

# PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO DE RECÉM NASCIDOS PREMATUROS TARDIOS

Protocolo singularizado para o Município de  
Jundiaí –2021  
Versão I



Prefeitura  
de Jundiaí

## Organização

Departamento de Regulação da Saúde  
Unidade de Gestão e Promoção à Saúde

Colaboradores:

Dr. Elzo Garcia Junior CRM 88.576- Médico neonatologista colaborador.

Dra. Fabiana Petter Camillo CRM 82.865- Assessoria Técnica Saúde da Criança e do Adolescente.

Dra. Valéria Soares CRM 75.996- médica do ambulatório de neonatologia/NIS.

Diretora da Regulação Médica: Fabiana B. de Alcântara.



## SUMÁRIO

Apresentação.....	03
Definição.....	04
Rotina Ambulatorial.....	05
Idade Corrigida para Prematuridade(Icp).....	05
Encaminhamentos.....	05
Avaliação Antropométrica.....	06
Frequência De Retornos.....	06
Nutrição do RNPTT.....	07
Manutenção das Vitaminas.....	07
Avaliação Global.....	08
Exames Complementares.....	09
Vacinas.....	09
Sinais de Alerta.....	11
Bibliografia.....	12
Anexos.....	14
Anexo 01- AMBULATÓRIO DE NEONATOLOGIA/NIS.....	14
Anexo 02- NOTA TECNICA ASSESSORIA SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE – 25/04/2019.....	16
Anexo 03- RELATORIO DA ESPECIALIDADE- NEONATOLOGIA.....	17

---

## APRESENTAÇÃO:

---

A **Atenção Primária (APS)** se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a APS tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos da rede de saúde.

A oferta deste protocolo objetiva que este seja mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da APS.

## RECEM NASCIDO PRÉ-TERMO TARDIO

### Definição:

Recém-nascido Pré-termo tardio (RN PTT) é aquele nascido entre 34 e 36 semanas e 6 dias de gestação;

Como a idade gestacional é determinante da maturidade fisiológica do recém-nascido e conseqüentemente de seu prognóstico, situando-se o marco clássico de maturidade fetal na 34ª semana de gestação.

Os prematuros tardios são responsáveis por mais que 70% dos nascimentos prematuros. Os RN PTT geralmente pesam mais que 2500g, assemelham-se aos RN de termo, e foram inicialmente designados como “RN quase-termo”.

Porém, são imaturos em vários aspectos fisiológicos e metabólicos, têm risco aumentado de morbidade e mortalidade, e não devem ser cuidados como se fossem de termo. Assim, a terminologia mudou para “RN Pré-termo Tardio”.

### Peculiaridades e morbidades no curto prazo:

Há vários e fortes motivos para que o RN PTT não seja cuidado como se fosse de termo.

Já ao nascimento, a necessidade de manobras de reanimação neonatal é cerca de 2 vezes mais frequente nos PTT e os valores de Apgar são menores, em comparação aos RN de termo;

A morbidade neonatal é 4-7 vezes mais frequente nos PTT do que nos RN de termo, sendo que na faixa de 34-38 semanas de gestação, cada semana a menos na idade gestacional ao nascer aumenta em torno de 2-3 vezes o risco de morbidade.

### Principais problemas e morbidades:

- Hipotermia/ Hipoglicemia/ Distúrbios respiratórios/ Maturação gastrointestinal e alimentação/ Hiperbilirrubinemia/ Infecção/ Ventilação mecânica/ Hipertensão pulmonar

## Rotina ambulatorial

---

- Verificar carteira da gestante e da criança;
- Conversar sobre história obstétrica (gestação, parto e pós-parto);
- Intercorrências neonatais;
- Anamnese;
- Exame físico;
- Complemento vitamínico- via oral:
  1. Vitamina A+D: 4 gotas 1x/dia + vit. C: 3 gotas 1x/dia ( iniciar com 7 dias de vida).
  2. Sulfato ferroso (solução oral): dose profilática a depender do peso 2-4 mg/kg/dia (iniciar com 30 dias de vida).
  3. Sulfato de zinco (10 mg/ml): 0,5-1 mg/kg/dia, desde 36 semanas até 6 meses de idade corrigida.
  - 4.

## Idade corrigida para prematuridade (ICP)

---

Descontar da idade cronológica as semanas que faltam para a idade gestacional atingir 40 semanas (termo).

Ex: RN com 34 sem de idade gestacional » aos 3 meses de idade cronológica terá idade corrigida de  $40-30=10$  semanas (1 mês e 15 dias de diferença), portanto 3m (idade cronológica) – 1m 15 dias (idade corrigida) igual 1 mês e 15 dias de idade corrigida para prematuridade ICP.

