



Assistência de enfermagem ao recém-nascido sob manuseio mínimo

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Diretoria de Enfermagem
Gerência de Serviços de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia
Câmara Técnica de Enfermagem Neonatal

CADERNO 4 – Assistência de enfermagem ao recém- nascido sob manuseio mínimo

**Brasília – DF
2021**

Ficha catalográfica

BRASIL, Secretaria de Estado de Saúde.

Assistência de enfermagem ao recém-nascido sob manuseio mínimo: CADERNO-4 / Diretoria de Enfermagem / Gerência de Serviços de Enfermagem Obstétrica e Neonatal / Secretaria de Estado de Saúde BRASIL. -2022

24 f.

1. Prematuro. 2. manipulação . 3. manuseio mínimo. 4. unidade de terapia intensiva. I. Distrito Federal, DF. II. Título.

CADERNO 4 – Assistência de enfermagem ao recém-nascido sob manuseio mínimo

Autoras (membros da Câmara Técnica de Enfermagem Neonatal):

Bárbara Pereira da Silva
Carolina Nery Fiocchi Rodrigues
Cláudia Cabral de Aguiar Silveira
Elivânia Quixaba Neres
Flávia Isabela Dantas Lacerda
Gabrielle Oliveira Medeiros de Mendonça
Gerda Lorena Pereira de Almeida
Kaísa Raiane dos Santos Silva
Kamila Ribeiro Pereira Castellace
Kassandra Silva Falcão Costa
Kelly Sabóia Menezes Dias
Lorena Viana Gonzaga
Lucyara Araújo Simplicio
Ludmylla de Oliveira Beleza
Raíssa Alves de Sousa
Renata Batista de Lima
Solange Rodrigues da Cunha

Coordenação

Kassandra Silva Falcão Costa
Ludmylla de Oliveira Beleza

LISTA DE ABREVIATURAS

CATEN: Câmara Técnica de Enfermagem Neonatal
COREN: Conselho Regional de Enfermagem
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem
DF: Distrito Federal
DIENF: Diretoria de Enfermagem
EPI: equipamento de proteção individual
GEON: Gerência de Serviços de Enfermagem Obstétrica Neonatal
IA: incubadora aquecida
IC: idade corrigida
IGPC: idade gestacional pós-concepcional
MMII: membros inferiores
MMSS: membros superiores
NPT: nutrição parenteral total
O2: oxigênio
POP: procedimento operacional padrão
RN: recém-nascido
RNPT: recém-nascido prematuro/pré-termo
SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem
SES: Secretaria do Estado de Saúde
SNC: Sistema Nervoso Central
SpO2: Saturação de Oxigênio
UCINCa: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
UCINCo: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UR: Umidade Relativa do Ar
UTIN: Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
VAS: Vias Aéreas Superiores

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
INTRODUÇÃO	13
METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA	19
PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO	26
Objetivos e Metas	27
Horário de Funcionamento	27
Responsáveis	27
Local de Aplicação.....	27
Materiais necessários	27
Descrição do Procedimento	27
Recomendações e Observações	27
REFERÊNCIAS.....	26

APRESENTAÇÃO

Para atenuar a variabilidade de condutas e garantir a qualidade do atendimento prestado, a implementação dos protocolos clínicos tornam-se necessárias. Estes instrumentos são designados para auxiliar os profissionais a tomarem decisões mais complexas sobre a assistência de seus pacientes. Os protocolos são desenvolvidos por meio da análise sistemática de evidências científicas e visam padronizar ações, controlar custos e aumentar a eficiência dos profissionais (MAHMUD, 2002).

As padronizações dos procedimentos são definidas para o estabelecimento de diretrizes assistenciais tanto para o controle como para melhoria contínua da qualidade, indicando inclusive os momentos em que são necessárias revisões e atualizações (GUERRERO et al, 2008). Sua implantação busca melhorar a qualidade da assistência, fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho, servir de instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), diminuir riscos de intercorrências na realização do cuidado e garantir aos usuários um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final (ALEIXO, 2009).

Dessa maneira, um protocolo de manuseio mínimo do prematuro extremo seria incorporado como forma de possibilitar a sensibilização da equipe multidisciplinar quanto à diminuição dos manuseios de rotina ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a fim de manter a estabilidade clínica, melhorar sua sobrevida e o seu desenvolvimento neurocomportamental (MAGALHÃES et al, 2011).

INTRODUÇÃO

Recém-nascidos pré-termos internados em UTINs encontram-se em uma fase de rápido desenvolvimento cerebral, e eventos estressantes e dolorosos, quando aplicados repetidamente para salvar a vida desses bebês, influenciam negativamente nas suas funções motoras, sociais e emocionais a curto, médio e longo prazo (TAMEZ, 2013).

Quanto mais prematuro for o recém-nascido (RN), maior será sua taxa de mortalidade e incidência de morbidades como problemas respiratórios crônicos, infecções, retinopatia da prematuridade e hemorragia intracraniana, todas as quais podem levar a patologias debilitantes e sequelas incapacitantes (CHEE; WONG; WONG, 2017; STOLL et al, 2010; SOUSA; SILVA; ARAÚJO, 2008).

Os locais iniciais de tratamento dos RNs prematuros são as unidades de tratamento intensivo neonatais (UTINs), ambiente que salva suas vidas, mas que podem proporcionar uma experiência bem diferente do intrauterino. Isso porque apresenta iluminação intensa e contínua, barulhos, grandes espaços sem contenção do RN, interrupções frequentes dos períodos de sono e repouso com procedimentos e atividades diversas. Todos estes fatores causam desconforto tanto físico como emocional, prejudicando o desenvolvimento neuromotor desses prematuros (TAMEZ, 2013).

Estudos diversos demonstram que os RNs prematuros recebem manipulações excessivas e até desnecessárias, em quantidade variando de 59 a 109 diárias (média de 67 procedimentos) em um estudo brasileiro (PEREIRA et al, 2013) e cerca de 45 vezes em 6 horas em outro (SOUSA; SILVA; ARAÚJO, 2008). Inclusive, uma pesquisa observacional árabe mostrou que a maioria das vezes em que o RN é manuseado, é para ser arrumado esteticamente no leito, não havendo razão clínica para tal (CAMERON; RAINANGAR; KHOORI, 2007).

Essas manipulações excessivas e desorganizadas possuem consequências deletérias para o RN prematuro, desde fisiológicas (aumento das frequências cardíaca e respiratória, alterações da saturação de oxigênio e cor da pele, alteração do fluxo sanguíneo cerebral, hipoxemia, apneia, bradicardia e hipertensão arterial) a comportamentais (alterações faciais, espasmos, hiperextensão de dedos, choro, arqueamento das sobrancelhas, movimentos de torção, caretas, agitação, enrugamento da testa, hiperflexão, gemido, hipotonia, sono profundo, elevação dos membros inferiores e abertura dos dedos dos pés) (ZEINER; STORM; DOHENY, 2016; BALBINO et al, 2012; MAGALHÃES et al, 2011; BALDA, 1999; VANDENBERG, 2007a).

Diante deste quadro, sabe-se que a rotina dos procedimentos e os altos ruídos resultam em significativas mudanças nas respostas comportamentais e fisiológicas, como o atraso no desenvolvimento cognitivo, emocional, físico, neurológico e sensitivo (ALS et al, 2004).

A Sociedade Canadense de Pediatria recomenda que as instituições de saúde devem desenvolver e implementar cuidados de prevenção à dor e ao estresse destes pacientes, utilizando-se de programas educacionais que sensibilizem os profissionais quanto à utilização de estratégias para individualização do cuidado. Assim, seria favorecido o manuseio mínimo e maior qualidade de repouso do RN (AAP, 2000). Verificou-se também a necessidade de se investigar aspectos que amenizem o sofrimento destes pacientes, de modo que o ambiente hospitalar torne-se realmente um local terapêutico e menos estressante para os bebês (GOMES; HAHN, 2011).

METODOLOGIA

Metodologia de Busca da Literatura

a. Bases de dados consultadas

Realizou-se uma pesquisa nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados eletrônicas da LILACS, MEDLINE, Base de dados de Enfermagem (BDENF), PUBMED, na Cochrane Library, Portal da Capes e Google Scholar. Além disso, foram feitas buscas a partir de publicações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Órgão de Classe e Sociedade de Profissão, documentos de hospitais, protocolos institucionais, livros publicados de especialistas e artigos científicos.

b. Palavra(s) chave(s)

Prematuro; manipulação; manuseio mínimo; unidade de terapia intensiva neonatal.

c. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material, foram consideradas publicações e recomendações relevantes nacionais e internacionais, entre os anos de 2000 e 2019.

1- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

A49 – Infecção bacteriana de localização não especificada.

F43 – Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação.

F98 – Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência.

P27.1 – Displasia broncopulmonar originada no período perinatal.

P52 – Hemorragia intracraniana (não traumática) do feto e do recém-nascido, não especificada.

R52.0 – Dor aguda.

R52.2 – Outra dor crônica.

2- Diagnóstico Clínico ou Situacional

Foi identificada a necessidade de sistematizar e padronizar as ações da equipe de profissionais de saúde responsável diretamente pelo cuidado ao RN prematuro, de modo a direcionar as ações prestadas durante sua internação em uma unidade neonatal da SES.

Com esse intuito e para atender a proposta de organizar o trabalho, coordenar, acompanhar e colaborar para o desenvolvimento das atividades de revisão, atualização e ampliação deste **Protocolo de Manuseio Mínimo**, a Câmara Técnica de Enfermagem Neonatal da SES/DF juntamente com a referência técnica médica em neonatologia validaram cada ação descrita neste protocolo operacional padrão.

3- Critérios de Inclusão

O Protocolo de Manuseio Mínimo deverá ser aplicado em recém-nascido (RN) internado em todas as Unidades Neonatais da Rede SES/DF com peso de nascimento abaixo de 1250g e/ou menor ou igual a 30 semanas de idade gestacional (IG) pelo período que vai desde seu nascimento até 96 horas de vida.

4- Critérios de Exclusão

Pacientes de outras instituições e com características que diferem das citadas em critérios de inclusão.

5- Conduta

A conduta será norteada segundo protocolos específicos, apresentados neste protocolo.

5.1 Conduta Preventiva

Não se aplica.

5.2 Tratamento Não Farmacológico

Sim, devendo ser aplicado, no mínimo, do nascimento até 96 horas de vida do recém-nascido (RN).

5.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica.

5.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica.

5.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica.

5.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

6- Benefícios Esperados

Reduzir taxa de mortalidade, assim como incidência de morbidades graves que ocorrem especialmente nos primeiros dias de vida do RN prematuro extremo, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

7- Monitorização

A monitorização necessária durante o protocolo de manuseio mínimo estão descritas neste protocolo.

8- Acompanhamento Pós-tratamento

Não se aplica.

9- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

10- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Dados procedentes de controles realizados pelos gestores locais, assim como de comitês de óbitos.

PROTOCOLO DE MANUSEIO MÍNIMO DO PREMATURO

O manuseio é qualquer manipulação física do recém-nascido (RN) com objetivos relacionados ao tratamento, à monitorização adequada ou à realização de cuidados. Alguns fatores devem ser considerados ao se manusear um RN, como: tipo de manuseio (objetivo), frequência, tempo de duração, localização/distribuição e profissional envolvido. Porém, deve-se atentar que manusear um RN é uma atividade complexa e imbuída de grande quantidade de estímulos táteis, sendo que o paciente pode não conseguir diferenciá-los e reagir de forma distinta para cada um.

Vários estudos mostram que existem manipulações excessivas do RN internado na UTIN, um ambiente que proporciona ruídos e iluminação demasiados, repetidos procedimentos estressantes, invasivos e dolorosos e afastamento dos pais e familiares. Como consequência, este manuseio pode causar: alterações fisiológicas (oscilações de cor da pele, de frequências cardíaca e respiratória, fluxo sanguíneo cerebral, saturação de oxigênio, tônus muscular, hipoxemia, apneia, hipertensão arterial), comportamentais (choro, mudanças faciais que indicam estresse, arqueamento de tronco e torções, hiperextensão de membros, agitação ou sono profundo defensivo), intolerância alimentar e aumento do risco de infecção e da pressão intracraniana/hemorragia intraventricular. Isso pode levar a um aumento da demanda de oxigênio e de energia que poderiam estar sendo usados na convalescença destes RNs, trazendo implicações comportamentais e no desenvolvimento cognitivo, emocional, neurológico, sensitivo e físico a médio e longo prazo. Mais de 90% das hemorragias intraventriculares ocorrem nos primeiros 4 dias de vida.

Diante deste quadro, faz-se necessário que os diversos profissionais envolvidos nos cuidados dos RNs reúnam-se e padronizem suas ações e atitudes, de modo a garantir uma melhoria da qualidade de assistência e de sobrevida plena e produtiva dos prematuros e a considerar suas peculiaridades, diminuindo o tempo de internação, os custos hospitalares, a incidência de infecções e o nível de estresse a que são submetidos.

1. Objetivo

Padronizar o procedimento de manuseio mínimo a ser realizada no recém-nascido (RN) nascido com peso abaixo de 1250g e/ou menor ou igual a 30 semanas de idade gestacional (IG) desde seu nascimento até 96 horas de vida.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Equipe multidisciplinar envolvida no cuidado com o prematuro extremo (Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais).

4. Local de Aplicação

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

5. Materiais Necessários

a) Dependendo do procedimento a ser realizado.

6. Descrição do Procedimento

AÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. Verificar a existência de prescrição para realização de procedimentos no RN, assim como sua real necessidade.	1. Evitar a manipulação desnecessária.
2. Manipular RN carinhosamente e com as mãos higienizadas e aquecidas.	2. Manipulações repentinas e com as mãos frias podem causar dor e estresse e sem higienizar pode levar à infecções hospitalares.
3. Racionalizar o manuseio no período de 3 a 4 horas como equipe multidisciplinar.	3. Evita interromper o descanso, reduz o estresse, promove o sono profundo.
4. Agrupar e ser breve na realização dos procedimentos, observando os sinais de estresse do RN, como choro, tremor de queixo, arqueamento de sobrancelhas, outras alterações faciais, músculos rígidos e inquietação.	4. A interrupção dos procedimentos permite a recuperação do RN, diminuindo seu estresse e promovendo conforto.
5. Não manusear o RN após a realização de procedimentos dolorosos por, pelo menos 1 hora, sempre que possível.	5. A dor intensifica as respostas comportamentais e fisiológicas associadas ao manuseio e o ciclo de sono do RN dura em torno de uma hora.
6. Respeitar a hora de descanso do RN.	6. O sono é necessário para que o RNPT tenha crescimento adequado. O sono profundo não dura mais que 50 minutos.
7. Estabelecer horários de repouso para o RN durante os 3 períodos, especialmente à noite.	7. O repouso e o respeito ao ciclo circadiano são fundamentais para o desenvolvimento neurológico do PT e para seu crescimento.
8. Manter cabeceira da incubadora elevada a 30° graus.	8. Garantir manutenção de livre retorno venoso cerebral e evitar um aumento repentino do fluxo sanguíneo cerebral.
9. Abrir e fechar as portinholas da incubadora com cuidado e somente quando necessário.	9. Os ruídos fortes e bruscos provocam efeitos indesejáveis, como perturbação do sono, choro e taquicardia.

