed Noroeste/RS, abrangendo todas as fases do atendimento hospitalar.

Diretrizes

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da saúde, um estudo divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou que todo ano no mundo nascem 15 milhões de bebês prematuros. Destes, mais de 1 milhão falecem dias após o parto. A prematuridade é a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos de idade, estando atrás somente da pneumonia. Segundo o mesmo estudo, 75% destes poderiam ser salvos com algumas medidas simples, como aplicação de antisséptico e antibióticos para evitar infecções (BRASIL, 2014).

Aproximadamente 80% dos recém-nascidos desenvolvem alguma lesão de pele até completarem 1 mês de vida. Destes 25% desenvolvem ou desenvolverão algum quadro de sepse até o terceiro dia de vida, sendo a pele como a principal porta de entrada (BELEZA E CHAGAS, 2014).

Este protocolo tem como objetivo padronizar as condutas a serem realizadas nos recém-nascidos prematuros, no intuito de prevenir morbimortalidades, bem como, melhorar a assistência prestada a essa população.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Redução da morbimortalidade devido a prematuridade no Hospital Unimed Noroeste/RS.



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 3 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Minimizar o estresse e a dor causados aos recém-nascidos prematuros devido a manuseios excessivos;
- Melhorar a qualidade de vida e diminuir os riscos de sequelas e morte dos recém-nascidos prematuros com peso inferior a 2000g;
- Otimizar a terapia nutricional;
- Diminuir o risco de contaminação e sepse;
- Reduzir comorbidades, atuando de forma preventiva.

3. POPULAÇÃO ALVO

Todos os neonatos prematuros nascidos ou atendidos no Hospital Unimed Noroeste/RS.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os neonatos prematuros.

5. CONCEITO

Segundo Brasil (2012), nas últimas décadas a taxa de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano) teve significativa queda no Brasil. Tendo o número de óbitos diminuído de 47,1 a cada mil nascidos vivos em 1990, para 15,6 em 2010. Porém, atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso País.

Conceitua-se recém-nascido prematuro todo recém-nascido vivo com até 36 semanas e 6 dias de gestação contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (RADES; BITTAR e ZUGAIB, 2004). De acordo com o Ministério da Saúde, em 2008, 6,7% dos nascidos vivos foram pré termo (BRASIL, 2011). Assim, percebe-se a importância de implementar ações para a melhoria da assistência prestada a esses pacientes.

Ao internar na Unidade de Terapia Intensiva, o RNPT é submetido a muitos procedimentos invasivos, bem como exposto a estímulos sonoros e luminosos, influenciando

 Unimed Noroeste/RS	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Padrão nº: PTL-MULTI-01
		Estabelecido em: 01/03/2016
		Página 4 de 45
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

na qualidade do seu sono e repouso. Segundo Xavier et al; (2012), constituem-se como estratégias para favorecer o desenvolvimento do RNPT, a redução dos ruídos e da intensidade da iluminação, bem como adotar medidas para controle e prevenção da dor.

6. PLANO DE CUIDADOS

6.1 ASSISTÊNCIA MÉDICA

6.1.1 Doença da membrana hialina

- Uso de surfactante pulmonar

Indicações:

Síndrome do desconforto respiratório:

O RN deve estar sob ventilação mecânica, com necessidade de FIO₂ maior ou igual a 0,40 para manter a PaO₂ entre 50 e 70 mmHg ou SatO₂ entre 86 e 93%.

Indicar nova dose, se o paciente permanecer em ventilação mecânica e se mantiver dependência de concentrações de oxigênio acima de 30% para manter a Pao₂ entre 50 e 70 mmHg ou SatO₂ entre 86 e 93%. Sempre afastar a possibilidade de complicações ou outros diagnósticos antes do uso da nova dose.

Prematuros com peso de nascimento abaixo de 1000g:

Considerar a administração do surfactante após estabilização das condições hemodinâmicas, caso o paciente tenha sido submetido à intubação traqueal na sala de parto como parte das manobras de reanimação. Procurar instilar a droga até 1 hora de vida, independente do quadro respiratório ou radiológico. Novas doses são indicadas da mesma forma que para SDR.

Posologia: Survanta: dose: 4ml/kg (100mg/kg): Intervalo de 6 horas entre as doses e uso de até três doses.

Cuidados com o RN antes de instilar a droga:

- Certificar-se da posição da extremidade da cânula traqueal (deve ser mantida entre a



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 5 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

1ª e a 3ª vertebrae torácicas).

- Se necessário, aspirar a cânula traqueal cerca de 10 a 15 minutos antes da instilação do surfactante.
- De preferência não interromper a ventilação mecânica, utilizando uma cânula de duplólumem para administrar o surfactante.
- Caso não disponha desta cânula, ministrar a droga através de uma sonda de aspiração traqueal nº5 inserida através de conector com entrada lateral ou da cânula traqueal.

Ajustar os parâmetros do ventilador para os seguintes parâmetros:

- FiO2: Não alterar, exceto se houver a necessidade de interrupção da ventilação mecânica. Nesse caso, aumentar 20% em relação à FiO2 anterior.
- Tempo inspiratório: manter entre 0,3 e 0,5 segundo.
- Tempo expiratório: procurar manter acima de 0,5 segundo.
- Pressão inspiratória: ajustar o pico de pressão para obter a elevação da caixa torácica em torno de 0,5 cm ao nível do esterno. Se houver possibilidade de monitorar o volume corrente, procurar mantê-lo entre 4 e 6 ml/kg.
- PEEP: manter entre 4 e 6 cmH2O.

Observação: Se os parâmetros ventilatórios iniciais forem superiores aos descritos acima, não há necessidade de modificá-los.

Cuidados durante a instilação da droga:

- Administrar a dose total em no máximo duas alíquotas, com a cabeça do paciente em posição neutra. Instilar cada fração da droga em 30 a 60 segundos.
- Caso ocorra bradicardia ($FC < 80$ bpm) e/ou hipoxemia ($SatO_2 < 85\%$), interromper a administração da droga. Verificar a posição da cânula traqueal e estabilizar o paciente ajustando os parâmetros do ventilador ou através de ventilação manual com oxigênio a 100% antes de continuar a instilação do surfactante.



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 6 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

Cuidados após a instilação da droga:

- Não aspirar a cânula traqueal nas primeiras 4 - 6 horas subsequente à instilação do surfactante, a menos que haja evidência clínica de obstrução da cânula.
- Monitorizar a oxigenação arterial (oxímetro de pulso e gasometria arterial), frequência cardíaca e pressão arterial.

Adotar os seguintes ajustes:

- Reduzir a FiO₂ em 5 a 10% por vez de acordo com a oximetria de pulso
- Suporte de pressão: avaliar a melhora pelo grau de expansibilidade torácica (manter por volta de 0,5 cm de elevação da caixa torácica ao nível do esterno) e pelos valores de volume corrente (manter o volume corrente entre 4 e 6 ml/kg). Não reduzir os níveis de PEEP para abaixo de 4 cmH₂O.

Prevenção da Síndrome do desconforto respiratório:

- Indica-se o uso do corticoide antenatal nas seguintes situações;
- Todas as gestantes entre 24 e 34 semanas de gestação com risco de parto prematuro devem ser consideradas como candidatas ao tratamento pré-natal com corticosteroides;
- A decisão de empregar corticoides não deve ser influenciada pela raça ou sexo do conceito, tampouco pela disponibilidade do surfactante exógeno. As pacientes elegíveis para terapia com tocolíticos também podem ser elegíveis para o tratamento com corticoides;
- O tratamento consiste de duas doses de 12 mg de betametasona administradas por via intramuscular a cada 24h ou quatro doses de dexametasona administradas por via intramuscular a cada 12h. Os efeitos benéficos são mais evidentes 24 horas após o início da terapia e perduram por sete dias;
- Em virtude do tratamento com corticoides por menos de 24 horas também estar associado a reduções significativas da mortalidade neonatal, incidência de SDR e HPIV, os corticoides pré-natais devem **sempre** ser empregados, a menos que o parto imediato seja previsto;



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 7 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

- Na ruptura prematura de membranas antes de 30 a 32 semanas de gestação e na ausência de corioamnionite clínica, o uso pré-natal de corticosteroides está recomendado;
- Em gestações complicadas, quando o parto antes de 34 semanas é provável, o uso pré-natal de corticoides está recomendado, a menos que existam evidências de que terá um efeito adverso definido na mãe ou de que o parto seja iminente.

6.1.2 Manejo hídrico do prematuro

Necessidades Hídricas Basais do PMT

1ª. Fase: transição (até o 5º. DV)	Perda ponderal esperada	Oferta hídrica
< 1000g	15 a 20%	80 a 130 ml/kg
> 1000g	10 a 15%	70 a 120 ml/kg
2ª. Fase: estabilização		
< 1000g	0	130 a 160 ml/kg
> 1000g	0	120 a 150 ml/kg
3ª. Fase: crescimento	Oferta parenteral	Oferta enteral
Ganho ponderal de 15 a 20g/kg/dia	140 a 160 ml/kg	150 a 200 ml/kg

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

Princípios da Terapia Hidroeletrolítica

Débito urinário estimado	Perda ponderal esperada	Balanco Hídrico
40 a 100 ml/kg/did	2 a 3% por dia na primeira semana	Negativo em 10 a 20 ml/kg/dia na primeira semana

Perdas Fisiológicas	Fecal – 5 a 10 ml/kg/d (pequena na primeira sem) Crescimento – 10 ml/kg/d (após a primeira sem)
---------------------	--

Ganhos Fisiológicos	Água endógena – 10 ml/kg/dia
---------------------	------------------------------

Perdas Insensíveis de Água X Peso ao Nascer

Peso	PIA (ml/kg/h)		
	1º. e 2º. DV	3º. e 4º. DV	> 5 DV
< 750g	8,0	6,0	4,0
750 - 1000g	3,5	2,5	1,5
1000 - 1500g	2,3	1,8	1,5
1500 - 2000g	1,0	0,8	0,7
> 2000g	0,5	0,5	0,5



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 9 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

Perdas Insensíveis Estimadas (ml/kg/dia)

IDADE	PESO	PESO	PESO	PESO	PESO	PESO	PESO
	500 - 750g	750 - 1000g	1000 - 1250g	1250 - 1500g	1500 - 1750g	1750 - 2000g	Termo
0 - 7 d.	100	65	55	40	20	15	20
7 - 14 d.	80	60	50	40	30	20	20