**Utilizar ICP até 2 anos de vida, depois utilizar idade cronológica**

## Encaminhamentos:

---

### De rotina:

- APAE- programa de intervenção preventiva (PIP)/EE (estimulação essencial)
- ATEAL- Teste da orelhinha realizado no hospital e seguimento a cada 06 meses, até 02 anos e/ou se outras questões auditivas e fala.

Se necessário:

- AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NEONATOLOGIA-NIS;
- AMARATI- Se déficit motor de origem neurológica;
- BRAILLE- Oftalmologia – Se teste reflexo olho vermelho alterado;
- GRENDACC- Se casos de más formações ortopédicas (torcicolo congênito, pé torto congênito) ou fisioterapia ortopédica até 15 anos incompletos;
- NAPD- Se necessidade de avaliação e para acompanhamento dos casos de deficiências físicas e/ou neurológicas;
- CRJ- Se lesão de plexo braquial;
- NASF/ NIS- nutricionista;
- Outros ambulatórios de especialidade a depender do caso.

**Avaliação antropométrica do RN PTT**

---

**Curva de crescimento:**

- intergrowth21;
- Após 40 semanas utilizar como ponto ZERO na curva;
- Velocidade de crescimento (catch up);
- Grande maioria dos RNMBP estará com atraso do crescimento ao atingirem 40 semanas no capurro corrigido em relação aos RNT

OBS: Nos primeiros meses de ICP ocorre uma aceleração de crescimento com recuperação inicial do perímetro cefálico (PC), seguido do comprimento e finalmente o peso atingindo a normalidade nas curvas de referência entre 2 a 3 anos.

Geralmente, o comprimento atinge a normalidade ao redor de 2 anos, e o peso com 3 anos de ICP.
--

**Frequência de retornos para medidas de peso/altura/PC:**

---

0-12 meses: mensal

12 meses em diante: segue nota técnica anexo 02.

## Nutrição do RNPT

---

### **Alimentação láctea:**

Aleitamento materno exclusivo/ Aleitamento materno com complemento/ aleitamento artificial com fórmula láctea do 1º semestre.

Os prematuros são em geral mais sonolentos, necessitam ser acordado para mamar, o tempo de mamada varia muito entre eles, sempre observando não ultrapassar quatro horas de intervalo entre as mesmas.

Função de recuperar um déficit prévio no crescimento (catch up).

### **Alimentação complementar (AC):**

Depende da maturidade neurológica da criança, por isso emprega-se a idade corrigida **(IC)** como parâmetro de decisão.

## **Manutenção das vitaminas para os próximos anos**

---

### **1. Ferro:**

- **RNPT acima 1.500g de peso de nascimento:** 02 mg/ Kg/ dia durante 01 ano  
01 mg/ Kg/ dia por mais 01 ano( total 02 anos de vida).

- **RNPT nascido com peso entre 1.500g e 1.000g:** 03 mg/ Kg/ dia durante 01 ano e  
mais 01mg/ Kg/ Dia entre 01 e 02 anos ( total 02 anos de vida).

- **RNPT nascido com peso inferior a 1.000g:** 04mg/ Kg/ dia durante 01 ano e  
01mg/ Kg/ dia por mais 01 ano (total 02 anos de vida).

### **2. Vitamina D:**

Dose: 04 gotas até 01 ano de vida;

02 gotas de 01-02 anos de vida.

**3. Zinco:** Manter 0,5-1 mg/Kg/dia até o 6º mês de idade corrigida (IC)

OBS: Alguns medicamentos disponíveis nas farmácias: UNIZINCO®- 2,5 ml /10 mg;  
NUTRIZINCO GOTAS®- 10 mg/ml; BIOZINC®- 2 mg/ 0,5 ml



## **Avaliação do desenvolvimento do prematuro**

---

A avaliação do desenvolvimento infantil e deve ser feita rotineiramente em toda consulta médica, compreendendo:

- O exame neurológico da criança, a valorização da opinião dos cuidadores, e a avaliação dos marcos do desenvolvimento.
- O desenvolvimento sensoriomotor é o principal aspecto a ser avaliado nos primeiros 2 anos de vida, lembrando que as deficiências sensoriais (visual ou auditiva) influenciam no desenvolvimento motor.

