

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um recém-nascido (RN) saudável e de termo representa uma das situações mais frequentes nos cuidados de saúde, na qual é determinante evitar um possível excesso de intervencionismo, que além de ser prejudicial para o RN, poderá privar a família de desfrutar deste acontecimento feliz e dificultar o estabelecimento do vínculo familiar.

Após o parto, a maioria dos RN de termo requerem apenas uma série de cuidados normais e procedimentos de rotina para uma adequada transição à vida extra-uterina.

Um RN pode ser considerado saudável e de baixo risco quando é resultado de uma gravidez adequadamente vigiada, com ausência de fatores de risco perinatal e após um parto sem intercorrências no término da gestação (>37 semanas). Dependendo da política de cada hospital, os RN pré-termo tardios com >34 semanas e clinicamente bem podem também requerer apenas cuidados de rotina e permanecer em alojamento conjunto com a mãe.

O objetivo principal destas recomendações é aplicar a melhor evidência científica aos procedimentos nos cuidados ao RN desde o nascimento e nos primeiros dias de vida, para assim melhorar a qualidade assistencial e a segurança do mesmo. Pretende-se também uniformizar atitudes nas várias maternidades do país e obter um documento de apoio na resposta aos planos de parto.

É importante recordar que este acontecimento tem lugar no seio da família sendo, portanto, necessário favorecer um ambiente de cordialidade, respeito e dignidade à família.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Cuidados na Sala de Parto

Cuidados Antecipatórios:

A melhor maneira de nos assegurarmos que vamos assistir um RN de baixo risco é verificar que a gravidez decorreu sem intercorrências, com especial ênfase para as situações de risco para patologia neonatal imediata. Antes do parto, devemos dispor de toda a informação médica necessária, nomeadamente a vigilância e duração da gravidez, o grupo sanguíneo materno, os estudos ecográficos pré-natais, as serologias e o resultado da pesquisa do *Streptococcus* do Grupo B. Existem patologias maternas, fármacos ou drogas de abuso que podem afetar o RN, para os quais o pediatra deve ser alertado antecipadamente.

Laqueação do cordão umbilical:

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

Recomendação: a laqueação do cordão umbilical deve ser executada após o 1º minuto de vida em todos os RN de termo ou pré-termo vigorosos.

A laqueação precoce do cordão (LP) é definida como aquela que é realizada nos primeiros 60 segundos após o nascimento, e a laqueação tardia (LT) mais de um minuto após o nascimento ou quando cessa a pulsação do cordão.

Nos dias de hoje há evidência científica suficiente sugerindo que a LT resulta em benefícios significativos para os RN de termo e pré-termo, sendo um procedimento seguro tanto para os RN como para as mães. A manutenção da circulação sanguínea da placenta para o RN durante a LT após o início da ventilação proporciona uma transição mais fisiológica da vida fetal para a neonatal. Em RN de termo, aumenta o valor de hemoglobina ao nascimento, melhora o armazenamento de ferro e diminui a anemia por défice de ferro durante o primeiro ano de vida quando comparado com a LP. Esses efeitos traduziram-se também em melhores resultados no desenvolvimento neurológico aos 4 anos de idade. Além dos benefícios neonatais, não se verificou aumento da morbimortalidade materna.

No RN de termo, os estudos demonstraram um aumento de 1,6% na necessidade de fototerapia, sendo este risco largamente ultrapassado pelos benefícios da LT.

Por tudo isto, a LT é considerada a prática *standard* na abordagem do cordão umbilical em todos os RN, demonstrando ser segura, sem comprometer a fase inicial da adaptação pós-parto nem causando efeitos adversos maternos.

Período neonatal imediato:

Recomendação: Todos os RN >35 semanas com tónus, respiração e cor adequados devem ser colocados em contacto pele-a-pele precoce com a mãe, durante a 1ª hora de vida.

Após o parto, os cuidados imediatos ao RN podem ser realizados enquanto se aguarda a laqueação tardia do cordão, incluindo a secagem e a estimulação para a primeira respiração ou choro, mantendo a temperatura através do contato com a pele materna. De forma a garantir um contacto pele-a-pele precoce, o RN deve ser posicionado no abdómen ou peito da mãe, seco com panos aquecidos e colocado gorro na cabeça.

A determinação do Índice de Apgar não implica a separação do RN da mãe. Se a transição à vida extra-uterina tiver sido adequada, o RN não requer intervenção imediata médica e poderá ficar em contacto pele-a-pele com a mãe, com benefícios na regulação da temperatura, promoção da vinculação e início precoce da amamentação, com diminuição da dor e hemorragia maternas.

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

Nas situações em que a mãe não pode realizar o contacto pele-a-pele, pelo seu estado de saúde ou em caso de cesariana, o contacto pele-a-pele com o pai imediatamente após o nascimento demonstrou benefício para ambos.

Período de transição:

Recomendação: O RN deve ser amamentado na primeira hora de vida, se essa for a opção materna.