Fatores que interferem nas perdas insensíveis

Fator	Efeito
Maturidade	Inversamente proporcional ao PN e IG
Aumento da temperatura ambiente	Aumento proporcional ao aumento da temperatura
Aumento da temperatura corpórea	Aumento 300%
Lesão de pele e defeitos congênitos	Aumento dependente do tamanho da lesão
Fototerapia	Aumento 50%
Atividade motora e choro	Aumento 70%
Taquipnéia	Aumento 20 a 30%
Umidificação do ar inspirado	Reduz 30%
Dupla parede	Reduz 30 a 70%
Cobertura plástica	Reduz 30 a 70%
Membrana semipermeável	Reduz 50%
Agentes tópicos	Reduz 50%



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 10 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

Composição de Fluidos Corporais (mEq/l)

	Sódio	Potássio	Cloro
Estômago	20-80	5-20	100-150
Intestino	100-140	5-15	90-120
Bile	120-140	5-15	90-120
Ileostomia	40-135	3-15	20-120
Diarréia	10-90	10-80	10-110
Líquor	130-150	2-5	110-130

Terapia Hídrica Inicial*

Peso ao nascer (Kg)	Glicose (g/100mL)	Taxa hídrica (ml/kg/d)		
		<24 h	24 - 48 h	>48 h
<1	5 - 10	100- 150	120 - 150	140 - 190
1 - 1,5	10	80 - 100	100 - 120	120 - 160
>1,5	10	60 - 80	80 - 120	120 - 160

*Neonatos em incubadoras umidificadas. Aqueles sob aquecedores radiantes geralmente necessitam de taxas hídricas iniciais mais altas.

†Os neonatos de muito baixo peso ao nascer (MBPN) frequentemente precisam de taxas iniciais mais altas de administração de líquido e de reavaliação frequente de eletrólitos séricos, débito urinário e peso corporal.

6.1.3 Suporte nutricional

Com nutrição parenteral oferecida com início precoce de aminoácidos endovenosos, diminui o catabolismo proteico e melhora a tolerância glicêmica.

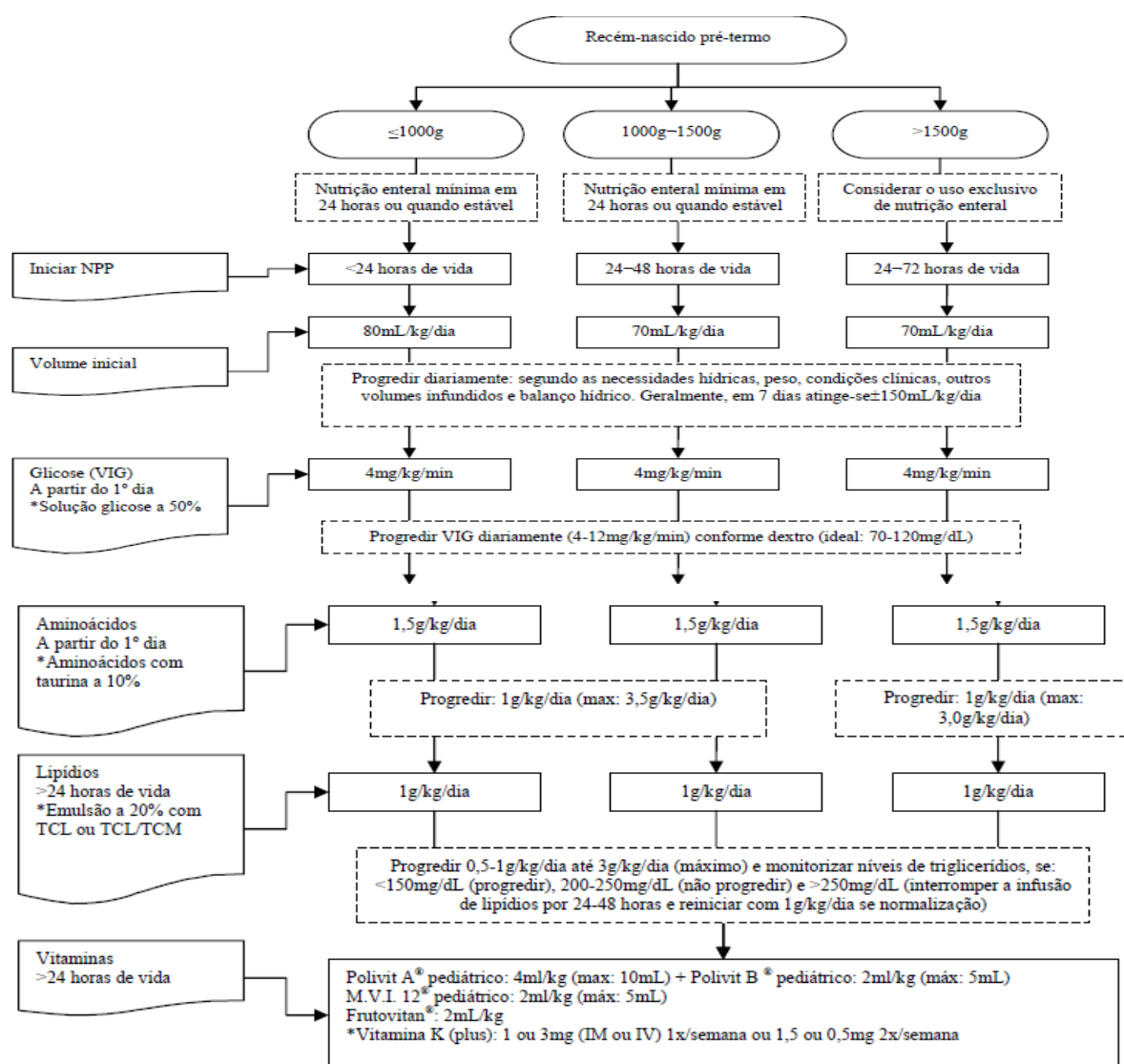
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

Iniciar com aminoácidos em pacientes com peso inferior a 1500g preferencialmente nas primeiras 24 horas de vida até 48 horas de vida, e em pacientes com peso superior a 1500g iniciar com no máximo 72 horas de vida.

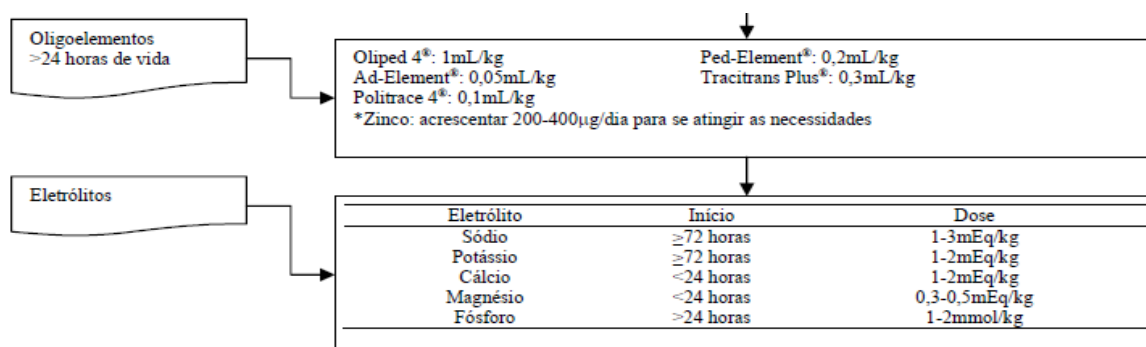
Em uso padrão de solução com glicose oferecendo TIG (taxa de infusão de glicose) de 3 a 5 mg/kg/min e aminoácidos 1g/kg/dia. Realizar progressão dos nutrientes conforme tolerância e evolução clínica do paciente.

Nutrição parenteral no recém-nascido pré-termo: proposta de protocolo prático.



Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

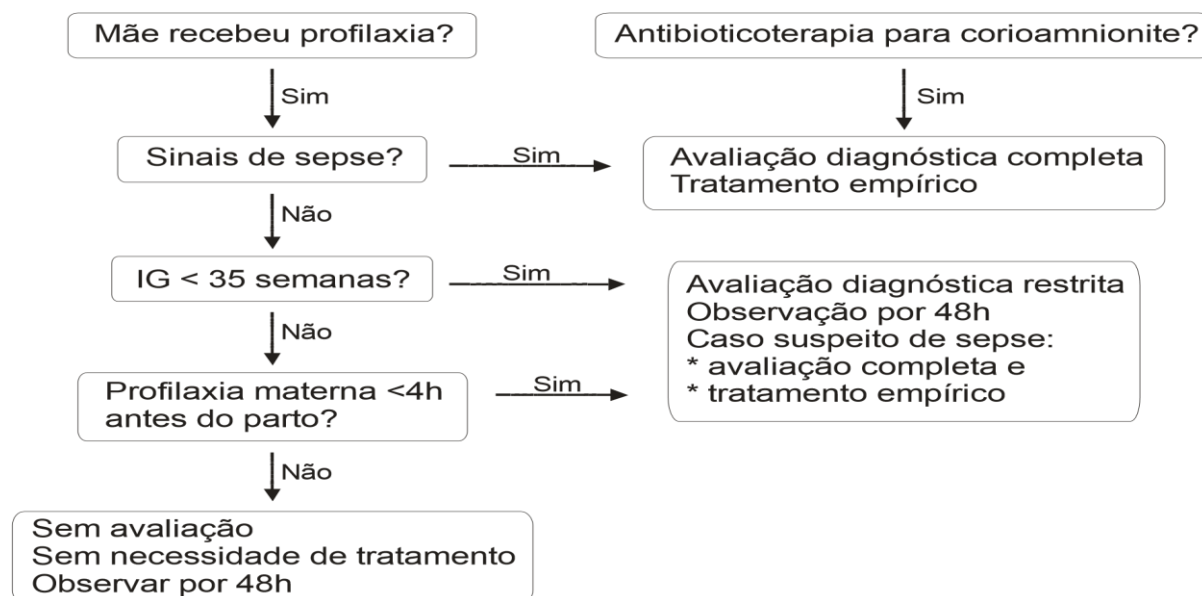
Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.