### No primeiro ano de vida:

- Avaliações da evolução motora (tônus, postura, mobilidade ativa e força muscular). A avaliação da função motora grosseira aumenta a capacidade de diagnosticar paralisia cerebral leve até 2 anos de idade;
- Aos 9 meses, verificar se o crescimento do perímetro cefálico está dentro da normalidade, pois o inadequado crescimento está associado ao pior prognóstico de desenvolvimento;
- Persistência de padrões primitivos de tônus, reflexos e postura no segundo semestre é um sinal de alerta, pois pode ser anormalidade transitória ou manifestação de paralisia cerebral;
- O desenvolvimento da linguagem e atraso nos marcos pré-linguísticos, como reconhecer objetos e figuras, obedecer a comando verbal e executar atos simples devem estar evoluídos aos 12 meses.

### No segundo ano de vida:

- A acurácia no diagnóstico de paralisia cerebral é maior no segundo ano de vida, quando desaparecem as distonias transitórias.
- Avaliar desenvolvimento da linguagem que pode ter um menor vocabulário e capacidade de formar frases somente aos 2-3 anos.
- Ao detectar problema na linguagem há que se investigar a possibilidade de deficiência auditiva, pois neste caso a intervenção audiológica precoce pode melhorar o prognóstico.



- Aos 18-24 meses deve ser feito o diagnóstico do desenvolvimento, por meio de testes específicos;

Aos 3 anos:

- O diagnóstico do desenvolvimento da linguagem e cognição;

Aos 4 anos:

- A avaliação do comportamento, alterações sutis e visuomotoras,

E a partir de 6 anos de idade:

- Deve ser acompanhado o desempenho escolar da criança.

**Exames complementares:**

---

- ▶ Aos 2 anos, solicitar:

Hemograma, ferritina, glicemia, insulina e vitamina D.

- ▶ Interpretação:

*Hemograma- manter Hb em 12g/dl;*

*Ferritina- manter em 30ng/ml;*

*Glicemia- normal até 99 mg/dl;*

*Insulina- calcular índice de HOMA (insulina jejum x glicemia de jejum/ 405  $\geq$  2,5 - indicando RI)*

*Vitamina D- manter em 20ng/ml;*

**Vacinas**

---

O prematuro deve ser vacinado de acordo com sua idade cronológica, seguindo o calendário oficial, nas mesmas doses e intervalos das crianças maiores, devendo-se evitar atraso vacinal durante a longa permanência na UTI.

## **Prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL)**

---

Os pais devem ser orientados que a criança deve dormir em seu próprio berço, próxima dos pais, de barriga para cima, com a cabeça descoberta e os pés próximos da borda inferior do berço, para evitar que deslize e seja sufocada pelo cobertor. O colchão deve ser firme e o uso de travesseiros e cobertores volumosos é desaconselhado. Os pais devem ser esclarecidos sobre o efeito protetor da chupeta, usada criteriosamente para dormir, quando a amamentação ao seio já estiver estabelecida. A exposição ao fumo deve ser proibida.

## **Sinais de alerta para situações de risco**

---

Os pais devem ser orientados a reconhecer os principais sinais e sintomas diante dos quais deverão procurar atendimento médico de urgência. São eles:

- Hipoatividade
- Choro fraco ou gemencia,
- Choro excessivo ou irritabilidade intensa,
- Mudança de coloração da pele (cianose ou palidez),
- Apneia, dificuldade respiratória,
- Sucção fraca ou recusa alimentar,
- Regurgitações ou vômitos frequentes,
- Distensão abdominal,
- Tremores ou convulsões,
- Hipo ou hipertermia.

É importante informar que a criança nascida prematura apresenta maior risco de reinternação quando comparada aos recém-nascidos a termo saudáveis.

## **Prevenção de acidentes durante o transporte**

---

Para o transporte de carro a criança deve ser colocada na cadeira de transporte, presa pelo cinto de três pontas.

Utiliza-se o cinto do banco traseiro do veículo para prender a cadeira, que deve ficar posicionada de costas para o painel.

Não transportar no colo.

Pode se usar car-bed no chão do banco traseiro do veículo. No Brasil, a tradução mais adequada para car-bed são os populares Moisés, onde a criança fica completamente deitada em berço com alças.



Prefeitura  
de Jundiaí

**Bibliografia:**

Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco / Rita de Cássia Silveira. – 1. ed. – Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012.

## **Anexo 01- AMBULATÓRIO DE NEONATOLOGIA/NIS**

Os casos abaixo elencados deverão ser acompanhados pela especialidade de neonatologia no NIS.