O período de transição entre a vida intra-uterina e a extra-uterina decorre nas primeiras 4 a 6 horas de vida. Durante este período em que ocorrem várias mudanças fisiológicas, o estado clínico do RN deve ser verificado a cada 30-60 minutos, para confirmar o sucesso desta transição.

O contacto pele-a-pele e o início da amamentação precoces são fundamentais para o sucesso do aleitamento materno. O contacto pele-a-pele melhora a transição do RN, aumenta a produção de leite materno (LM) e torna o aleitamento materno mais eficaz.

Estudos científicos comprovaram que a amamentação na primeira hora de vida do RN é considerada como fator protetor para a mortalidade neonatal, devido à colonização intestinal de bactérias saprófitas encontradas no LM e aos fatores imunológicos bioativos adequados para o RN presentes no colostro materno.

Após estabilização inicial do RN, terão lugar os restantes procedimentos, como a realização da somatometria, confirmação do estabelecimento da amamentação com pega eficaz e as profilaxias neonatais.

Profilaxia da Doença Hemorrágica por Défice de Vitamina K:

Recomendação: Todos os RN com peso >1500g devem receber uma dose intramuscular de 1mg de vitamina K até às 6 horas de vida para prevenir a Doença Hemorrágica por Défice de Vitamina K.

Devido aos escassos depósitos e à curta semi-vida da vitamina K no RN, existe um comprovado risco destes desenvolverem um quadro hemorrágico por défice desta vitamina. A doença hemorrágica por défice de vitamina K (DHDVK) é classificada pelo seu tempo de apresentação: precoce, clássica ou tardia. A DHDVK precoce surge nas primeiras 24 horas de vida e geralmente acomete filhos de mães a tomar medicamentos que afetam o metabolismo da vitamina K, nomeadamente anticonvulsivantes, antibióticos, antituberculostáticos e varfarina. A DHDVK clássica ocorre entre o 2º e o 7º dia, enquanto a DHDVK tardia ocorre entre a 1ª semana e os 6 meses de idade, com uma incidência máxima entre as 2 e 8 semanas, estando maioritariamente associado a RN ou lactentes alimentados com LM exclusivo que não receberam

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

vitamina K profilática à nascença. Estimativas da incidência da DHDVK tardia na ausência de profilaxia variam entre 10,5 e 80 por 100.000 nascimentos.

Uma única injeção intramuscular (IM) de vitamina K após o nascimento tem sido demonstrada como eficaz na redução da DHDVK clássica e tardia em 98% (0.2/100.000). Apesar deste sucesso, a incidência desta doença parece estar em ascensão nos últimos anos, o que tem sido atribuível ao aumento da taxa de recusa parental, bem como à redução da eficácia dos métodos alternativos de administração.

No cenário de taxas crescentes de recusa de vitamina K, a vitamina K oral tornou-se uma alternativa atraente entre os pais e tem sido usada em outros países da Europa pela sua facilidade de administração e baixo custo, contudo com formulações e regimes orais díspares entre os diferentes países.

Os estudos de vigilância da vitamina K oral demonstraram não haver diferença significativa na incidência da DHDVK clássica mas persistem preocupações sobre a capacidade de prevenir a forma tardia.

O facto de não dispormos da formulação oral de vitamina K, o fraco cumprimento parental do regime de tratamento e a absorção não uniforme do fármaco oral, fazem com que a vitamina K oral não seja uma alternativa segura e não seja recomendada em Portugal.

Os profissionais de saúde deverão desenvolver um formulário de recusa de Vitamina K que documente a sua discussão sobre os riscos da DHDVK.

Profilaxia da Oftalmia Neonatal:

Recomendação: O diagnóstico e tratamento das infeções por *Neisseria gonorrhoeae* e por *Chlamydia trachomatis* nas grávidas é a melhor forma de prevenção da oftalmia neonatal. A profilaxia antibiótica universal não está recomendada. Nas situações de risco recomenda-se a aplicação de antibiótico tópico oftálmico em ambos os olhos, durante a 1ª hora de vida.

A oftalmia neonatal (ON) é definida como qualquer conjuntivite que ocorre nos primeiros 28 dias de vida. No passado, a *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) era a causa mais comum, mas desde então a epidemiologia da ON alterou-se e a *Chlamydia trachomatis* (Ct) é atualmente mais frequente que a Ng.

No que diz respeito à profilaxia da ON não existe uma prática universalmente aceite por toda a comunidade médica internacional. Apesar de a OMS e a AAP recomendarem a profilaxia ocular tópica para prevenção de conjuntivite gonocócica e por *Chlamydia* em todos os RN, sugerindo aplicação de eritromicina 0.5%, azitromicina 1% ou tetraciclina 1%, vários países desenvolvidos (nomeadamente Austrália, Dinamarca, Noruega, Suécia e Reino Unido) não a recomendam, optando pelo rastreamento e tratamento das grávidas com alto risco de infeção.

A não existência de um fármaco ideal para um tratamento preventivo eficaz e seguro da ON e a falta de dados, fazem com que não seja recomendada profilaxia antibiótica sistemática.

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

Como medida de precaução, é recomendada a profilaxia com antibióticos em caso de história e/ou fatores de risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) nos pais. Gestações não vigiadas ou mal vigiadas são consideradas um fator de risco para IST. Nessas situações, recomenda-se a aplicação de antibiótico tópico (oxitetraciclina) em cada olho do RN ao nascer.

A escolha de uma profilaxia antibiótica não sistemática, direcionada apenas a uma população de risco, deve ser acompanhada de maior vigilância em relação a todos os RN, com abordagem adequada perante uma conjuntivite mucopurulenta persistente ou grave.

2.2 Cuidados na Enfermaria

Avaliação do RN no 1º dia de vida:

A 1ª avaliação do RN deve ser feita nas primeiras 24 horas de vida e deve incluir história obstétrica e perinatal, assim como uma avaliação global, sistematizada e pormenorizada do RN para identificar qualquer alteração que possa interferir com a sua normal adaptação à vida extra-uterina.

O exame físico pode ser realizado no berçário ou no quarto da mãe, mantidos a uma temperatura adequada, em ambiente tranquilo e com boa iluminação.

É importante o registo da data e hora do exame pois certos achados podem ser considerados normais quando próximos ao parto (por exemplo, sopro cardíaco transicional).

A abordagem deve ser conduzida de forma sistemática para garantir que todos os aspetos sejam avaliados. Embora a ordem exata não seja importante, o exame pode ser otimizado pela observação inicial da aparência geral do RN, seguida da auscultação cardiopulmonar enquanto o RN se mantém calmo, prosseguindo com a avaliação dos sinais vitais e dos diferentes segmentos do corpo, da cabeça até aos pés. O exame da mobilidade das ancas e da coluna bem como a avaliação do comprimento e perímetro cefálico geralmente ficam para o fim por serem mais incómodos para o RN.

Alimentação do RN:

A alimentação do RN é uma das atividades que mais tempo ocupa durante este período, devendo este ser alimentado precoce e frequentemente para evitar a hipoglicémia.

Não havendo contraindicação (infecção materna por VIH, alguns fármacos ou drogas de abuso), o LM é o alimento mais adequado para os RN com evidentes benefícios para estes e suas mães. A promoção do aleitamento materno inclui:

- a) Contacto pele-a-pele e aleitamento na primeira hora de vida.

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

b) Alojamento conjunto do RN com a mãe (favorece a vinculação materna ao RN e o reconhecimento dos sinais precoces de fome ou sinais de prontidão).

c) Amamentação em livre demanda: o RN deverá ser amamentado quando demonstrar sinais precoces de fome (rotação lateral da cabeça, abrir a boca, sucção das mãos), devendo mamar entre 8-12 vezes em 24 horas.

d) Apoio às mães pelos profissionais de saúde com visualização da mamada e avaliação dos sinais de transferência de leite.

e) Promoção do correto posicionamento do RN e da pega adequada.

f) Ensino às mães sobre como fazer extração de colostro/leite (extração manual ou com máquina) no caso dos RN que não conseguem fazer uma extração de leite eficaz.

Os RN alimentados com leite adaptado também o devem fazer em livre demanda, mas os intervalos entre 2 refeições não devem ultrapassar as 4 horas, e o volume de leite oferecido deve ser no mínimo 15-30ml por biberão, durante os primeiros dias de vida.

As mulheres que optam pelo aleitamento artificial não deverão sentir qualquer culpa induzida pelos profissionais de saúde e receberão o mesmo grau de apoio que as mães que amamentam.

Cuidados com o Coto Umbilical:

Recomendação: Se o cordão umbilical foi cortado e clampado em condições de assepsia, a aplicação de antissépticos tópicos não está recomendada.

O risco de onfalite depende da qualidade dos cuidados médicos no parto e no período pós-natal imediato. Durante algum tempo foi prática comum a colocação de antissépticos para prevenir a infeção do cordão umbilical após o nascimento. No entanto, as evidências indicam que esta prática não é mais eficaz do que manter o cordão limpo e seco desde o nascimento. O uso de clorexidina ou álcool a 70% está associado a um atraso da queda do cordão umbilical, sem claro benefício na redução do risco de onfalite, que é muito reduzido quando usado equipamento estéril no parto.

Assim, nos partos realizados em meio hospitalar recomenda-se deixar o cordão seco até cair. No banho, lavar com água e sabão neutro e secar. Partos que ocorrem em condições em que a assepsia não está garantida, estão associados a risco aumentado de onfalite, pelo que está recomendada a desinfecção do cordão com clorhexidina. Nestes casos o uso da clorhexidina está associado a redução da morbidade e mortalidade neonatal.

Vacinação:

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

Vacina da Hepatite B - Está recomendada a vacinação universal dos RN, independentemente do estado do antigénio da superfície do vírus da Hepatite B (AgHBs) materno. A 1ª dose da vacina contra a Hepatite B (VHB) deve ser administrada na maternidade. Os RN filhos de mães AgHBs positivas devem receber a VHB para além da imunoglobulina da Hepatite B (0.5ml IM em local anatómico diferente) logo após o nascimento, de preferências nas primeiras 12 horas de vida.

Vacina BCG: A sinalização dos RN com fatores de risco individuais ou comunitários para a tuberculose deve ser realizada na maternidade, para posterior vacinação no Centro de Saúde.

Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU):

A incidência de défice auditivo clinicamente significativo é de 1 a 3 RN por cada 1.000 nados vivos. No subgrupo de RN internados em unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN) o risco de défice auditivo é ainda maior.

A triagem auditiva universal tem por objetivo a identificação precoce de RN com défice auditivo, possibilitando a intervenção precoce e os melhores resultados na aquisição da linguagem e do desenvolvimento em idade escolar.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) e, como sua filiada, a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) adotaram desde a data da sua primeira publicação a 02.09.2007 o documento “Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU)” elaborado pelo grupo de trabalho multidisciplinar de profissionais com experiência nesta área designado por Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil (GRISI). Desde aquela data a SPN acompanha a referida recomendação preconizando-se que “todas as crianças devem ser testadas ao nascer ou, no máximo até aos trinta dias de vida e, no caso de perda auditiva confirmada, dever-se-á iniciar a intervenção precoce e adequada até aos seis meses de idade,” seguindo na prática o protocolo de rastreio publicado no referido documento disponibilizado no site da SPP (Acta Ped Vol 38 N 5:Acta Ped Vol 38 N 5 www.spp.pt).

Rastreio Neonatal Universal do Reflexo Vermelho dos Olhos (RVO):

O RVO tem sido utilizado como teste de triagem de alta sensibilidade na deteção de patologia do segmento anterior (por exemplo, coloboma, catarata ou opacidades vítrea e aquosa), detetando também, embora de forma menos sensível, as lesões posteriores (retinianas).

A presente recomendação preconiza que todos os RN devem ser submetidos ao exame oftalmoscópico de ambos os olhos para documentar a presença (ou ausência) do reflexo vermelho dos olhos no período neonatal precoce, idealmente no dia da alta da maternidade se esta ocorrer até ao 7º dia de vida.

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

No olho saudável, este exame consiste na reflexão da retina com uma cor de fundo vermelha e homogénea quando sobre ela se incide através da pupila com o foco luminoso do oftalmoscópio, sendo a cor refletida idêntica em ambos os olhos (caráter simétrico), e sem evidência de opacidades ou manchas brancas. O teste é realizado em ambos os olhos, mantendo-se a criança num ambiente com menor intensidade luminosa e se necessário desencadeando-se a abertura espontânea dos olhos posicionando a criança transitoriamente na vertical apoiada contra o corpo de um dos pais.

Para que o reflexo vermelho seja observável é necessário que a lente e as estruturas subjacentes estejam transparentes. Manchas escuras no reflexo vermelho, reflexo marcadamente diminuído, presença de reflexo branco ou assimetria do reflexo são indicações para referência oftalmológica. Em particular a presença de um reflexo pupilar branco (leucocória) obrigará à investigação de anormalidades do cristalino (por ex. catarata), do vítreo (por ex. vasculatura fetal persistente) ou da retina (por ex. retinoblastoma).

Rastreio Neonatal Universal das Cardiopatias Congénitas Críticas por oximetria do pulso (RNUCCC):

As cardiopatias congénitas (CC) são o grupo mais comum de doenças congénitas em RN com uma prevalência de 1%. A doença cardíaca crítica (DCC), definida como toda a CC com necessidade de cirurgia ou intervenção por cateterismo no primeiro ano de vida, é responsável por aproximadamente 25% de todas as CC.

O rastreio neonatal universal com oximetria de pulso tem como objetivo a identificação em tempo útil dos RN com DCC como forma de reduzir a mortalidade e a morbilidade associadas ao diagnóstico tardio e ao atraso na referência dos mesmos para um centro terciário adequado.

A presente recomendação preconiza que após as primeiras 24 horas de vida e antes da alta da maternidade todos os RN sejam submetidos aos testes de triagem com oximetria de pulso para deteção da DCC. Neste procedimento a saturação de oxigénio (Sat.O₂) é medida na mão direita (pré-ductal) e em qualquer pé (pós-ductal) numa primeira avaliação, a qual será repetida para segunda confirmação ou exclusão no caso de um primeiro rastreio positivo (deteção de hipoxémia).

A presença de qualquer dos seguintes 3 critérios é indicativa dum rastreio positivo sugestivo de DCC:

- Sat.O₂ <90% em qualquer extremidade
- Sat.O₂ 90-94% na mão direita e na extremidade inferior em duas a três medições separadas de 1h
- Diferença de Sat.O₂ ≥4% entre as extremidades superiores e inferiores em duas a três medições separadas de 1h.

Os RN com triagem positiva devem ser avaliados pelo pediatra de serviço para exclusão de outras causas de hipoxémia e subsequente rápida referência à cardiologia pediátrica, que em caso de confirmação

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

ecocardiográfica de uma DCCC assumirá a condução dos cuidados cardiológicos subsequentes. Os serviços de pediatria e de neonatologia das diferentes maternidades devem acompanhar esta recomendação adaptando-a na forma de protocolo às condições disponíveis nas diferentes unidades para melhor concretização deste rastreio.

Programa Nacional de Diagnóstico Precoce:

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) é o programa de saúde pública que através dum rastreio neonatal universal e sistemático feito através do “teste do pezinho” permite identificar precocemente os RN com patologias metabólicas causadoras de grande morbilidade e mortalidade quando não tratadas atempadamente. Este programa está implementado no nosso país desde 1979 tendo uma taxa de cobertura de cerca de 100% dos RN.

As colheitas de sangue para o “teste do pezinho” são efetuadas nas Maternidades ou nas USF/Centros de Saúde de acordo com as normas publicadas no site do Instituto Nacional de Saúde Pública Dr. Ricardo Jorge sendo depois enviadas para o Centro de Saúde Pública Dr. Gonçalves Ferreira do mesmo instituto que centraliza o processo de diagnóstico e de comunicação dos casos positivos.

As “Normas para a colheita de sangue” e a lista atualizada das doenças rastreadas estão publicadas no site do Instituto Nacional de Saúde Pública Dr. Ricardo Jorge acessível em www.diagnosticoprecoce.pt. Os pais devem ser ensinados e incentivados a fazer consulta do resultado do rastreio no site correspondente, através do código de barras (que deverá ser entregue aos pais ou anexado no boletim de saúde infantil e juvenil).

2.3 Cuidados na Alta

Educação Parental:

Cuidar de um RN é sempre um desafio e uma fonte de dúvidas e preocupações para os pais. A permanência em ambiente hospitalar no pós-parto deve servir não só para prestar cuidados, mas também para informar e educar os pais acerca de uma série de questões relacionadas com o seu bebé. No internamento na Maternidade devem ser explorados os seguintes temas:

- Amamentação: posições e técnicas de amamentação, reconhecer sinais de fome e saciedade, cuidados com as mamas, métodos de extrair e conservar o LM, promover os “Cantinhos de Amamentação”
- Rotinas do bebé: banho, cuidados com a pele, unhas e coto umbilical.
- Enumerar as alterações normais desta fase (por exemplo soluços, espirros, respiração irregular, cólicas, regurgitação, padrão das dejeções).

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

- Sinais de alerta no RN: icterícia, febre, engasgamento, recusa em mamar, irritabilidade.
- Medidas de prevenção do síndrome de morte súbita do lactente.
- Medidas de segurança no carro e em casa.
- Seguimento do RN saudável: quando fazer o diagnóstico precoce, ida ao Centro de Saúde, pesagens regulares e 1ª consulta.
- Quando procurar ajuda médica urgente.
- Onde procurar informação fidedigna acerca dos cuidados ao RN. Existem múltiplos sites de entidades reconhecidas com informação disponível *on line*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/>, <https://www.aboutkidshealth.ca/>, <https://www.healthychildren.org/>, <https://www.nhs.uk/conditions/baby/support-and-services/tips-for-new-parents/>, <https://cuidar.asiav.pt/>.

Perda ponderal:


Recomendação: O conhecimento do peso antes da alta hospitalar permite aumentar o nível de vigilância nos RN com perdas de peso superiores a 10%.

A OMS e a generalidade das associações de Neonatologia e Pediatria recomendam o aleitamento materno exclusivo durante a hospitalização após o parto. Durante o tempo de produção de colostro (em média nas primeiras 72 horas) o aporte enteral é baixo e a perda de peso inicial é quase universal. É esperado que RN saudáveis amamentados exclusivamente com LM percam peso nos primeiros dias após o nascimento. A maior parte tolera bem esta baixa ingestão entérica, mas alguns desenvolvem complicações associadas à perda de peso como hiperbilirrubinémia, hipernatrémia e desidratação.

Saber o que é “normal” ou fisiológico nesta perda de peso inicial permite-nos definir um valor máximo a partir do qual é necessária intervenção. No entanto os protocolos e as opiniões de especialistas diferem acerca do que é que constitui uma perda ponderal fisiológica, tendo sido convencionado como *cut-off* a perda de peso superior a 10% do peso ao nascimento.

É imperativo a identificação de RN em risco de morbilidades associadas à perda ponderal excessiva. Uma potencial solução para isto consiste na utilização de normogramas que mostram a trajetória de perda de peso em bebés saudáveis durante a hospitalização. Estes gráficos de percentis de perda de peso ajudam-nos a prever a perda de peso nas primeiras 96 horas. O normograma definido por *Valerie J. Flaherman et al* (<http://www.newbornweight.org>) foi construído com base numa população de RN saudáveis e divide os bebés nascidos via vaginal e via cesariana. Estas curvas mostram que a perda ponderal varia conforme o tipo de parto e que esta diferença persiste no tempo. Para além disso revelam que a perda ponderal superior a 10% é comum e que estes RN devem ser alvo de uma maior atenção quanto ao risco de

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

 <p>Sociedade Portuguesa de Neonatologia</p>	<p>Recomendação / Consenso</p> <p><i>“Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável”</i></p>	<p>Código ----- Pág. 11 / 15</p>
--	---	--

desidratação e hiperbilirrubinémia, maior apoio na amamentação e avaliação da necessidade de suplementação com leite de fórmula.

Hiperbilirrubinémia:

Recomendação: Antes da alta, todos os RN devem ser avaliados quanto ao risco de desenvolver hiperbilirrubinémia grave.

A icterícia deve ser aferida pela observação clínica do RN, que deve ser feita num sítio claro, com luz natural ou fluorescente branca, avaliando a pele, escleróticas e gengivas. Nos RN que aparentem icterícia, deve ser complementada a avaliação com a determinação do nível de bilirrubina por método transcutâneo ou doseamento sérico. Esta determinação irá prever o risco de hiperbilirrubinémia grave devendo ser tida em conta a idade gestacional e outros fatores de risco, utilizando gráficos padronizados, como os da NHS (<https://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/nhsqgc-guidelines/nhsqgc-guidelines/neonatology/jaundice-neonatal-guideline/>) ou AAP ([Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation | Pediatrics | American Academy of Pediatrics](#)). Se o valor de bilirrubina transcutânea for superior a 14mg/dl ou se se encontrar acima da linha do gráfico para a idade gestacional e tempo de vida, então o doseamento sérico deverá ser realizado.

Não está indicada medição por rotina de bilirrubina em todos os RN que não aparentem icterícia. Devem ser identificados os RN com alto risco de hiperbilirrubinémia:

- a) Idade gestacional inferior a 38 semanas
- b) História familiar de irmão com icterícia com necessidade de fototerapia
- c) Aleitamento materno exclusivo
- d) Icterícia visível nas primeiras 24h de vida.
- e) Hemólise de qualquer causa
- f) Cefalohematoma
- g) Fototerapia no período neonatal imediato
- h) Síndrome de Down
- i) RN macrossómico filho de mãe diabética.

É importante saber que o risco é maior se se associam mais do que um fator de risco. Em caso de aleitamento materno exclusivo, as mães devem ser incentivadas a manter o aleitamento materno, explicando os benefícios e dando ênfase às mamadas frequentes (8-12 vezes/dia) nas primeiras semanas. Quando o RN tiver dificuldade na mamada e perda ponderal significativa (8-12%), está em risco de hiperbilirrubinémia grave. Deve ser dada informação oral e escrita aos pais sobre a icterícia e estabelecer um protocolo de seguimento.

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

O risco de reinternamento por icterícia depende de múltiplos fatores, incluindo a duração da estadia hospitalar, de modo que quando a taxa de alta precoce é reduzida, as readmissões por icterícia também diminuem. A combinação do exame clínico juntamente com a determinação da bilirrubina transcutânea ou sérica ajuda a prever o risco de hiperbilirrubinemia grave, e esta previsão é muito precisa quando usada de forma combinada com a idade gestacional.

Duração do Internamento e Critérios de Alta:

Recomendação: A alta de um RN saudável e de termo deve ocorrer até às 48 horas, se cumpridos todos os critérios de alta

A duração adequada do internamento do RN e sua mãe tem vindo a ser alvo de debate nas últimas décadas, tendo-se verificado uma diminuição do tempo de internamento do RN saudável de termo. A hospitalização do RN deve ser suficientemente prolongada para permitir a deteção precoce de problemas e assegurar que a família seja capaz de cuidar do seu RN em segurança, e suficientemente curta para permitir à mãe recuperar num ambiente mais calmo, diminuindo concomitantemente a exposição de ambos a infeções nosocomiais.

Define-se como alta precoce aquela que acontece entre as 24 e as 48 horas de vida e alta muito precoce a que acontece antes das 24 horas. A alta precoce do RN tem vindo a ser implementada desde os anos 90, sem grande impacto nas taxas de readmissão.

Tomar a decisão de dar alta depende da perceção individual do pediatra, do obstetra e da mãe e deve envolver também outros profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados à díade mãe-filho, nomeadamente enfermeiros e técnicos sociais. Os fatores que influenciam essa decisão incluem a saúde da mãe, a saúde e estabilidade do RN, a capacidade da mãe para cuidar do filho, o suporte familiar e o acesso fácil a serviços de saúde. É improvável que todos estes critérios se alcancem antes das 48 horas, embora muitas díades mãe-filho estejam prontas ao fim de 24 horas.

Nas primeiras 12 horas de vida do RN podem surgir os problemas cardiorrespiratórios decorrentes da transição para a vida extra-uterina, mas outras intercorrências como icterícia, cardiopatias ducto-dependentes e obstrução intestinal podem apenas surgir após as 24 horas de vida. Alguns estudos mostraram que mais de 50% dos problemas que levaram a reinternamento são detetados nas primeiras 24 horas de vida.

Não havendo nenhuma ferramenta que nos permita avaliar com acuidade a preparação da díade mãe-filho para a alta é recomendável o cumprimento dos seguintes critérios mínimos:

a) RN sem anomalias detetadas depois de pelo menos uma observação feita por médico com experiência em cuidados ao RN.

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

- b) Avaliar o peso e estado de hidratação do RN antes da alta. Se a perda ponderal se aproximar dos 10% é importante adequar a alimentação.
- c) Presença de sinais vitais estáveis e normais pelo menos nas 12 horas prévias à alta.
- d) Presença de diurese regular e eliminação de mecónio de forma espontânea pelo menos uma vez.
- e) Capacidade do RN completar com êxito pelo menos duas mamadas.
- f) Determinação de níveis de bilirrubina nos RN com icterícia
- g) Avaliação do risco infeccioso e seguimento das normas para RN com risco de sépsis precoce.
- h) Revisão das serologias maternas e, se adequado, do grupo sanguíneo do RN e teste de Coombs.
- i) Realização dos rastreios neonatais universais.
- j) Administração da vacina da Hepatite B.
- k) Confirmação de que foi realizada a educação parental sobre os temas acima referidos
- l) Competência paternal na utilização do sistema de retenção automóvel
- m) Avaliação do risco social quando necessário.
- n) Programação da vigilância médica do RN, nomeadamente observação nos cuidados de saúde primários nas 48-72h seguintes.

De uma forma geral a alta de um RN saudável e de termo está recomendada após as 24 a 48 horas se cumpridos todos os critérios mencionados. Vários estudos recomendam a alta do RN nascido por cesariana só após as 72 horas, quer por causa materna, quer pelo facto de estudos sistemáticos mostrarem que a cesariana, especialmente se sem trabalho de parto prévio, atrasa o início da lactação e consequentemente aumenta o risco de desidratação e icterícia no RN, embora a alta possa ser dada antes com segurança se o RN cumprir os critérios acima referidos.

Transporte do RN

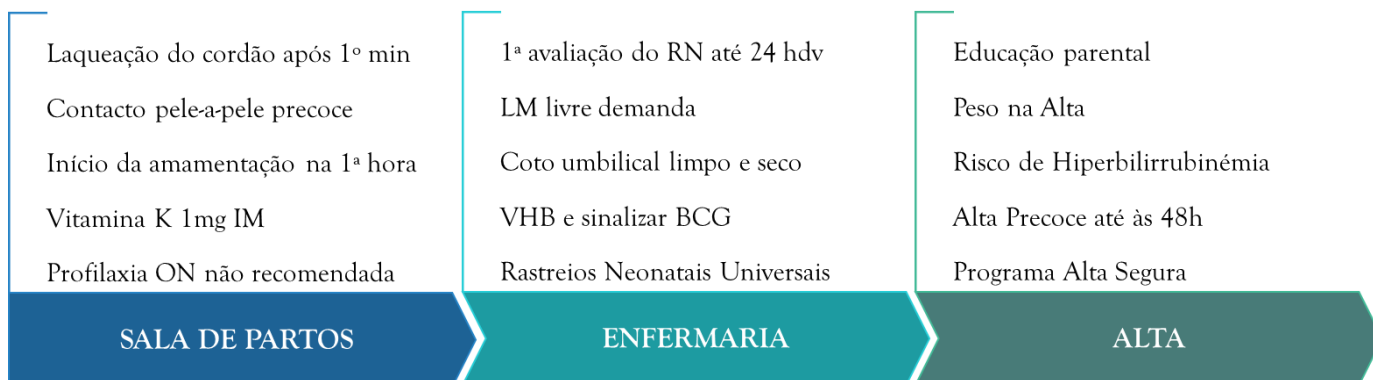
Durante o internamento, deve ser facultada à família informação e feita formação de carácter obrigatório sobre regras de segurança no transporte do RN (Programa ALTA SEGURA da APSI).

O transporte do RN deve ser feito de forma segura desde a primeira viagem. Deve utilizar-se uma cadeira própria, homologada, voltada de costas para o sentido da marcha (até aos 3-4 anos), preferencialmente no banco traseiro (nunca num lugar com airbag frontal ativo). Esta deve ser corretamente instalada e fixa com os cintos de segurança ou sistema ISOFIX® a partir do momento em que sai da maternidade.

Os pais devem demonstrar habilidade para uso e instalação da cadeira.

3. FLUXOGRAMAS OU TABELAS- RESUMO

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028



4. PALAVRAS- CHAVE

Recém-nascido, saudável, vinculação

5. INTERVENIENTES

Isabel Mendes (coordenadora), Unidade de Neonatologia do Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, isabeltmendes@hotmail.com

Daniela Pio, Unidade de Neonatologia do Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Marisa Postiga, Serviço de Obstetrícia, Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Marta Soares, Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal, Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro

Paula Costa, Serviço de Neonatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital Santa Maria

Pedro Vieira da Silva, Unidade de Neonatologia, Hospital Lusíadas Lisboa

6. ORGANIZAÇÃO

Grupo de Consensos em Neonatologia – Sociedade Portuguesa de Neonatologia da SPP

7. CLASSIFICAÇÃO DE NÍVEIS DE EVIDÊNCIA

Classificação de níveis de evidência adotada pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (www.spneonatologia.pt)

8. ABREVIATURAS

AAP: Academia Americana de Pediatria. **AgHBs:** Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B. **APSI:** Associação para a Promoção da Segurança Infantil. **CC:** Cardiopatias congénitas. **Ct:** *Chlamydia trachomatis*. **DHDVK:** Doença Hemorrágica por Défice de Vitamina K. **GRISI:** Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil. **IST:** Infeções Sexualmente Transmissíveis. **LM:**

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028

Leite Materno. **LP**: Laqueação Precoce. **LT**: Laqueação tardia. **Ng**: *Neisseria gonorrhoeae*. **OMS**: Organização Mundial da Saúde. **PNDP**: Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. **RANU**: Rastreio Auditivo Neonatal Universal. **RN**: Recém-nascido. **RNUCC**: Rastreio Neonatal Universal das cardiopatias congénitas críticas por oximetria do pulso. **RVO**: Reflexo Vermelho dos Olhos. **SPN**: Sociedade Portuguesa de Neonatologia. **SPP**: Sociedade Portuguesa de Pediatria. **VHB**: Vacina anti-Hepatite B. **UCIN**: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. **USF**: Unidade de Saúde Familiar.

9. REFERÊNCIAS

- Accueil de nouveau-né en salle de naissance. Haute Autorité de Santé. Décembre 2017
- M. Sánchez Luna, C.R.Pallás Alonso, F. Botet Mussons, I. Echániz Urcelay, J.R. Castro Conde, E. Narbona y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología - “Recomendaciones para el cuidados y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento”; 2009
- Doménech, N. González y Rodríguez-Alarcón—“Cuidados generates del recién nacido san o”;
- Perez BP, Mendez MD. Routine Newborn Care. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. PMID: 30969722.
- McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamp p in g of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD0040T4. DOI: 10.1002/14651858.CD0040T4.pub3
- Afssaps. Prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau -né. 2010
- UpToDate. Overview of the routine management of the healthy newborn infant. August 2022.
- WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. Revised March 30, 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- Lissauer T. Physical examination of the newborn. In: Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant, 9th, Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC (Eds), Elsevier Mosby, St. Louis 2011. Vol 1, p.485.
- Southgate WM, Pittard WB. Classification and physical examination of the newborn infant. In: Care of the High-Risk Neonate, 5th, Klaus MH, Fanaroff AA (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2001. p.100.
- [Screening the newborn for hearing loss - UpToDate](#)
- www.asha.org/public/hearing/degree-of-hearing-loss/
- Nair V, Janakiraman S, Whittaker S, et al. Permanent childhood hearing impairment in infants admitted to the neonatal intensive care unit: nested case-control study. Eur J Pediatr 2021; 180:2083.
- US Preventive Services Task Force. Universal screening for hearing loss in newborns: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Pediatrics 2008; 122:143.
- Wickremasinghe AC, Risley RJ, Kuzniewicz MW, et al. Risk of Sensorineural Hearing Loss and Bilirubin Exchange Transfusion Thresholds. Pediatrics 2015; 136:505.
- Newborn Screening. National CMV Foundation. Available at: <https://www.nationalcmv.org/overview/newborn-screening> (Accessed on August 08, 2022).
- Sun M, Ma A; Sensitivity and Specificity of Red Reflex Test in Newborn Eye Screening; J Pediatr. 2016 Dec;179:192-196.e4.
- Procedures for the Evaluation of the Visual System by Pediatricians. Donahue SP, Baker CN, Committee on Practice and Ambulatory Medicine, American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology, American Academy of Pediatrics, American Association of Certified Orthoptists, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, American Academy of Ophthalmology ; Pediatrics. 2016;137(1)
- [Newborn screening for critical congenital heart disease using pulse oximetry - UpToDate](#)
- Tennant PW, Pearce MS, Bythell M, Rankin J. 20-year survival of children born with congenital anomalies: a population-based study. Lancet 2010; 375:649.
- Canfield MA, Honein MA, Yuskiv N, et al. National estimates and race/ethnic-specific variation of selected birth defects in the United States, 1999-2001. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2006; 76:747.
- Abouk R, Grosse SD, Ailes EC, Oster ME. Association of US State Implementation of Newborn Screening Policies for Critical Congenital Heart Disease With Early Infant Cardiac Deaths. JAMA 2017; 318:2111.
- Diller CL, Kelleman MS, Kupke KG, et al. A Modified Algorithm for Critical Congenital Heart Disease Screening Using Pulse Oximetry. Pediatrics 2018; 141.
- Martin GR, Ewer AK, Gaviglio A, et al. Updated Strategies for Pulse Oximetry Screening for Critical Congenital Heart Disease. Pediatrics 2020; 146.
- Morais S et al. – Oximetria e diagnóstico cardiopatia congénita; Acta Pediatr Port 2013;44(6):343-7 <http://hdl.handle.net/10400.4/1830>
- www.diagnosticoprecoce.pt
- <https://www.sns24.gov.pt/quia/quia-para-pais/>

Edição n.º 1 / 2022	Aprovado em	30/06/2023
	Validade até:	30/06/2028