Início de nutrição enteral mínima com função trófica, deve ser iniciado tão cedo quanto paciente clinicamente estável, usando leite materno esgotado, sendo administrado por sonda orogástrica em pequenos volumes e intervalos de 4 a 12 horas. Inicialmente em volumes de 10 a 15 ml/Kg/dia. Posteriormente com incrementos conforme tolerância clínica. Se possível, iniciar nas primeiras 24 horas de vida.

6.1.4. Sepses neonatal

6.1.4.1 Manejo do RN cuja mãe recebeu profilaxia antibiótica antes do parto



Avaliação diagnóstica completa:

- Hemograma completo;



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 13 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

- PCR;
- Hemocultura;
- Rx tórax;
- Punção lombar.

Avaliação diagnóstica restrita:

- Hemograma completo;
- PCR.

6.1.4.2 Manejo do RN cuja mãe não recebeu profilaxia antibiótica antes do parto

Fatores de risco maiores	Fatores de risco menores
Bolsa rota > 18h	Febre materna intraparto (>37,5°C)
Febre materna intraparto (>38°C)	Gemelaridade
Corioamnionite	Prematuridade
Taquicardia fetal mantida (>160bpm)	Leucocitose materna (> 15.000)
	Bolsa rota > 12h
	Distúrbio respiratório
	Colonização materna por Strepto B
	Apgar <5 no 1º minuto
	Peso nascimento < 1.500g

RN assintomático e com fator de risco:

- Rastrear com:

- Hemograma completo;
- PCR;
- Hemocultura;

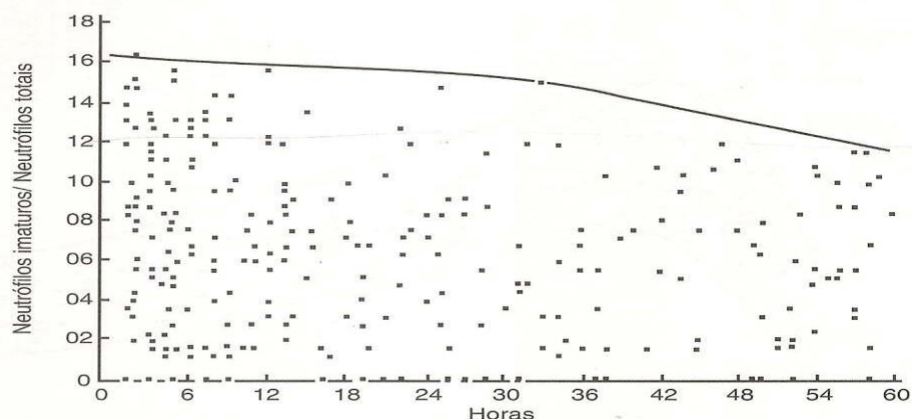
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade**Responsável:** Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

- Rx tórax;
- Punção lombar.
- Iniciar antibioticoterapia;
- Suspender após 72h se exames negativos.

RN sintomático:

- Rastrear com:
 - Hemograma completo;
 - PCR;
 - Hemocultura;
 - Rx tórax;
 - Punção lombar.
- Iniciar antibioticoterapia
- Avaliar resultado dos exames:
 - Negativos - tratar por 10 dias;
 - Hemocultura positiva - 10 a 14 dias;
 - Meningite Bacteriana Aguda por - 14 a 21 dias;
 - Reavaliar evolução.

5. Relação de neutrófilos imaturos/neutrófilos totais.

Fonte: MONROE, B.L. et al. *J Pediatr*, 95 (1): 91, 1979.

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

6.1.4.3 Esquemas de antibioticoterapia na UTI Neonatal / Unidade de Cuidados Intermediários

Sepse neonatal precoce (manifestação até 72 horas de vida)

1º esquema: Ampicilina + Gentamicina (cobertura para cocos gram-positivos e bacilos gram-negativos).

Observação: em casos de seps / meningite por *Listeria monocytogenes* substitui-se a penicilina por ampicilina.

2º esquema: Oxacilina + Amicacina (cobertura para bactérias hospitalares como *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* e bacilos gram-negativos - *E coli*; *Enterobacter spp*; *Klebsiella spp*; *Pseudomonas aeruginosa*).

Observação: na ausência/falta de Ampicilina substitui-se Ampicilina por Penicilina cristalina.

Doses de antibióticos UTI NEO
pctes menores de 2000g ou 34 sem – Neofax 2010

Arb	IGC	Dias	Intervalo	Dose	
Ampicilina	≤ 29	0 a 28 > 28	12 8	300 mg/kg/d	
	30 a 36	0 a 14 > 14	12 8		
	37 a 44	0 a 7 > 7	12 8		
	≥ 45	todos	6		
Gentamicina	≤ 29 *	0 a 7 8 a 28 ≥ 29	48 36 24	5 4 4	* ou asfixia, PDA ou tto indometacina
	30 a 34	0 a 7 ≥ 8	36 24	4,5 4	
	≥ 35	todos	24	4	
Cefotaxima	≤ 29	0 a 28 > 28	12 8	50 mg/kg/dose	
	30 a 36	0 a 14 > 14	12 8		
	37 a 44	0 a 7 > 7	12 8		
	≥ 45	todos	6		
Vancomicina	≤ 29	0 a 28 > 28	18 12	Bacteremia: 10 mg/kg/dose Meningite: 15 mg/kg/dose	
	30 a 36	0 a 14 > 14	12 8		
	37 a 44	0 a 7 > 7	12 8		
	≥ 45	todos	6		

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

Amicacina	≤ 29 *	0 a 7 8 a 28 ≥ 29	48 36 24	18 15 15	* ou asfixia, PDA ou tto indometacina
	30 a 34	0 a 7 ≥ 8	36 24	18 15	
	≥ 35	todos	24	15	
Cefepime		Prematuro e a termo ≤ 28 dias: 30 mg/kg/dose de 12/12h Prematuro e a termo > 28 dias: 50 mg/kg/dose de 12/12h			
Piracilina-Tazobactam	≤ 29	0 a 28 > 28	12 8	50 a 100 mg/kg/dose (peperacilina)	
	30 a 36	0 a 14 > 14	12 8		
	37 a 44	0 a 7 > 7	12 8		
	≥ 45	todos	8		
Meropenem	Sepsis	IG ≤ 32	≤ 14 dias > 14 dias	12/12 h 8/8 h	*melhor funcionamento em infusões > 30 min (até 4h)
	20 mg/kg/dose	IG ≥ 32	≤ 7 dias > 7 dias	12/12 h 8/8 h	
	Meningite	40 mg/kg/dose de 8/8 h			*e infecções pseudomonas
Anfotericina B		1 a 1,5 mg/kg de 24/24h, em 2 a 3 h			
Fluconazol	≤ 29	0 a 14 > 14	48 24	Ataque: 12 a 25 mg/kg após 6 a 12 mg/kg	
	30 ou mais	0 a 7 > 7	48 24	Profilaxia: 3mg/kg – 2 x/semana	

Sepse neonatal tardia (manifestação após 72 horas de vida)

1º esquema: Vancomicina + Amicacina (cobertura para bactérias hospitalares como *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* e bacilos gram-negativos - *E coli*; *Enterobacter pss*; *Klebsiella spp*; *Pseudomonas aeruginosa*).

Observação: em caso de resistência, a oxacilina pode ser substituída por vancomicina.

2º esquema: Vancomicina + Cefepime ou Cefotaxime - usar preferencialmente em infecções por bactérias resistentes.

Meropenem - reservar para germes multirresistentes.

	Padrão nº: PTL-MULTI-01	
	Estabelecido em: 01/03/2016	
	Página 17 de 45	
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

Fluconazol ou Anfotericina B - reservar para infecções fúngicas confirmadas.

6.1.5 Icterícia

6.1.5.1 Determinação da Bilirrubinemia

A apresentação da icterícia é céfalo-caudal. Kramer em 1969 dividiu o RN em 5 zonas, correlacionando-as com os níveis séricos de BI:

- Zona 1 - cabeça e pescoço (5,0 - 4,3 a 7,8mg/dl);
- Zona 2 - até cicatriz umbilical (8,9 - 5,4 a 12,2mg/dl);
- Zona 3 - até joelhos e cotovelos (11,8 - 8,1 a 16,5mg/dl);
- Zona 4 - até tornozelos e punhos (15 - 11,1 a 18,8mg/dl);
- Zona 5 - palmas das mãos e plantas dos pés (>15mg/dl).

Avaliação subjetiva, podendo variar de acordo com a cor da pele do RN e com a iluminação do ambiente.

Não é útil na identificação da hiperbilirrubinemia >12mg/dl.

Todo recém-nascido ictérico deve ter pelo menos uma medida de bilirrubina total e frações.

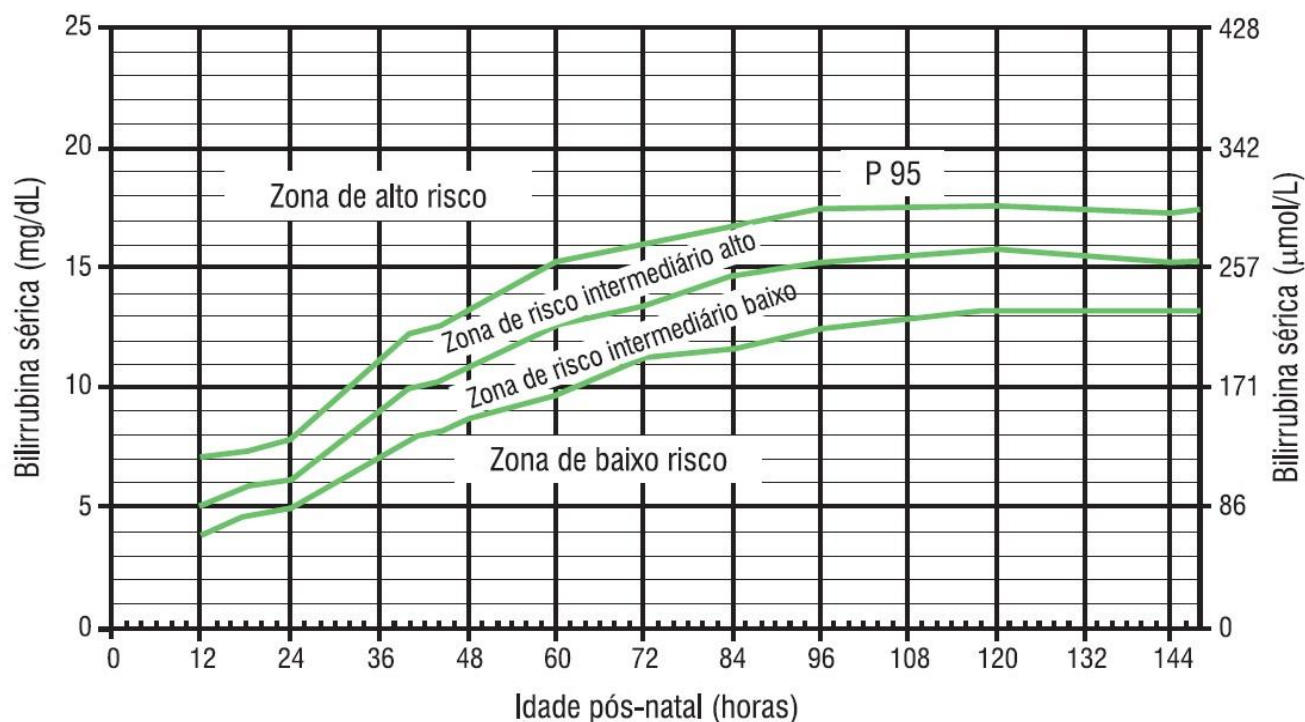
6.1.5.2 Previsão de hiperbilirrubinemia grave em Recém-nascido termo ou próximo ao termo