- Prematuros (peso de nascimento <1500g e/ou IG ≤34 semanas);
- Anóxia neonatal/ Síndrome hipoxico isquêmico (APGAR de 5º minuto ≤ 6);
- PIG (< 2500g);
- Hipoglicemia refrataria (VIG 12 e/ou uso de hidrocortisona);
- Alteração neurológica: hemorragia intracraniana, convulsões, meningites e alterações do tônus;
- Hiperbilirrubinemias em RNT que apresentaram complicações como encefalopatia bilirrubinica / Kernicterus;
- Doença hemolítica perinatal/ isoimunização, que receberam transfusão intra-utero ou exsanguineotransfusão;
- Sepses sintomática, choque séptico, hemoculturas positivas;
- Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica;
- Pneumopata crônico decorrente de patologias neonatais (dependente de O2, broncodisplasia, malformações pulmonares, doença da membrana hialina);
- Cardiopatias congênitas sintomáticas;
- Síndrome alcoólica fetal;
- RNPT com síndromes genéticas;
- Pacientes cirúrgicos até 28 dias de vida;
- RN com erros inatos de metabolismo;
- Reinternações na UTI até 28 dias de vida.

### **Exceções:**

- Solicitação parental/responsável para ser seguido no território e paciente com condição clínica favorável;



Prefeitura  
de Jundiaí

- Pacientes elencados no protocolo de manejo de RN PTT, pactuado em 05/2021.

**Funcionamento:**

- O cadastro do paciente deverá ser realizado na UBS de referencia;
- O agendamento no ambulatório de neonatologia deverá ser realizado pela UBS de referência;
- O profissional de ambulatório NIS fará acompanhamento integral do paciente até os dois anos de idade;
- Não há necessidade de consultas programáticas na UBS de referencia durante este período;
- A demanda espontânea deverá ser acolhida na UBS de referencia;
- A partir da admissão e a cada semestre até a alta do paciente, o profissional do ambulatório de especialidade do NIS, enviará a UBS de referência do paciente, para que seja compartilhada informação com equipe de saúde e arquivado em prontuário.
- Na necessidade de atendimento no território, por motivos de férias do profissional, atestado etc., a UBS será contatada via NIR/NIS > UBS.

**Alta:**

- Nos casos de exceção;
- Ao completar dois anos.



Prefeitura  
de Jundiaí

## **Anexo 2- NOTA TECNICA ASSESSORIA SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE – 25/04/2019**

### RECOMENDAÇÕES PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS NA ROTINA PEDIATRICA- SINGULARIZADO PARA O MUNICIPIO DE JUNDIAI.

As UBS deverão garantir os atendimentos da seguinte forma proposta:

- Primeira consulta: agendada pela maternidade de preferência entre 7-10 dias de vida.
- Durante o primeiro ano de vida: consultas mensais até 7º mês de vida com 30 minutos de duração. E após consulta no 9º mês e 12º mês.
- De 12-24 meses: consultas médicas trimestrais.
- De 02- 10 anos: consultas médicas semestrais.
- Após 10 anos: consultas médicas anuais.
- Ressaltamos que se for identificado fatores de risco, seguir cronograma singularizado.

Lembrar que de acordo com pactuação local entre médicos e gerentes, haverá a possibilidade, desde que consensual e sem prejuízo ao paciente, de alteração nesta sugestão.

Casos de maior complexidade poderão ser agendados nas agendas de PUERICULTURA, ESPECIAL ou AGENDA UBS (todas com 30 minutos) e com intervalo singularizado.





**Anexo 03- RELATORIO DA ESPECIALIDADE- NEONATOLOGIA**

( ) **ADMISSIONAL** ( ) **MANUTENÇÃO DE SEGUIMENTO** ( ) **ALTA**

NOME: \_\_\_\_\_ CADASTRO: \_\_\_\_\_

DATA DA PRIMEIRA CONSULTA NO AMBULATÓRIO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

HD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TERAPEUTICA: ( ) ADTIL \_\_\_\_gotas ( ) SULFATO FERROSO \_\_\_\_gotas

( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTOS/ TERAPIAS COMPLEMENTARES:

( ) APAE- PIP/ PEP ( ) ATEAL ( ) BRAILLE

( ) OUTRAS ESPECIALIDADES: \_\_\_\_\_

RETORNO NA ESPECIALIDADE:

( ) SEMANAL ( ) QUINZENAL ( ) MENSAL

INFORMAÇÕES ADICIONAIS/

INTERCORRENCIAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALTA DA ESPECIALIDADE EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENCAMINHADO A UBS \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÕES POS ALTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Prefeitura  
de Jundiaí**

DATA DO RELATÓRIO E ASSINATURA MÉDICA: