



DIRETRIZES

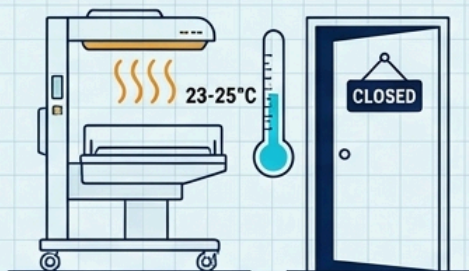
da Sociedade
Brasileira de Pediatria

Reanimação do recém-nascido <34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2026 da Sociedade Brasileira de Pediatria

Fase 1: Antecipação e Briefing

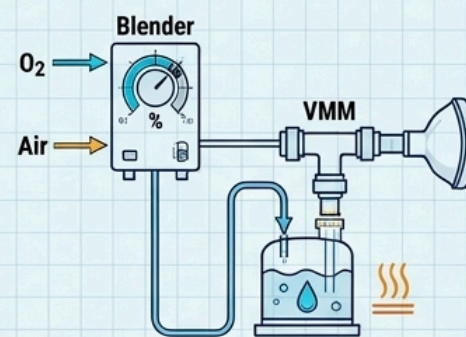
1 O Ambiente Térmico

- Temperatura da sala cravada entre 23–25°C. Portas fechadas.
- Fonte de calor radiante ligada antecipadamente.



2 Os Equipamentos (Gases)

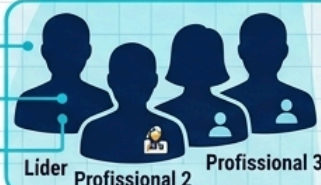
- Blender (Misturador O₂/ar) testado.
- VMM-Peça-T montado com gases umidificados e aquecidos.



Avaliação

Ventilação

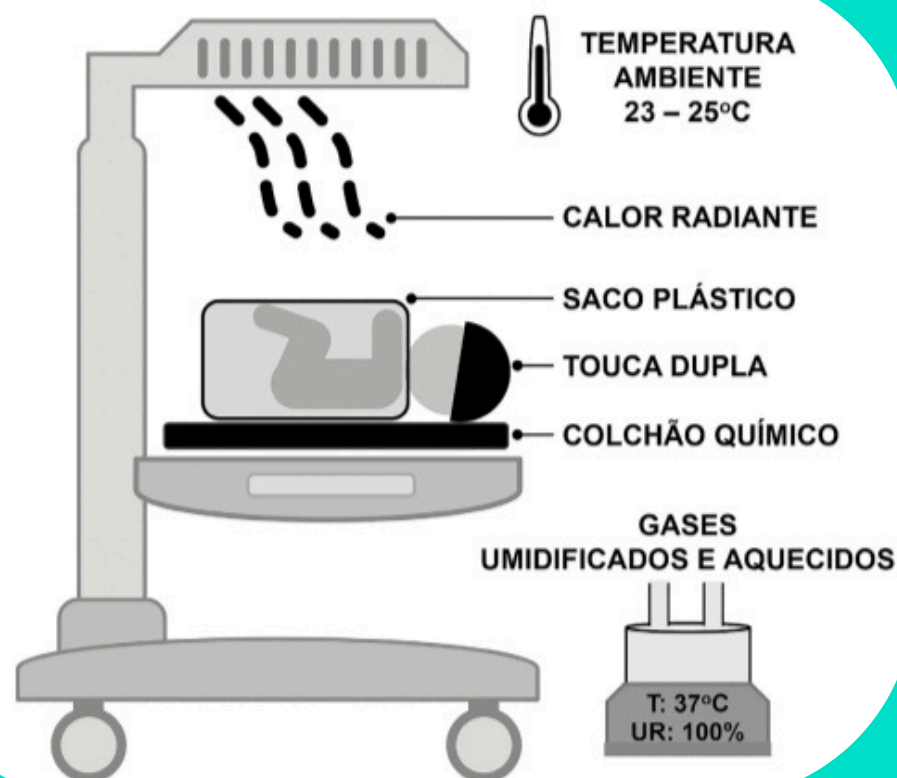
Acesso



3 A Equipe (O Briefing)

- Líder claramente definido antes do parto.
- 2 a 3 profissionais focados exclusivamente no RNPT.
- Atribuição de papéis clara (Avaliação, Ventilação, Acesso).

NA PREMATURIDADE, A **ANTECIPAÇÃO** TÉRMICA E RESPIRATÓRIA DITA A SOBREVIVÊNCIA NEUROLÓGICA. O **ERRO** NA BASE CONDENA AS ETAPAS AVANÇADAS



REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO < 34 SEMANAS

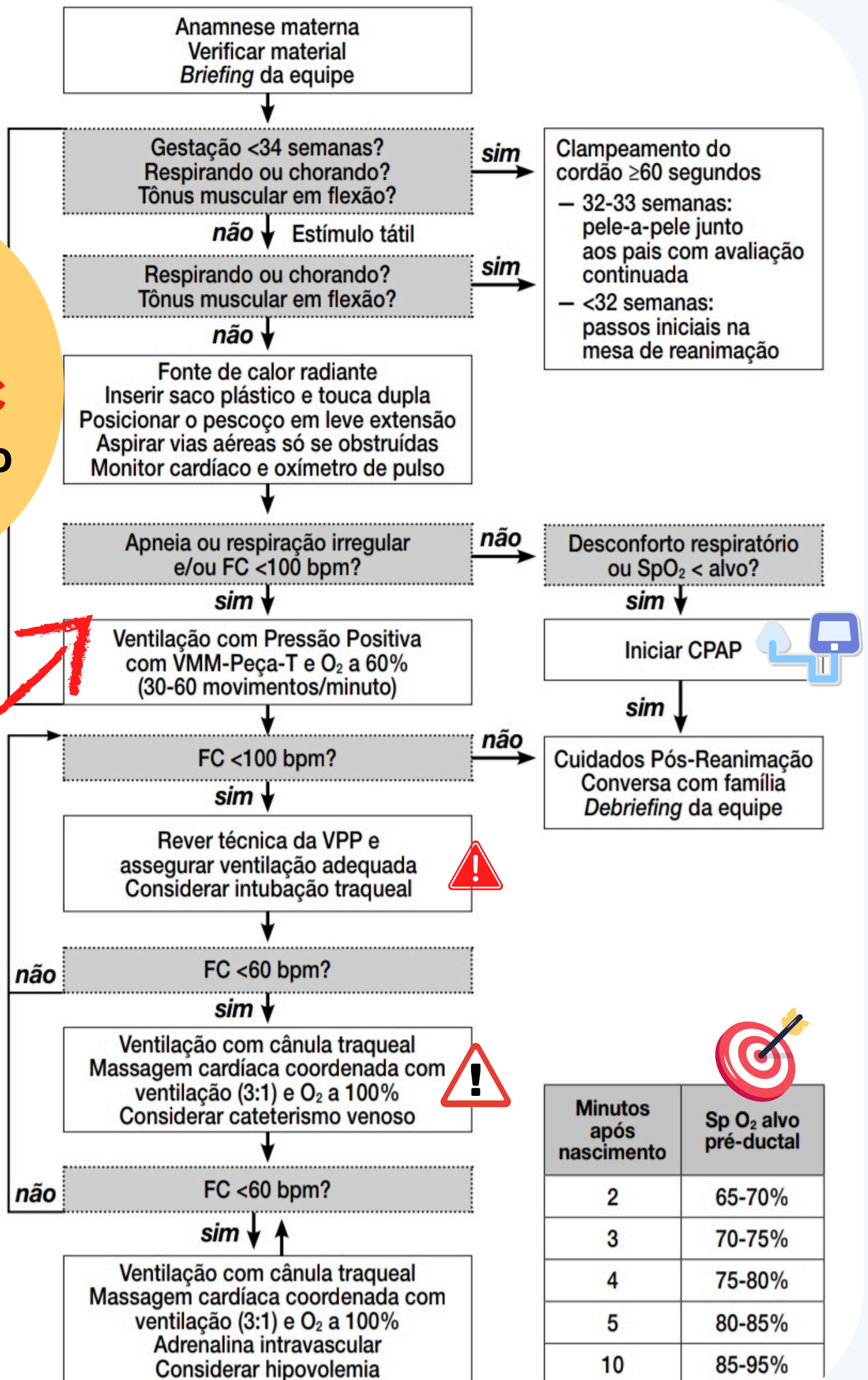
DIRETRIZES SBP 2026: O PROTOCOLO CRÍTICO DE SALA DE PARTO

NASCIMENTO

VPP se apneia, respiração irregular e/ou FC <100 bpm dentro dos 60 seg.

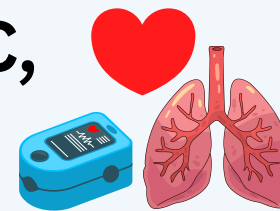
60 segundos
(Minuto de Ouro)

MANTER
NORMOTERMIA



Minutos após nascimento	Sp O ₂ alvo pré-ductal
2	65-70%
3	70-75%
4	75-80%
5	80-85%
10	85-95%

Avaliação **SIMULTÂNEA** da FC, da respiração e da SpO2.

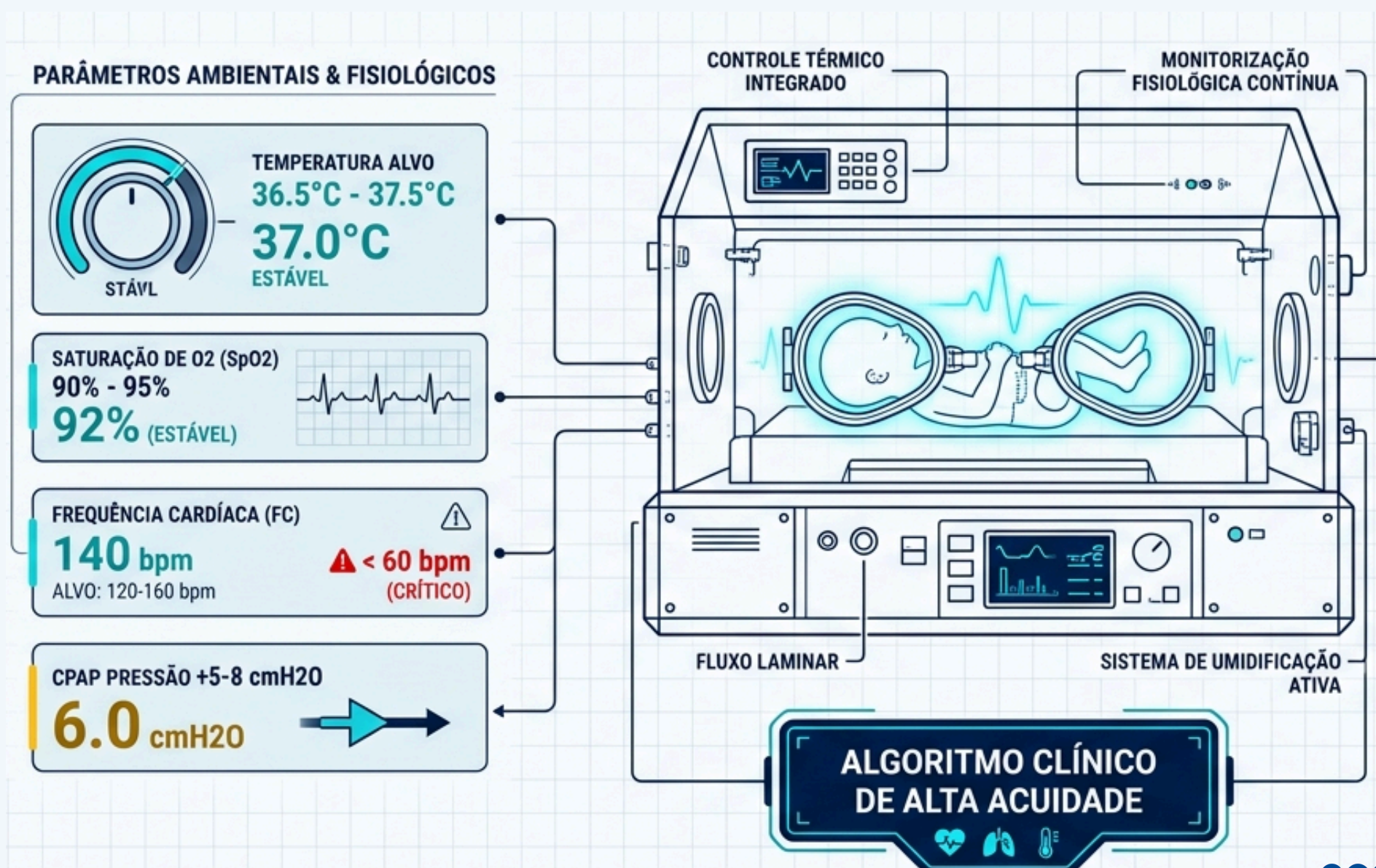


A FC é o principal parâmetro a ser avaliado para indicar a conduta logo após o nascimento.

O monitor com eletrodos secos demonstrou alta precisão!

A melhora da FC é o indicador mais sensível da eficácia dos procedimentos de reanimação neonatal.

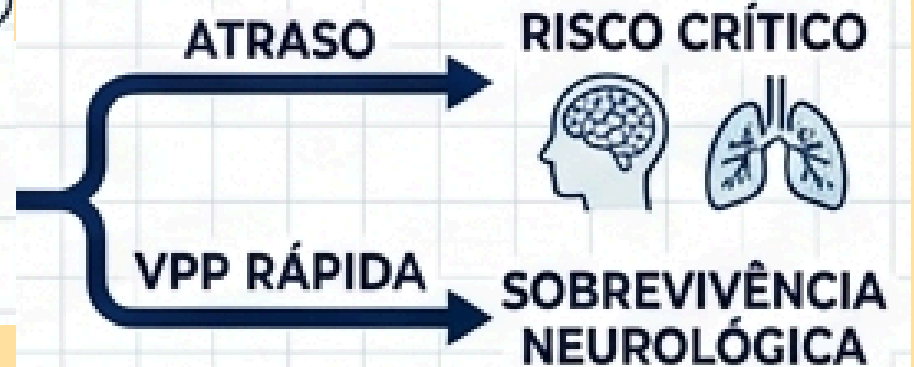
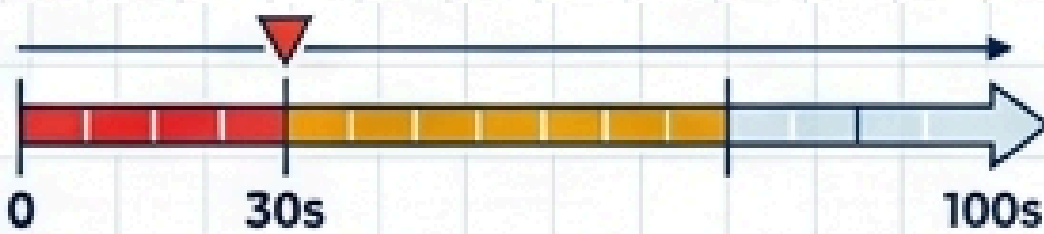
A respiração espontânea está adequada se os movimentos são regulares e suficientes para manter a FC ≥ 100 bpm.



O DESAFIO DA PREMATURIDADE EXTREMA

16%

→ Aumento no risco de morte ou morbidade a cada 30s de atraso para iniciar a VPP.



Iniciar a VPP **60%**

Ajustar a oferta de O₂ de acordo com a SpO₂ pré-ductal

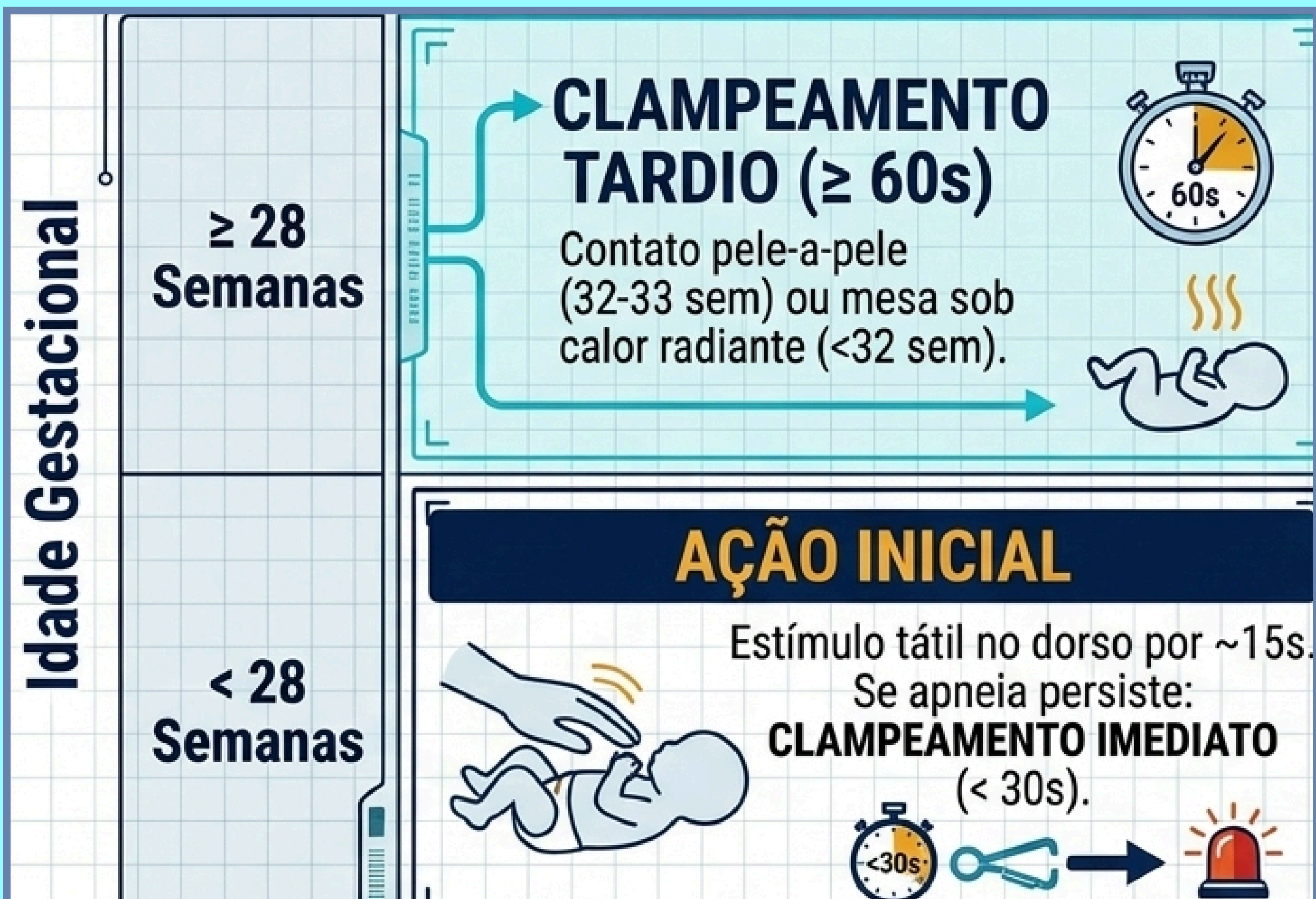


20% a cada 30 segundos

Minutos após nascimento	Sp O ₂ alvo pré-ductal
2	65-70%
3	70-75%
4	75-80%
5	80-85%
10	85-95%

A decisão no nascimento: manejo do cordão umbilical

Boa Vitalidade



A decisão no nascimento: manejo do cordão umbilical

Idade Gestacional

≥ 28
Semanas

< 28
Semanas

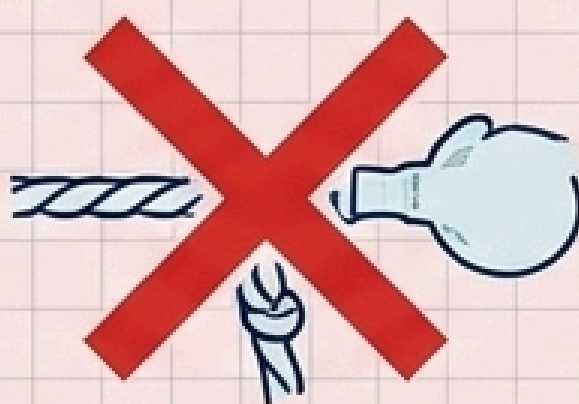
Sem Boa Vitalidade

! ORDENHA DO CORDÃO !

Pode ser considerada se não for possível aguardar 60s (3 compressões de 20cm em direção ao RN).



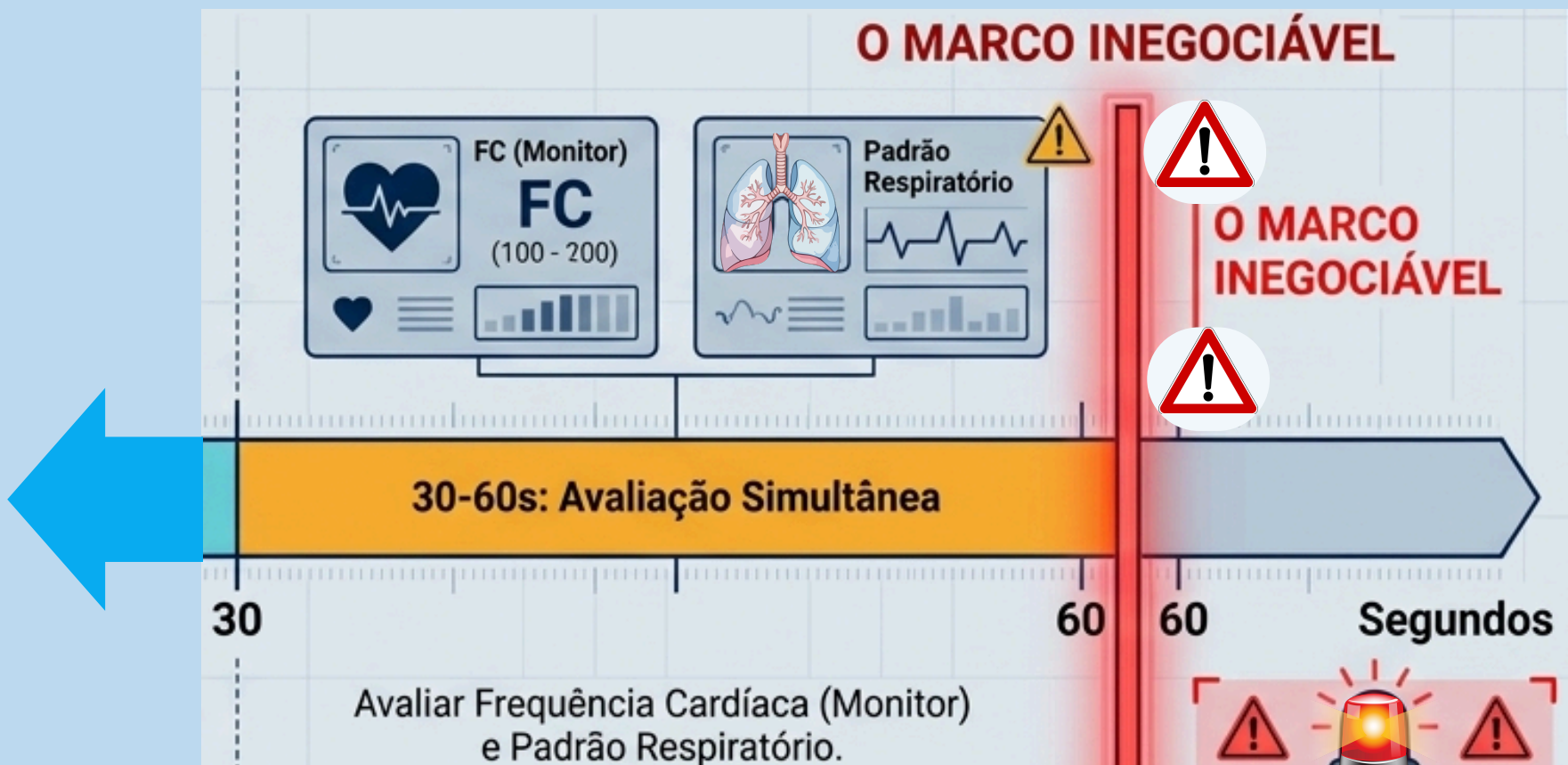
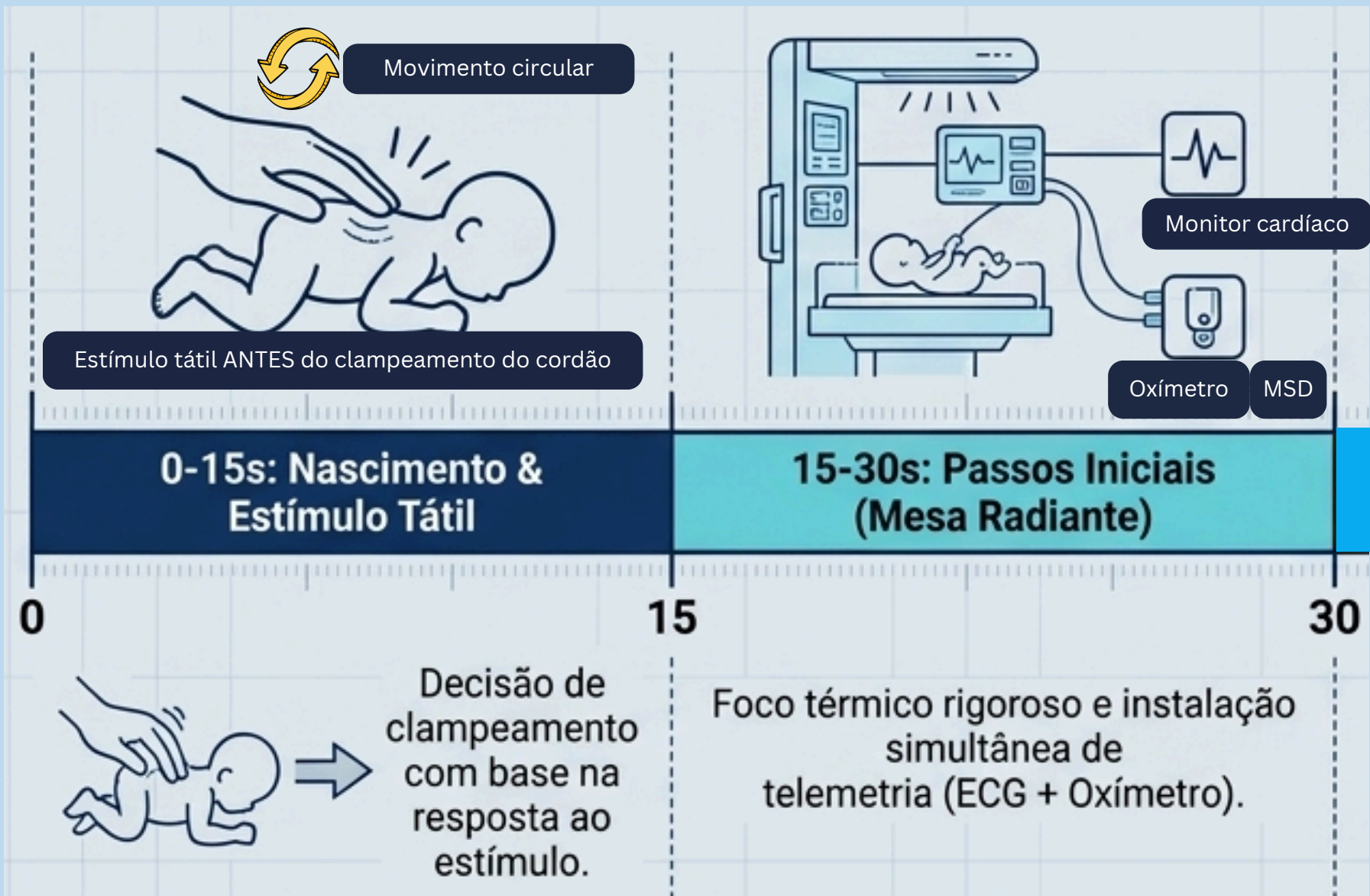
! CONTRAINDICADA !



Não realizar ordenha. Proceder com clampeamento imediato.



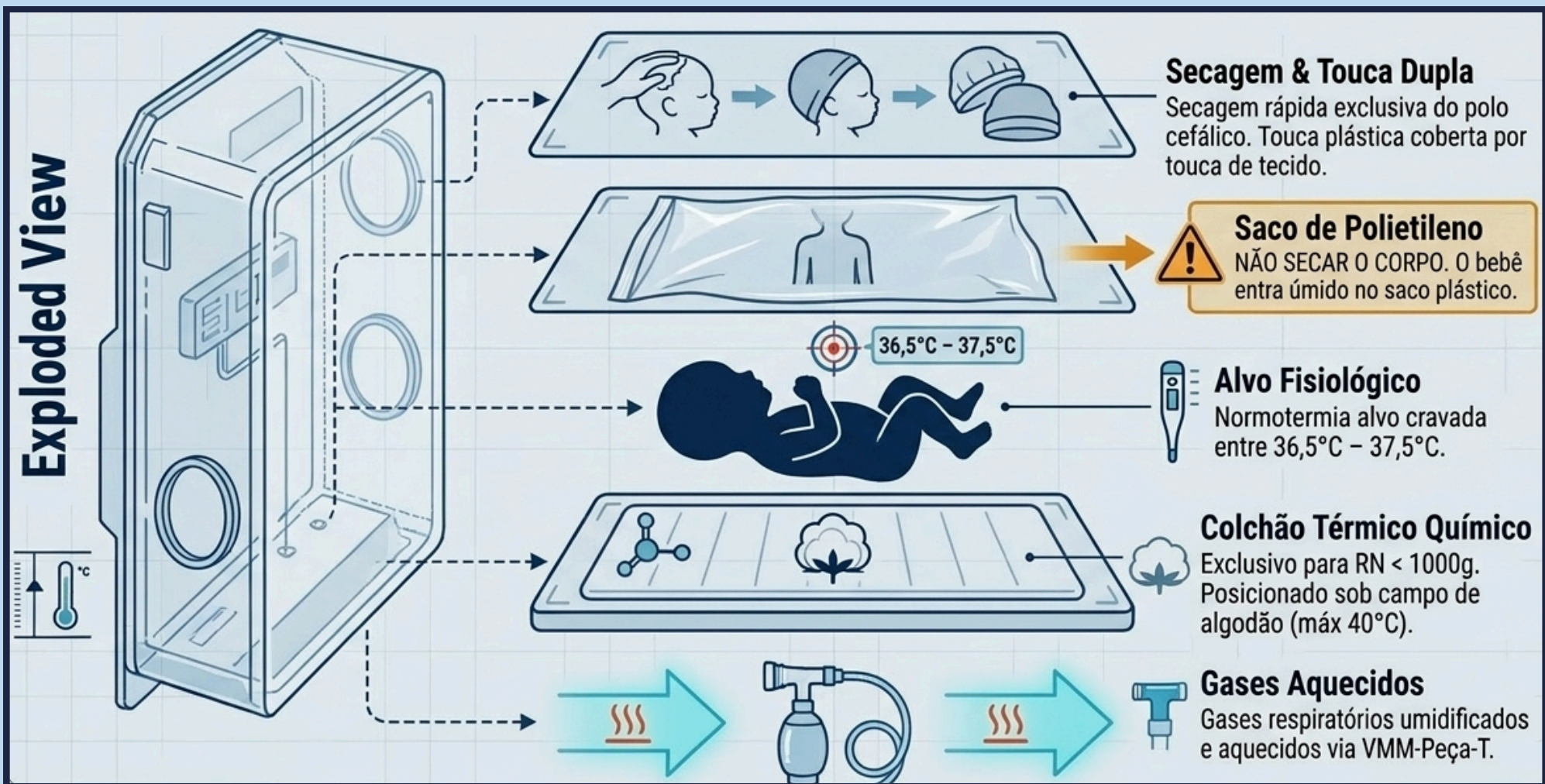
A Linha do Tempo Crítica: O Minuto de Ouro



ATENÇÃO: As ações de 15 a 30s ocorrem em paralelo. Dois profissionais atuam simultaneamente para garantir vias aéreas e telemetria.

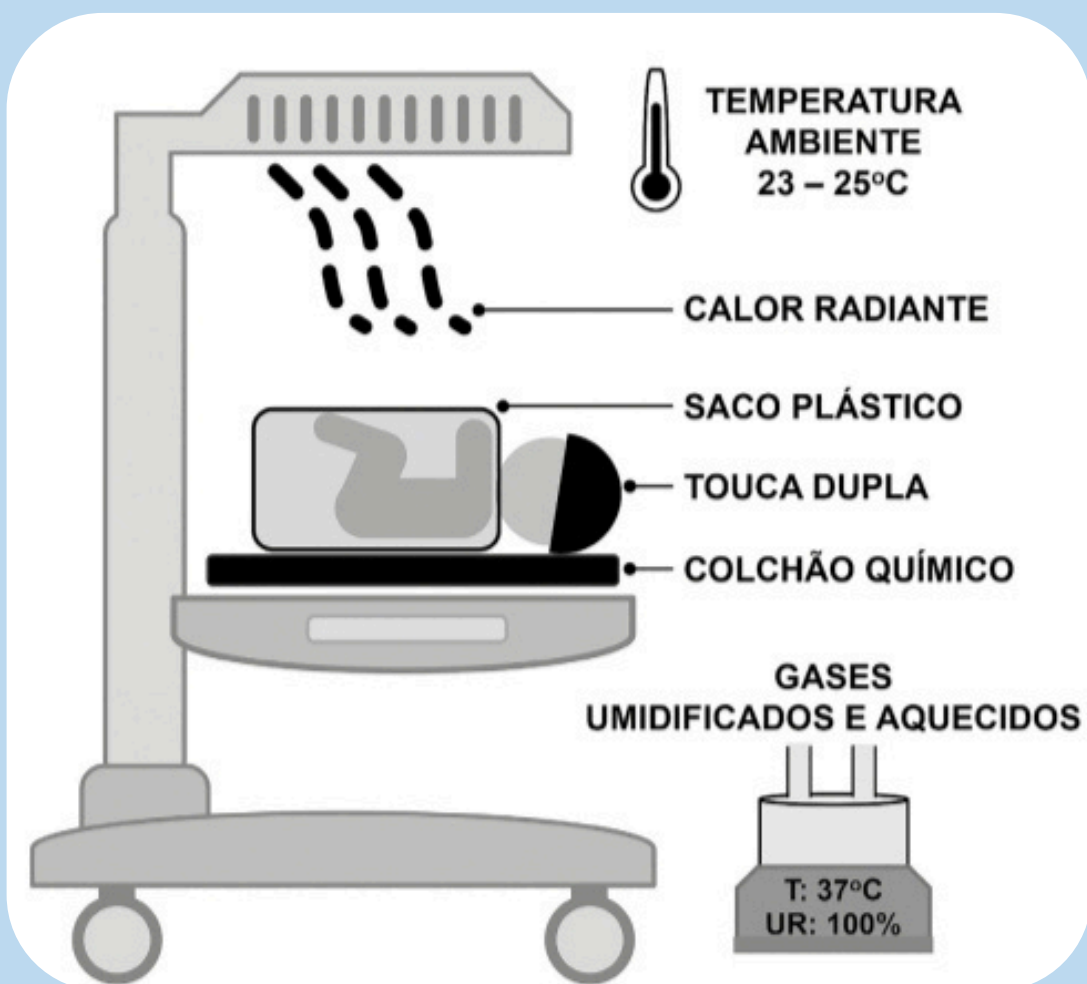
Iniciar VPP imediatamente se FC < 100 bpm ou apneia.

A Arquitetura da Termorregulação (RN < 32 Semanas)

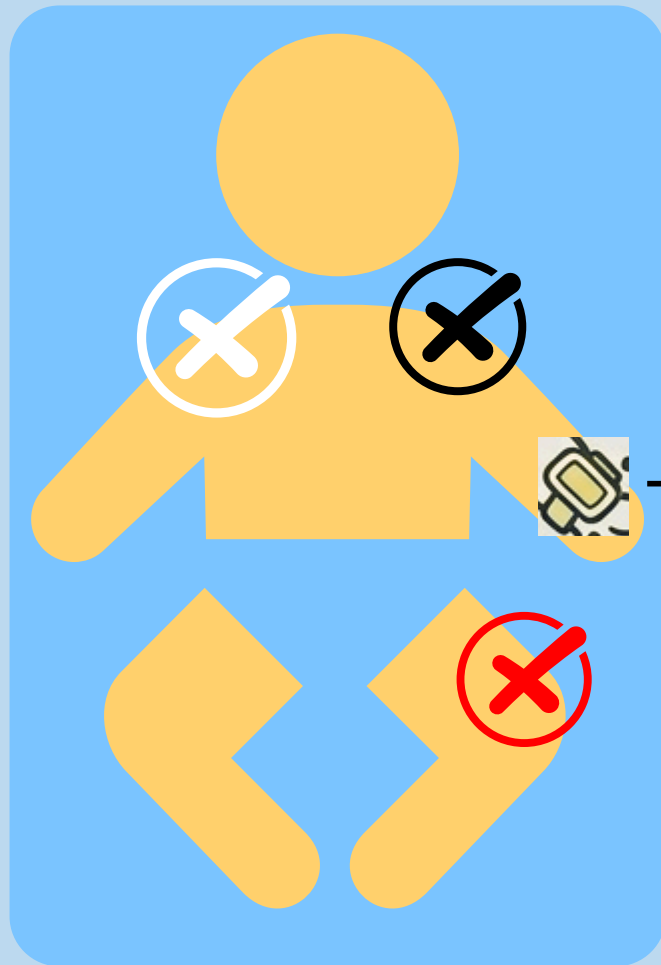


A temperatura axilar do RNPT ideal é entre 36,5-37,5°C do nascimento até a admissão na UTI neonatal.

A aspiração de boca e narinas não é recomendada de rotina para RN < 34 semanas.



Monitorização Estratégica: Os Primeiros 30 Segundos



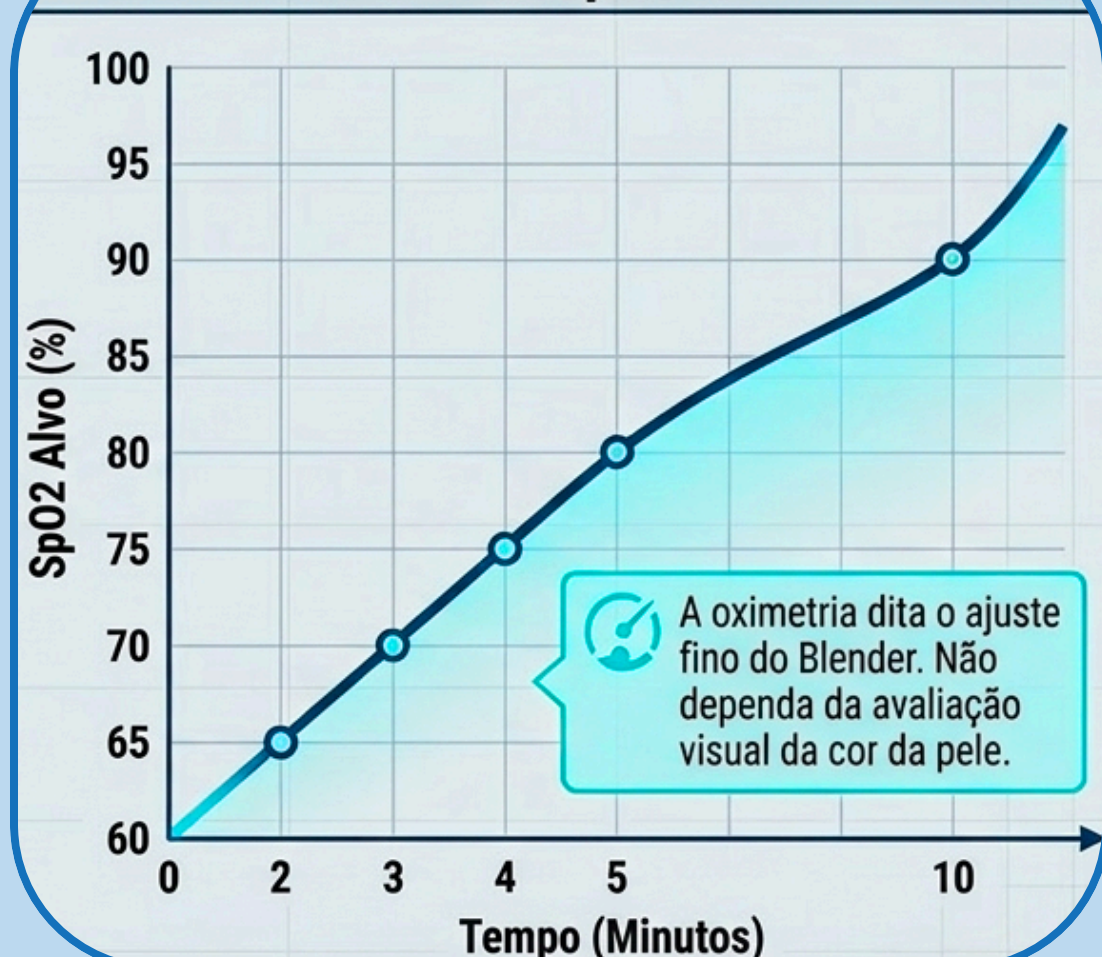
ECG (3 Eletrodos)

Padrão ouro para FC inicial. Mais rápido e preciso que ausculta. Alvo ≥ 100 bpm.



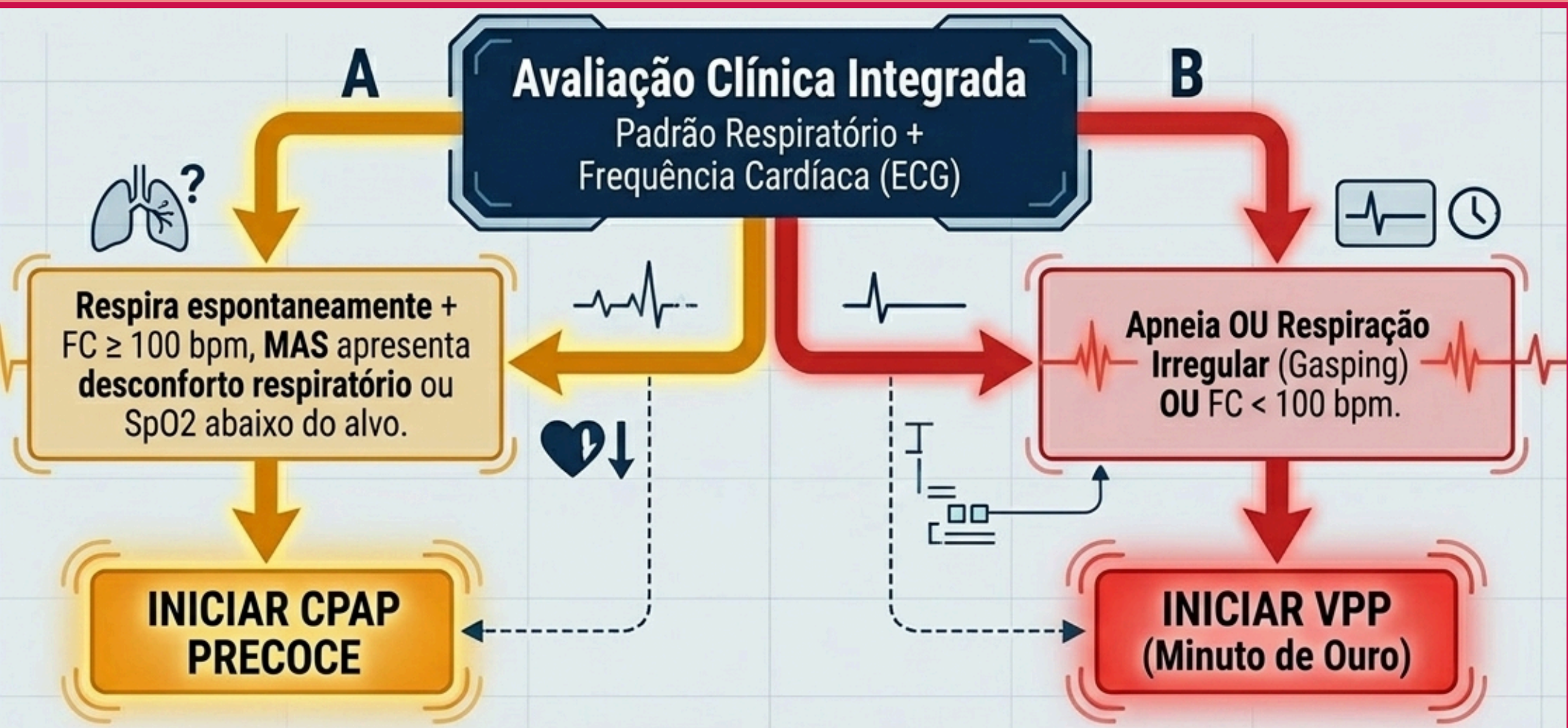
Oxímetro de Pulso
Sensor mandatório no membro superior direito (Saturação Pré-Ductal).

Curva de SpO₂ Alvo



Minutos após o nascimento	SpO ₂ alvo pré-ductal
2	65-70%
3	70-75%
4	75-80%
5	80-85%
10	85-95%

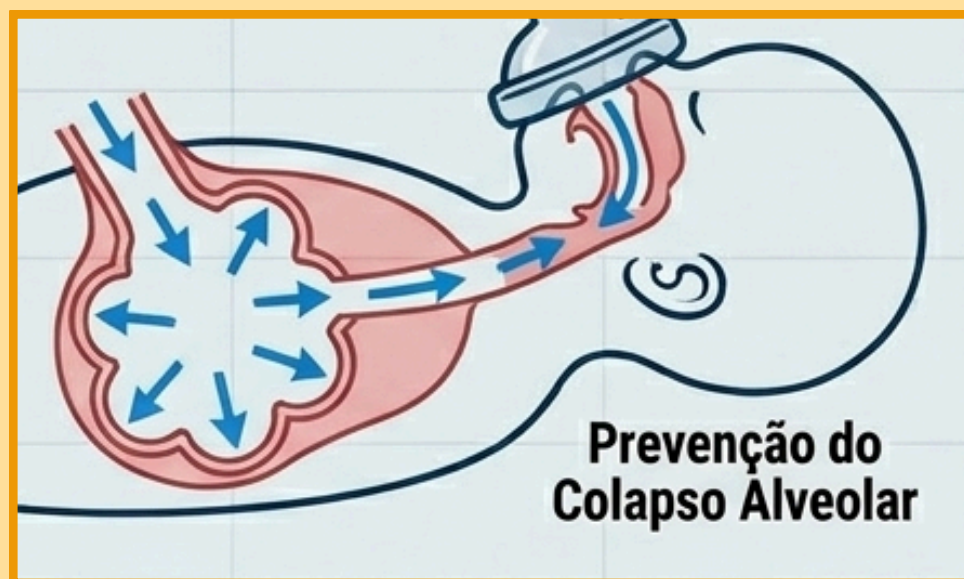
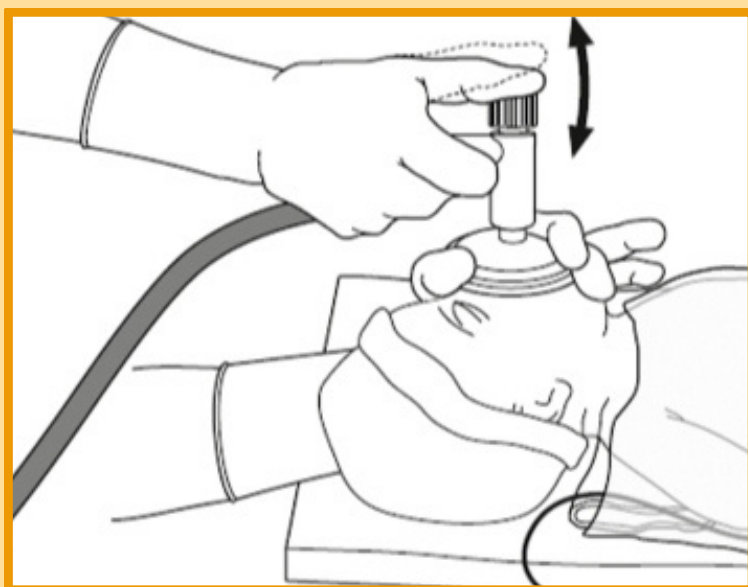
A Encruzilhada Fisiológica (30 a 60 Segundos)



Decisão guiada puramente por telemetria. **O atraso na via vermelha** é o maior risco neurológico para o prematuro

Em RNPT <34 semanas o uso de VMM com peça T reduziu a displasia broncopulmonar em comparação ao balão autoinflável.

Administrar o CPAP com VMM-Peça-T e máscara facial.



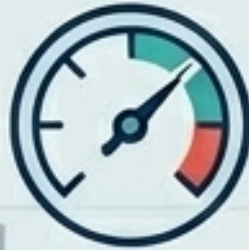
Protocolo CPAP

Equipamento Mandatório



Exclusivo via **VMM-Peça-T.**
O balão autoinflável não fornece CPAP confiável.

Pressão de Distensão (PEEP)



Cravada em **5 a 6 cmH2O.**

Fluxo de Gás



~10

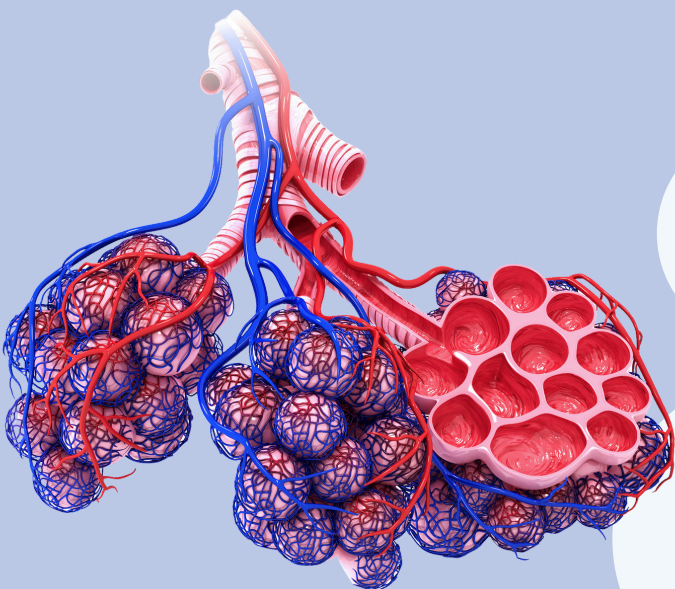
~10 Litros / minuto.

FiO2

Ajustável dinamicamente via **Blender** para perseguir a curva de SpO2 alvo.

Mecanismo: O CPAP estabiliza a **capacidade residual funcional (CRF)** no pulmão imaturo, prevenindo o colapso alveolar expiratório e reduzindo intubações futuras.

SURFACTANTE



Não há indicação da administração na sala de parto.

É indicado **de preferência nas primeiras duas horas após o nascimento**, depois da estabilização inicial.

A Intervenção Vital: Ventilação com Pressão Positiva (VPP)

! REGRA DE OURO: Iniciar incondicionalmente nos primeiros **60 segundos**.

Iniciar a VPP com FiO₂ 60%



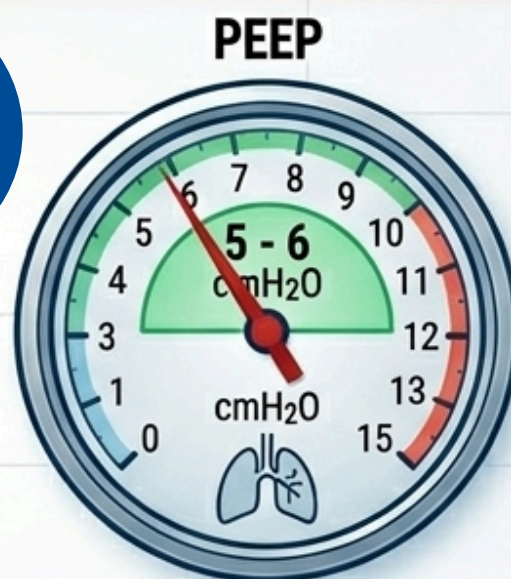
Diferença vital: prematuros não iniciam a ar ambiente 21%

PIP (Pressão Inspiratória)



PIP de 20 a 25 cmH₂O

PEEP 5 a 6



Ritmo

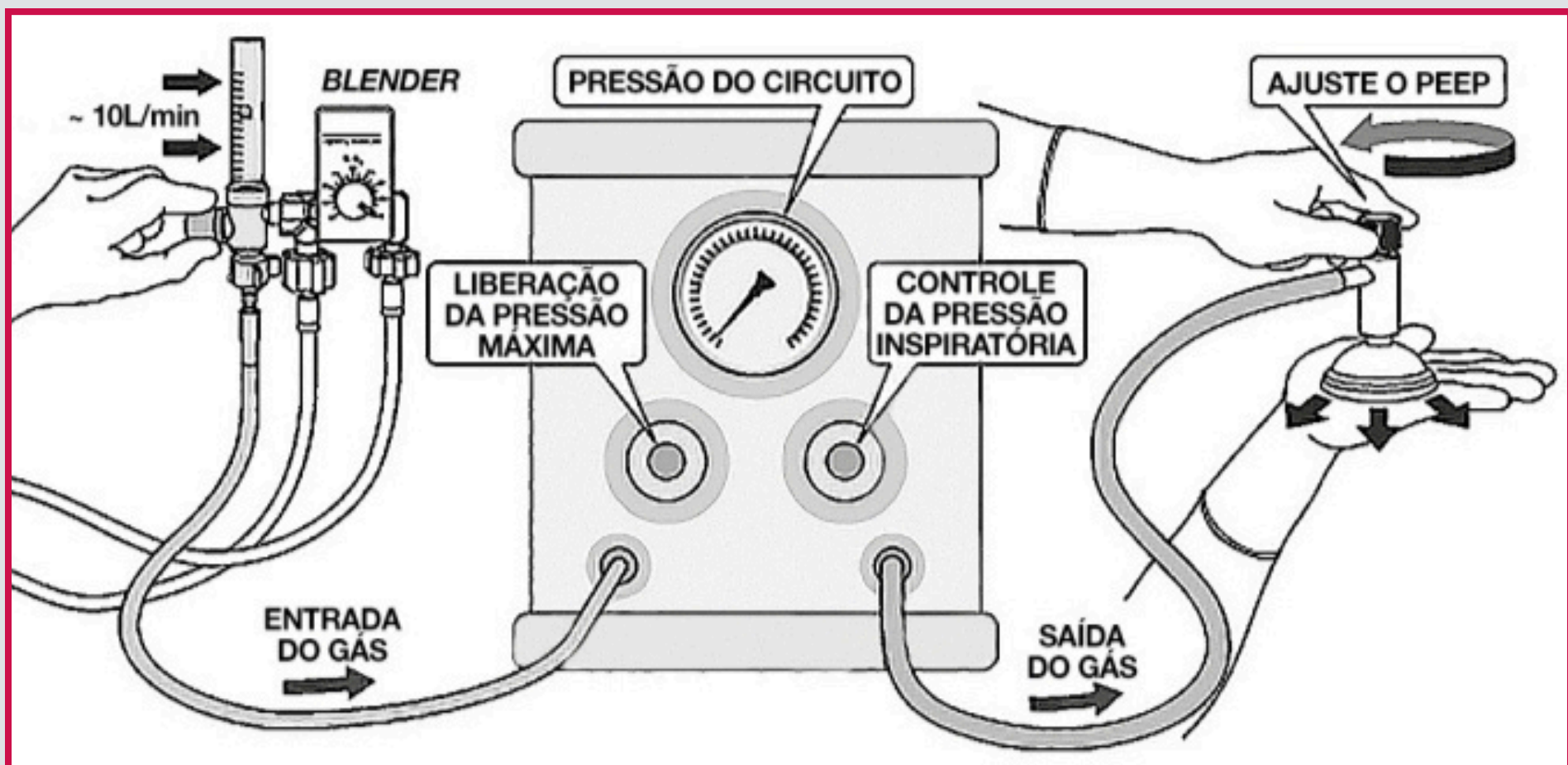


40 a 60 ipm

Cadência:
Aperta, solta, solta

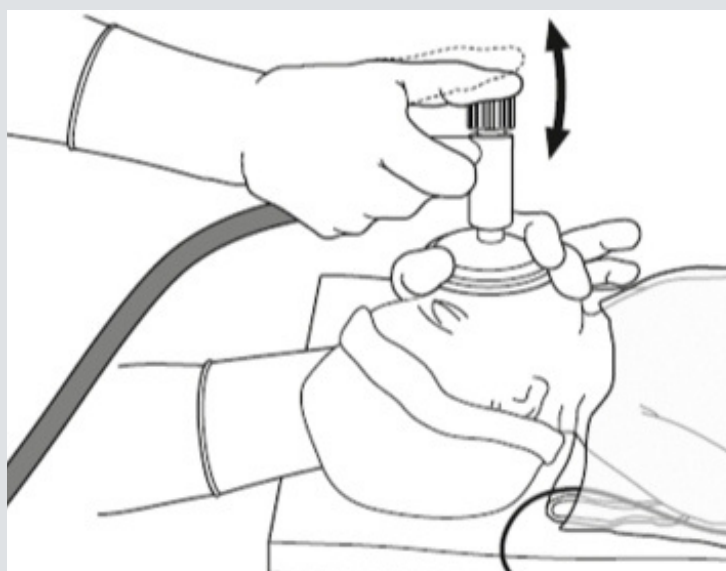
AJUSTE DINÂMICO DE OXIGÊNIO (Regra dos 20%)
Se a SpO₂ desviar do alvo da curva temporal, ajustar a FiO₂ em blocos exatos de 20% a cada 30 segundos.

Ventilador mecânico manual com Peça-T e blender



Ajuste da máscara

A máscara deve cobrir a ponta do queixo, a boca e o nariz



Posicionar a máscara no sentido do queixo para o nariz, envolver as bordas com os dedos formando a posição “C - E”

Aplicar uma leve pressão na borda da máscara

Empurrar levemente o arco mandibular em direção à máscara, garantindo leve extensão do pescoço.



O balão autoinflável deve estar sempre disponível e pronto para uso, caso o VMM-Peça-T não funcione.

Correção de Rota: Falha na VPP e Intubação Traqueal

Falha na Máscara (FC não sobe)

- ✓ Verificar ajuste facial e vazamento lateral da máscara.
- ✓ Reposicionar via aérea (garantir leve extensão cefálica).
- ✓ Aumentar pressão inspiratória (limite máximo de 30-40 cmH₂O).

Transição para Intubação

- ✓ VPP com máscara não efetiva (FC < 100bpm) 
- ✓ VPP prolongada (sem respiração espontânea) 
- ✓ Início da massagem cardíaca

Parâmetros das cânulas sem balonete

Idade gestacional (semanas)	Peso estimado (gramas)	Cânula traqueal (mm)*	Sonda traqueal (F)	Lâmina reta** (nº)
<24	<500	2,0/2,5	6	000/00
24 a 28	500 a 1000	2,5	6	00
28 a 34	1000 a 2000	3,0	6 ou 8	0

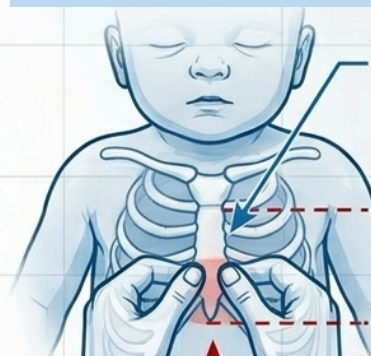
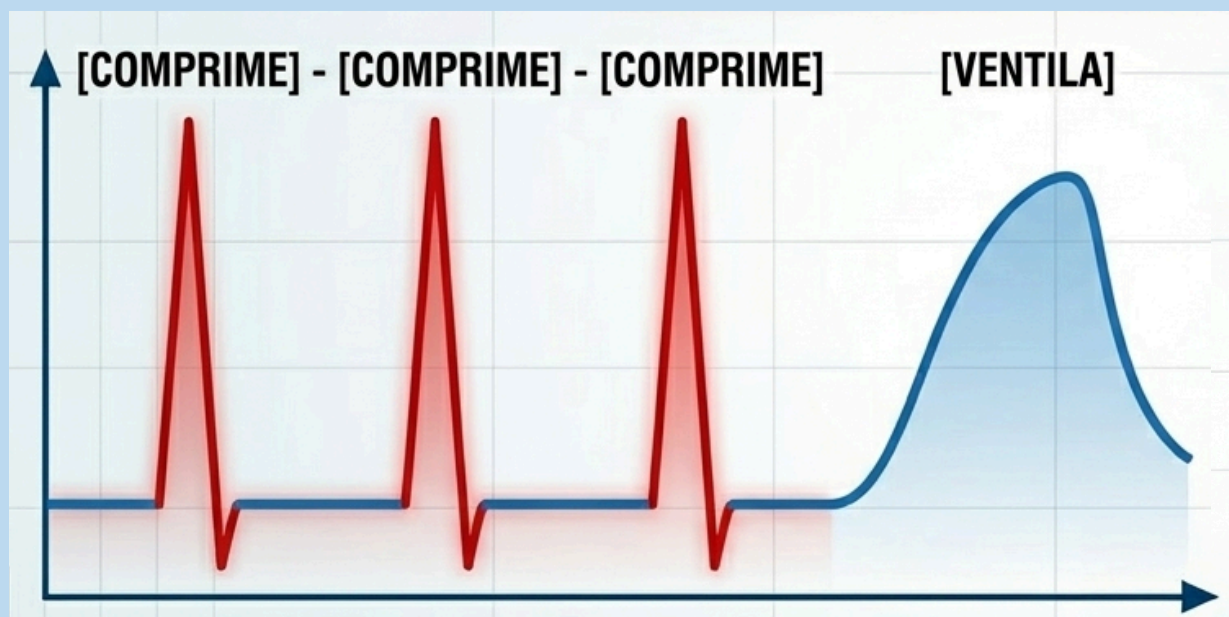
NOTA: A intubação no prematuro é complexa e não deve atrasar a ventilação. O profissional mais experiente da sala assume a via aérea.

Se **insucesso** na intubação traqueal, o procedimento é interrompido e a **VPP com máscara deve ser iniciada**, sendo realizada nova tentativa após a estabilização do paciente.

Cada tentativa de intubação deve **durar, no máximo, 30 segundos**.

Reanimação Avançada: Compressões Torácicas

GATILHO: Iniciar se FC permanecer **< 60 bpm** após 60s de VPP efetiva via cânula traqueal. (Ajustar O2 para 100%).



Dois polegares sobrepostos ou justapostos no terço inferior do esterno.

(Alvo: 90 compressões + 30 ventilações por minuto).



É importante permitir a reexpansão plena do tórax após a compressão para haver enchimento das câmaras ventriculares e das artéria coronárias.



Quando a FC permanece <60 bpm, a despeito de VPP efetiva por cânula traqueal com O2 a 100% e acompanhada de massagem cardíaca adequada e sincronizada à ventilação, o uso de adrenalina está indicado.



Farmacologia de Resgate: Matriz de Dosagem Clínica

Indicação: Bradicardia severa contínua (**FC < 60 bpm**) refratária à ventilação e compressão.

Adrenalina (A Via Definitiva)	Acesso: Veia Umbilical (Intravascular). 	Preparo: Diluir 1 mL (ampola 1mg/mL) em 9 mL de Soro Fisiológico. 	Dose Certa: 0,2 mL/kg (rápido + flush de 3mL SF). Repetir a cada 3-5 min. 
Adrenalina (A Via Provisória)	Acesso: Direto na cânula endotraqueal. 	Preparo: Uso ÚNICO emergencial até obtenção de acesso venoso.	Dose Alta: 1,0 mL/kg.
Expansor de Volume	Indicação: Suspeita de choque hipovolêmico, palidez ou perda de sangue.	Agente: Soro Fisiológico 0,9%. 	Dose: 10 mL/kg (infusão lenta em 5 a 10 minutos). 

Limites de Viabilidade e Aspectos Éticos

Idade Gestacional

Zona 1

< 22 Semanas
(Extrema Imaturidade)



Não iniciar reanimação ativa.
Foco restrito ao cuidado
paliativo, conforto e
acolhimento familiar.

Zona 2

22 a 23 Semanas
(A Zona Cinzenta)



Decisão rigorosamente
individualizada. Exige aconsel-
hamento antenatal intensivo.
Havendo incerteza ou desejo
familiar favorável à vida, o
protocolo completo é impositivo.

Zona 3

≥ 24 Semanas
(Viabilidade Clara)

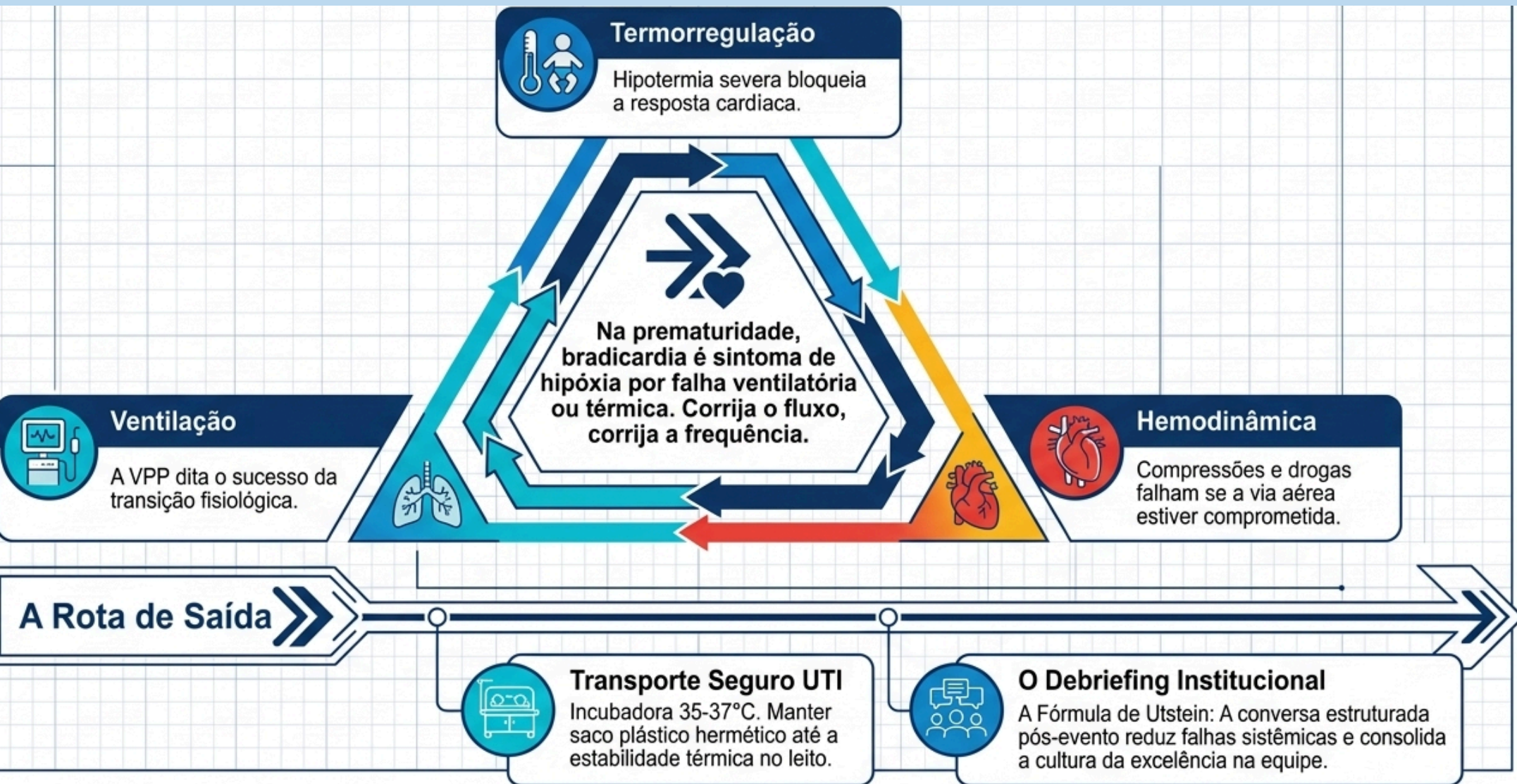


Justifica-se a intervenção
máxima de reanimação em
sala de parto. Alta taxa de
sobrevida estabelecida.



A Cláusula de Compaixão: As decisões sobre a vida devem ser tomadas em conjunto. Onde a ciência encontra seu limite biológico, o acolhimento cultural e familiar assume a liderança.

O Ciclo de Qualidade Contínua



neofast
Prescrição Neonatal

Maior eficiência no seu dia a dia
Conheça!

