Alessandra Vaccari | Silvani Herber | Fernanda Araujo Rodrigues

INTENSIVISMO NEONATAL

O que todo Enfermeiro deve saber



ABENTI
Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva

Atheneu

AMIB
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA



www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editorsatheneu Youtube.com/atheneueditora

INTENSIVISMO NEONATAL

O que todo Enfermeiro deve saber

Alessandra Vaccari | Silvani Herber | Fernanda Araujo Rodrigues

ABENTI
Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva

Atheneu

AMIB
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

Rio de Janeiro • São Paulo
2021

EDITORA ATHENEU

São Paulo	—	*Tel.: (11) 2858-8750* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*
Rio de Janeiro	—	*Rua Bambina, 74* *Tel.: (21) 3094-1295* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*

CAPA: Equipe Atheneu
PRODUÇÃO EDITORIAL: MKX Editorial

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

I48

Intensivismo neonatal : o que todo enfermeiro deve saber / editoras Alessandra Vaccari, Silvani Herber, Fernanda Araujo Rodrigues. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2021.
492 p. : il. ; 23 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-162-4

1. Enfermagem neonatal. 2. Recém-nascidos - Assistência hospitalar. 3. Recém-nascidos - Cuidado e tratamento. 4. Tratamento intensivo neonatal. I. Vaccari, Alessandra. II. Herber, Silvani. III. Rodrigues, Fernanda Araujo.

21-71804 CDD: 618.9201
CDU: 614.21:612.648

Camila Donis Hartmann - Bibliotecária - CRB-7/6472
01/07/2021 02/07/2021

VACCARI, A.; HERBER, S.; RODRIGUES, F.A.
Intensivismo Neonatal – O que todo Enfermeiro deve saber

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2021.

Atenção Pré-Natal e Desfechos Neonatais

1

Júnia Aparecida Laia da Mata
Elenice Valentim Carmona
Márcia Helena de Souza Freire

1. Quais são os elementos fundamentais para a qualidade da atenção pré-natal?

A atenção pré-natal (PN) pode repercutir de maneira significativa na saúde do neonato. Fato que torna fundamental o (re)conhecimento dos elementos que contribuem para a qualificação do cuidado nesse período, a fim de promover a saúde e prevenir desfechos neonatais negativos.

Ao seguir paradigmas sólidos, com base em evidências científicas, durante o pré-natal, a(o) enfermeira(o) contribui com a redução de complicações neonatais e, consequentemente, para a prevenção dos óbitos por causas potencialmente evitáveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que todas as gestantes e os recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante a gestação, o parto e o período pós-natal imediato.[1] Está comprovado que o uso de práticas baseadas em evidências no cuidado pré-natal pode salvar vidas.[1] Logo, a atitude de se manter atualizada(o) e aplicar as melhores evidências científicas na assistência é um dos fatores que podem contribuir na qualificação do PN. Além disso, a qualidade do PN poderá ser garantida por meio de:[1]

1. Cuidados pré-natais de grupo, considerando o contexto em que a gestante/família está inserida;
2. Intervenções com base nas comunidades para melhorar a comunicação e o apoio;
3. Inclusão de componentes de delegação de tarefas na prestação de cuidados pré-natal,[1,2] por exemplo, entre os agentes de saúde leigos, enfermeiras(os), enfermeiras (os) obstetras e médicos;
4. Definição de um calendário de contatos pré-natais, mínimo de oito consultas/contatos, durante o acompanhamento da gestante/família;
5. Realização de intervenções nutricionais como: educação em saúde sobre alimentação saudável e atividade física; suplementação oral diária de ferro e ácido fólico, com 30 mg a 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para as gestantes. Aplicam-se para a prevenção do quadro de anemia e infecção puerperal das mães, do baixo peso ao nascer e, do parto prematuro. E, ainda, restrição da ingestão de cafeína, para evitar o risco de aborto espontâneo e recém-nascidos com baixo peso

ao nascer, sobretudo para as mulheres que usualmente apresentam elevada ingestão diária, mais de 300 mg por dia;

6. Avaliação materna integralizada, periódica e apurada, considerando-se aspectos físicos, emocionais, econômicos, culturais e sociais;
7. Avaliação do feto por meio de uma ecografia anterior a 24ª semana de gestação (ecografia precoce) para: estimar a idade gestacional; favorecer a detecção de anomalias fetais e de gravidezes múltiplas; reduzir a indução do trabalho de parto para gestações pós-termo; e, qualificar a experiência gestatória da mulher.
8. Oferta de intervenções baseadas em evidências científicas para todos os sintomas fisiológicos comuns na gestação.

2. Quais são os componentes da atenção pré-natal essenciais para a garantia do nascimento seguro e adequados desfechos neonatais?

Apesar do progresso na redução da mortalidade, convivemos no Brasil com números elevados de mortes maternas e de recém-nascidos, consideradas evitáveis por adequada atenção ao PN, parto e nascimento. Neste sentido, têm sido direcionados esforços para redução dos resultados adversos para as mulheres e recém-nascidos como a utilização oportuna dos serviços de saúde e o atendimento ao parto realizado por profissionais qualificados, que têm aumentado nos países em desenvolvimento.[3]

Contudo, nesse cenário se evidenciam problemas com a qualidade dos serviços, os quais refletem várias situações e condições: a infraestrutura e os suprimentos disponíveis; o gerenciamento; os recursos humanos munidos de conhecimento, habilidades e capacidade técnica para atender a gestação e o parto fisiológico; os processos sociais e culturais. E, ainda, o fato de a qualidade prever: a assistência com práticas (de rotina e emergência) baseadas em evidências; os sistemas de informações fidedignos para ágil e oportuna emissão de informações de alerta e que permitam mecanismos de revisão e auditoria; e, os sistemas de referência funcional entre os níveis de atenção de uma rede.[3]

Nesse contexto, é possível destacar características da qualidade dos serviços de saúde, e assim também para os maternos e infantis, tomando como referência as suas definições operacionais na assistência à saúde, elencados pela OMS[4] (Quadro 1.1).

Segundo o Ministério da Saúde,[5] os princípios assistenciais da linha de cuidado perinatal, essenciais para o nascimento seguro e para o ótimo desfecho neonatal, são:

- Qualidade, integralidade, resolutividade e continuidade do cuidado com responsabilização até que os problemas estejam plenamente resolvidos.
- Promoção de vínculo entre o profissional e o usuário do sistema de saúde, com estreitamento da confiança e da corresponsabilidade, com incentivo ao autocuidado, bem como para o reconhecimento dos riscos.
- Ações práticas para a promoção integral da saúde e prevenção dos agravos, ultrapassando o atendimento exclusivo às demandas pontuais.
- Integração entre a rede de saúde com os demais setores de assistência e desenvolvimento social para a melhoria das condições de vida da família.
- Acolhimento com priorização para todas as gestantes e recém-nascidos com intercorrências e/ou em trabalho de parto. Após acolher, deve-se avaliar e assisti-los em qualquer ponto da rede de saúde no qual a atenção foi buscada. Na avaliação, deve-se

concluir pela necessidade de realização de tratamentos, encaminhamentos para internação ou transferência para serviço de maior complexidade, sempre que necessário, evitando-se a peregrinação de gestantes e mães com recém-nascidos.

– Abordagem de risco é a garantia para a atenção oportuna e adequada, de modo imediato e continuado, sem perda de oportunidade de ação da saúde.
– Vigilância à saúde do recém-nascido é a postura ativa do serviço em assumir situações de maior risco, com o objetivo de minimização dos danos e implementação de acompanhamento adequado. É geralmente dirigida para pessoas com maior vulnerabilidade e, a partir da qual, são desencadeadas ações estratégicas como a busca ativa.

Quadro 1.1. Características da qualidade da assistência à saúde e suas definições operacionais segundo a Organização Mundial de Saúde, 2006

Característica	Definição
Segura	Oferta de assistência à saúde que minimize riscos e danos aos usuários, incluindo a prevenção de lesões evitáveis e reduzindo erros médicos.
Eficaz	Fornecimento de serviços baseados em conhecimento científico e diretrizes baseadas em evidência.
Oportuna	Redução dos atrasos na prestação/recebimento de assistência médica (e à saúde).
Eficiente	Prestação de cuidados de saúde de maneira a maximizar o uso de recursos e evitar o desperdício.
Equitativa	Prestação de cuidados de saúde que não variam em qualidade na dependência das características pessoais como sexo, raça, etnia, localização geográfica ou *status* socioeconômico.
Aceitável e centrada na pessoa	Disponibilização de cuidados que considerem as preferências e aspirações do usuário dos serviços e a cultura de sua comunidade.

Fonte: OMS (2006)[4] (tradução das autoras).

3. Quais são os principais riscos que a atenção pré-natal de má qualidade oferece ao neonato?

Apesar da reconhecida relevância da atenção pré-natal para a saúde materna e infantil, dados epidemiológicos demonstram fragilidade da qualidade desse cuidado, como a incidência de sífilis na gestação e das complicações da hipertensão arterial gestacional, entre outras condições que, se não diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem desencadear consequências indesejáveis para mãe e filho. Estes e outros eventos gestacionais, com graus variados de sequelas, podem ser determinantes para morbimortalidade de recém-nascidos[6] e se relacionam com a qualidade da atenção à saúde.

A atuação de profissionais de saúde com formação consistente, trabalhando de modo interdisciplinar, com compartilhamento de informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde, tem sido associada à redução sustentada da mortalidade materna e neonatal, com melhoria na qualidade do atendimento.[7] Enquanto a prestação desrespeitosa/abusiva/coercitiva de serviços por profissionais de saúde, mesmo que considerados qualificados, resulta em má qualidade real ou percebida do atendimento, estando direta e indiretamente associada a resultados adversos maternos e neonatais.[8] Assim, a qualidade da assistência abrange tanto os aspectos técnicos como o cuidado respeitoso no atendimento das necessidades de saúde da população.

Todas as gestantes devem ser avaliadas adequadamente no pré-natal, com a identificação das suas necessidades de cuidado e potencialidades, e de encaminhamento a outro nível de atenção à saúde, se pertinente à situação. Assim, quando indicado, a decisão de encaminhar deve ser tomada sem demora, seguindo um plano preestabelecido que pode ser implementado a qualquer momento. Na atenção à saúde que prima pela qualidade, há registro fidedigno das avaliações e condutas, com troca de informações e *feedback* entre os membros de uma mesma equipe e entre as equipes dos diferentes níveis de saúde.[7]

É fundamental conhecer as condições maternas na gestação para planejar a assistência neonatal de modo a prevenir complicações adicionais e antecipar cuidados e tratamentos que diminuirão os riscos envolvidos em tais condições. Assim, a seguir são citadas algumas condições e eventos que devem ser identificados e acompanhados no pré-natal, uma vez que representam riscos ao recém-nascido.[9,10]

1. **Deficiência nutricional**: o déficit de ingestão calórica e proteica interfere na síntese de DNA nos primeiros meses de gestação, por consequência, pode interferir no desenvolvimento fetal, podendo ocasionar o abortamento. Na desnutrição materna grave e persistente, ocorre a restrição de crescimento fetal e, cerebral inadequado, bem como crescimento intrauterino abaixo do esperado para a idade gestacional, o que se caracteriza como um recém-nascido pequeno para a idade gestacional (PIG).
2. **Sangramento**: esse, no período pré-natal, pode ocorrer de forma crônica ou aguda, como resultado de múltiplos fatores que envolvem as condições placentárias ou uterinas e/ou alterações do cordão umbilical. Quando o sangramento ocorre durante o primeiro e o segundo trimestres, há grande probabilidade de ocorrer aborto. Quando se dá no terceiro semestre, está geralmente associado à má implantação da placenta no útero, como no caso de placenta prévia (implantação baixa anormal da placenta, com cobertura completa ou parcial do óstio interno do colo uterino) ou descolamento prematuro de placenta. O sangramento, no terceiro trimestre, resulta na deficiência das trocas gasosas de oxigênio e gás carbônico em nível placentário, com consequente asfixia fetal, o que pode desencadear sequelas irreversíveis ao feto, também colocando em risco a mãe.
3. **Diabetes gestacional**: nessa condição, ocorre um desequilíbrio na produção de insulina pelo pâncreas materno em relação às demandas metabólicas, com consequente hiperglicemia, principalmente após o segundo trimestre. Os efeitos no feto são o aumento na incidência de anomalias congênitas (neurológicas, cardíacas, renais e gastrointestinais), além da diminuição do crescimento cerebral e aumento do crescimento fetal (recém-nascido grande para a idade gestacional – GIG). Ao nascimento, ocorre hipoglicemia no recém-nascido, visto que, devido à hiperglicemia materna, o pâncreas do feto desenvolve elevada produção de insulina para metabolizar as altas taxas de glicose recebidas via placenta. Ao nascer, o volume de glicose placentário cessa, porém, a produção de insulina se mantém elevada, o que causa a hipoglicemia. A alta concentração de glicose e a elevada produção de cortisol da mãe causam diminuição na produção de surfactante pulmonar fetal. Portanto, além da hipoglicemia, os recém-nascidos tendem a desenvolver síndrome de desconforto respiratório devido à menor maturação pulmonar.
4. **Hipertensão na gestação**: ocorre durante a gestação com a elevação da pressão arterial, geralmente nas últimas dez semanas de gestação e até 48 horas após o

parto. As repercussões no feto geralmente se relacionam à diminuição da perfusão da placenta, o que se caracteriza como uma insuficiência placentária. Assim, pode-se observar retardo do crescimento intrauterino, o baixo peso ao nascer e o parto prematuro. Em razão de o útero se tornar um ambiente hostil ao feto, frequentemente há necessidade de interromper a gestação por meio de cesárea, gerando também a relação-problema com os nascimentos prematuros e as complicações relacionadas à prematuridade.

5. **Infecções**: gestantes com infecções não identificadas e/ou não tratadas adequadamente poderão ter aumentada a morbidade e mortalidade fetal. No contexto de uma unidade de terapia intensiva (UTI), muitas consequências neonatais podem ser identificadas. Estas, com certa frequência, remetem a sorologias maternas não colhidas ou resultados não adequadamente interpretados para o direcionamento das intervenções, além da desvalorização dos sinais e sintomas manifestados durante a gestação. Entre elas, citam-se: nascimento prematuro; malformações; problemas cardíacos; distúrbios respiratórios; microcefalia; hidrocefalia; convulsões; meningite; anemia; restrição de crescimento; alterações ósseas; e doença hepática. Em alguns casos, a hospitalização do concepto não chegará a ocorrer, devido aborto ou óbito fetal.
6. **Parto prematuro**: quando o nascimento ocorre antes de 37 semanas de gestação, mesmo na ausência de um ou mais fatores desencadeantes bem definidos. Contudo, são conhecidos fatores de risco que devem ser identificados no pré-natal como: hipertensão arterial; infecções maternas; história de partos prematuros prévios; diabetes; doença cardíaca; doença renal; anomalia uterina; placenta prévia; descolamento prematuro de placenta; uso abusivo de cigarros; álcool e drogas ilícitas; bem como, a má nutrição. No nascimento prematuro, principalmente anterior à 32ª semana, os riscos de complicações são mais frequentes, citam-se: os problemas respiratórios decorrentes da imaturidade pulmonar; e, o risco de sangramento intraventricular em virtude da fragilidade dos capilares cerebrais e da grande irrigação cerebral. Também haverá maior risco de infecção em decorrência da imaturidade do sistema imunológico e da pele.
7. **Parto pós-termo**: quando a gravidez se prolonga para além de 42 semanas, a placenta não mantém adequadamente sua função de fornecimento de nutrientes e promoção de trocas gasosas. Isso desencadeará falência do crescimento fetal, desidratação, redução da gordura subcutânea, pele descamativa e enrugada, hipoglicemia, hipóxia com estresse e eliminação de mecônio. Aqui se adicionam o risco de aspiração de mecônio e suas complicações.
8. **Uso de substâncias e drogas ilícitas**: nesse contexto, a gestante demanda atenção qualificada para seu bem-estar e segurança, bem como do concepto. O álcool aumenta o risco de danos neurológicos ao neonato, baixo peso e síndrome alcoólica fetal. Já o tabaco resulta em menor perfusão da placenta e do útero, com redução da oxigenação fetal, causando: o parto prematuro; baixo peso ao nascer; maior risco de morte súbita; e anormalidades neurológicas de desenvolvimento. A cocaína é associada a parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e distúrbios de comportamento. A heroína causa dependência, também aumenta o risco de parto prematuro e restrição no crescimento intrauterino, além da síndrome de abstinência neonatal. Alguns pacientes não chegarão a ser atendidos em unidade neonatal em virtude do aborto espontâneo.

9. **Distúrbios da glândula tireoide da mãe**: o hipotireoidismo e o hipertireoidismo estão associados ao risco de aborto espontâneo. O hipertireoidismo tem sido relacionado ao parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino; e o hipotireoidismo no neonato decorrente do uso materno de medicamento antitireoidiano durante a gestação. Já o hipotireoidismo é relacionado ao déficit de desenvolvimento neurológico no período neonatal e elevação do risco de ocorrência das anomalias congênitas. Entretanto, o tratamento adequado durante a gestação reduz as complicações fetais.
10. **Restrição de crescimento intrauterino**: tal restrição geralmente inicia-se já no primeiro trimestre de gestação, afetando órgãos e sistemas. Entre as causas, estão as anomalias congênitas e infecções. Essa condição favorece asfixia que facilita a aspiração de mecônio, com consequente pneumonite química e persistência da hipertensão pulmonar, que é característica da circulação fetal, o que tem repercussão na ventilação/perfusão do recém-nascido. Também se observam instabilidade térmica, policitemia, hipocalcemia e hipoglicemia em neonatos que apresentam essa condição.
11. **Desmame precoce**: no cuidado pré-natal, há oportunidade de identificar demandas relacionadas às informações, crenças, experiência prévia e inseguranças maternas, que poderão diminuir a possibilidade de sucesso no aleitamento materno, sobretudo se ocorrer o nascimento de um neonato que demande hospitalização. O desmame precoce priva o neonato de um alimento completo para as suas necessidades nutricionais, que tem sido associado a maiores níveis de inteligência, menor frequência de doenças infecciosas e alergias. Além disso, o aleitamento materno tem impacto no vínculo mãe-filho, na redução de custos para a família e resultados positivos para a saúde da mulher.

Portanto, verificou-se que a atenção pré-natal de baixa qualidade pode se relacionar a maiores índices de mortalidade, bem como a um maior quantitativo de neonatos que demandarão intervenções imediatas ao nascimento para facilitar sua adaptação à vida extrauterina, bem como assistência especializada em unidade de terapia intensiva neonatal. A prevenção e o manejo eficazes das condições na atenção pré-natal reduzirão significativamente riscos para recém-nascidos e suas mães.

4. Quais elementos da história pré-natal assumem relevância no processo de investigação e identificação dos problemas do neonato internado em unidade de intensivismo neonatal?

Ao cuidar do neonato internado na unidade de intensivismo neonatal, é relevante que a(o) enfermeira(o) investigue principalmente os seguintes elementos da história pré-natal:

1. A estimativa da idade gestacional (IG), baseada na data da última menstruação (DUM), quando houver, e na Ecografia. A IG é o indicador mais próximo da avaliação de risco de morbidade, mortalidade e sequelas no neonato;
2. A classificação do risco obstétrico;
3. Número de consultas pré-natais;
4. Hábitos de vida como tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, uso de medicamentos e alimentação;
5. Histórico de exames laboratoriais e complementares maternos, bem como os seus resultados;
6. História materna de doenças/infecções prévias ou desenvolvidas durante a gestação;

7. Complicações maternas e/ou fetais no período gestacional, trabalho de parto e nascimento;
8. Registro de agravos psíquicos;
9. Aspectos maternos/familiares sociais, econômicos, culturais e religiosos, segundo as particularidades pertinentes a cada situação.

5. Quais diagnósticos de enfermagem relacionados ao pré-natal podem ser estabelecidos no cuidado ao neonato na unidade de intensivismo?

Existem diferentes Sistemas de Linguagem Padronizada em Enfermagem. Aqui será mencionada a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *NANDA International* (NANDA-I), que define o Diagnóstico de Enfermagem como um julgamento clínico sobre uma resposta humana às condições de saúde e de processos de vida, ou a uma vulnerabilidade a essa resposta. O diagnóstico constitui a base para a seleção de intervenções que visam resultados que são de responsabilidade do enfermeiro.[11]

Como o cuidado ao recém-nascido deve contemplar mãe e família, a seguir são apresentados alguns diagnósticos de enfermagem que podem ser propostos, a partir da coleta de dados e do raciocínio clínico, considerando-se a individualidade dos clientes avaliados:

1. "Comportamento de saúde propenso a riscos", quando há uma capacidade prejudicada de modificar o estilo de vida e/ou as ações de modo a melhorar o nível de bem-estar. Esse diagnóstico é direcionado à mãe e família;
2. No que se refere à amamentação, alguns fenômenos podem ser nomeados como "Produção insuficiente de leite" e "Amamentação ineficaz", o que abrange mãe e filho. Contudo, também se pode observar uma resposta desejável como "Disposição para amamentação melhorada". Nomear tal resposta tem o intuito de estabelecer intervenções que favoreçam e fortaleçam essa resposta, tornando-a ainda mais evidente;
3. "Padrão ineficaz de alimentação do lactente" trata de capacidade prejudicada de um lactente de sugar ou de coordenar a resposta sucção-deglutição, resultando na nutrição oral inadequada para as necessidades metabólicas. Descreve uma situação que demanda atenção diferenciada em relação aos diagnósticos mencionados no item anterior: deve ser considerada uma situação mais grave e que pode demandar intervenção multidisciplinar;
4. "Risco de glicemia instável" é um fenômeno que descreve o contexto do neonato prematuro, com restrição de crescimento intrauterino, bem como o filho de mãe diabética;
5. Os diagnósticos "risco de hiperbilirrubinemia neonatal" e "hiperbilirrubinemia neonatal" são fenômenos frequentes. O acompanhamento visa proteger o neonato de uma condição grave como a encefalopatia hiperbilirrubinêmica, denominada também de *kernicterus*;
6. "Motilidade gastrintestinal disfuncional" é um fenômeno de enfermagem que descreve a resposta humana do neonato prematuro ou daqueles que vivenciam asfixia ao nascimento, bem como defeitos de fechamento da parede abdominal, como gastrosquise e onfalocele;
7. Como os distúrbios respiratórios são eventos frequentes em unidade de internação neonatal, é premente estar atento aos diagnósticos "desobstrução ineficaz de vias

aéreas" e "padrão respiratório ineficaz". Caso eles se instalem e não sejam priorizados cuidados para amenizá-los ou resolvê-los, os mecanismos compensatórios do neonato podem se esvair. Então, ocorrerão fenômenos mais graves como "troca de gases prejudicada" e "ventilação espontânea prejudicada". Os prematuros extremos, por exemplo, que passam por longos períodos de internação e uso de suporte ventilatório com oxigênio, são propensos à "resposta disfuncional ao desmame ventilatório";

8. Como mencionado anteriormente, a família e o neonato são indissociáveis na perspectiva do enfermeiro neonatal. Assim, fenômenos que se relacionam à parentalidade devem ser avaliados e nomeados para direcionar o cuidado de enfermagem à garantia de experiência significativa e segura. Alguns deles são: "risco de vínculo prejudicado", "risco de processo perinatológico ineficaz" e, quando o fenômeno está instalado, "processo perinatológico ineficaz". Conforme citado anteriormente, um diagnóstico como "disposição para processo perinatológico melhorado" descreve fenômeno a ser estimulado e fortalecido;
9. O recém-nascido prematuro é propenso a "risco de comportamento desorganizado do lactente" e "comportamento desorganizado do lactente", o que demanda por intervenções neuroprotetoras, com o intuito de favorecer seu desenvolvimento e modulação das respostas comportamentais e fisiológicas. Também está sujeito a "risco de desenvolvimento atrasado";
10. Outro fenômeno de enfermagem que pode ser identificado é a "síndrome de abstinência neonatal", que se trata de um conjunto de sintomas de abstinência observados em recém-nascidos como resultado de exposição no período pré-natal a substâncias aditivas ou em consequência de controle farmacológico da dor no pós-natal;
11. Em decorrência das complicações decorrentes da prematuridade, como a imaturidade de inúmeros sistemas orgânicos, bem como as implicações da própria hospitalização que demandam uso de substâncias e dispositivos, os seguintes fenômenos também são pertinentes a esse contexto: "risco de infecção", "risco de aspiração", "risco de integridade da pele prejudica", "integridade da pele prejudicada", "dor aguda" e "dor crônica";
12. "Termorregulação ineficaz" descreve as flutuações de temperatura, enquanto "hipotermia" e "hipertermia" descrevem fenômenos bem estabelecidos.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva: OMS; 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf?sequence=2. Acesso em: 22 jun 2020
2. World Health Organization. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_ eng.pdf. Acesso em: 10 mai 2020.
3. Tunçalp Ö et al. Quality of care for pregnant women and newbonrs – the WHO vision. BJOG – An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2015 Jul;122(8):1045-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25929823. Acesso em: 10 mai 2020.
4. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization Press. 2006:1-50. ISBN 978 92 4 156324 6. Geneva; 2006. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470. Acesso em: 22 jun 2020.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 22 jun 2020.
6. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015; 49(4): 540-9. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400002. Acesso em: 15 jun 2020.
7. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/. Acesso em: 15 jun 2020.
8. Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: history, evidence, interventions, and FIGO's mother–baby friendly birthing facilities initiative. Int J Gynaecol Obstet. 2015; 131 (Suppl1): S49-52. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005 0020-7292. Acesso em: 22 jun 2020.
9. Tamez RN. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
10. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
11. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA International: definições e classificação 2018/2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.