

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Atenção Humanizada ao Recém-Nascido

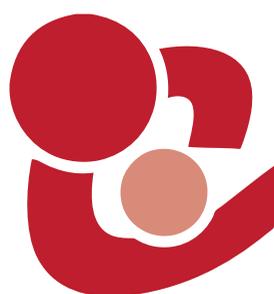
 **Método
anguru**

Diretrizes de Cuidado



Brasília – DF
2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas



Atenção
Humanizada ao
Recém-Nascido

Método
anguru

Diretrizes
de Cuidado



1º edição revisada

Brasília – DF
2019

2019 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição revisada – 2019 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
Edifício Anexo - St. de Administração Federal Sul Q 1 G-
4º andar - B CEP: 70058-900 Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9070
E-mail: crianca@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/crianca

Organização:

Zeni Carvalho Lamy
Luiza Geaquinto Machado
Geisy Maria de Souza Lima
Sérgio Tadeu Martins Marba

Elaboração:

Denise Streit Morsch
Eremita Val Rafael
Francisca da Silva Souza
Luiza Geaquinto Machado
Maria Thereza Cera Sanches
Marinese Herminia Santos
Marynéa Silva do Vale
Monique Kelly Duarte Lopes
Nicole Gianini
Rebeca Raposo
Roberta Borges Correia de Albuquerque
Roberta Costa
Sérgio Tadeu Martins Marba
Suzane Oliveira de Menezes
Zaira Aparecida de Oliveira Custódio
Zeni Carvalho Lamy

Revisão técnica:

Eremita Val Rafael
Joama Gusmão
Roberta Borges Correia de Albuquerque

Colaboração:

Rosimeiry Pereira Santos

Foto da capa:

Edgar Soares da Rocha

Capa, projeto gráfico e diagramação:

Fabiano Bastos

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Luciana Cerqueira Brito
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Método canguru : diretrizes do cuidado – 1ª ed. revisada – [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

80 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf>
ISBN 978-85-334-2619-1

1. Política nacional de saúde. 2. Método canguru. 3. Saúde da criança. I. Título.

CDU 613.95

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2019/0073

Título para indexação:

Kangaroo Method: care guidelines

Sumário

	Introdução	5
	Primeira etapa	7
	Segunda etapa	9
	Terceira etapa	11
Acompanhamento de gestantes em cuidados especializados		13
	Cuidados individualizados ao RN na sala de parto	15
	Admissão do recém-nascido na unidade neonatal	17
Visita dos profissionais de Saúde à mãe após o nascimento e internação do RN na UN		19
	Primeiro encontro da mãe ao seu filho na UN	21
	Intervenções no meio ambiente da UN	23
	Cuidados posturais	27
Cuidados durante a realização de procedimentos invasivos		33
	Manejo da dor	35
	Nutrição do RNPT	39
	Outros cuidados com o recém-nascido	45
	Vacinação na unidade neonatal	51
	Visitas	55
	Grupos de discussão	59
	Grupos de verbalização	61
	Reunião de convivência	63
Cuidados com a família em situação de risco psicossocial		65
	Redes sociais de apoio	69
	Alta hospitalar	71
	Consulta da 3ª etapa	73
Trabalhando a perda na unidade neonatal		75
	Cuidando do cuidador	77
	Referências	79

Introdução

O Método Canguru é uma política nacional de saúde que integra um conjunto de ações voltadas para a qualificação do cuidado ao recém-nascido (RN) e sua família. Este método compreende três etapas nas quais a equipe de profissionais da Unidade Neonatal (UN) deve estar preparada para oferecer um atendimento de Saúde qualificado, observando a individualidade de cada criança e de sua história familiar. Inclui também a preocupação com a saúde integral dessa equipe no desempenho de suas funções e com o ambiente hospitalar, abordando o acolhimento e a segurança nos cuidados neonatais, que devem ser adequados a cada momento evolutivo do RN.

A **primeira etapa** tem início no pré-natal, com a identificação de situação de risco que indique a necessidade de cuidados especializados para a gestante, os quais podem ou não acarretar a internação do recém-nascido (RN) em uma Unidade Neonatal, quer seja na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo). Nesse momento a preocupação maior é facilitar a aproximação da família com o RN, diminuindo prováveis riscos quanto ao processo de interação e à formação do vínculo entre os pais e a criança. Nesta etapa, recomenda-se a posição canguru o mais precoce possível e a participação da dupla parental na rotina de cuidados neonatais.

A **segunda etapa** ocorre na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) onde a mãe, apoiada e orientada pela equipe de Saúde, assume a maior parte dos cuidados com seu filho. São ainda objetivos dessa etapa a continuidade do aleitamento materno, esclarecer as dúvidas em relação ao RN e praticar a posição canguru, que deve ser realizada pelo maior tempo possível.

A **terceira etapa** inicia-se com a alta hospitalar e envolve o cuidado com o recém-nascido e sua família no espaço extra-hospitalar. Nesta etapa, o acompanhamento acontece com a parceria entre a maternidade de origem e a Unidade Básica de Saúde (UBS), com o objetivo de acompanhar as primeiras semanas da criança, em seu domicílio. Para isto é organizada uma agenda de visitas domiciliares, consultas hospitalares e atendimento na UBS mais próxima da residência, além de orientações quanto aos cuidados especializados.

Neste material você encontra as diretrizes para a rotina de cuidados ao recém-nascido durante as essas três etapas, atendendo às propostas contidas na *Norma da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru*. As informações teóricas e mesmo práticas presente nessas diretrizes, encontram-se descritas de forma pormenorizada no **Manual do Método Canguru** terceira edição.

Recomendamos a leitura deste manual para fortalecer o profissional de saúde no exercício de suas atividades com a criança que recebe os Cuidados Canguru.

Buscando uma adequada orientação, inicialmente serão apresentadas as diretrizes que norteiam o trabalho em cada uma das etapas propostas pelo Método Canguru e posteriormente serão descritas as diretrizes propostas para diferentes rotinas de cuidados.

Primeira etapa

A primeira etapa inicia-se na detecção da gestação de risco para o nascimento de criança com necessidade de cuidados intensivos neonatais e continua na UTIN e/ou UCINCo durante a internação do RN.

1. Detectar com as equipes de profissionais da Saúde, que cuidam de gestantes, mulheres cujos filhos poderão necessitar de cuidados intensivos neonatais.
2. Oferecer a estas mulheres, e aos seus acompanhantes, orientações básicas sobre o percurso do recém-nascido e sua família na Unidade Neonatal.
3. Apoiar a presença do(a) companheiro(a) da mulher ou de um acompanhante de sua escolha durante o parto e o nascimento.
4. Possibilitar que o pai ou o(a) acompanhante da mãe participe da transferência do RN para a UN, para receber as notícias iniciais da internação da criança.
5. Manter a mãe informada sobre a situação do RN, enquanto ela estiver impossibilitada de ir à UN.
6. Estimular o acesso livre e precoce dos pais à UN.
7. Garantir que a primeira visita dos pais na UN seja acompanhada pelos profissionais de saúde do local de internação do RN.
8. Facilitar a interação pai/RN, estimulando a proximidade da dupla parental com seu filho.
9. Iniciar o contato pele a pele (posição canguru) entre a mãe/pai e o RN, assim que ambos se mostrarem disponíveis e a criança apresentar estabilidade clínica.
10. Oferecer orientação e suporte ao aleitamento materno.
11. Estimular e orientar a participação da mãe e do pai nos cuidados com o RN.
12. Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores do bem-estar da criança.
13. Comunicar aos pais as peculiaridades do seu filho e demonstrar continuamente as suas competências.
14. Orientar e valorizar as observações da mãe na detecção de sinais de alerta emitidos pelo RN, tais como: hipotermia, apneia, refluxo gastroesofágico, letargia e mudanças de comportamento.
15. Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da UN, tais como odores, luzes e ruídos. Orientar os membros da equipe a não utilizar rádio, TV e aparelhos celulares na UN.

16. Garantir ao RN medidas de proteção do estresse e da dor, tais como agrupar os cuidados neonatais, utilizar medidas não farmacológicas de controle da dor antes, durante e após os procedimentos desconfortáveis e dolorosos, permitir o descanso e o sono.
17. Utilizar posicionamento adequado do RN, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo seu desenvolvimento. Isso pode ser conseguido com a contenção ao redor do corpo utilizando ninho, rolinhos e cueiros.
18. Realizar a discussão em equipe sobre o estado clínico e indicações de intervenções para cada um dos recém-nascidos.
19. Adequar o cuidado, manejos e manuseios, de acordo com as necessidades individuais comunicadas pela criança.
20. Assegurar à mãe o suporte necessário após o parto para sua permanência no hospital por pelo menos cinco dias.
21. Assegurar à mãe, que retorna ao domicílio, as seguintes condições:
 - a. Vinda diária ao hospital, a fim de manter contato com o seu filho e receber apoio e orientação na extração do leite.
 - b. Se possível, auxílio para passagem em transporte coletivo.
 - c. Refeições durante sua permanência no hospital.
 - d. Espaço adequado que permita descanso, que sirva para atividades recreativas e de conagração com a equipe de Saúde e demais famílias.
22. Garantir aos irmãos dos recém-nascidos, acesso à unidade neonatal para visitá-los, desde que acompanhados por um membro da equipe de Saúde.
23. Possibilitar a entrada dos avós, ou outra pessoa da escolha e/ou da rede de apoio dos pais na UN de acordo com o horário preestabelecido.
24. Avaliar e orientar o acesso de familiares em momentos de intercorrências clínicas, respeitando a realização dos cuidados da equipe de Saúde.
25. Nos casos de RNs destinados à adoção, promover atividades próprias de “Maternagem” e de “Paternagem” durante toda a rotina de cuidados na UN.

Segunda etapa

A segunda etapa é realizada na Unidade de Cuidado Intermediário Canguru – UCINCa.

Critérios para elegibilidade da mãe

1. Desejo e disponibilidade de tempo para participar da segunda etapa, que pressupõe a permanência da mãe no ambiente hospitalar (UCINCa) com o filho internado, com consenso entre mãe, familiares e profissionais da Saúde.
2. Disponibilidade para realizar os cuidados de rotina com o filho na UCINCa com orientação e apoio da equipe.
3. Capacidade de reconhecer sinais de alerta em seu filho.
4. Estar motivada e segura para realizar a posição canguru pelo maior tempo possível neste período de internação na UCINCa.
5. Ter interesse e gradativamente aprender a colocar seu filho na posição canguru de forma independente.
6. Presença de rede familiar e/ou social de apoio, facilitadoras da permanência da mãe na UCINCa.

Critérios para elegibilidade da criança

1. Estabilidade clínica.
2. Nutrição enteral plena.
3. Peso mínimo de 1.250 g.

Observação

– A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes, assim como mães que não podem amamentar não são contra-indicações para a ida e a permanência da díade mãe-bebê na UCINCa.

Cuidados com a mãe e o recém-nascido

1. Orientar e auxiliar a mãe na amamentação e extração de leite, na higiene do RN, na troca de fraldas, no banho, no posicionamento da criança quando esta se encontra na posição canguru ou mesmo quando no berço.
2. Realizar reunião da equipe multiprofissional com os pais das crianças internadas na Unidade Neonatal, com encontros semanais.
3. Estimular a participação do pai ou outra figura de referência da díade mãe-bebê.

4. Avaliar e apoiar as necessidades maternas que determinem sua ausência em alguns períodos da rotina na UCINCa.
5. Realizar atividades recreativas, educativas e de lazer, respeitando a disponibilidade materna e adequando-as para que sejam realizadas com o RN na posição canguru.
6. Estimular a visita de familiares e da rede social de apoio.
7. Disponibilizar equipe multiprofissional ativa para oferecer suporte e apoio contínuo aos pais e cuidados de rotina com os recém-nascidos.
8. Realizar exame físico, controle de sinais vitais e peso diário do RN.
9. Realizar condutas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais.

Observar os seguintes critérios familiares para a alta da segunda etapa

1. Mãe segura, psicologicamente motivada e bem orientada para continuar os cuidados da criança em casa.
2. Familiares conscientes quanto aos cuidados do RN.
3. Rede de apoio familiar e social presente e ativa.
4. Compromisso materno e paterno de realizar a posição canguru pelo maior tempo possível, no domicílio.
5. Condição de rápido deslocamento, estrutura da atenção básica ou familiar para levar a criança ao hospital a qualquer momento que seja necessário.

Observar os critérios da criança para a alta da segunda etapa

1. Peso mínimo de 1.600 g.
2. Sucção exclusiva ao peito, ou excepcionalmente com complemento.
3. Ganho de peso adequado nos três dias que antecedem a alta.

Terceira etapa

A terceira etapa acontece no domicílio com o suporte ambulatorial da maternidade de origem e da Unidade Básica de Saúde.

1. Realizar exame físico completo da criança.
2. Avaliar o crescimento (peso, comprimento e perímetro cefálico), considerando a idade gestacional corrigida.
3. Orientar a permanência em posição canguru com o pai ou a mãe pelo maior tempo possível.
4. Realizar a primeira consulta até 48 horas após a alta. As demais deverão ser agendadas pelas equipes de Saúde e da UBS. Sugerem-se três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana até que atinja o peso de 2.500 g, quando receberá alta da terceira etapa.
5. Avaliar a amamentação.
6. Observar o equilíbrio psicoafetivo entre a família e a criança, oferecendo orientação e suporte.
7. Avaliar a presença da rede de apoio e incentivar a sua manutenção.
8. Orientar e acompanhar tratamentos especializados tais como, exame oftalmológico, avaliação auditiva, fisioterapia motora, entre outras.
9. Orientar sobre puericultura e cuidados diários.
10. Orientar o esquema adequado de imunizações.
11. Identificar situações de vulnerabilidade psicossocial, principalmente no momento das visitas domiciliares feitas pelas equipes da UBS.
12. Realizar a primeira consulta preferencialmente com profissional médico e de enfermagem da Unidade Neonatal de origem.
13. Oferecer à família atendimento de outros membros da equipe multiprofissional, tais como fonoaudiólogas, psicólogas, fisioterapeutas e assistentes sociais.
14. Ter agenda aberta, permitindo retorno caso a criança necessite.

Observação

- Após o peso de 2.500 g, a criança e sua família recebem alta do Método Canguru e seu acompanhamento passa a ser realizado no ambulatório de seguimento do hospital ou referência no município/estado e/ou na UBS.

Acompanhamento de gestantes em cuidados especializados

Objetivos

- Conhecer a mulher/gestante que se encontra em cuidados especializados, quer seja em pré-natal especializado ou internação obstétrica, com o risco de internação de seu filho em uma unidade neonatal.
- Estabelecer um canal de informações e esclarecimentos, caso haja dúvidas ou solicitações da mulher e seu companheiro.
- Facilitar ao casal conhecer a UN e iniciar um processo de vinculação com a equipe de Saúde neonatal.
- Estimular o cuidado compartilhado pela equipe multiprofissional da obstetrícia com a UN.

Diretrizes

1. Estabelecer com a equipe obstétrica uma rotina de identificação das gestantes encaminhadas para cuidados especializados.
2. Realizar contato com as gestantes sob cuidados especializados, em ambulatório ou internação, a partir da indicação da equipe obstétrica, identificando-se e disponibilizando-se para informações referentes a uma possível internação do RN em uma unidade neonatal.
3. Identificar a presença do (a) companheiro (a) ou de um (a) acompanhante da mulher gestante e promover contatos para informações e esclarecimentos quanto às prováveis necessidades do RN.
4. Possibilitar a visita prévia da gestante e acompanhante à Unidade Neonatal, quando houver risco de internação do recém-nascido. Após a visita responder aos questionamentos para ajudar na compreensão das informações.
5. Participar de uma ou mais visitas clínicas da equipe de Saúde de obstetrícia, à beira do leito da gestante, apresentando-se como membro da equipe de Saúde que irá cuidar de seu filho, caso ele seja internado na UN.
6. Informar aos demais membros da equipe de Saúde neonatal sobre suas observações da avaliação inicial da família, especialmente na presença de dificuldades psicossociais.

Cuidados individualizados ao RN na sala de parto

Objetivos

- Padronizar normas e diretrizes para garantir uma assistência integral e qualificada ao RN, de forma humanizada, nos primeiros momentos após o nascimento.
- Nortear o profissional de saúde em suas ações durante o cuidado para promover a estabilização do RN, o mais rápido possível, e favorecer o vínculo dos pais com o seu filho.

Diretrizes

1. Garantir a participação do pai ou de um acompanhante, respeitando o desejo da mãe durante o processo do parto e do nascimento.
2. Verificar a existência de todos os equipamentos e materiais necessários para o atendimento ao RN de acordo com Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).
3. Certificar-se da temperatura de sala de parto entre 23°C a 26°C, conforme recomendação do PRN/SBP.
4. Realizar higienização das mãos.
5. Receber o RN após o nascimento, em campo estéril previamente aquecido.
6. Envolver os RN pré-termo com idade gestacional menor que 34 semanas em saco de polietileno (30 x 50 cm) e colocar touca dupla (plástico e lã/ algodão) para evitar perda de calor e hipotermia.
7. Avaliar as condições gerais (frequência cardíaca, respiração) e conduzir o atendimento conforme as diretrizes do PRN/SBP.
8. Possibilitar, sempre que possível, que a mãe veja e toque seu RN ainda na sala de parto, antes que ele seja levado para a UN.
9. Informar a mãe, na situação de parto de emergência, quando ainda não ocorreu um contato inicial entre a mulher, o(a) acompanhante e a equipe de Saúde neonatal, que o RN necessita de cuidados que serão realizados na UN.
10. Explicar brevemente os procedimentos que estão sendo realizados com seu filho e incentivar a permanência do (a) acompanhante junto à mulher. O pai poderá acompanhar seu RN até a UN.

11. Em RN com boa vitalidade, realizar o clampeamento oportuno do cordão umbilical.
12. Em RN com boa vitalidade e a termo, colocá-los em contato pele a pele monitorando seus sinais vitais. Nos recém-nascidos pré-termo tardios realizar os primeiros cuidados e em seguida colocá-los em contato pele a pele, se mantiverem boa vitalidade.
13. Nos RN com idade gestacional abaixo de 34 semanas e/ou sem boa vitalidade, seguir as “Diretrizes da Reanimação Neonatal do PRN SBP”.
14. Proceder à identificação do RN, com o uso de pulseira com o nome completo da mãe, número de registro e informações do nascimento do RN. A mãe deverá receber pulseira semelhante.
15. Realizar as medidas antropométricas (peso, comprimento e perímetro cefálico).
16. Realizar a profilaxia da oftalmia neonatal nos cuidados com o recém-nascido, segundo protocolo do Ministério da Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde local.
17. Administrar vitamina K para prevenir doença hemorrágica do recém-nascido.
18. Realizar vacina para hepatite B.
19. Realizar os procedimentos descritos anteriormente com o RN em posição confortável, minimizando o estresse.
20. Realizar os registros necessários em prontuário.
21. Informar aos pais as condições de nascimento do RN.
22. Garantir a transferência do RN para a Unidade Neonatal, caso seja necessário, em incubadora de transporte previamente aquecida, segundo a tabela de peso/temperatura da incubadora e acompanhado do pediatra.

Peso ao Nascer	Temperatura da incubadora
< 1.001 g	36-37°C
1.001-2.000 g	35-36°C
2.001-3.000 g	34-35°C

23. Acionar a central de regulação de vagas neonatais para a transferência da criança para uma Unidade Neonatal, caso o nascimento ocorra em unidades de saúde primária ou secundária.

Admissão do recém-nascido na unidade neonatal

Objetivos

– Estabelecer normas e diretrizes para garantir assistência integral e qualificada ao RN, de forma humanizada, na admissão na UN.

Diretrizes

1. Antes de receber o RN, o profissional de saúde deve retirar relógios, pulseiras, anéis e/ou alianças e higienizar as mãos. Acomodá-lo em leito adequado às suas necessidades, em posição confortável, preferencialmente em um ninho.
2. Monitorizar o RN e realizar os procedimentos necessários, preferencialmente em dupla e agrupados, observando os sinais comportamentais, tendo cuidado com excesso de procedimentos simultâneos.
3. Apresentar-se ao pai ou outro familiar presente, colocando-se à disposição para informações, e esclarecer quanto ao direito de livre acesso e permanência dos pais durante a internação do RN.
4. Orientar os pais ou outro familiar presente quanto à retirada de relógios, pulseiras, anéis e/ou alianças e a correta higienização das mãos e acompanhá-los até o leito.
5. Informar sobre as condições de Saúde do RN, equipamentos em uso e rotinas da unidade de forma individualizada. Considerar o momento e a situação de cada família. Evitar excesso de informações no primeiro contato e usar linguagem de fácil compreensão.
6. Promover o primeiro contato com a mãe, buscando conhecer suas necessidades e informando-a sobre o seu filho e sobre os cuidados que ele vem recebendo.
7. Tornar o ambiente o mais acolhedor possível. Escutar atentamente os pais, para minimizar dificuldades e sanar dúvidas.
8. Incentivar o aleitamento materno com a extração de leite, na beira do leito, o mais cedo possível e estimular a ida da mãe ao banco de leite ou ao posto de coleta.
9. Registrar em prontuário os procedimentos e as atividades realizados com o RN, incluindo a presença de pais e familiares.

Visita dos profissionais de Saúde à mãe após o nascimento e internação do RN na UN

Objetivos

- Estabelecer uma rotina de visita dos profissionais de Saúde à mãe após a internação do RN na UN.
- Manter a mãe informada sobre as condições clínicas e comportamentais de seu filho.

Diretrizes

1. Identificar os novos recém-nascidos admitidos na Unidade Neonatal.
2. Buscar informações sobre o recém-nascido com a equipe de Saúde e no prontuário.
3. Observar as condições clínicas, aspectos comportamentais, peso, alimentação e modalidades de assistência respiratória utilizada pelo RN, se for o caso.
4. Observar o RN durante alguns minutos para obter informações próprias sobre ele.
5. Dirigir-se à unidade de internação onde a mãe se encontra.
6. Apresentar-se à mãe, identificando-se e informando o objetivo da visita.
7. Falar com a mãe em linguagem clara e acessível.
8. Perguntar à mãe quais as informações que já recebeu sobre o seu filho e se deseja conversar sobre elas.
9. Informar à mãe as condições do seu filho.
10. Estimular a mãe a visitar o RN na UN e a buscar informações com a equipe de Saúde, sempre que considerar necessário.
11. Realizar visitas regulares à mãe até que ela possa ir à Unidade Neonatal.
12. Mostrar-se disponível para acompanhá-la, caso a mãe se encontre apta a ir até a UN.
13. Avaliar a possibilidade de levar o recém-nascido, clinicamente estável, ao encontro da mãe, caso ela esteja impossibilitada de ir à UN.
14. Verificar com a mãe se ela já foi orientada sobre sua participação nos cuidados com o RN.

15. Informar à mãe quanto à disponibilidade da equipe multiprofissional para o atendimento ao recém-nascido e sua família.
16. Incentivar a participação da mãe nas atividades desenvolvidas na UN.
17. Incentivar o aleitamento materno com a extração de leite o mais cedo possível, preferencialmente até 6 horas após o nascimento, sempre levando em consideração o estado clínico e a vontade da mãe. Estimular a ida da mãe ao banco de leite ou ao posto de coleta. A extração do leite também poderá ser realizada à beira do leito, cumprindo-se as normas de prevenção para redução da contaminação.

Primeiro encontro da mãe ao seu filho na UN

Objetivo

- Estabelecer uma rotina de acolhimento à mãe no primeiro encontro com seu filho na Unidade Neonatal.

Diretrizes

1. Levar a mãe o mais precoce possível até a UN, mesmo se for necessário em cadeira de rodas.
2. Conversar com a mãe antes do encontro com seu filho na UN. Alguém da equipe de Saúde deve levar informações sobre o RN e dizer como ele está e o que está sendo feito na UN.
3. Acompanhar a mãe, neste primeiro encontro, algum familiar, preferencialmente o pai do recém-nascido.
4. Estimular que a mãe toque o seu filho, caso deseje.
5. Oferecer informações, escutar dúvidas e orientar sobre sua participação junto ao seu filho.
6. Possibilitar que a mãe e seu (sua) acompanhante fiquem sozinhos, com privacidade junto ao filho, mas permanecer atento para intervir quando necessário.
7. Disponibilizar cadeiras para os pais, o que permitirá que fiquem mais tempo na UN.
8. Retomar orientações sobre sua permanência com o filho na UN, sobre amamentação, indicar localização do banco de leite, banheiros, refeitório, para que a mãe possa se orientar no espaço hospitalar.

Intervenções no meio ambiente da UN

Objetivos

- Identificar fatores ambientais que interferem no desenvolvimento do RN e minimizar os estímulos sensoriais nocivos, diminuindo seu estresse e de seus cuidadores.

Adequação sensorial tátil no ambiente neonatal

1. Proporcionar contenção adequada para todo o corpo do RN: cabeça, tronco, quadril e membros.
2. Utilizar rolinhos que sirvam de apoio e aconchego ao RN de forma a facilitar posição fetal em flexão e favorecer a organização neurocomportamental, inclusive com a aproximação das mãos na boca.
3. Preparar o “ninho” utilizando rolinhos com os lençóis do RN, fornecendo limites e suporte para o seu corpo.
4. Evitar o toque intermitente e leve (tipo cócegas), pois o recém-nascido geralmente reage negativamente a ele.
5. Utilizar a contenção manual, que consiste na colocação das mãos paradas, sem pressão excessiva cedendo aos movimentos do RN e depois retornando. Isso pode ser feito na cabeça, nas nádegas, no tórax e nos membros da criança.
6. Orientar os pais quanto às estratégias de interação e manuseio do RN.
7. Convidar os pais para participarem na organização do RN antes da realização de procedimentos técnicos.
8. Utilizar medidas para controle do estresse e alívio da dor durante e após os procedimentos dolorosos.
9. Suspender a intervenção, se possível, caso o RN demonstre sinais de desorganização.
10. Focar a atenção na garantia da estabilidade e organização da criança.

Adequação sensorial auditiva no ambiente neonatal

11. Usar mantas espessas sobre a incubadora para ajudar.
12. Manter o ambiente livre de ruídos. Não utilizar rádio, televisão no ambiente da UN.
13. Remover regularmente a água acumulada nos circuitos dos respiradores e do CPAP Nasal.
14. Falar baixo e evitar as conversas desnecessárias.
15. Discutir com a equipe de Saúde a utilização de protetores de ouvido em algumas situações, como na hipertensão pulmonar e nas primeiras semanas de UTI em pré-termo extremo.
16. Reduzir volume e atender imediatamente aos alarmes dos equipamentos da unidade.
17. Diminuir a campainha do telefone convencional da unidade, deixar os celulares no modo silencioso, atendendo aos chamados em momentos mais oportunos e fora da UN.
18. Manusear as incubadoras de forma com cuidado, não provocar barulho e nem colocar objetos sobre as mesmas. Fechar e abrir as portinholas de forma suave. Tomar cuidado durante o manuseio dos equipamentos evitando esbarrões.
19. Usar abafadores em pias, portas, gavetas, lixeiras, hampers e superfícies para manuseio de material.
20. Usar regularmente o decibelímetro para controle dos ruídos na UN. Sugere-se no máximo 50 decibéis.

Adequação sensorial olfativa e gustativa no ambiente neonatal

1. Evitar o uso de substâncias com odores fortes ou aversivos no interior da incubadora.
2. Utilizar o cheiro do leite da própria mãe do RN para estimular os sistemas olfativo e gustativo da criança.
3. Realizar a limpeza oral do RN somente quando necessário. Ao utilizar luva de látex na cavidade oral, efetuar a limpeza com soro glicosado ou leite materno.
4. Minimizar procedimentos aversivos intra e periorais.
5. Evitar o uso de substâncias com odores fortes ou aversivos por parte da equipe e família, tais como perfumes fortes.

Adequação sensorial visual do ambiente neonatal

1. Cobrir as incubadoras com manta para diminuir a luminosidade, mantendo o RN monitorizado.
2. Utilizar a iluminação individualizada e os reguladores de intensidade luminosa existentes.
3. Utilizar foco para procedimentos, evitando direcionar a luz nos olhos do RN, protegendo-os do aumento súbito de luz.
4. Utilizar ciclos dia/noite que permitam a sincronização dos ritmos biológicos e o aumento das horas de sono noturno.
5. Possibilitar diminuição da iluminação, para que o RN possa interagir com os pais e com o ambiente.
6. Orientar a família para evitar o uso de *flash* na realização de fotos do RN.

Cuidados posturais

Objetivo

- Organizar o recém-nascido, proporcionando seu conforto.
- Prevenir posturas e padrões inadequados ao seu desenvolvimento.

Diretrizes

Posturação no “ninho”

1. Utilizar tecido macio para confeccionar um ninho, com medidas maiores que o recém-nascido, a fim de oferecer limites para o seu corpo.
2. Acomodar o RN de forma confortável no ninho, garantindo uma postura funcional, com mais flexão.
3. Utilizar coxins ou rolinhos de tecido macio para auxiliar na organização do RN.
4. Garantir avaliação cuidadosa, individual, de forma contínua e sensível aos sutis sinais de desorganização, que devem ser prontamente atendidos.

Mudança de decúbito

1. Realizar mudanças de decúbito para proporcionar experiências sensoriais adequadas e variadas.
2. Viabilizar posturas protetoras para evitar lesões de pele, encurtamentos musculares, deformidades da cabeça, entre outras.
3. Estabelecer mudança de decúbito de forma suave, segura, individualizada, respeitando o sono e observando os sinais do RN.
4. Manter os braços do RN próximos ao tronco na linha média e as pernas levemente fletidas durante a mudança do decúbito.
5. Realizar as mudanças posturais sempre adequando às necessidades clínicas do RN, lembrando que cada posição tem uma finalidade específica:
 - ▶ Posição dorsal (SUPINO): colocar o RN no ninho de forma a manter a cabeça na linha média, os membros superiores juntos ao tronco com mãos próximos da boca e os membros inferiores em flexão, com pés dentro do ninho. Pode-se colocar um rolinho sob o joelho para facilitar flexão.
 - ▶ Posição ventral (PRONO): colocar o RN no ninho para manter membros superiores juntos ao tronco, quadris em flexão e leve adução. Pode-se

colocar uma travessa, com auxílio de compressa cirúrgica dobrada, em região abdominal e torácica para favorecer flexão do tronco. O RN deverá estar sob monitorização.

- ▶ Posição em decúbito lateral: colocar o RN no ninho, manter um rolinho flexível embaixo do pescoço de modo a mantê-lo em posição neutra. Apoiar as costas do bebê com um rolo e posicionar outro entre os membros superiores, como em um abraço. O RN deverá estar sob monitorização.

Observação

- No domicílio o RN deve ficar sempre em decúbito dorsal para a prevenção de morte súbita.

Postura na redinha

Objetivos

- Proporcionar ao recém-nascido uma organização neurocomportamental por meio do estímulo sensorial/vestibular.

Diretrizes

1. Realizar em recém-nascido normotérmico, clinicamente estável e com saturação de oxigênio normal.
2. Utilizar como técnica para estímulo sensorial em RN com alterações neurocomportamentais (como dificuldade de organização dos estados comportamentais) e de tônus motor.
3. Posicionar o recém-nascido na redinha, em decúbito dorsal, de forma confortável, favorecendo organização postural.
4. Evitar a hiperflexão da cabeça.
5. Proporcionar movimentos suaves e alternados.

Observação

- Esta é uma prática terapêutica, que só deve ser realizada por profissional habilitado. Trata-se de um procedimento que ainda não possui evidências científicas que o indiquem como rotina nas Unidades Neonatais.

Posição canguru

Objetivo

- Proporcionar ao recém-nascido e a seus pais o contato pele a pele.
- Oferecer ao RN a sensação de proteção e vínculo.
- Favorecer à mãe/pai competência para cuidar de seu filho.

Diretrizes

Preparando os pais

1. Informar aos pais sobre o método e posição canguru e combinar com eles sua realização.
2. Ouvir expectativas e anseios dos pais sobre a realização da posição canguru.
3. Avaliar disponibilidade emocional dos pais e a possibilidade de permanência por um período maior que uma hora.

Observação

- Colocar um recém-nascido em posição canguru não pode ser uma atitude mecânica. É necessário que haja disponibilidade da mãe ou pai e de profissionais de saúde da equipe multiprofissional, que deverão ter habilidade para orientar e auxiliar os pais.
- A posição canguru deve ser realizada somente pela mãe e pelo pai do RN.

Preparando o RN

1. Avaliar a estabilidade clínica do recém-nascido. A manipulação necessária para colocá-lo em posição canguru pode levar a taquicardia e a uma pequena queda da saturação. Assim, recomenda-se realizar esta intervenção em recém-nascidos estáveis.
2. Verificar a temperatura do recém-nascido e retirar as roupas, deixando apenas a fralda descartável. Meias e touca podem ser usadas, se necessário, especialmente em lugares frios. A cabeça é uma área grande e de pouco contato com o corpo da mãe/pai, podendo dificultar o controle térmico em recém-nascidos de muito baixo peso. Nestes casos, recomenda-se o uso da touca.
3. Transferir o RN da incubadora/berço aquecido ou berço comum para a posição canguru envolvido em coberta.

Posicionando o recém-nascido

1. Colocar o RN em decúbito prono, posição vertical, em contato pele a pele estando o pai ou a mãe com o peito desnudo, com a cabeça lateralizada, membros superiores e inferiores flexionados e abduzidos.
2. Evitar hiperflexão e hiperextensão do pescoço e abdução exagerada do quadril.
3. Envolver a díade com uma faixa ou top de algodão ou malha que devem ser confortáveis. Os modelos devem respeitar a cultura local e a temperatura ambiente, mas a segurança do recém-nascido é fundamental. Em

regiões muito quentes recomenda-se que a faixa ou top sejam de uma malha leve, e podem até funcionar como a própria blusa, se a mãe se sentir à vontade. No caso de uso de faixas, evitar que o nó seja localizado nas costas. No caso do uso do top, o pai ou a mãe deve vesti-lo anteriormente. Se a opção for a faixa, esta deve ser utilizada após o posicionamento do recém-nascido.

4. Utilizar a própria roupa dos pais ou um avental hospitalar sobre a faixa ou top se assim desejarem. Para a posição canguru não é necessário o uso de uma roupa especial, mas o uso da faixa é obrigatório para a segurança do bebê.

Observação

- Em ambientes frios, ou no caso de recém-nascidos muito pequenos, pode ser necessário o uso de um cobertor sobre a faixa ou sobre a roupa dos pais.
- O tempo de permanência na posição canguru depende do desejo e conforto da díade pai ou mãe/RN e pode ser variável. Recomenda-se, no entanto, o maior tempo possível ou, pelo menos, duas horas de permanência, como tempo. Considerando que o RN precisa de um período para se organizar e alcançar os benefícios propostos pelo método o tempo mínimo, para cada vez que for para a posição canguru, não pode ser menor que uma hora.

Posicionando os pais

1. Garantir segurança e conforto para os pais e para o RN.
2. Disponibilizar poltrona com suporte para os braços (UTIN, UCINCo e UCINCa) e cama com cabeceira elevada a 45 graus na UCINCa. Os pais devem ficar confortavelmente sentados ou deitados em decúbito dorsal, de acordo com o ambiente de internação do RN.
3. Estimular os pais, com o recém-nascido em posição canguru e utilização da faixa, a deambular, conversar, fazer as refeições ou atividades que não ofereçam riscos para o recém-nascido.

Posição canguru em RN sob suporte ventilatório

Antes da transferência

1. Assegurar que a posição canguru esteja prescrita.
2. Anotar os parâmetros ventilatórios do RN (SIMV/IMV, PIP, PEEP, FiO₂), hemodinâmicos (FR, FC, SpO₂) e valores de temperatura axilar. Essas mensurações devem ser cuidadosamente monitoradas durante a posição canguru para avaliar a tolerância do RN durante essa intervenção.

3. Posicionar o RN em decúbito dorsal na incubadora, avaliar procedimentos necessários, como ausculta torácica, aspiração de tubo ou troca de fralda e registrar qualquer mudança significativa.
4. Verificar se o sensor de oximetria está funcionando de forma adequada.

Esperar o tempo necessário para permitir uma adaptação fisiológica após os procedimentos realizados. A adaptação é definida como sendo o retorno dos parâmetros fisiológicos à linha de base e a permanência desses valores por 3 minutos. Se a adaptação não ocorrer, o recém-nascido provavelmente ainda não está estável o suficiente para realizar a posição canguru.

- Utilizar uma coberta para proteger o recém-nascido na transferência para evitar perda de calor.
- Posicionar e preparar a cadeira ou poltrona ao lado da incubadora.

Transferência do RN da incubadora para a posição canguru

1. Transferir o RN com apoio de duas ou três pessoas.
2. Preparar a mãe ou o pai ao lado da incubadora.
3. Verificar todos os acessos, cabos e circuitos e os organizar para garantir a segurança da transferência.
4. Desconectar o tubo do circuito enquanto outra pessoa segura o recém-nascido coberto para evitar perda de calor.
5. Colocar o recém-nascido contra o peito da mãe ou pai, dentro do top e reconectar o circuito ao tubo imediatamente. Se a opção for a faixa, usá-la neste momento.
6. Certificar-se que o recém-nascido está em posição levemente fletida e confortável.
7. Colocar o circuito conectado ao tubo endotraqueal sobre o ombro da mãe ou pai de maneira que o tubo não fique tracionado ou introduzido em excesso.
8. Posicionar o pai ou a mãe, confortavelmente, na cadeira ou poltrona previamente preparada.
9. Reposicionar o circuito do ventilador de forma segura.
10. Monitorar o recém-nascido durante todo o tempo que estiver em posição canguru.
11. Manter a posição canguru por no mínimo 1 hora desde que o recém-nascido permaneça estável, tempo necessário para sua reorganização.

Transferência do RN da posição canguru para a incubadora

1. Certificar-se que todos os acessos, cabos e circuitos conectados ao RN estejam posicionados de maneira a não prejudicar a transferência.
2. Desconectar o tubo do circuito enquanto outro profissional segura o RN e o recoloca de volta à incubadora.
3. Reconectar o tubo imediatamente ao circuito e certificar-se de que ficou bem posicionado.
4. Posicionar o RN de maneira organizada,
5. Anotar os parâmetros ventilatórios (SIMV/IMV, PIP, PEEP, FiO₂), hemodinâmicos (FR, FC, SpO₂) e valores de temperatura axilar.

Cuidados durante a realização de procedimentos invasivos

Objetivo

– Padronizar os cuidados e intervenções durante a realização de procedimentos invasivos no RN, para minimizar o estresse e proporcionar conforto.

Diretrizes

1. Observar o estado comportamental do RN. Caso esteja irritado ou chorando, consolá-lo completamente antes da realização do procedimento. Respeitar o momento de sono profundo.
2. Realizar procedimentos em dupla.
3. Falar suavemente com o RN, preparando-o para o procedimento, antes de tocá-lo.
4. Posicionar confortavelmente o RN e propiciar contenção elástica ou utilizar a técnica do enrolamento.
5. Evitar mudanças súbitas de postura e se possível, manter decúbito lateral e mãos próximas à boca.
6. Utilizar sucção não nutritiva quando possível e indicado durante o procedimento invasivo.
7. Continuar o posicionamento durante aproximadamente 10 minutos após o procedimento, até o RN ficar estável, com recuperação dos sinais vitais.

Observação

– Estes procedimentos se aplicam para crianças estáveis e para coleta de exames de rotina. Nas situações de urgências cabe ao profissional avaliar condutas que diminuam o estresse e o desconforto do RN, mas que respeitem suas necessidades clínicas.

Manejo da dor

Objetivo

- Padronizar os processos de controle e tratamento da dor/estresse no recém-nascido na Unidade Neonatal.

Observação

- São considerados procedimentos dolorosos no RN: punções venosas e arteriais, aspiração de tubo endotraqueal, aspiração das narinas e boca, intubação traqueal, uso de Cpap nasal, drenagem de tórax, punção de calcanhar, punção lombar, procedimentos cirúrgicos à beira do leito, entre outros.

Diretrizes

1. Avaliar a existência de sinais de dor/estresse e necessidade de intervenção.
2. Aplicar a escala de dor.
3. Verificar a prescrição médica, quando for indicado o uso de drogas analgésicas.
4. Realizar as intervenções não farmacológicas, quando for o caso.

Intervenções gerais

1. Tornar o ambiente da UTIN o mais acolhedor possível. Controlar a iluminação e o ruído.
2. Respeitar o momento de sono profundo do RN.
3. Manipular minimamente o RN e agrupar, se possível, os procedimentos evitando que a criança entre em fadiga.
4. Posicionar confortavelmente o RN.
5. Evitar mudanças súbitas de postura e, se possível, manter decúbito lateral e mãos próximas à boca.
6. Otimizar a monitoração não invasiva.
7. Realizar procedimentos em dupla, de forma a facilitar as técnicas de consolo, alternando períodos de descanso para reorganização do RN.
8. Estimular o contato com os pais.
9. Usar o mínimo de fitas adesivas.
10. Realizar medidas não farmacológicas em conjunto, inclusive contando com o apoio da família.

Intervenções não farmacológicas

Posição canguru

- A posição canguru provou ser eficaz na redução do estresse e dor, especialmente em recém-nascidos pré-termo, e deve ser estimulada sempre que possível, de acordo com o procedimento.

Contenção, enrolamento, *holding* e o toque terapêutico

- Eficaz na redução da reatividade à dor e na melhoria da autorregulação.

Leite materno extraído e aleitamento materno

- O aleitamento materno tem efeito analgésico semelhante ao da sacarose e deve ser utilizado para procedimentos como punção venosa e calcâneo, quando possível.

Sucção não nutritiva (SNN)

- Utilizar em RN com maturidade neurológica para sucção.
- Estimular o reflexo de sucção, preferencialmente com o dedo enluvado ou a própria mão do RN, aproximando-a da boca.
- Concluir o procedimento após observar os sinais de consolo.

Sucção não nutritiva e sacarose

- A combinação da sucção não nutritiva e sacarose é mais eficaz para a promoção da analgesia.
- Aplicar a solução de sacarose ou glicose (menos eficaz) 1 a 2 minutos antes de fazer a SNN.

Soluções adocicadas

- Administrar preferencialmente sacarose a 24%. A dose ideal de sacarose oral ainda não foi estabelecida, mas é sugerida uma dose de 0,2 a 0,5 ml (4 a 10 gotas) em RN pré-termo e 1 a 2 ml (20 a 40 gotas) em crianças nascidas a termo, na parte anterior da língua 2 minutos antes do procedimento.
- Administrar glicose a 25%, na dose de 0,5 a 2 ml, 1 a 2 minutos antes do procedimento, na parte anterior da língua.

Intervenção farmacológica

Analgésicos não opioides

FÁRMACO	VIA/TEMPO	DOSE
Paracetamol	Oral	10-15 mg/kg – RN a termo (cada 6h)
		10 mg/kg RN prematuro (cada 6h)
Dipirona	EV/oral	10-15 mg/kg a cada 6 horas

Analgésicos opioides

FÁRMACO	VIA/TEMPO	DOSE
Fentanil	Endovenosa – intermitente	1 a 4 mcg/kg/dose a cada 2 a 4 horas, em infusão lenta – 30 minutos
	Endovenosa – uso contínuo	Dores moderadas: 0,5-1 mcg/kg/h Dores intensas: 1-4 mcg/kg/h
Morfina	Endovenosa –intermitente	0,05 a 0,20 mg/kg/dose a 4 a 6 horas, infusão lenta – 30 minutos
	Endovenosa dose uso contínuo	Dores moderadas: 5-10 mcg/kg/h Dores intensas : 10-20 mcg/kg/h
Tramadol	Endovenosa ou oral intermitente	0,5 a 1 mg/kg/dose a cada 4 a 6 horas, infusão lenta

Anestésico local

	Via, dose, observação	
Lidocaína a 0.5% sem adrenalina	Subcutânea	Infiltrar 5 mg/kg (o efeito persiste por 30 a 60 minutos).
EMLA (creme)	Aplicação local antes de procedimentos como punções arteriais e lombares	

Nutrição do RNPT

Objetivos

- Garantir o suporte nutricional para o RN.
- Apoiar a mãe no processo de produção e extração do leite.
- Garantir o processo de nutrição/alimentação do RN na Unidade Neonatal.

Nutrição parenteral

11. Prescrever solução de aminoácido logo à admissão do RN na Unidade Neonatal naqueles com peso de nascimento menor que 1.500 g, contendo 2 a 3 g/kg/dia de aminoácidos.
12. Prescrever após 24 horas de vida e para os RNs maiores de 1.500 g a Nutrição Parenteral Total (NPT).
13. Manter acesso único para nutrição parenteral, de preferência acesso venoso central.
14. Evitar manuseio das conexões e hidratação em Y.

Colostroterapia

Objetivos e diretrizes

1. Estimular a mãe a retirar o colostro ao lado da incubadora do filho. Caso não consiga deambular, a extração será realizada no leito pela equipe do banco de leite ou da UN.
2. Prescrever colostroterapia nas primeiras horas após o nascimento, 8 vezes ao dia nas primeiras 48 horas. De acordo com o peso da criança, fazer:

<1.500 g	0,2 ml de colostro fresco
1.500 a 2.500 g	0,4 ml de colostro fresco
>2.500 g	0,6 ml de colostro fresco

3. Coletar o leite em copinho, sendo aspirado o volume prescrito e aplicar na face interna de cada bochecha da criança.
4. Realizar mesmo na recomendação de dieta zero.

Observação:

- Proporcionar colonização da mucosa do RN com a flora do colostro materno, com imunomoduladores e fatores de crescimento.

Nutrição enteral

Nutrição enteral mínima/trófica

1. Iniciar nutrição trófica assim que o RN apresentar condições clínicas. Observar peristalse, perfusão periférica, distensão abdominal dolorosa, sangramento digestivo significativo e resíduo gástrico importante.
2. Prescrever colostro fresco ou pasteurizado ou leite humano pasteurizado hipocalórico (maior quantidade de imunoglobulinas, fatores de crescimento, antioxidantes e quinonas).
3. Administrar volumes com aumento progressivo, conforme tolerância.
 - ▶ Em recém-nascidos com peso abaixo de 1.000 gramas fazer a seguinte progressão:
 - Primeiro dia: 1 ml a cada 6 horas
 - Segundo dia 1 ml a cada 4 horas
 - Terceiro dia: 1 ml a cada 3 horas
 - ▶ Em recém-nascidos com peso maior ou igual a 1.000 gramas iniciar o aporte com 1 a 2 ml a cada 3 horas.

Transição entre parenteral e enteral

1. Caso a criança esteja aceitando bem a nutrição enteral mínima/trófica descrita anteriormente, progredir o aporte enteral com redução progressiva do aporte parenteral. A progressão do aporte enteral recomendada é de 20 ml/kg/dia, podendo chegar até 30 a 35 ml/kg/dia, não havendo recomendação quanto à medição do resíduo gástrico.
2. Observar peristalse, perfusão periférica, distensão abdominal dolorosa, sangramento digestivo significativo e vômitos.
3. Priorizar leite materno. Na ausência deste, usar leite humano pasteurizado e, como última opção, fórmula específica adequada à idade gestacional.

Observação

- A decisão de suspender a dieta enteral deve ser sempre avaliada por mais de um profissional – a dieta enteral é vital para os recém-nascidos, especialmente, os pré- termo e os de muito baixo peso.
- Em caso de suspensão da dieta, retornar assim que possível. Isso deve ser uma preocupação de toda a equipe de Saúde. Quanto maior o tempo sem dieta, maior o risco.
- O monitoramento do comprimento e perímetro cefálico deve ser realizado semanalmente e o peso diariamente ou conforme rotina da UN, respeitando-se as condições clínicas do RN.

- A terapia nutricional determinará a evolução do recém-nascido na UN e tem implicações na vida adulta.

Sucção nutritiva (SN)

1. Para a transição da alimentação, deve-se levar em conta a individualidade e a competência de cada RN, e não somente critérios clínicos como peso e a idade gestacional.
2. A transição da alimentação deve ser realizada em RNs clinicamente estáveis que apresentem sucção ritmada, coordenada com as funções de deglutição e respiração, sendo realizada preferencialmente por profissionais habilitados.
3. Em hospitais que possuam profissionais de Fonoaudiologia, estes deverão integrar a equipe de Neonatologia para atendimento diário dos RNBP e PT na Unidade Neonatal, realizando avaliação fonoaudiológica para verificação da possibilidade da transição da sonda para a via oral.

Observação:

- Estimular o RN a realizar de forma organizada e coordenada as funções de sucção, deglutição e respiração, com a finalidade de retirar a via alternativa de alimentação (sonda oro/nasogástrica) e estabelecer a alimentação por via oral, preferencialmente no seio materno.
- Fazer a transição da alimentação por sonda oro/nasogástrica para a alimentação por via oral, preferencialmente para o seio, enfocando sempre o aleitamento materno exclusivo.

Transição da sonda para a sucção

Por características próprias da prematuridade, o recém-nascido pré-termo, inicialmente, não consegue alimentar-se por meio da sucção, sendo necessária a utilização da gavagem com sonda oro/nasogástrica. Após melhora clínica e o estabelecimento da coordenação sucção-deglutição-respiração, faz-se necessário iniciar a transição dessa sonda para o seio materno.

Técnica da mama vazia

1. Iniciar com o esvaziamento da mama, preferencialmente por extração manual, antes de colocar o RN no seio.
2. Colocar o RN no peito e deixá-lo mamar durante o tempo que quiser.
3. Observar o aumento do tempo e o número de episódios de sucção.
4. Monitorar o ganho de peso.

5. Reduzir o volume da complementação por gavagem de acordo com a aceitação e o ganho de peso.
6. Supervisionar as mamadas, observando sinais de desorganização e estresse (alterações respiratórias, diminuição da saturação, cianose, aumento da frequência cardíaca, hipotonia, desorganização global, tremores de língua e mandíbula, entre outras).
7. Manter o RNBP em posição canguru após a mamada.
8. Registrar as observações.

Observação:

– Iniciar transição da sonda para o peito para RNPT que não conseguem retirar todo o leite necessário para um adequado suporte calórico.

Translactação

1. Auxiliar a mãe a se posicionar de forma adequada, observando sempre se ela está confortável, com apoio nas costas e nos pés.
2. Fixar a seringa, sem o êmbolo, com fita adesiva na roupa da mãe e na altura do peito do lado oposto ao que o bebê vai sugar.
3. Acoplar a sonda na seringa.
4. Observar o posicionamento do RN para amamentação e auxiliar, se necessário. Este deverá estar com a cabeça e o tronco apoiados a mais ou menos 45°, devendo permanecer com a sua barriga voltada para a barriga da sua mãe, de frente para o peito. Outras posições para amamentação poderão ser escolhidas de acordo com a necessidade de cada díade mãe-bebê (vide *Manual Técnico do Método Canguru*).
5. Fixar previamente a sonda no peito, deixando sua ponta exatamente no mamilo, sem ultrapassar.
6. Verificar se o RN abocanhou corretamente o mamilo e a aréola. Introduzir delicadamente a extremidade da sonda na boca do RN, na região central do lábio superior.
7. Colocar o leite materno, previamente extraído na seringa, sem o embolo. O RN, ao sugar, retirará leite do peito ao mesmo tempo em que recebe o leite que flui da seringa.
8. Fechar a sonda, dobrando-a, quando o RN fizer as pausas para descanso. Ao retomar a sucção a sonda deve ser liberada.
9. Interromper a translactação, caso o RN apresente sinais de estresse com alterações respiratórias, diminuição da saturação, cianose, aumento da frequência cardíaca, hipotonia, desorganização global, tremores de língua e mandíbula, entre outros.

10. Após a mamada, manter o RN em posição canguru e finalizar a alimentação por gavagem, se necessário. Controlar o fluxo de leite se o RN não fizer pausas para respirar, retirando muito rapidamente o leite.
11. Registrar as intercorrências e o comportamento do RN durante a alimentação.

Materiais necessários

- Sonda gástrica curta, número 4.
- Fita adesiva microporosa.
- Leite materno extraído, com volume de acordo com a prescrição médica.
- Seringa de tamanho de acordo com o volume prescrito ou copinho esterilizado de vidro ou polipropileno.

Observação

- É possível no lugar da seringa, utilizar o copinho no qual será colocado o volume de leite a ser oferecido ao RN. Nesse caso, a sonda será introduzida dentro do copinho e não haverá necessidade de fechar a sonda quando o RN fizer as pausas para descanso.
- Lembrar-se de que esses cuidados são necessários, uma vez que o RN está em fase de transição da alimentação, utilizando ainda a sonda.
- Quando o RN apresentar força de sucção adequada, realizar o procedimento com copinho, introduzindo a extremidade da sonda no copinho.

Sucção nutritiva no peito

1. Auxiliar a mãe a se posicionar de forma adequada, observando sempre se ela está confortável, com apoio nas costas e nos pés.
2. Observar o posicionamento do RN para amamentação e auxiliar a mãe, se necessário. A criança deverá estar com a cabeça e o tronco apoiados a mais ou menos 45°, devendo permanecer com a barriga voltada para a barriga da sua mãe, de frente para o peito. Outras posições para amamentação poderão ser escolhidas de acordo com a necessidade de cada díade mãe-bebe (vide *Manual Técnico do Método Canguru*).
3. Estimular o reflexo de busca, se necessário, encostando o mamilo da mãe nas comissuras labiais do RN e aguardar a abertura da boca.
4. Observar a pega do RN no peito materno: boca aberta, lábios evertidos, queixo próximo à mama, bochechas cheias, observando se abocanha 2 a 3 cm da aréola.

5. Verificar:
 - ▶ Se o RN consegue sugar de maneira segura, realizando as pausas para descanso e números de sucções por grupo antes da deglutição.
 - ▶ Estados de consciência, ou seja, se o RN permaneceu em sono profundo ou sonolento durante a mamada.
 - ▶ O tempo de alerta, ou seja, o período em que RN permaneceu com sucção eficaz.
 - ▶ O tempo de mamada, ou seja, se o RN tem condições para manter a sustentação da pega correta até o final da mamada.
6. Capacitar a mãe a identificar as deglutições de seu filho e verificar o estado de alerta durante a mamada, bem como sinais de estresse do RN.
7. Interromper a mamada, caso o RN apresente sinais de estresse tais como alterações respiratórias, diminuição da saturação, cianose, aumento da frequência cardíaca, hipotonia, desorganização global, tremores de língua e mandíbula, entre outras.
8. Ao finalizar a mamada, complementar, se necessário.
9. Registrar as observações.

Método de extração para obtenção do leite materno

1. Orientar para que a mãe retire anéis, pulseiras, relógios e colares.
2. Orientar lavar as mãos até os cotovelos.
3. Fornecer à mãe máscaras e gorros.
4. Orientar a higiene das mamas com água.
5. Fornecer vidro ou copo plástico com tampa, esterilizados.
6. Orientar massagear todo o peito com a ponta dos dedos, em movimentos circulares, iniciar na aréola, em movimentos circulares, até massagear totalmente a mama.
7. Orientar após a massagem, a extração do leite: colocar o polegar acima da aréola, e os outros dedos abaixo.
8. Orientar empurrar o peito para dentro e para trás apertando e soltando com delicadeza.
9. Orientar não deslizar o dedo no peito ou apertar os mamilos.
10. Orientar iniciar a extração 30 minutos antes das mamadas.
11. Anotar o volume retirado em impresso próprio.

Observação

- Estimular o aleitamento materno.
- Retirar leite da própria mãe para oferecer ao RN.

Outros cuidados com o recém-nascido

Troca de fraldas

Objetivo

- Orientar a troca de fraldas do RN com técnica adequada para evitar complicações clínicas durante e após esse processo.

Diretrizes

1. Providenciar todo material necessário, água morna, algodão, fralda, antes de começar o procedimento.
2. Orientar a mãe e o pai sobre os cuidados que devem ser dispensados durante o procedimento.
3. Trocar a fralda antes da dieta. Não realizar a troca se o RN estiver dormindo.
4. Colocar o RN em decúbito dorsal.
5. Abrir a fralda suavemente, evitar o barulho do velcro. Proteger a parte adesiva para evitar o contato com a pele.
6. Colocar o RN em decúbito lateral, dobrar ou retirar a fralda suja. Realizar a higiene de forma suave, sem erguer as pernas, virar suavemente para o lado contralateral e concluir a higiene.
7. Colocar a fralda limpa sem erguer as pernas, rolando o RN em decúbito lateral.
8. Fechar a fralda suavemente deixando-a folgada para evitar o aumento da pressão abdominal.
9. Garantir o tamanho adequado da fralda descartável evitando abdução excessiva para evitar postura inadequada do quadril.

Banho do RN

Objetivo

- Proporcionar conforto e bem estar ao recém-nascido.

Banho no leito

1. Respeitar o estado comportamental do recém-nascido. Estar atento aos cuidados com o ambiente. Diminuir a iluminação e reduzir os ruídos excessivos.
2. Nos RNs com peso menor que 1.000 g, fazer higiene no leito uma vez por semana ou quando necessário. Os demais, recomendam-se banho três vezes por semana.
3. Fazer o banho no leito, com água morna, se temperatura do RN estiver 36,5° ou mais.
4. Preparar o material antes de iniciar o procedimento.
5. Falar com o RN antes de tocá-lo; sempre que possível, solicitar a participação da mãe e/ou pai.
6. Iniciar o banho pelo rosto, sem sabonete: limpar os olhos utilizando uma bola de algodão para cada olho, limpar narinas e orelhas, quando necessário, com bolas de algodão.
7. Limpar o pescoço, membros superiores, tórax anterior, costas e membros inferiores sucessivamente, com algodão úmido. Por último higienizar a região genital.
8. Manter o RN organizado durante todo procedimento, realizar movimentos suaves e estar atento às suas respostas.
9. Secar a pele com pano macio, com movimentos compressivos e suaves, sem friccioná-la.

Observação

- O banho não deve ser um procedimento estressante. Sem os cuidados necessários pode ocasionar hipotermia e aumento do choro, com elevação do consumo de oxigênio e desestabilização dos sinais vitais.
- Não há consenso nas diferentes equipes sobre o tipo de água a ser utilizada para o banho.
- O banho altera o pH da pele do RN. A aplicação de agentes tópicos pode desfazer o manto ácido que é uma proteção fisiológica da pele. Os RNs, independente de peso e idade gestacional, não devem receber banho com sabonete devido ao ressecamento, descamação e quebra da integridade da pele pela ação do produto.
- No RN pré-termo, se houver necessidade do uso de sabonete, para as áreas sujas, utilizar aqueles com pH mais neutro e sem abrasivos, fragrância, corante ou conservantes. Deve permanecer em contato com a pele por tempo curto, restrito à área suja e de forma infrequente, menos que 3x/semana.
- Em UN com a incidência de infecção alta, é recomendada a utilização de clorexidina diluída em água.

Banho de imersão

1. Respeitar o estado comportamental do recém-nascido e evitar o banho no sono profundo. Caso esteja irritado ou chorando, consolá-lo completamente antes da realização do procedimento.
2. Diminuir a iluminação e ruídos no ambiente.
3. Evitar corrente de ar.
4. Organizar o material necessário em bancada ou mesa auxiliar.
5. Proteger a banheira com saco plástico descartável e encher a banheira com água morna (36°C a 37°C) até quase a borda. Pode-se utilizar a cuba do berço comum, caso o RN a esteja utilizando.
6. Falar antes de tocar o recém-nascido. Sempre que possível, solicitar o auxílio da mãe e/ou pai para o procedimento.
7. Remover a fralda e fazer higiene perineal.
8. Proceder o enrolamento da criança, com ajuda de uma fralda de pano ou de toalha fralda, proporcionando segurança no contato com a água.
9. Iniciar o banho pelo rosto, sem sabão: limpar os olhos utilizando uma bola de algodão para cada olho, limpar narinas e orelhas, quando necessário.
10. Posicionar o RN na bacia com água morna de modo que seu corpo fique submerso até o pescoço, em ambiente fechado, evitando as perdas de calor por convecção.
11. Higienizar o pescoço, os membros superiores, o tórax anterior, costas e membros inferiores sucessivamente, lembrando de ir retirando o enrolamento com o pano aos poucos.
12. Retirar, cuidadosamente, os resíduos de sabonete, quando utilizado.
13. Por último, higienizar a região genital, removendo o sabão com algodão.
14. Retirar o RN da banheira, em decúbito ventral, enrolando-o em toalha ou pano macio, secando a pele com movimentos compressivos e suaves, sem friccioná-la.
15. Colocar a fralda e, em seguida, colocá-lo em contato pele a pele com os pais.
16. O tempo de banho deve ser de cinco a dez minutos.
17. Realizar o banho de banheira nos RNs que mantem estabilidade térmica fora da incubadora.

Observação

– As mesmas do item anterior.

Ofuroterapia

Objetivo

– Proporcionar estimulação sensorial e relaxamento ao recém-nascido. Sua indicação é para recém-nascidos com alteração no desenvolvimento neuromotor, no tônus motor e com dificuldade na organização dos estados comportamentais.

Diretrizes

1. Proteger o balde com saco plástico descartável.
2. Colocar água morna (36°C a 37°C) até quase a borda.
3. Retirar as roupas do RN, evitando sua desorganização.
4. Envolver o recém-nascido com um lençol da região axilar até os pés, deixando os braços livres.
5. Iniciar o estímulo colocando o RN lentamente na água.
6. Fazer suaves movimentos rotacionais e balanceio, pelo tempo que for necessário.
7. Desenrolar o recém-nascido.
8. Retirar o RN da água envolvendo-o com um pano seco em decúbito ventral.

Observação

- Esta é uma prática terapêutica, que só deve ser realizada por profissional habilitado. Trata-se de um procedimento que ainda não possui evidências científicas que o indiquem como rotina nas Unidades Neonatais.
- O estímulo deve ser realizado em recém-nascidos normotérmicos, clinicamente estáveis e com saturação de oxigênio acima de 90%.

Pesagem do recém-nascido

Objetivo

– Estabelecer rotina para pesagem de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal para acompanhamento de seu peso.

Materiais necessários:

- ▶ Balança eletrônica com capacidade máxima para 14 quilos.
- ▶ Lençol do RN.
- ▶ Álcool a 70%.
- ▶ Papel-toalha.
- ▶ Folha de cuidados.

Diretrizes

1. Observar a temperatura adequada do ambiente e higienizar as mãos.
2. Fazer a limpeza prévia do prato da balança com álcool a 70% utilizando papel-toalha.
3. Colocar um lençol do RN sobre o prato da balança e zerá-la utilizando o botão digital.
4. Pegar o lençol que foi pesado e envolver o RN, sem fraldas, no leito ou nos braços da mãe.
5. Retirar o RN cuidadosamente do leito ou dos braços da mãe, enrolado no lençol previamente pesado, colocando-o sobre a balança para obter o peso.
6. Aguardar a estabilização do peso e memorizá-lo.
7. Retirar o RN da balança, ainda enrolado no lençol, e acomodá-lo cuidadosamente no leito ou entregá-lo para a mãe.
8. Fazer o registro do peso na folha de cuidados.
9. Fazer nova desinfecção do prato da balança com álcool a 70%.
10. Higienizar as mãos.

Observação

- Nos serviços que disponibilizam incubadora com balança, recomenda-se o seu uso para reduzir o manuseio do RN.
- Não existe consenso quanto à necessidade de pesagem diária dos RNs. Isto é uma decisão da equipe de cada UN.

Vacinação na unidade neonatal

Objetivo

- Padronizar a vacinação de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal e na alta hospitalar.

Observação

- Administrar as vacinas considerando-se a idade cronológica e desde que não haja contraindicação clínica para a imunização.
- Solicitar prescrição médica para a vacina.
- Os recém-nascidos hospitalizados deverão ser vacinados com as vacinas habituais, desde que clinicamente estáveis.
- Não utilizar vacina de vírus vivos durante o período de internação.

Vacinas preconizadas

Vacina contra hepatite B (HB)

1. Vacinar todos os recém-nascidos com esta vacina, independente do peso de nascimento. A primeira dose (dose 0) deve ser aplicada o mais precocemente possível (preferencialmente até 12 horas de vida). As demais doses, com 2, 4 e 6 meses devem ser aplicadas na UBS usando a vacina pentavalente. Nas crianças ainda internadas na unidade neonatal usar a HB monovalente. Lembrar que nesses casos será feita da DTPa + Hib + VIP separadamente.
2. Os RNs de mães HBsAg+ devem receber ao nascer, além da vacina, imunoglobulina específica contra hepatite B (IGHAHB).
3. Administração: intramuscular no vasto lateral da coxa.

Vacina contra tuberculose (BCG ID)

1. Fazer dose única. Deve ser efetuada o mais precoce possível. Caso peso ao nascer seja menor que 2.000 g, adiar a vacinação, considerando a redução da resposta imune, até que o RN atinja peso maior ou igual a 2.000 g.
2. Não há contraindicação da aplicação da vacina BCG durante a fase de internação.

3. Embora não constitua contraindicação absoluta, recomenda-se adiar a vacinação nos casos de afecções dermatológicas extensas.
4. Administração: intradérmica na inserção do deltoide do braço direito.

Vacina pneumocócica conjugada

1. Iniciar aos 2 meses de idade cronológica.
2. Administrar 2 doses aos 2 e 4 meses e reforço aos 12 meses.
3. Administração: intramuscular no vasto lateral da coxa.

Vacina tríplice bacteriana (difteria, tétano, coqueluche-DTP)

1. Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, e em seguida aos 4 e 6 meses utilizando a vacina pentavalente na UBS.
2. Em recém-nascidos hospitalizados, utilizar preferencialmente vacinas acelulares (DTPa). Lembrar que nesses casos as vacinas Hib, HB e VIP devem ser administradas separadamente. Após a alta hospitalar o esquema pode ser completado com a pentavalente e o reforço com DTP.
3. A utilização de vacinas acelulares reduz o risco de eventos adversos.
4. Crianças nascidas com menos de 1.000 g ou menos de 31 semanas de gestação deverão receber a vacina DTP acelular aos 2,4 e 6 meses. Lembrar quem nesses casos as vacinas Hib, HB e VIP devem ser administradas separadamente.
5. Administração: intramuscular no vasto lateral da coxa.

Observação: a vacina DTP foi incorporada à Pentavalente.

Vacina contra *Haemophilus influenzae* do tipo B conjugada (Hib)

1. Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida e em seguida aos 4 e 6 meses utilizando a vacina pentavalente na UBS.
2. Para RNs hospitalizados, como a criança deverá receber preferencialmente a DTPa, a Hib será administrada posteriormente.
3. Administração: intramuscular no vasto lateral da coxa.

Vacina contra poliomielite (inativada)

1. Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida e em seguida aos 4 e 6 meses utilizando a vacina VIP.
2. Administração: intramuscular no vasto lateral da coxa.
3. O reforço aos 15 meses e 4 anos deverá ser realizada com a vacina oral (VOP).

Vacina meningocócica C

1. Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 3 meses de vida.
2. Administrar 3 doses: aos 3, 5 meses e reforço aos 12 meses.
3. Administração: intramuscular no vasto lateral da coxa.

Anticorpo monoclonal contra vírus sincicial respiratório (*palivizumabe*)

1. Administrar doses mensais consecutivas de 15 mg/kg de peso, via intramuscular, até no máximo cinco aplicações.
2. Utilizar inclusive em RNs hospitalizados.
3. Deve ser aplicado um mês antes do período de maior circulação do vírus, o que corresponde a: Região Norte, de fevereiro a junho; Região Sul, de abril a agosto; Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste, de março a julho.
4. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 522, de 13 de maio de 2013, aprova o protocolo de uso do Palivizumabe, de acordo com os seguintes critérios:
 - ▶ Crianças com menos de 1 ano de idade que nasceram prematuras com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas.
 - ▶ Crianças com até 2 anos de idade com doença pulmonar crônica ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.
5. O uso em portadores de doença pulmonar crônica e/ou cardiopatias congênitas está indicado independente da idade gestacional ao nascer.

Demais vacinas

O calendário da imunização da criança deve ser seguido de acordo com a idade cronológica observando o calendário vacinal do Ministério da Saúde.

Outras recomendações

Profissionais de saúde e cuidadores

Todos os funcionários da Unidade Neonatal, pais e cuidadores devem ser vacinados contra o vírus *influenza* e receber uma dose da vacina tríplice acelular do tipo adulto, a fim de evitar a transmissão da *influenza* e da coqueluche ao recém-nascido.

Vacinação em gestantes e puérperas

1. A imunização da gestante contra o vírus *influenza* é uma excelente estratégia na prevenção da doença em recém-nascidos nos primeiros 6 meses de vida, época que ele ainda não pode receber a vacina. Todas as gestantes devem tomar a vacina Influenza, em qualquer fase da gestação.
2. A vacina dTpa para gestantes (27 a 36 semanas), está disponível na rede pública de saúde para proteção contra a coqueluche e tétano neonatal.
3. No puerpério aplicar as vacinas contra doenças para as quais a puérpera seja suscetível: hepatite B, hepatite A, rubéola, sarampo, caxumba, varicela, coqueluche.
4. A febre amarela não deve ser aplicada no período de amamentação. Em caso de necessidade, suspender o aleitamento materno por 10 dias após a vacina.
5. A gestante deve receber 3 doses da vacina contra Hepatite B, dependendo da sua situação vacinal.

Vacinação de adultos contactantes

A vacinação dos contactantes dos recém-nascidos (mãe, pai, irmãos, avós, babás e outros) deve ocorrer o mais precocemente possível, de preferência no período do puerpério, para a prevenção de doenças infecciosas e imunopreveníveis: coqueluche, *influenza*, varicela, sarampo, caxumba e rubéola.

Visitas

Objetivos

- Padronizar a visita dos avós e dos irmãos na Unidade Neonatal e a visita domiciliar.

Observação

- Sugere-se que a visita dos irmãos seja acompanhada preferencialmente por psicólogo ou, na ausência deste profissional, por outro membro da equipe multiprofissional. A presença da família na unidade não aumenta o risco de infecção.
- Não há indicação do uso de gorro, capotes, propés e luvas.
- Quando identificar presença de quadro infeccioso viral nos irmãos, avós ou outro familiar, suspender a visita e, solicitar retornar apenas após o período da doença.
- Fotografias e filmagens do RN devem ter a autorização dos pais e a supervisão de um profissional de Saúde.

Visita dos irmãos

Materiais necessários

- Utilizar folhas de papel e lápis de cor, bonecos que possam representar os RN internados (diferentes tamanhos e cores) e brinquedos que simbolizem os recursos utilizados na hospitalização (seringas, gazes, esparadrapos, estetoscópio, incubadora), mesinha e cadeiras infantis.

Diretrizes

1. Informar os pais sobre a visita, destacando que deve estar restrita ao RN visitado.
2. Esclarecer as dúvidas e a importância desta atividade para todos (irmãos, recém-nascido e pais).
3. Orientar os familiares sobre os horários da visita.
4. No dia da visita, convidar os irmãos para uma conversa em uma sala que ofereça privacidade. Muitas crianças necessitarão que um dos pais ou mesmo avós ou acompanhantes permaneçam junto neste encontro.
5. Iniciar o encontro com a apresentação do profissional facilitador da visita.

6. Estimular que os irmãos se apresentem e falem o que já sabem sobre o RN, suas necessidades, o hospital e a equipe de saúde.
7. Apresentar os brinquedos didáticos e recursos lúdicos.
8. Convidar os irmãos para brincar no sentido de possibilitar, com os recursos lúdicos, maior familiaridade com o recém-nascido internado.
9. Utilizar estratégias, adequadas para as diferentes idades, para abordar ideias e sentimentos das crianças e adolescentes em relação ao irmão RN.
10. Estimular a confecção de desenhos para presentear os irmãos internados.
11. Finalizar a etapa dos desenhos e convidar os irmãos a entrar na Unidade Neonatal, conhecer e ficar junto ao RN.
12. Auxiliar na higienização das mãos, demonstrando com as suas próprias mãos.
13. Identificar crianças que não desejam entrar na Unidade neste momento e oferecer que fiquem realizando estas atividades iniciais na companhia de um membro da equipe de Saúde ou quando não for possível com um dos familiares.
14. Entrar na UN com a criança, ficar ao lado para observar reações e atendê-las nas suas necessidades.
15. Após a visita, reunir os irmãos na sala de atividades para expressarem suas percepções acerca do irmão, usando recursos lúdicos, se necessário.
16. Convidar os irmãos para elaborar um desenho que represente o momento atual.
17. Pedir, após o término da atividade, que cada irmão fale sobre o seu desenho.
18. Convidá-los para deixar seus desenhos no “Mural dos Irmãos”.
19. Registrar a visita no livro de registros.
20. Após a visita, disponibilizar acompanhamento individual para a criança e/ou sua família, quando necessário.

Visita dos avós

Diretrizes

1. Incentivar a participação dos avós, conforme consentimento dos pais, preferencialmente em horários que pelo menos um dos pais do RN esteja presente.
2. Esclarecer os objetivos da visita, destacando a importância da parceria entre a equipe de Saúde e a família, para que o RN seja cuidado da melhor maneira possível.

3. Orientar sobre pequenos presentes e mensagens para colocar no leito do RN, de acordo com a rotina de cada serviço, observando as normas da CCIH.
4. Orientar para a entrada na Unidade Neonatal: lavagem das mãos, retirada de adereços, uso do celular (desligar ou deixar na opção vibrar) e conversas em tonalidade baixa.
5. Acompanhar a entrada dos avós, levando-os até o seu neto, lembrando que a visita se restringe ao recém-nascido de sua família, atendendo às normas de biossegurança e a privacidade de cada família.
6. Ao longo da internação, conversar sobre a história familiar, mapear o funcionamento transgeracional buscando elementos para o apoio ou pequenas intervenções familiares, visando ao cuidado e à atenção com a configuração e o funcionamento familiar na chegada deste RN no ambiente domiciliar.
7. Orientar sobre condutas interativas com o recém-nascido como tocar, falar, cantar, lembrando sempre a importância de respeitar suas competências e suas necessidades fisiológicas a cada momento da internação.
8. Deixar a família à vontade junto ao recém-nascido, mantendo disponibilidade para possíveis intervenções/solicitações como esclarecimentos sobre o RN, a UN e a equipe de cuidado.
9. Conversar com os avós sobre atividades de apoio aos seus filhos durante a internação do RN, em sua pós-alta e futuros acompanhamentos que se tornarem necessários.
10. Atender a um acompanhamento individual de visita em função das necessidades específicas de cada família ou criança.
11. Registrar no livro de atividades da UN.

Visita domiciliar

Diretrizes

1. Identificar as famílias a serem visitadas, conforme as demandas e os objetivos estabelecidos.
2. Solicitar a participação dos profissionais da equipe de Saúde necessários ao atendimento: médicos, assistente social, enfermeira, psicólogo e outros.
3. Partilhar com a equipe multiprofissional, envolvida na visita, o motivo que determinou a sua realização.
4. Agendar e informar a mãe sobre a visita e o seu objetivo.
5. Agendar com o motorista do serviço os horários e os roteiros das visitas.

6. Consultar o prontuário para confirmar o endereço da família a ser visitada.
7. Estabelecer previamente um roteiro a ser seguido, observando a proximidade dos endereços para otimizar o tempo reservado para a realização das visitas.
8. Identificar-se ao chegar ao domicílio, informando o objetivo da visita.
9. Estabelecer um diálogo informal com a família, criando um ambiente favorável à interação entre a equipe de Saúde e a família.
10. Solicitar que uma pessoa da família, maior de idade, assine a ficha de visita domiciliar, confirmando a realização desta.
11. Despedir-se da família informando quanto à disponibilidade da equipe de Saúde para dar continuidade ao atendimento, conforme demanda.
12. Registrar a visita na ficha específica para essa atividade no domicílio.

Grupos de discussão

Objetivos

- Mostrar exemplos de grupos de verbalização, trocas, informações que podem acontecer durante a internação.
- Realizar no mínimo uma reunião semanal entre a equipe de Saúde e as famílias dos recém-nascidos.

Reunião para esclarecimento de dúvidas

Objetivo

- Informar aos pais e demais familiares a situação do RN, possibilitando o diálogo e esclarecimentos sobre dúvidas que não foram elucidadas durante as visitas.

Diretrizes

1. Definir os dias da semana para as reuniões de esclarecimento de dúvidas.
2. Convidar os pais e familiares antecipadamente para a reunião.
3. Convidar no dia e hora previamente agendados os pais presentes na Unidade Neonatal.
4. Preparar o ambiente para recebê-los, distribuindo as cadeiras em círculo, em número suficiente para os presentes, que podem ser os pais, avós, tias ou qualquer outro membro da família ampliada que queira obter informações sobre o RN internado.
5. Informar aos participantes o objetivo da atividade.
6. Apresentar os membros da equipe de Saúde que participarão.
7. Estabelecer um diálogo informal entre os pais e familiares, estimulando-os a relatar suas dúvidas, bem como queixas ou reclamações.
8. Responder as perguntas em linguagem acessível, visando ao entendimento dos problemas de forma efetiva.
9. Após a reunião, apoiar e acolher as famílias que apresentarem demandas individuais.
10. Registrar os assuntos abordados no livro de atividades da UN, bem como elogios, reclamações e sugestões dos pais e/ou familiares.
11. Registrar o nome dos presentes.
12. Comunicar à Chefia de Serviço assuntos relevantes destacados na reunião.

Grupos de verbalização

Objetivo

- Reunir o grupo de pais com filhos internados na UN para conversar sobre a experiência da internação.

Observação

- O facilitador do grupo deve estar familiarizado com a rotina da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Diretrizes

1. Convidar os pais dos RNs internados na UN para participar do grupo, na data e horário marcados.
2. Preparar o ambiente disponibilizando as cadeiras em círculo, em número suficiente para atender os participantes.
3. Iniciar com a apresentação dos profissionais que trabalharão com o grupo.
4. Apresentar o objetivo e a dinâmica de funcionamento da atividade.
5. Pedir aos participantes para se apresentar, dizendo o seu nome e o nome do filho e aqueles que se sentirem à vontade, falar sobre a sua experiência na UN, como estão se sentindo neste momento e das demais questões que estão envolvidos, durante o acompanhamento do seu filho.
6. Resgatar o que foi falado pelos participantes e estimulá-los a fazer considerações e/ou pontuações a partir do que foi trazido pelo grupo.
7. Encerrar a reunião falando da disponibilidade da equipe, esclarecendo a função dos profissionais e do espaço de atendimento individual a partir das demandas.
8. Fazer o registro da reunião no livro de atividades.

Reunião de convivência

Objetivo

- Realizar a atividade sempre que houver uma situação de risco que comprometa a convivência entre mães, pais, familiares e equipe de Saúde.

Diretrizes

1. Preparar o ambiente disponibilizando as cadeiras em círculo, em número suficiente para atender os participantes.
2. Convidar as mães, os pais e outros acompanhantes da UTIN, UCINCo, UCINCa.
3. Informar que o objetivo da reunião diz respeito a uma situação ocorrida na unidade.
4. Incentivar a posição canguru durante a participação na atividade quando a reunião ocorrer na UCINCa.
5. Apresentar a situação problema para o grupo e refletir sobre suas implicações na convivência entre as pessoas que circulam na unidade.
6. Estimular o grupo a manifestar sua opinião sobre a situação.
7. Estimular o grupo a manifestar suas dificuldades de convivência propondo questões como – vamos conversar sobre nosso dia a dia aqui na UN, alguém lembra algo especial que tenha ocorrido neste período? Ou alguém quer compartilhar conosco algo que tenha vivido nesta semana aqui?
8. Realizar alguma técnica de dinâmica de grupo para o surgimento das demandas, caso haja dificuldade nas verbalizações, como por exemplo a brincadeira do telefone sem fio, discutindo como as comunicações podem ser difíceis em alguns momentos da nossa vida.
9. Intermediar as necessidades surgidas. Auxiliar o grupo a decidir sobre estratégias e prazos para solucionar a situação. Reforçar e parabenizar todas as tentativas de resolução pelo próprio grupo.
10. Registrar a reunião no Livro de Atividades com o nome dos presentes.

Cuidados com a família em situação de risco psicossocial

Mãe Adolescente

Objetivos

– Oferecer acolhimento e apoio à mãe adolescente no contexto do nascimento de seu filho pré-termo, bem como a sua rede social de apoio.

Diretrizes

1. Realizar o atendimento à adolescente e ao seu representante legal, com objetivo de identificar a estrutura e dinâmica familiar, além da rede de apoio e proteção para mãe e RN.
2. Mapear a rede social de apoio da mãe adolescente e seu RN.
3. Encaminhar a adolescente e família aos serviços e recursos disponíveis na rede de proteção social, de acordo com a necessidade.
4. Favorecer o acompanhamento contínuo de uma pessoa de referência junto à mãe adolescente sempre que esta apresentar alguma vulnerabilidade emocional.
5. Estimular a presença e a permanência da mãe adolescente e sua rede de apoio junto ao RN na Unidade Neonatal, para incentivar a amamentação, fortalecer o vínculo afetivo e conhecer os cuidados com o RN.
6. Realizar contato e envio de relatório ao Conselho Tutelar do Município de origem da mãe ao identificar alguma situação de risco.
7. Solicitar a presença de um representante legal na alta hospitalar, quando a adolescente vive em união consensual e não for casada no civil. Na impossibilidade de vir um representante legal, pode-se contatar algum responsável para comunicar a alta hospitalar, avaliando sempre a rede de apoio e proteção social.
8. Comunicar ao Conselho Tutelar quando a adolescente apresentar idade inferior a 14 anos (13 anos e 11 meses e 29 dias). É obrigatória esta comunicação, mesmo se estiver acompanhada dos responsáveis.
9. Oferecer orientações referentes aos direitos sociais, como: exercício domiciliar para estudante, retorno aos estudos; registro civil do RN, serviços ofertados nas UBS (planejamento familiar, vacinação e puericultura); Centro de Referência de Assistência Social (Cras), auxílio-natalidade e Programa Bolsa Família.

Mãe com dependência química

Objetivos

– Oferecer acolhimento e apoio à mãe de RN pré-termo, que apresenta história de dependência química, bem como aos seus familiares.

Diretrizes

1. Realizar atendimento à mãe e seus familiares a fim de identificar a estrutura e a dinâmica familiar, além da rede de apoio e proteção para mãe e RN.
2. Mapear a rede social de apoio da mãe com dependência química.
3. Articular com a rede social de apoio e de proteção social atendimento especializado às mulheres que manifestam desejo de tratamento.
4. Articular com os órgãos de proteção (Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude), medidas de proteção para o RN em situações de risco eminente.
5. Verificar se a mãe realiza algum tratamento, caso contrário propor tratamento para a sua dependência e encaminhar aos serviços especializados da rede de saúde, como o Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e outras drogas (Caps AD) de seu território.
6. Incentivar a presença e a permanência da mãe e rede de apoio junto ao RN, após avaliação criteriosa da equipe de Saúde, a fim de fortalecer o vínculo afetivo e realizar os cuidados com o RN e, se não houver contraindicação, incentivar a amamentação.
7. Discutir com a mãe e os familiares sobre o processo de amamentação, informando sua contraindicação, caso o uso da substância se mantenha.
8. Identificar e observar a rede de apoio da mãe ao longo da internação do RN, com o objetivo de fortalecê-la para o período de pós-alta hospitalar.
9. Comunicar ao Conselho Tutelar, por meio de contato telefônico e/ou envio de relatório, quando a dependência química da mãe for de cocaína ou *crack*.
10. Condicionar a alta do RN à avaliação dos órgãos de proteção (Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude) quando a família apresentar rede de apoio frágil e risco iminente para o RN.
11. Realizar a alta hospitalar do RN com sua mãe, em situações que se identificar uma rede de apoio efetiva, na qual os membros da família/rede saibam da dependência química da mãe e estejam disponíveis para compartilhar os cuidados do RN. Da mesma forma, realizar contato prévio com o Conselho Tutelar e solicitar acompanhamento da situação após a alta hospitalar.

Cuidados com o recém-nascido em situação de risco de abandono

Objetivo

– Acolher e orientar as mães nos casos de risco de abandono do RN identificados na UN.

Diretrizes

1. Identificar o potencial de risco de abandono na unidade neonatal.
2. Buscar contato com outros familiares do RN e avaliar possibilidades de participação em seus cuidados.
3. Identificar a Rede Social de Apoio para a mãe.
4. Acompanhar as mães nos casos de risco de abandono durante a internação.
5. Explorar a rede de proteção social: Centro de Referência Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializada de Assistência Social (Creas), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf), Unidade Básica da Família (UBS), Conselho Tutelar, entre outros, para identificar outros membros da família e/ou rede de apoio, com objetivo de colher informações sobre a situação familiar.
6. Contatar com o Juizado da Vara da Infância e Juventude e comunicar a situação de abandono, caso as tentativas de resgate da família e formação de vínculo não tenham se concretizado.
7. Seguir as determinações estabelecidas pelo Juiz da Vara da Infância e Juventude.

Redes sociais de apoio

Objetivos

- Identificar as redes de apoio das famílias para atender às suas necessidades frente à internação neonatal.
- Oferecer, por meio das redes de apoio e dos serviços, os recursos necessários às demandas das famílias.

Diretrizes

1. Identificar e traçar os contornos da rede de apoio da família de modo a facilitar sua atuação durante a internação do RN.
2. Escutar os pais sobre sua rede de relacionamentos, sua efetividade ou fragilidade (uso do Ecomapa e do Genograma).
3. Convidar, sempre que possível, as pessoas que fazem parte da rede de apoio a participar do Grupo – Esclarecendo Dúvidas – para que possam conhecer as experiências do RN e sua família durante a hospitalização.
4. Estimular as visitas à UTIN, UCINco e UCINca para avós e irmãos.
5. Permitir acompanhamento de um membro da rede de apoio à mãe durante sua permanência na UTIN, UCINco ou UCINca em casos excepcionais, após avaliação do Serviço Social/Psicologia e discussão com a equipe multiprofissional.
6. Oferecer espaços no hospital para convivência dos pais com os componentes da sua rede de apoio.
7. Reconhecer e exercitar o potencial de suporte contido na relação entre profissionais e pais, estimulando o vínculo entre eles.
8. Reconhecer e apoiar a formação de redes espontâneas entre os familiares dos RNs internados como aqueles que surgem entre as mães e os pais que se encontram diariamente ou permanecem junto de seus filhos ao longo da internação.

Alta hospitalar

Objetivos

- Proporcionar ao RN alta segura, garantindo o retorno para acompanhamento em ambulatórios de seguimento ou UBS e, caso necessário, aos atendimentos especializados.