<p>10. Manusear o paciente por meio das portinholas, evitando abertura da porta.</p>	<p>10. Abertura da porta da incubadora causa perda de temperatura que será recuperada às custas de gasto de energia e oxigênio do paciente.</p>
<p>11. Realizar mudança de decúbito a cada 6h (inspecionado a pele em busca de hiperemias e lesões), mantendo sempre a linha mediana (cabeça alinhada com o tórax) e garantido que circuitos/traqueias de ventilação estejam localizadas adequadamente.</p>	<p>11. Posição da cabeça lateralmente em relação ao corpo diminui o fluxo sanguíneo ao cérebro. Por isso é importante manter circuitos de ventilação de forma que não pesem para um dos lados ou para cima.</p>
<p>12. Evitar a posição supina/ventral durante o tempo do protocolo, assim como a posição canguru tradicional.</p>	<p>12. Esta posição não garante a linha média, podendo levar a alterações de fluxo cerebral.</p>
<p>13. Evitar a realização de punção lombar de rotina nos casos de suspeita de sepse precoce em RNs aparentemente saudáveis.</p>	<p>13. As alterações posturais necessárias para realização deste exame, assim como a dor e a diminuição da quantidade de líquido cefalorraquidiano associados podem levar à flutuações do fluxo cerebral, aumentando o risco de hemorragia intraventricular.</p>
<p>14. Manter RNPT confortável e aninhado no leito, utilizando mecanismos facilitadores como ninho, rolinhos, coxins e etc (vide “Manual de Assistência de Enfermagem Neonatal – Caderno 1: Guia para a Prática”, POP n° 3 “Posicionamento terapêutico”).</p>	<p>14. Proporciona conforto e favorece a diminuição do estresse com menor consumo de oxigênio.</p>
<p>15. Verificar sinais vitais e trocar fraldas a cada 6h, no mínimo. Aumento da frequência destes procedimentos deve ser bem embasado na clínica do paciente e discutido em equipe.</p>	<p>15. Necessários para verificar estabilidade hemodinâmica do RN. A troca de fraldas é um procedimento que, comprovadamente, provoca dor e estresse.</p>
<p>16. Não elevar as extremidades inferiores acima do nível da cabeça ao prestar cuidados, como na troca de fralda (vide “Manual de Assistência de</p>	<p>16. Quando as extremidades são elevadas, ocorre um aumento brusco do fluxo sanguíneo cerebral, o que pode causar hemorragia</p>

<p>Enfermagem Neonatal – Caderno 1: Guia para a Prática”, POP n° 33 “Troca de fraldas do recém-nascido”).</p>	<p>intracraniana e suas consequências.</p>
<p>17. Verificar a temperatura corporal através do medidor cutâneo da incubadora ou do monitor multiparamétrico.</p>	<p>17. Reduz o manuseio e a necessidade de abertura das portinholas da incubadora. A estabilidade da temperatura corpórea é importante para a boa evolução da criança, evitando as consequências da hipotermia ou do superaquecimento.</p>
<p>18. Realizar rodízio do sensor de oximetria de pulso a cada 3 horas, não o fixando com fitas adesivas diretamente na pele (usar fixador de fábrica específico ou fixar com gaze e fita por cima desta) Observação: silenciar o alarme do oxímetro/multiparamétrico durante o rodízio d sensor.</p>	<p>18. Evita queimaduras nos locais onde o sensor está fixado, lesões de pele e dor.</p>
<p>19. Realizar a troca de lençol após 96 horas de vida, quando possível.</p>	<p>19. Evitar manipular o RN, prevenindo extubação acidental, perda de temperatura e estresse.</p>
<p>20. Reduzir estímulos sonoros e luminosos e respeitando a “Hora do Soninho” instituída na unidade (momento do dia em que são apagadas todas as luzes da unidade, diminui-se o nível de ruído e evita-se manipular o bebê, a não ser em caso de emergência ou se RN estiver apresentando alterações comportamentais que indiquem dor ou estresse).</p>	<p>20. O alto nível de ruído pode tornar difícil a manutenção dos estados de sono, que são importantes para um adequado desenvolvimento do sistema nervoso central. A luz forte e contínua é um fator de estresse para o RN, o qual apresenta menos defesas em relação à luz ambiente.</p>
<p>21. Não tamborilar ou colocar objetos sobre a incubadora, esvaziar os circuitos de ventilação sempre que necessário e diminuir o volume da voz ao conversar.</p>	<p>21. O ruído causa estresse, dificultando a estabilização fisiológica, bem como a comportamental.</p>

<p>22. Fornecer um estímulo de cada vez (ex.: se estiver falando com o RN, não tocar; fazer uma coisa de cada vez).</p>	<p>22. O RN tende a não suportar vários estímulos ao mesmo tempo, podendo apresentar alterações comportamentais.</p>
<p>23. Utilizar o mínimo de adesivos sobre a pele do RNPT (vide “Manual de Assistência de Enfermagem Neonatal – Caderno 1: Guia para a Prática”, POP n° 18 “Uso de adesivos em neonatologia”).</p>	<p>23. Quando se removem as fitas adesivas, também remove-se a parte externa da epiderme. Isso porque a derme e a epiderme não estão bem aderidas uma à outra. Assim, a pele é lesionada, causando dor e aumentando o risco de infecções</p>
<p>24. Colocar placa de hidrocolóide ou fita hipoalergênica como segunda pele no local em que a necessidade de uso de adesivos não possa ser evitada (vide “Manual de Assistência de Enfermagem Neonatal – Caderno 1: Guia para a Prática”, POP n° 18 “Uso de adesivos em neonatologia”).</p>	<p>24. Placas de hidrocolóide e fita hipoalergênica, quando retirados, causam menos ou quase nenhuma dor e/ou lesão da pele.</p>
<p>25. Remover adesivos com algodão embebido em solução oleosa (se não houver necessidade de usar adesivo no local novamente), soro fisiológico ou água destilada morna, ou ainda produto específico para tal.</p>	<p>25. Evitar lesão de pele e dor. Existem produtos no mercado que auxiliam na remoção de adesivos e diminuem a dor associada a este procedimento.</p>
<p>26. Confeccionar óculos de fototerapia com elástico do gorro, malha tubular ou atadura caso não haja óculos próprio e adequado.</p>	<p>26. Evita a colocação de adesivos diretamente na pele do RN.</p>
<p>27. Realizar procedimentos dolorosos e estressantes em dupla.</p>	<p>27. Com 02 profissionais, é possível realizar o procedimento com segurança e promover conforto e contenção ao RN.</p>
<p>28. Utilizar escala de dor conforme rotina de cada unidade.</p>	<p>28. É recomendado o uso de métodos sistemáticos de avaliação da dor do RN, de modo a não basear condutas em empirismo.</p>

<p>29. Utilizar medidas não-farmacológicas (enrolamento, contenção facilitada, sucção não-nutritiva, glicose 25%) antes, durante e depois de procedimentos dolorosos (vide “Manual de Assistência de Enfermagem Neonatal – Caderno 1: Guia para a Prática”, POP n° 1 “Medidas não farmacológicas para controle e alívio da dor”).</p>	<p>29. Estas medidas reduzem ou auxiliam no controle da dor e estimulam a autorregulação do RN.</p>
<p>30. Realizar aspiração endotraqueal e de vias aéreas superiores (VAS) somente quando clinicamente necessário (quando verificada queda de saturação e/ou volume corrente, ausculta pulmonar com roncos/estertores e/ou visualização da secreção subindo pelo tubo orotraqueal - TOT).</p>	<p>30. Evita desconforto, aumento de estresse e, conseqüentemente, aumento do fluxo cerebral.</p>
<p>31. Não pesar o RN na primeira semana de vida.</p>	<p>31. Além de ser um procedimento estressante para o RN, durante este período, é utilizado o peso de nascimento pela equipe médica para prescrição de soluções e medicamentos</p>
<p>32. Manter incubadora aquecida umidificada de acordo com o esquema: manter a umidade relativa do ar (UR) em 90% no primeiro dia, 80% no segundo dia e 70% até completar duas semanas.</p>	<p>32. Diminui as perdas insensíveis pela pele imatura.</p>
<p>33. Até as 96 horas de vida, realizar apenas higiene íntima, oral e ocular com algodão e água morna.</p>	<p>33. O RNPT perde calor facilmente e existem evidências de que o banho pode causar comportamentos de estresse, arriscando problemas de crescimento, desenvolvimento e recuperação.</p>
<p>34. Realizar higiene corporal somente após o 14° dia de vida, se indicado.</p>	<p>34. O RNPT perde calor facilmente e existem evidências de que o banho pode causar comportamentos de estresse, arriscando</p>

	problemas de crescimento, desenvolvimento e recuperação.
Observação: Não foi encontrado na literatura nada que contra-indique a realização de fisioterapia nessas primeiras 96 horas de vida. Porém, como deve ser realizado um manuseio gentil, os fisioterapeutas devem avaliar quais manobras são ou não apropriadas para este período. Além disso, estes profissionais podem contribuir imensamente para o posicionamento adequado e verificação da real necessidade de aspiração de TOT e VAS durante o período do protocolo.	

7. Recomendações/Observações

- a) Placas para sinalização que mostrem que o bebê está em Manuseio Mínimo e demais especificidades deste protocolo podem ser utilizadas a critério de cada unidade.
- b) A comunicação adequada entre as categorias profissionais responsáveis pelo cuidado com o RN é a principal ferramenta na realização plena de um Protocolo de Manuseio Mínimo.
- c) Recomenda-se a colocação do diafragma do estetoscópio dentro da incubadora para que sua superfície não esteja fria ao se examinar o bebê.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, E.C.S. **Implantação De Procedimentos Operacionais Padrão: Estratégia De Organização Do Cuidado Da Enfermagem**. Trabalho 2299 - 1/3. Apresentado No 61^o Congresso Brasileiro De Enfermagem, 2009.

ALS, H.; DUFFY, F.H.; MCANULTY, G.B.; RIVKIN, M.J.; VAJAPEYAM, S.; MULKERN, R.V. et al. Early experience alters brain function and structure. **Pediatr.**, v.113, p. 846-57, 2004.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Prevention and management of pain and stress in the neonate. **Pediatrics.**, v.105, n. 2, p. 454-61, 2000.

BALBINO, A.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; SILVA, R.C.C.; MORAES, K.M.. Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20(esp.1), p. 615-20, 2012.

BALDA, R.C.X.. **Adultos são capazes de reconhecer a expressão facial de dor à expressão facial de dor no recém-nascido a termo [dissertação]**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1999.

BELEZA, L.O.; MARGOTTO, P.R.; NETTO, T.S.F.R.. **Manuseio mínimo: um caminho para o neurodesenvolvimento adequado**. Capítulo do Livro Assistência ao Recém-Nascido de Risco, 4a Edição, 2019 (no prelo). Disponível em: <http://paulomargotto.com.br> . Acesso em 09/03/2020 às 08:00.

CAMERON, E.C.; RAINGANGAR, V.; KHOORI, N.. Effects of handling procedures on pain responses of very low birth weight infants. **Pediatric Physical Therapy**, v. 19, p. 40-7, 2007.

CHEE, Y.Y.; WONG, M.S.C.; WONG, R.M.S.; WONG, K.Y.. Neonatal outcomes of preterm or very-low-birth-weight infants over a decade from Queen Mary Hospital, Hong Kong: comparison with the Vermont Oxford Network. **Hong Kong Med J**, v. 23, n. 4, p. 381-6, 2017.

GOMES, C.A.; HAHN, G.V.. Manipulação do recém-nascido internado em uti: alerta à enfermagem. **Revista destaques acadêmicos**, ano 3, n. 3, 2011 - ccbs/univates.

GUERRERO et al. Procedimento Operacional Padrão: Utilização Na Assistência De Enfermagem Em Serviços Hospitalares. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n. 6, 2008.

MAGALHÃES, F.J.; LIMA, F.E.T.; ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; SCHERLOCK, M.S.M.; COÊLHO, A.D.A.. Avaliação do manuseio de rotina ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal**, p. 1-12, 2012.

MAGALHÃES, F.J.; LIMA, F.E.T.; ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; SCHERLOCK, M.S.M.; ALBUQUERQUE, N.L.S.. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 136-43, 2011.

MAHMUD, S.D.P.. **Protocolos clínicos: adesão e aplicabilidade numa instituição hospitalar**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Porto Alegre, 2002.

PEREIRA, F.L.; GÓES, F.S.N.; FONSECA, L.M.M.; SCOCHI, C.G.S.; CASTRAL, T.C.; LEITE, A.M.. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 6, p. 1272-8, 2013.

SILVA, L.J.; SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M.. Tecnologia e humanização na unidade de terapia intensiva neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Revista escola de enfermagem USP**, v. 43, p. 684-9, 2009.

SOUSA, M.W.C.R.; SILVA, W.C.R.; ARAÚJO, S.A.N.. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. **ConScientiae Saúde**, v. 7, n. 2, p. 269-274, 2008.

TAMEZ, R.N.. **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

VANDENBERG, K.A.. Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: a practice guideline. **Early Human Development**, v. 83, n. 7, p. 433-42, 2007.

ZEINER, V.; STORM, H.; DOHENY, K.K.. Preterm infants' behavior and skin conductance responses to nurse handling in the NICU. **J Matern Fetal Neonatal Med.**, v. 29, n.15, p. 2530-5, 2016.