Bhutani e colaboradores desenvolveram um gráfico baseado na primeira BT obtida entre 18 e 72 horas de vida em RN com IG ≥ 35 semanas e PN ≥ 2500 g ou IG ≥ 36 semanas e PN ≥ 2000 g; saudáveis, Coombs direto negativo e sem evidência de hemólise. Classificaram os RN de acordo com o risco de hiperbilirrubinemia grave em 4 grupos:

- Risco baixo - BT < p40 entre 18 e 72 horas;
- Risco intermediário inferior - BT entre p40 e 75;
- Risco intermediário superior - BT entre p76 e 95;
- Risco alto - BT > p95.

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.



6.1.5.3 Critérios sugestivos de icterícia patológica

- Aparecimento antes das 24 horas de vida;
- BT >4mg/dl em sangue de cordão;
- Aumento de BI superior a 0,5mg/h entre 4 e 8 horas nas primeiras 36 horas de vida;
- Aumento de BI superior a 5mg/dl/dia;
- BT ≥13mg/dl em RNT;
- BT ≥10mg/dl em RNPT;
- Presença de icterícia por mais de 10 dias em RNT;
- Presença de icterícia por mais de 21 dias em RNPT.

6.1.5.4 Investigação - icterícia precoce

- BT e frações;
- Tipo sanguíneo da mãe e do RN;



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 19 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

- Coombs direto do sangue do cordão ou do RN;
- Pesquisa de anticorpos maternos anti-D (Coombs direto) se mãe Rh negativo;
- Pesquisa de anticorpos anti-A ou anti-B no sangue de cordão ou do RN se mãe tipo O e RN tipo A ou B;
- Pesquisa de anticorpos maternos para antígenos irregulares (anti-c, anti-E, anti-Kell, etc.) se RN com Coombs direto positivo;
- Hb e Hto para evidenciar anemia ou policitemia;
- Morfologia das hemácias, contagem de reticulócitos e esferócitos;
- Dosagem quantitativa de G6PD.

6.1.5.5 Indicações em prematuros

INDICAÇÕES DE FOTOTERAPIA EM PREMATUROS < 35 SEMANAS

PESO	BT
< 1000g	4 mg/dl
1001 - 1500g	6 mg/dl
1501 - 2000g	8 mg/dl
> 2000g	10 mg/dl

INDICAÇÕES DE EXSANGUINEOTRANSFUSÃO EM PREMATUROS < 35 SEMANAS

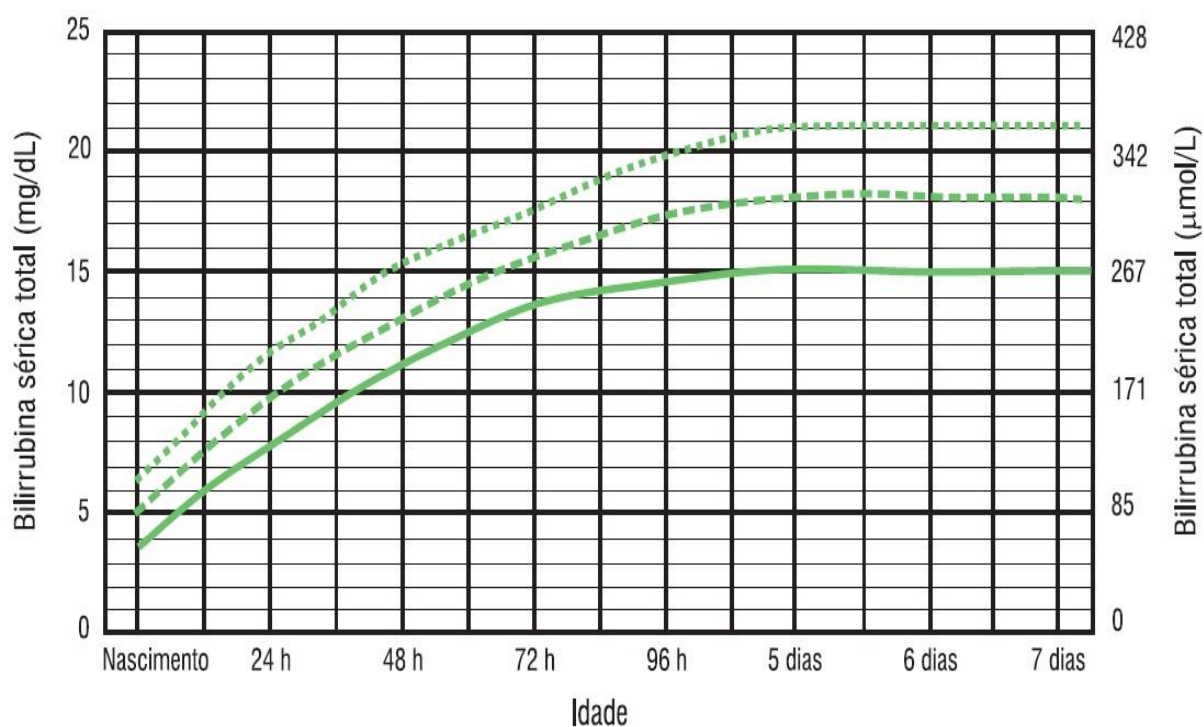
PESO	BT
< 1000g	8 - 10 mg/dl
1001 - 1500g	10 - 12 mg/dl
1501 - 2000g	15 - 17 mg/dl
> 2000g	17 - 20 mg/dl

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

6.1.5.6 Indicações em RN a termo

FOTOTERAPIA

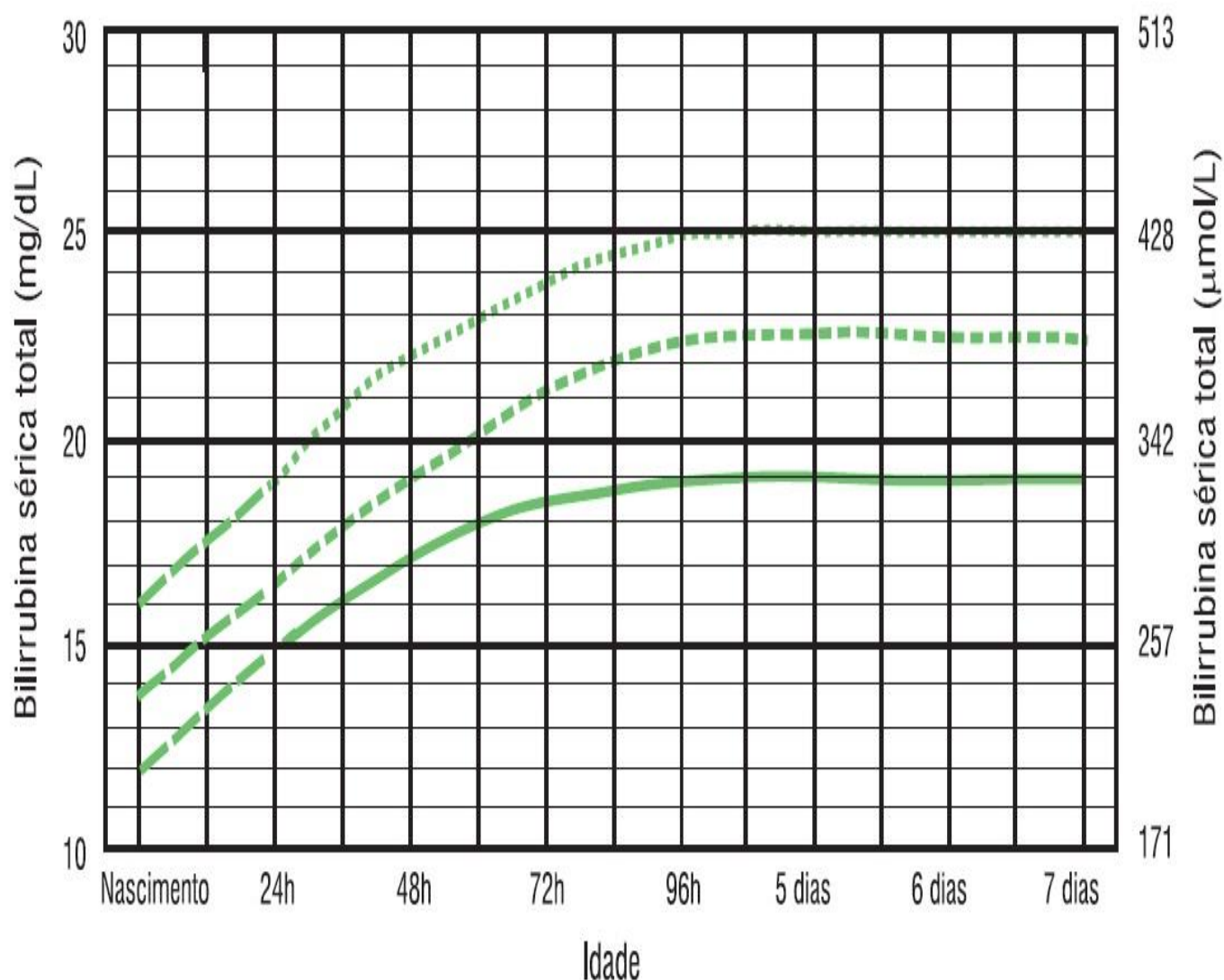


- Recém-nascido de menor risco (≥ 38 semanas e sadios);
- Recém-nascido de risco intermediário (≥ 38 semanas + fatores de risco ou 35-37 6/7 semanas e sem fatores de risco);
- Recém-nascido de maior risco (35-37 6/7 semanas + fatores de risco);

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

6.1.5.7 Exsanguineotransfusão

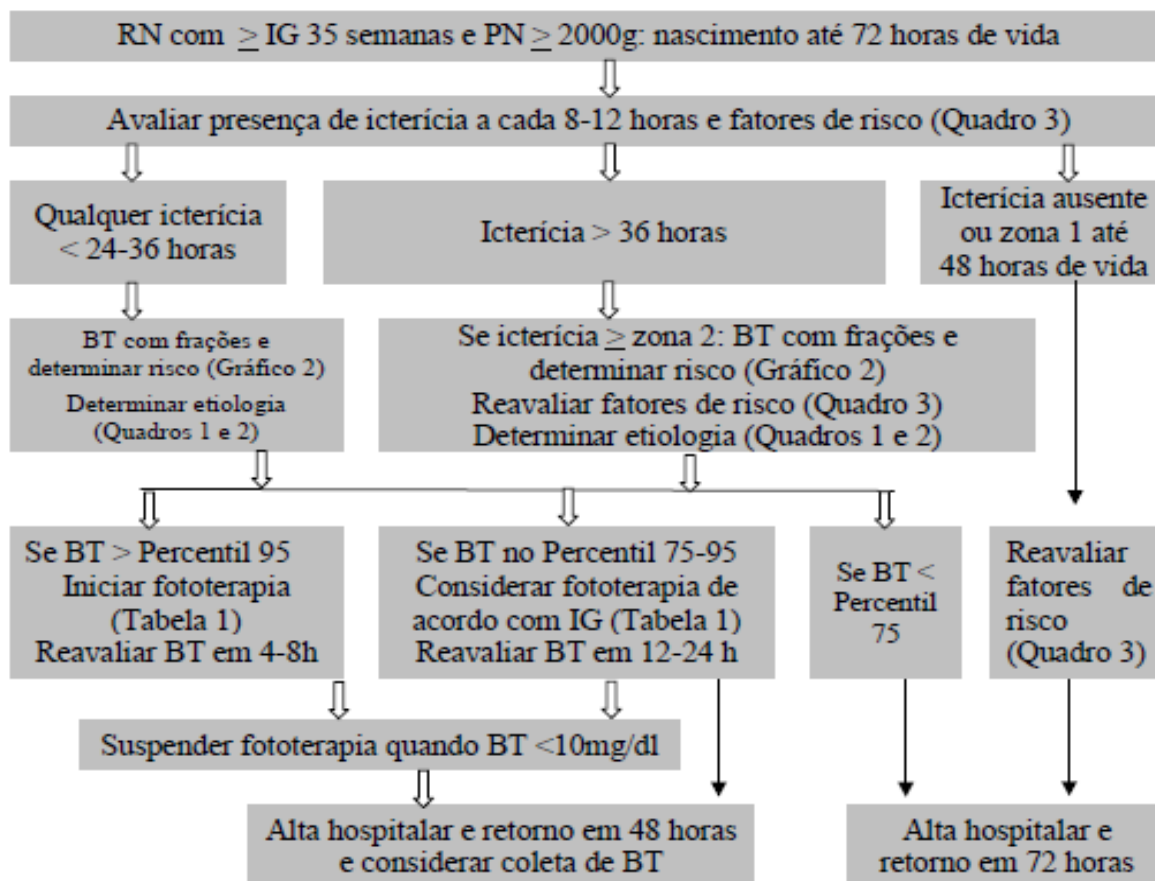


- Recém-nascido de menor risco (≥ 38 semanas e sadios);
- Recém-nascido de risco intermediário (≥ 38 semanas + fatores de risco ou 35-37 6/7 semanas e sem fatores de risco);
- Recém-nascido de maior risco (35-37 6/7 semanas + fatores de risco).

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

6.1.5.8 Roteiro diagnóstico da icterícia - RN termo



6.1.5.9 Indicações da Exsanguineotransfusão

Ao nascimento:

- BT de cordão > 4mg/dl;
- Hemoglobina de cordão ≤ 12mg/dl;
- Hidropsia fetal;
- ICC por anemia grave.

Após o nascimento:

- Velocidade de hemólise após pelo menos 6 horas de fototerapia >0,5mg/dl/h;



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 23 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

- Hiperbilirrubinemia segundo gráficos acima.

Técnica da Exsanguineotransfusão:

- Volume = 2 volemias = 160ml/kg;
- Bolsa com hematócrito entre 55 e 60% e com tempo de estocagem < 72h;
- Prova cruzada entre o soro materno e o sangue doador;
- Retirar e infundir em alíquotas de 10 a 15ml, em velocidade lenta;
- Tipagem sanguínea:
- Incompatibilidade Rh - TS do RN com Rh neg ou TS O neg;
- Incompatibilidade ABO - hemácias tipo O e plasma compatível com TS e Rh do RN;
- Icterícia não-hemolítica - TS do RN.

Controles Laboratoriais:

- Início - gasometria; Na; K; Ca; glicemia; Hb / Hto; bilirrubinas; leucograma e plaquetas;
- Término - gasometria; Na; K; Ca; glicemia; Hb / Hto; bilirrubinas; leucograma e plaquetas;
- 2h após o término - gasometria; Na; K; Ca; glicemia; bilirrubinas;
- 8h após o término - gasometria; Na; K; Ca; glicemia; bilirrubinas; Hb / Hto; leucograma e plaquetas.

6.1.6 Retinopatia da prematuridade (F.O)

CRITÉRIOS:

- Peso de nascimento $\leq 1500\text{g}$;
- Idade Gestacional ≤ 30 semanas.



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 24 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

MOMENTO DO EXAME:

- 4 a 6 semanas de vida.

SEGUIMENTO:

- F.O. normal ou ROP estágio I - exames mensais;
- ROP estágio II - exames quinzenais;
- ROP estágio III - exame semanal.

ESTÁGIOS DA ROP:

- Linha de demarcação bem definida;
- Espessamento da linha de demarcação;
- Proliferação vascular e fibrose em direção ao vítreo;
- Descolamento parcial da retina:
- Sem acometimento da mácula;
- Com acometimento da mácula;
- Descolamento total da retina.
- Doença plus - ingurgitamento e tortuosidade dos vasos, independente do estágio da ROP.

6.1.7 Ecografia cerebral

CRITÉRIOS:

- Peso de nascimento $\leq 1500\text{g}$;
- Idade Gestacional ≤ 32 semanas.

MOMENTO DO EXAME:

- Entre 1° e 5° dia de vida;
- Repetir a cada 10- 14 dias, conforme evolução clínica e sintomas.



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 25 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

6.1.8 Rotina osteopenia da prematuridade

CRITÉRIOS:

- Peso de nascimento $\leq 1500\text{g}$;
- Idade Gestacional ≤ 32 semanas;
- Nutrição parenteral prolongada;
- Displasia broncopulmonar;
- Uso crônico de diuréticos;
- Doença hepática.

MOMENTO DO EXAME:

- 3 semanas de vida.

SEGUIMENTO:

- Exames a cada 4 semanas até o termo.

EXAMES:

- Cálcio sérico;
- Fósforo sérico;
- Fosfatase alcalina.

6.2 ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM

NO CENTRO OBSTÉTRICO

• Coletar dados clínicos maternos, de acordo com a SBP condições maternas listadas no quadro a seguir chamam a atenção para a possibilidade de que técnicas de reanimação avançada no nascimento. Segue abaixo a tabela com as entidades maternas, fetais e placentárias associadas a dificuldade na transição pós-natal do RNPMT:

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

Problemas Pré-Natais	Problemas no Trabalho de Parto e Parto
Assistência pré-natal ausente	Trabalho de parto prematuro
Idade materna <16 anos ou >35 anos	Rotura de membranas superior a 18 horas
Hipertensão na gestação	Corioamnionite
Diabetes	Trabalho de parto maior do que 24 horas
Doenças maternas	Período expulsivo superior a 2 horas
Óbito fetal ou neonatal prévio	Bradicardia fetal
Aloimunização ou anemia fetal	Anestesia geral
Hidropsia fetal	Descolamento prematuro de placenta
Infecção materna	Placenta prévia
Polidrâmnio ou oligoâmnio	Prolapso ou rotura de cordão
Amniorrexe prematura	Nó verdadeiro de cordão
Gestação múltipla	Hipertonía uterina
Crescimento intrauterino restrito	Uso de opioides 4 horas anteriores ao parto
Malformação fetal	Sangramento intraparto significativo
Uso de álcool, tabaco ou drogas	Uso de fórceps ou extração a vácuo
Diminuição da atividade fetal	Parto taquicárdico

Fonte: SBP: Reanimação do prematuro <34 semanas em sala de parto, 2016.

- Sempre que ocorrer um nascimento de prematuro a enfermeira do Centro Obstétrico ou da UTI Neonatal deve estar presente para a recepção do mesmo;
- Solicitar para UTI Neonatal torpedão de oxigênio;
- Estabilizar e manter temperatura da sala para o nascimento de 23 a 26°C;
- Higienizar as mãos antes e após cada cuidado e ou procedimento realizado;
- Todo material necessário para a reanimação deve ser preparado, testado e estar disponível em local de fácil acesso, antes do nascimento:
 - Organizar berço aquecido com o pacote de recém-nascido;
 - Dispor sob o campo estéril bulbo nasal, cord-clamp, luva estéril;
 - Disponibilizar saco plástico de polietileno e touca;
 - Disponibilizar fonte de oxigênio umidificado, ambu e máscara de silicone neonatal pequena;
 - Material de intubação, testar laringoscópio;
 - Sistema de vácuo com sonda de aspiração nº 06 para PMT extremos;
- Incubadora de transporte aquecida - deve ser aquecida imediatamente após a

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Padrão nº: PTL-MULTI-01
		Estabelecido em: 01/03/2016
		Página 27 de 45
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

confirmação do parto ou cesárea;

- Após o clampeamento do cordão umbilical o RNPM é acomodado em berço aquecido com fonte de calor, com a cabeça posicionada para o médico pediatra;
- Secar a pele e envolvê-lo em saco plástico de poliuretano, manter a temperatura do recém-nascido;
- Todos os procedimentos a seguir devem ser realizados com o recém-nascido envolvido no saco plástico;
- O saco plástico só será retirado depois da estabilização térmica na unidade de terapia intensiva neonatal;
- Colocar a touca na cabeça;
- Auxiliar médico assistente na assistência ao recém-nascido;
- Iniciar manobras de reanimação neonatal de necessário; (PTL-BER-03 - Reanimação neonatal em sala de parto);
- Quando recém-nascido clinicamente estável:
- Realizar a administração da vacina contra hepatite B no músculo vasto lateral do membro inferior direito; (POP-BER-06 - Administração de Vacina contra Hepatite B);
- Realizar o registro da vacina na caderneta da criança, na planilha de controle de aplicação vacina contra Hepatite B e no caderno de controle de saída da vacina contra hepatite B;
- Realizar a administração de vitamina K no músculo vasto lateral do membro inferior esquerdo;
- Realizar aferição de medidas antropométricas (POP-BER-05 - Medidas antropométricas);
- Realizar impressão plantar na nota de admissão do paciente ao centro obstétrico, registrar a impressão na caderneta da criança e no antebraço do pai;
- Realizar a identificação do RN colocando a pulseira de identificação no tornozelo do membro inferior direito, atentar para não garrotear o membro;
- Verificar sinais vitais do RN;



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 28 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

- Frequência cardíaca;
- Frequência respiratória;
- Temperatura;
- Preencher a DNV, anexar via amarela na caderneta de saúde da criança, a via branca colocar na caixa de DNV no posto de enfermagem do CO e a via rosa anexar nota de admissão do paciente ao centro obstétrico;
- Realizar o registro nas notas de gastos e nota de taxas (quando for convênio IPE);
- Registrar a recepção do RN na evolução de enfermagem do berçário;
- Transporte para a UTI Neonatal havendo indicação para cuidados intensivos:
 - Para qualquer RNPMT <34 semanas, transferir do centro obstétrico à unidade neonatal em incubadora de transporte de parede dupla;
 - Esta incubadora deve ser mantida com a bateria carregada e ligada à rede elétrica até o momento do transporte propriamente dito;
 - Recomenda-se, no transporte do RNPMT, manter a temperatura da incubadora entre 35-37°C;
 - O saco plástico que envolve o corpo do paciente e a touca devem ser mantidos durante o transporte e retirados após a chegada ao destino, quando já houver estabilidade térmica, com a temperatura axilar entre 36,5 e 37,5°C;
 - Comunicar UTI Neonatal quando o transporte será realizado.

NA UTI NEONATAL

- Acomodar em berço aquecido os recém-nascidos com peso ao nascer superior a 1800g e em incubadora os com peso inferior a 1800g;
- Controlar homeostasia térmica do RNPMT mantendo um ambiente termoneutro na incubadora constantemente, bem como umidade entre 40 e 60%. Seguindo tabela a baixo:
Zonas de Temperatura nas Primeiras Semanas de Vida, de Acordo com o Peso e o Número de Dias* (SCOPES & AHMED, 1966).



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 29 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

Idade e Peso	Temperatura Inicial (°C)	Limites de Temperatura
0 - 6 horas		
Abaixo de 1.200g	35,0	34,0 - 35,4
1.201g - 1.500g	34,1	33,9 - 34,4
1.501g - 2.500g	33,4	32,8 - 33,8
Acima de 2.500g 32,0 - 33,8 (>36 semanas)	32,9	32,0 - 33,8
6 - 12 horas		
Abaixo de 1.200g	35,0	34,0 - 35,4
1.201g - 1.500g	34,0	33,5 - 34,4
1.501g - 2.500g	32,8	32,2 - 33,8
Acima de 2.500g (>36 semanas)	32,4	31,4 - 33,8
Idade e Peso	Temperatura Inicial (°C)	Limites de Temperatura
12 - 24 horas		
Abaixo de 1.200g	34,0	34,0 - 35,4
1.201g - 1.500g	33,8	33,3 - 34,3
1.501g - 2.500g	32,8	31,8 - 33,8
Acima de 2.500g (>36 semanas)	32,4	31,8 - 33,7
24 - 36 horas		
Abaixo de 1.200g	34,0	34,0 - 35,0
1.201g - 1.500g	33,6	33,1 - 34,2



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 30 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

1.501g - 2.500g	32,6	31,6 - 33,6
Acima de 2.500g (>36 semanas)	32,1	30,7 - 33,5
36 - 48 horas		
Abaixo de 1.200g	34,0	34,0 - 35,0
1.201g - 1.500g	33,5	33,0 - 34,0
1.501g - 2.500g	32,5	31,4 - 33,5
Acima de 2.500g (>36 semanas)	31,9	30,5 - 33,3
48 - 72 horas		
Abaixo de 1.200g	34,0	34,0 - 35,0
1.201g - 1.500g	33,5	33,0 - 34,0
1.501g - 2.500g	32,3	31,2 - 33,4
Acima de 2.500g (>36 semanas)	31,7	30,1 - 33,2
Idade e Peso	Temperatura Inicial (°C)	Limites de Temperatura
72 - 96 horas		
Abaixo de 1.200g	34,0	34,0 - 35,0
1.201g - 1.500g	33,5	33,0 - 34,0
1.501g - 2.500g	32,2	31,1 - 33,2
Acima de 2.500g (>36 semanas)	31,3	29,8 - 32,8



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 31 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

4 - 12 dias		
Abaixo de 1.500g	33,5	33,0 - 34,0
1.501g - 2.500g	32,1	31,0 - 33,2
de 2.500g (e >36 semanas)		
4 - 5 dias	31,0	29,5 - 32,6
5 - 6 dias	30,9	29,4 - 32,3
6 - 8 dias	30,6	29,0 - 32,2
8 - 10 dias	30,3	29,0 - 31,8
10 - 12 dias	30,1	29,0 - 31,4
12 - 14 dias	33,5	32,6 - 34,0
Abaixo de 1.500g		
1.501 - 2.500g	32,1	31,0 - 33,2
Acima de 2.500g (>36 semanas de gestação)	29,8	29,0 - 30,8
2 - 3 semanas		
Abaixo de 1.500g	33,1	32,2 - 34,0
1.501 - 2.500g	31,7	30,5 - 33,0
Idade e Peso	Temperatura Inicial (°C)	Limites de Temperatura
3 - 4 semanas		
Abaixo de 1.500g	32,6	31,6 - 33,6
1.501 - 2.500g	31,4	30,0 - 32,7



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 32 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

4 - 5 semanas		
Abaixo de 1.500g	32,0	31,2 - 33,0
1.501 - 2.500g	30,9	29,5 - 35,2
5 - 6 semanas		
Abaixo de 1.500g	31,4	30,6 - 32,3
1.501 - 2.500g	30,4	29,0 - 31,8

FONTE: Klaus M, Fanaroff A. The physical environment. In: Care of the high risk neonate, 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2001.

* Em termos gerais, os menores neonatos em cada grupo de peso necessitam de temperatura no segmento mais alto da faixa térmica. Dentro de cada faixa etária os neonatos mais jovens precisam de temperaturas mais altas.

- Providenciar e instalar monitorização indicada (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial média, pressão arterial não-invasiva e temperatura);
- Providenciar acesso venoso periférico em primeiro momento;
- Providenciar material para intubação endotraqueal e suporte ventilatório;
- Nos casos de necessidade de surfactar, realizar aspiração do tubo endotraqueal antes de administrar o surfactante e aguardar de 4 a 6 horas para realizar nova aspiração após a administração;
- Providenciar monitorização de débito urinário e glicemia;
- Aprazar e revisar a prescrição médica para iniciar o tratamento;
- Realizar cartão de medicações conforme prescrição médica;
- Realizar Sistematização da Assistência de Enfermagem, registrando abaixo da evolução da enfermeira o volume total de cada medicação a ser administrada nas 24 horas;
- Realizar teste de glicemia capilar periférica;
- Coletar exames laboratoriais conforme solicitação médica;
- Respeitar a hora de descanso do prematuro, sendo esta uma hora de sono, sem

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	
	Padrão nº: PTL-MULTI-01	Estabelecido em: 01/03/2016
	Página 33 de 45	
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

manuseio e estímulos luminosos e sonoros, uma vez ao turno;

- Colocar som relaxante sempre que possível;
- Reduzir estímulos sonoros e luminosos;
- Agrupar e ser breve na realização dos procedimentos, observando os sinais de estresse do RN, como choro, tremor de queixo, levantamento de sobrancelhas, rigidez muscular e inquietação;
- Manter manuseio mínimo de 72 horas para recém-nascidos com peso inferior a 1500g e/ou com idade gestacional igual ou inferior a 35 semanas, mantendo o RN em decúbito dorsal e com cabeça alinhada ao corpo;
- Após liberação para manuseio, manter cabeça alinhada com o corpo durante posicionamento;
- Oferecer polvo para recém-nascido apenas quando não estiver com restrição de manuseio e com peso superior a 1.500gr;
- Manter o RNPT em posição confortável no leito, utilizando coxins, rolinhos, “ninhos” com auxílio de cobertores;
- Manusear o RN através das portinholas da incubadora, evitando ao máximo abri-las;
- Durante a exposição a fototerapia utilizar protetor ocular, verificando aspecto dos olhos a cada 4 horas;
- Utilizar o mínimo possível de fitas adesivas sobre a pele do RN, não utilizar adesivo filme para acesso periférico de RN com peso inferior a 1.300kg;
- Realizar aspiração do tubo endotraqueal e das vias aéreas somente quando for necessário, nos casos de ausculta de presença de secreção, queda de saturação de oxigênio ou visualização de secreção no tubo endotraqueal;
- Realizar alternância de posição do oxímetro de pulso a cada 4 horas;
- Verificar sinais vitais a cada duas horas ou conforme prescrição médica;
- Realizar curativo em coto umbilical com álcool a 70% 4 vezes ao dia e observar aspecto do mesmo;
- Caso médico assistente ou plantonista, informar que será passado cateter umbilical,

	Padrão nº: PTL-MULTI-01	
	Estabelecido em: 01/03/2016	
	Página 34 de 45	
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

manter no coto umbilical compressa de gaze embebida em soro fisiológico constantemente até a realização do procedimento;

- Ofertar sucção não nutritiva com soro glicosado 5% antes de realizar procedimentos invasivos e e/ou dolorosos para pacientes fora da ventilação mecânica;
- Nos RNPT com peso < 1500g utilizar agulha 13x4,5 ao realizar coleta de exames laboratoriais e gasometria arterial em artéria radial;
- Verificar peso diariamente, para prematuros extremos e instáveis discutir com médicos a forma de controle de peso, evitar peso diário;
- Mensurar perímetro cefálico e estatura em RNPT com peso ao nascer $\leq 1500g$, uma vez por semana toda segunda-feira;
- Realizar hidratação corporal com ácidos graxos essenciais e utilizar luvas plásticas estéreis para manipular os RNPT com peso $\leq 1500g$;
- Nos RNPT com peso superior a 1500g hidratar a pele com Proderme e aplicar na região perianal Bepantol;
- Realizar sondagem orogástrica com sonda gástrica nº6 em RN com peso inferior a 1800g e sonda gástrica nº8 em RN com peso superior a 1800g. Realizar a troca das mesmas a cada 5 dias conforme rotina da SCIRAS;
- Antes de administrar a dieta conforme prescrição médica, verifica-se presença de resíduo gástrico e caso apresente verifica-se aspecto e volume do mesmo;
- Realizar passagem de cateter central de inserção periférica (PICC) em RN com necessidade de terapia endovenosa por mais de 7 dias (Antibioticoterapia), em RNPT e de baixo peso (<1500g), com necessidade de obter e manter acesso venoso profundo por tempo prolongado, administrar soluções hiperosmolares (ex: nutrição parenteral total (NPT), solução glicosada em concentrações maiores que 12,5% e amins vasoativas) e administrar soluções vesicantes e irritantes;
- No momento da internação preservar um membro superior e um inferior para passagem de PICC;
- Realizar passagem de cateter central de inserção periférica preferencialmente em

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Padrão nº: PTL-MULTI-01
		Estabelecido em: 01/03/2016
		Página 35 de 45
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

membros superiores, principalmente se RN tiver peso inferior a 1500g;

- Realizar flush de 1ml a cada 6 horas em PICC monolumem e de 0,5ml em cada via em PICC duplolumem;
- Manusear o PICC somente com luvas plásticas estéreis, realizando desinfecção das conexões antes de administrar as medicações endovenosas;
- Realizar flushing e medicações em PICC somente com seringa de 10 ml;
- Realizar higiene das mãos antes e após contato com paciente, materiais e equipamentos;
- Preparar a nutrição parenteral total do recém-nascido utilizando luvas cirúrgicas estéreis, máscara descartável, gorro e campo estéril;
- Realizar curativo em cateter central de inserção periférica (PICC) com filme transparente a cada 7 dias, porém o primeiro curativo após a passagem do cateter deve ser realizado no segundo dia.
- Higiene corporal dos prematuros: Peso inferior a 1000g: Higienizar 1 vez por semana com compressa úmida, conforme avaliação do enfermeiro e somente para RN estáveis, já com vários dias de vida;
- Peso entre 1000 e 1500g: Higienizar duas vezes por semana com compressa úmida e sabonete neutro ou banho de imersão, utilizando bacia esterilizada e individualizada; Peso entre 1501 e 1700g: Banho de imersão em dias alternados; Peso superior a 1700g: banho de imersão diário.
- Realizar troca de fraldas a cada duas horas pesando as mesmas e anotar peso na folha de sinais vitais, descontando o peso da fralda seca;
- Balanço hídrico rigoroso de 6 em 6 horas e de 24 horas;
- Nos casos de RN em ventilação mecânica, realiza-se a troca das traqueias do ventilador mecânico e dos filtros autoclaváveis e descartáveis a cada 30 dias, salvo o filtro hepa que é a cada 7 dias;
- Troca dos filtros das incubadoras a cada 90 dias;
- Realizar escala de avaliação da dor do recém-nascido, realizando o manuseio da dor

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Padrão nº: PTL-MULTI-01
		Estabelecido em: 01/03/2016
		Página 36 de 45
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

com métodos não farmacológicos quando necessário;

- Realizar classificação de risco no turno da manhã diariamente pelo enfermeiro;
- Realizar avaliação diária do PICC pelo enfermeiro e preencher o chek list de controle do mesmo;
- Preencher corretamente a placa de identificação do RN (deve conter: Idade gestacional, idade corrigida, peso de nascimento, peso atual e demais dados relevantes para o cuidado da equipe multidisciplinar);
- Manter anexado no berço aquecido ou incubadora as pulseiras de identificação do RN;
- Realizar contato pele a pele o mais precoce possível, depois que RN sair da campânula, avaliando quadro clínico do mesmo.

NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

Todo recém-nascido prematuro inferior a 37 semanas gestacionais, sendo ele proveniente da UTI Neonatal, berçário ou sala de recuperação, deve ser seguido os seguintes cuidados:

- Transporte deve ser realizado apenas em berço comum;
- Realizar passagem de plantão de forma clara entre as equipes;
- Realizar a conferência da pulseira de identificação do RN e da mãe, antes do cuidado;
- Preencher corretamente a placa de identificação do RN;
- Higienizar as mãos de acordo com os cinco momentos determinados pelo Ministério da Saúde;
- Orientar pais e familiares, quanto os cuidados e as rotinas da unidade de internação, perante o RN prematuro.
- Realizar os cartões de medicações conforme medicações prescritas, e fazer a conferência do mesmo diariamente;
- Verificar sinais vitais a cada início de turno e quando necessário conforme a prescrição médica (Temperatura, Frequência cardíaca, Frequência respiratória e Saturação);
- Realizar higiene em coto umbilical com álcool 70%.



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 37 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

- Verificar eliminações fisiológicas;
- Preservar um membro superior e um membro inferior para possível passagem de PICC, se necessário;
- Coletar exames laboratoriais conforme solicitação do médico plantonista ou assistente;
- Se recém-nascido apresentar alteração clínica/sinais vitais comunicar enfermeiro e médico assistente;
- Orientar e auxiliar a mãe na amamentação;

Cuidados com Cateter Central de Inserção Periférica PICC

- Realizar flush de 1ml a cada 6 horas em PICC monolumem e de 0,5ml em cada via em PICC duplolumem;
- Manusear o PICC somente com luvas plásticas estéreis, realizando desinfecção das conexões antes de administrar as medicações endovenosas;
- Realizar flushing e medicações em PICC somente com seringa de 10 ml;
- Realizar higiene das mãos antes e após contato com paciente, materiais e equipamentos;
- Realizar curativo em cateter central de inserção periférica (PICC) com filme transparente a cada 7 dias;
- Realizar avaliação diária do PICC pelo enfermeiro;
- Retirar PICC após o final da terapia pelo enfermeiro conforme a orientação médica e registrar em formulários.

Cuidados com Cateter Venoso Periférico

- Realizar punção venosa periférica, pelo enfermeiro, com cateter cano curto flexível;
- Realizar troca do cateter a cada 5 dias;
- Manuseio com técnica asséptica, realizando assepsia de conexões com álcool 70%;
- Realizar avaliação diária do cateter venoso periférico pelo enfermeiro;



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 38 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

- Avaliar acesso antes de aplicar medicações (extravasamento de medicação, flebites, obstrução);
- Realizar flushing após as medicações 0,5 ml de SF 0,9%.

Cuidados com Sonda Naso/Orogástrica

- Antes da administração de dieta verifica-se o posicionamento da sonda;
- Antes de administrar a dieta conforme prescrição médica, verifica-se presença de resíduo gástrico e caso apresente verifica-se aspecto e volume do mesmo;
- Administrar dieta por gavagem ou bomba de seringa ou infusão;
- Realizar troca da sonda gástrica a cada 5 dias;
- Realizar troca da sonda enteral a cada 60 dias.

6.3 ASSISTÊNCIA FISIOTERÁPICA

Antes de iniciar qualquer intervenção é fundamental estabelecer um programa de atendimento fisioterápico, que inclui a definição clara dos objetivos terapêuticos, determinação das prioridades e a aplicação rigorosa das técnicas escolhidas. Além disso, o programa deve prever a reavaliação contínua da efetividade e da eficácia das técnicas utilizadas e a ocorrência de complicações, no sentido de modificar as estratégias de atendimento de acordo com a evolução do quadro. É interessante ressaltar que o fato de algumas técnicas serem contraindicadas em algumas situações clínicas dos RNs, não exclui a participação do profissional fisioterapeuta no acompanhamento de sua evolução e na participação de outras intervenções em conjunto com a equipe multiprofissional tais como: intubação, desmame, extubação, reanimação cardiorrespiratória, manejo e cuidados com a ventilação pulmonar mecânica (VPM) invasiva e não invasiva e com a oxigenioterapia.

Conduta da fisioterapia:

- Paciente interna no UTI Neonatal com prescrição de Fisioterapia por médico plantonista;



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 39 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

- Verificar as condições clínicas do RN antes do atendimento fisioterápico e definir a conduta a ser realizada. Devem ser respeitadas as seguintes condições: quadro clínico, peso, curva de ganho ponderal ascendente, sinais de estresse, sono profundo e horários de recebimento de dieta (realizar intervenção após 50 minutos);
- A fisioterapia possui objetivos para cada fase do RN definindo a melhor conduta a partir do quadro clínico. A prioridade inicial no atendimento é a fisioterapia respiratória, posteriormente o profissional avalia a melhor conduta de fisioterapia motora para o RN, estimulando seu desenvolvimento;
- A avaliação fisioterapêutica bem como o atendimento é registrado na folha de evolução da fisioterapia, caso haja alguma intercorrência a equipe de enfermagem e médico plantonista serão comunicados;
- O manuseio mínimo é indicado por 72 horas para RNs com idade gestacional inferior a 35 semanas e/ou peso inferior a 1500g, neste período o RN deve permanecer em decúbito dorsal e com a cabeça alinhada ao corpo;
- No momento da alta da UTI Neonatal é definido com o médico plantonista ou assistente a necessidade ou não de manter a prescrição de fisioterapia. Se mantém a prescrição dar-se-á continuidade aos atendimentos conforme avaliação fisioterápica e necessidade do RN, caso contrário o médico suspende prescrição de fisioterapia.

Fisioterapia respiratória:

- Apoio diafragmático (técnica de ponte): auxilia na redução da FR e no desconforto respiratório;
- Drenagem Autógena Assistida (DAA): indicada para desobstrução brônquica;
- Posicionamento: tem o objetivo de favorecer a mecânica ventilatória, minimizando os fatores predisponentes do RN à fadiga, concentrando-se o mínimo de esforço respiratório e despendendo menos energia;



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 40 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

- Aspiração: sua indicação baseia-se na evidência de sinais diretos ou indiretos de acúmulo de secreção nas vias aéreas ou tubo endotraqueal. Devemos aumentar em 20% de oxigênio antes de cada aspiração;
- Desobstrução rinofaríngea: indicado na evidencia de acúmulo de secreção, mas sem a necessidade de aspiração;
- Reequilíbrio tóracoabdominal -Método RTA: tem como finalidade incentivar e melhorar a ventilação pulmonar através;
- Estímulo diafragmático: estimular respirações espontâneas em RNs recém extubados ou com frequência respiratória baixa;
- Aceleração do Fluxo Expiratório Lenta (AFEL): mobiliza secreções dos pequenos brônquios até as vias aéreas periféricas;
- Expiração Lenta e Prolongada (ELPr): técnica que visa carrear secreções de vias brônquicas de médio calibre;
- Vibrocompressão: esta manobra é indicada para higiene brônquica e contraindicada para de extremo baixo peso, na presença de enfisema intersticial não drenado e na hemorragia pulmonar;
- Compressão e Descompressão: tem como objetivo a melhora da oxigenação arterial e da capacidade pulmonar, a reexpansão de áreas pulmonares fechadas e a mobilização de secreções;
- Bag squeezing: promove a desobstrução pulmonar a reexpansão pulmonar.

Fisioterapia motora:

- Sinais de Aproximação: estimular e realizar os sinais de aproximação a fim de obter a tolerância a um estímulo de forma a interpretá-lo como prazeroso;
- Posicionamento: a atenção para com o posicionamento correto do bebê está associada a um gasto mínimo de energia, durante a aplicação de qualquer tipo de estimulação e no intervalo entre os manuseios deverá ser considerado o correto alinhamento do RN. Para RNs com mais de 35 semanas e acima de 1500g a troca de decúbito deve ser realizada com a

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Padrão nº: PTL-MULTI-01
		Estabelecido em: 01/03/2016
		Página 41 de 45
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

frequência de 2 a 4 horas e posicionar corretamente o bebê em decúbito ventral, dorsal ou lateral;

- Aproximação da articulação: promove a melhora da estabilidade articular;
- Alongamento: estimula o relaxamento e previne encurtamentos musculares;
- Estímulo de Sucção: avalia e estimula a sucção do RN, este só é iniciado quando a criança não faz mais uso de oxigênio;
- Estimulação Vestibular: pode ser promovida por meio do balanço do RN, em várias direções e planos, este estímulo auxilia no ganho de peso e na redução do estresse do RNPT, promovendo melhor auto-regulação e melhor desenvolvimento;
- Estimulação tátil-cinestésica: A estimulação tátil deve ser feita, preferencialmente, pelo toque das mãos do fisioterapeuta, contribuindo significativamente para o seu desenvolvimento à medida que promove sua integração com o meio, aumenta a sensação de segurança, promove o relaxamento, melhora da função gastrointestinal e geniturinária e acelera o ganho de peso diário, diminuindo o tempo de internação hospitalar;
- Exercícios terapêuticos: auxilia no relaxamento das musculaturas e articulações e estimula movimentos e posicionamentos;
- Estímulo visual: promove o desenvolvimento visual ao RN através de imagens com contraste de cores;
- Banho de ofurô: promove o relaxamento do RN, diminuindo o estresse e promovendo ganho de peso. É indicado em RN com peso acima de 1.250 gramas, estáveis clinicamente, com resolução da doença de base, em nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo).

6.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A atenção farmacêutica é um conjunto de práticas profissional onde o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção é o compendio das atitudes, dos comportamentos, dos compromissos, das responsabilidades e das habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente (FERRACINI et.al, 2011).



PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Padrão nº: PTL-MULTI-01

Estabelecido em:
01/03/2016

Página 42 de 45

Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade

Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.

Uma das principais atividades do farmacêutico clínico é a análise da prescrição médica. Essa análise conjunta do prontuário e da situação clínica do paciente, permite analisar quanto às doses, vias de administração, frequência, diluição dos medicamentos, concentração e tempo adequada para infusão, aprazamento, compatibilidades intravenosas, reações e interações medicamentosas. (FERRACINI et.al, 2011).

O farmacêutico clínico deve sempre levar em consideração as particularidades da fisiologia dos neonatos as quais poderão interferir nos cuidados de administração dos medicamentos.

Portanto, o farmacêutico clínico, com seus conhecimentos técnicos na área, aliados ao conhecimento da população e das principais complicações que podem ser encontradas na unidade, do perfil dos medicamentos da unidade, dos protocolos que monitorem as condutas e a terapêutica, é peça fundamental na prevenção de erros de medicação, segurança nos processos medicamentosos e na eficácia e melhoria da terapêutica (FERRACINI et.al, 2011).

Contudo, o farmacêutico contribuirá com a equipe multidisciplinar para a obtenção de resultados clínicos positivos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes em protocolo de prematuridade, analisando diariamente a prescrição médica avaliando:

- A posologia;
- Diluição;
- Interação do medicamento com outros fármacos e com alimento;
- Via de administração;
- Incompatibilidade em Y;
- Revisão do cálculo de volume final da Nutrição Parenteral Terapêutica (NPT);
- Monitorar as possíveis reações adversas;
- Avaliar junto com a equipe médica e de enfermagem, aspectos relacionados à diluição dos medicamentos, manuais de diluição, horários de administração de medicamentos críticos;
- Participar dos rounds semanais realizados na UTI Neonatal;
- Orientar pais e familiares antes da alta hospitalar, caso necessário.

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Padrão nº: PTL-MULTI-01
		Estabelecido em: 01/03/2016
		Página 43 de 45
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

6.5 ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

6.5.1 Procedimento Padrão do Serviço de Nutrição em Neonatologia

A Avaliação Nutricional é realizada somente quando solicitada pelo médico assistente e/ou rotineiro da UTI neonatal no período de até 72 horas;

Já nas unidades de internação a Avaliação Nutricional será realizada em até 24 horas após a solicitação do médico exceto nos casos de finais de semana e feriados, sendo que nesses, o prazo máximo será de até 72 horas;

Para proceder à avaliação, a Nutricionista dirige-se até o setor, segue a conduta de paramentação e cuidados específicos do local;

Analisa o prontuário do RN;

Realiza a avaliação nutricional e define a conduta dietoterápica a partir dos seguintes critérios:

1. Avaliação dos dados antropométricos disponíveis: peso diário aferido em balança, perímetro cefálico com aferição semanal (somente para RN $\leq 1,5\text{Kg}$); altura/ comprimento aferido em estadiamento ou estimado pela altura do joelho ou envergadura semanalmente (somente para RN $\leq 1,5\text{Kg}$); curva de crescimento para classificação do estado nutricional;
2. Avaliação laboratorial: acompanha os seguintes exames: albumina, transferrina e hemoglobina;
3. Determinar a via de alimentação e o método de administração de acordo com o funcionamento do trato gastrointestinal (TGI);

Após definição da conduta o acompanhamento nutricional será realizado a cada dois dias (de acordo com o nível de assistência) com evolução e registro em prontuário.

6.5.2 Recomendação Nutricional - RN Pré-termo

A nutrição adequada do recém-nascido pré-termo tem por objetivos suprir suas necessidades e promover crescimento e desenvolvimento adequados, sem efeitos indesejáveis

	Padrão nº: PTL-MULTI-01	
	Estabelecido em: 01/03/2016	
	Página 44 de 45	
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

como acidose metabólica, persistência do canal arterial, enterocolite necrosante, hipercolesterolemia, hiperuricemia, entre outros.

A oferta de calorias e distribuição de macronutrientes deve seguir:

- Energética: 120 a 160 kcal/kg/dia
- Proteína: 2,5 a 3 g/kg/dia
- Lipídeos: 0,5 a 1,5 g/kg/dia
- Necessidade hídrica: 80 a 160 ml/kg/dia

Documentos de Referência para Atendimento às Diretrizes

PTL-BER-03 - Reanimação neonatal em sala de parto

POP-BER-06 - Administração de Vacina contra Hepatite B

POP-BER-05 - Medidas antropométricas

Indicadores

- % De pacientes prematuros que evoluíram para complicações durante a internação.

Referências Bibliográficas

BELEZA, Ludmylla; CHAGAS, Ana Clara Costa. **Protocolo de manuseio mínimo: UTI Neonatal** - Hospital Materno Infantil de Brasília. 27 Ago 2014. Disponível em: <http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Protocolo_Manuseio_Minimo.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil está entre os dez países com o maior número de partos prematuros, aponta OMS.** 29 Julho 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/brasil-esta-entre-os-dez-paises-com-o-maior-numero-de-partos-prematuros-aponta-oms>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do Recém-nascido: Guia para Profissionais de Saúde.** Brasília, DF. 2011. Disponível em:

	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	Padrão nº: PTL-MULTI-01
		Estabelecido em: 01/03/2016
		Página 45 de 45
Atividade: Protocolo de atendimento à Prematuridade Responsável: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Farmacêuticos.		

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf>. Acesso em: 17 fev.2016.

KLAUS M, Fanaroff A. **The physical environment**. In: Care of the high risk neonate, 5TM ed. Philadelphia: WB Saunders, 2001.

LOPES, F.A.; BRASIL, A.L. **Nutrição e Dietética em clínica Pediátrica**. ed. Atheneu. 2003.

RADES,Érica; BITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB, Marcelo. **Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Vol.26 n.8. Rio de Janeiro. Set. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004000800010>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

XAVIER, Swya Oliveira, et al; **Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: Reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal**. Rev. Enf. UERJ. Rio de Janeiro, dez. 2012. pg: 814-8. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6036>>. Acesso em: 14 fev. 2016.