Diretrizes

1. Identificar o RN em condições de alta hospitalar.
2. Avaliar a segurança materna, suporte paterno, redes de apoio e ambiente familiar.
3. Entrar em contato com a equipe de Saúde da Família (ESF) da área de referência.
4. Reunir mãe e familiares presentes no momento da alta do recém-nascido.
5. Orientar quanto aos cuidados intradomiciliares relacionados à prática da posição canguru, aleitamento materno e cuidados gerais (higiene, excessos de visitas, sono e repouso etc.).
6. Reforçar a importância da manutenção das medicações prescritas.
7. Agendar a consulta de retorno até 48 horas após a alta.
8. Reforçar a importância e a necessidade do acompanhamento na terceira etapa que deve acontecer tanto na maternidade de origem quanto na Rede de Atenção Básica.
9. Aproveitar o momento para orientar sobre a importância de atualizar o cartão de vacina dos irmãos.
10. Entregar à mãe do RN o resumo de alta, devidamente preenchido pelo médico assistente em quatro vias. A primeira via fica com a mãe. A segunda deverá ser mantida no prontuário, a terceira enviada ao ambulatório de seguimento que fará o acompanhamento dos RNs e a última ficará na UBS que oferece apoio à família.
11. Reforçar as orientações quanto à postura adequada – em decúbito dorsal – ou seja, barriga para cima, sem auxílio do travesseiro. Informar que o RN nunca deve dormir em decúbito lateral (de lado) ou ventral (de barriga para baixo).
12. Orientar quanto à importância de limitar as visitas nos primeiros dias, esclarecendo os motivos – possíveis viroses e excesso de estímulos.
13. Orientar quanto à higienização das mãos e a limpeza dos ambientes.

14. Checar se a família recebeu orientações quanto ao uso de medicações, compreendeu adequadamente sua administração, horários e doses.
15. Orientar cuidadosamente e dar oportunidade para que as dúvidas sejam esclarecidas.
16. Encerrar a consulta colocando-se à disposição para atender às necessidades da família.

Consulta da 3ª etapa

Objetivo

– Acompanhar o recém-nascido pré-termo e de baixo peso após a alta hospitalar, observando a relação mãe-bebê, esclarecendo dúvidas, estimulando a posição canguru e o aleitamento materno.

Diretrizes

1. Apresentar-se à família se ainda não a conhece.
2. Fazer a consulta valorizando as demandas da família.
3. Atender o recém-nascido e seus pais/família após leitura do resumo de alta hospitalar.
4. Solicitar a Caderneta da Criança e preencher, caso estejam em branco, os dados referentes ao nascimento (peso ao nascer, idade gestacional, perímetro cefálico, comprimento, índice de Apgar, tipo de parto) na primeira consulta.
5. Certificar-se de que o RN realizou as triagens neonatais: triagem metabólica e auditiva, teste do reflexo vermelho e triagem para cardiopatia crítica. Caso contrário, fazer os encaminhamentos necessários.
6. Conferir a data da avaliação oftalmológica, se necessária, e orientar o retorno.
7. Verificar resultado de ultrassom transfontanela e solicitar controle, se necessário.
8. Conferir e ajustar doses e modo de administração de vitaminas, sulfato ferroso e outras medicações, quando for o caso.
9. Registrar em folha de evolução os dados obtidos.
10. Compartilhar os atendimentos da terceira etapa com a Atenção Básica de Saúde.
11. Dar alta da terceira etapa quando a criança alcançar o peso de 2.500 g, fazendo os encaminhamentos necessários para acompanhamento em ambulatórios de seguimento ou UBS e, caso necessário, aos atendimentos especializados.

Roteiro da consulta

1. Idade: anotar a idade cronológica. Calcular e anotar a idade corrigida.
2. Medidas antropométricas: anotar o peso da alta (ou da última consulta), o peso atual em gramas e calcular o ganho ponderal em gramas. Fazer as

medidas antropométricas (PC, PT, PA e comprimento), anotar e colocar nas curvas de referência adotadas pelo Ministério da Saúde.

3. Fazer a consulta valorizando as demandas da família.
4. Queixas: perguntar sobre o RN desde a alta hospitalar, se apresentou intercorrências.
5. Imunização: verificar na Caderneta da Criança e orientar quanto à importância da vacinação, seguindo o calendário adequado para a idade cronológica.
6. Alimentação: verificar o aleitamento materno exclusivo ou uso de fórmula e orientar adequadamente. Observar a mamada. Promover o aleitamento materno exclusivo.
7. Eliminações: questionar o número e volume de urina e evacuações.
8. Exame físico: realizar o exame completo no recém-nascido; detectar e anotar as anormalidades.
9. Diagnósticos: descrever os diagnósticos baseados na anamnese e no exame físico.
10. Conduta terapêutica: descrever a conduta terapêutica. Fazer as orientações cabíveis e agendar o retorno. Se alta do ambulatório, fazer os encaminhamentos necessários.

Orientações gerais

1. Reforçar e estimular o aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade gestacional corrigida.
2. Retirar todas as dúvidas dos pais e acompanhante relacionadas aos cuidados com o recém-nascido.
3. Tratar o RN de acordo com os problemas apresentados.
4. Fazer o agendamento do retorno do RN de acordo com o preconizado pelo *Manual de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru* ou de acordo com a necessidade de cada recém-nascido.
5. Encaminhar o RN para acompanhamento na Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência ou acompanhamento no ambulatório de seguimento após alcançar o peso de 2.500 g.

Trabalhando a perda na unidade neonatal

Objetivos

- Cuidar da família no período especial que envolve a notícia da possibilidade de óbito do RN e ou na sua ocorrência, oferecendo o suporte adequado e necessário para enfrentamento dessa situação.

Diretrizes

1. Avaliar as condições clínicas do RN que são indicativas de risco de óbito e discutir com equipe de Saúde quais profissionais possuem proximidade com a família para participarem de um encontro para discussão destas informações.
2. Solicitar encontro com os pais para conversar sobre as preocupações que a equipe de Saúde vem tendo em relação aos aspectos clínicos do RN.
3. Saber da possibilidade de vir um acompanhante de sua escolha para participar desta reunião, caso a mãe esteja desacompanhada. Caso não seja possível, ela poderá escolher uma pessoa da equipe hospitalar que a acompanhe.
4. Garantir a presença de um médico para realizar o relato das questões clínicas que preocupam a equipe.
5. Garantir a presença do psicólogo que trabalha na unidade e/ou do assistente social.
6. Escolher um local confortável e privado para a reunião, sem possibilidades de interrupção por telefonema, solicitações da equipe de Saúde.
7. Perguntar aos pais o que eles sabem sobre o filho, suas preocupações e quais suas dúvidas.
8. Avaliar sua compreensão sobre as condições clínicas do filho e esclarecer sobre os cuidados que têm sido oferecidos procurando responder às suas necessidades de informação.
9. Estimular que os pais exponham suas dúvidas. Permitir algum tempo de silêncio para que eles organizem suas ideias e posteriormente exponham suas questões.
10. Responder perguntas, caso surjam. Após serem esclarecidas, o médico pode então se ausentar, colocando-se à disposição, e o psicólogo e/ou assistente social podem permanecer conversando com a família.

11. Informar sobre como será o funcionamento na UN a partir desta situação.
12. Estimular os pais a trazerem para conhecer o RN todas as pessoas significativas para eles, as quais poderão no futuro conversar com eles sobre a criança.
13. Atender às necessidades religiosas dos pais, como o batizado do RN ou outra visita de suas referências religiosas.
14. Informar sobre as condições do filho no momento do óbito, perguntar se desejam ficar junto a ele em um lugar reservado.
15. Comunicar aos demais pais que se encontram na Unidade que se está diante de uma situação de muita gravidade de um RN.
16. Comunicar o óbito imediatamente à família, oferecendo a possibilidade dela permanecer com o RN durante este processo.
17. Lembrar que muitas vezes a família, ou mesmo a mãe, inicialmente negam-se a ficar com o RN. Contar como tudo ocorreu, falar um pouco sobre o RN e voltar a convidá-los para permanecerem junto ao seu filho. Disponibilizar-se para entrar e ficar junto com a família.
18. Ficar atento para postura familiares que possam dificultar a mãe a realizar o que deseja nesse momento. É necessário escutá-la com cuidado, explicitar ao restante da família que se trata de algo que ela deve escolher e apoiá-la em suas decisões.
19. Realizar a retirada dos aparelhos, sondas, do corpo do RN na presença ou ausência da família, de acordo com o que eles desejarem.
20. Convidar à mãe ou pai para ajudar a arrumar o corpo do filho (limpar, vestir).
21. Garantir aos pais o contato com o RN, antes que ele seja preparado para encaminhamento ao necrotério do hospital.
22. Facilitar um local privado para que a família possa permanecer com o RN.
23. Encaminhar os procedimentos burocráticos. Em geral, feito com o pai e um acompanhante da família, checar certidão de nascimento ou orientar sobre a realização dela com o atestado de óbito.
24. Encaminhar os pais ao Serviço Social em caso de vulnerabilidade familiar para realizar as orientações sobre o auxílio-funeral, conforme a Prefeitura de origem da família.
25. Possibilitar retorno dos familiares ao hospital para conversar com a equipe sobre o RN e sua história hospitalar.
26. Realizar visita domiciliar pós-óbito, se possível.

Sugerimos:

- Estimular a família a fazer fotografia de seu filho.
- Fazer uma “caixa” de memória com todos os pertences do RN que foram acumulados durante sua internação, se houver.

Cuidando do cuidador

Objetivo

- Organizar momentos para que a equipe de Saúde possa, em seu próprio horário de trabalho, realizar atividades de relaxamento ou pequenos exercícios que melhorem as consequências dos esforços repetitivos e as questões posturais próprias dos cuidados com os recém-nascidos.

Diretrizes

1. Definir calendário semanal ou mensal para atividades com o cuidador.
2. Orientar aspectos da motricidade (posturas) e movimentos respiratórios adequados durante a realização de tarefas longas e estressantes.
3. Buscar parceria com clubes ou locais de lazer para realização de oficinas anuais das equipes, envolvendo atividades de lazer, palestras sobre qualidade de vida e grupos de discussão.
4. Desenvolver ações de acolhimento aos cuidadores, tais como: receber o cuidador com abraço, estimular as trocas afetivas, festejar os aniversários, parabenizar a aprovação em concursos e provas, festejar datas comemorativas como Dia Internacional da Mulher, Dia das Mães, Dia dos Pais, Natal etc.
5. Estabelecer grupos de discussão na própria unidade, utilizando textos que provoquem autorreflexão e reflexão em grupo quanto ao autocuidado.
6. Organizar grupos para discutir as práticas cotidianas, com avaliação dos erros ou falhas da equipe buscando estabelecer fatores que predispueram tal ocorrência. Sugere-se a formulação de estratégias para estabelecer novos paradigmas de realização das práticas em questão.
7. Estabelecer grupos de discussão e reflexão sobre sentimentos e frustrações vivenciadas no dia a dia do cuidador, que diz respeito ao manejo das demandas do recém-nascido, da família, dos óbitos ocorridos, da instituição e do próprio cuidador.
8. Favorecer a redução dos fatores de estresse no trabalho como ruído excessivo, vozes fortes ou intensas, desorganização do material, comunicações e rotinas pouco claras ou não disseminadas homoganeamente por toda a equipe de Saúde e manutenção do ambiente de trabalho organizado.
9. Estimular o cuidador a realizar anualmente consulta e exames médicos de rotina.

Observação

- As atividades poderão ser as mais diversificadas possíveis, dependendo das possibilidades de cada instituição.
- Sugere-se ginástica laboral, grupos de discussão, atividades de lazer, grupos de teatro, coral, orientações nutricionais, posturais e ergonômicas, atividades fora do hospital, entre outros.
- A equipe de Saúde deverá avaliar possíveis parcerias com universidades, faculdades ou outras instituições que ofereçam, por meio de estágios profissionais, cuidados de qualidade de vida aos profissionais da Unidade Neonatal.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 3. ed. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf>. Acesso em 30/03/2018.

LAGO, P. et al. Systematic review of non-pharmacological analgesic interventions for common needle-related procedure in newborn infants and development of evidence-based clinical guidelines. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 106, n. 6, p. 864-870, June 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28295585>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

MORGAN, J.; YOUNG, L.; MCGUIRE, W. Slow advancement of enteral feed volumes to prevent necrotising enterocolitis in very low birth weight infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], v. 12, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25452221>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

RODRIGUEZ, N. A. et al. A pilot study to determine the safety and feasibility of oropharyngeal administration of own mother's colostrum to extremely low birth weight infants. **Advances in Neonatal Care**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 206-212, Aug. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924875/>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

ISBN 978-85-334-2619-1



9 788533 426191



Método anguru

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL