



Revista eletrônica Evidência & Enfermagem

ISSN: 2526-4389

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aplicação do processo de enfermagem em um recém-nascido com baixo peso ao nascer

Application of the nursing process in a low birth weight newborn at the birth

Isadora Romano Fernandes ¹, Lorena Teixeira Silva ¹, Tatielle Ester Santana Vieira ¹, Danielle da Silva Oliveira ¹, Renata Lacerda Prata Rocha ², Anatórcia Miranda Hoffmann ³

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência das acadêmicas de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem e elaboração de um plano assistencial para um RN PIG e baixo peso ao nascer. **Método:** Relato de experiência acerca da construção de um plano assistencial realizado pelas acadêmicas de enfermagem em uma maternidade de grande porte em Belo Horizonte. **Resultados:** O baixo peso ao nascer pode impactar a vida dos RN PIG até mesmo na vida adulta, portanto cabe ao enfermeiro, desenvolver um plano de cuidados que favoreça ao RN uma rápida recuperação, com o mínimo de danos possíveis. **Considerações finais:** a construção de um plano de cuidados proporcionou a ampliação do conhecimento das acadêmicas sobre o tema abordado, além de evidenciar a importância do papel do enfermeiro na aplicação do processo de enfermagem a fim de proporcionar ao RN uma assistência individualizada, humanizada, baseada em evidências científicas.

Descritores: Recém-Nascido. Processo de Enfermagem. Recém-Nascido Pequeno para a Idade Gestacional.

ABSTRACT

Goal: To Report the experience of the nursing students at the application of the nursing process and the elaboration of an assistance plan for a newborn. **Method:** Report of the construction of an assistance plan made by the students in a large maternity at Belo Horizonte. **Results:** The low weight at the birth may impact the life of the NB SGA even at the adult life, so it is up to the nurse developing a care plan that decreases the recovering time, with the lowest amount of damage to the NB. **Final Considerations:** The construction of care plan not only increased the knowledge of the students about the current subject, but also showed the importance of the nurse at the nursery process application, willing to provide to the NB an individual, human, and scientific assistance.

Descriptors: New born. Nursing process. New born small for the gestational age.

¹ Discente. Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem do Trabalho e em Saúde da Família. Professora do Centro Universitário UNA e do Centro Universitário de Belo Horizonte UniBH. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Centro Universitário UNA. Belo Horizonte, MG– Brasil.

INTRODUÇÃO

É classificado como baixo peso todo recém-nascido (RN) com peso ao nascer (PN) inferior a 2.500g. De 8% a 26% das crianças nascidas em diferentes regiões do mundo apresentam peso ao nascimento inferior a 2.500g. Na maioria dos casos isso ocorre devido a um crescimento intrauterino restrito (CIUR) ¹.

No Brasil, cerca de 8% do total de nascidos vivos apresentam baixo peso ao nascer (BPN). Esse grupo representa mais da metade dos óbitos neonatais, portanto, associa-se o BPN como um dos principais fatores associados à maior probabilidade de morte no período neonatal ².

A relação entre peso ao nascer e idade gestacional (IG), é utilizada para analisar a qualidade do desenvolvimento fetal através de curvas de crescimento, sendo que a mais utilizada atualmente é a curva de Lubchenco, que surgiu em 1963. Essa curva demonstra que, em cada época de gestação, há uma variação de peso considerada adequada ¹.

Essa curva considera 3 tipos de classificação, sendo elas: pequeno para a idade gestacional (PIG) quando a relação entre IG e PN é inferior ao percentil 10; adequado para a idade gestacional (AIG) quando a relação fica entre os percentis 10 e 90 e grande para a idade gestacional (GIG) quando a relação fica acima do percentil 90. A condição PIG pode estar associada ao

CIUR ^{3,4}.

A disfunção que não permite o feto atingir seu potencial de crescimento esperado conforme o avanço da IG, é denominada CIUR. Essa condição pode afetar cerca de 10% dos fetos e possuem diversas causas, como por exemplo diabetes, hipertensão, obesidade, comorbidades desenvolvidas durante a gestação, uso de drogas lícitas e ilícitas, gestação múltipla, infecções maternas, anomalias placentárias e do cordão umbilical, entre outras ^{5,6}.

Devido ao desenvolvimento fetal restrito, os RNs com BPN e PIG apresentam risco de morte 20 vezes maior do que os considerados AIG. Além disso, possuem maiores chances de morbidade imediata relacionada à hipóxia, aspiração de mecônio, hipoglicemia, dificuldades na termorregulação e possuem grande risco de desenvolverem problemas no período neonatal, que é compreendido entre o nascimento até o 28º dia de vida ^{3,4,7,8}.

Como não é possível tratar o CIUR, é fundamental que o diagnóstico seja realizado precocemente. Para isso, há a consulta de enfermagem que objetiva identificar possíveis agravos que podem levar a complicações, elaborar um plano de cuidados e implementar ações para reduzir o risco de morbimortalidade materna e neonatal. Como ferramenta principal do enfermeiro, destaca-se o processo de enfermagem (PE). Sua aplicação possibilita melhorias na qualidade da assistência de

enfermagem e permite a continuidade e integralidade do cuidado ^{9,10}.

Este estudo é relevante, pois evidencia a importância da implementação do PE, método que visa organizar a assistência através da proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde da mãe e do neonato, levando em conta suas individualidades e suas principais necessidades. Além disso, o embasamento teórico é essencial para a qualificação do cuidado aos pacientes em situações semelhantes a fim de garantir que boas escolhas sejam feitas para a prestação do cuidado individualizado.

Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é relatar a experiência das acadêmicas de enfermagem acerca da construção de um plano de cuidados para um RN PIG e BPN discutindo as intervenções propostas baseando-as na literatura científica.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência das acadêmicas de Enfermagem do 7º módulo de um Centro Universitário localizado em Belo Horizonte, acerca da construção de um plano assistencial para um RN PIG e BPN.

O plano assistencial é definido como um mecanismo administrativo, elaborado pelo enfermeiro, baseado no seu julgamento clínico e nos seus conhecimentos tendo o objetivo de sistematizar as ações da equipe de enfermagem conforme as necessidades

dos pacientes, estabelecendo meios para atendê-los na prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos mesmos. Representa um esquema de ordens, ou prescrições de enfermagem, e como tal, deverá ser utilizado por meio de um planejamento ¹¹.

O plano assistencial foi desenvolvido a partir da coleta de um caso clínico obtido na Unidade de Gestação de Alto Risco - UGAR de um Hospital Maternidade de grande porte localizado na região Norte de Belo Horizonte, no período de março a junho de 2020 na disciplina de Ensino Clínico, através de um caso clínico coletado de um recém-nascido na institui o.

Inicialmente para a coleta do caso clínico foi aplicado o PE que é um método clínico privativo do enfermeiro, norteador do raciocínio clínico que é fundamental para o exercício profissional.

Para a anamnese e o exame físico foi utilizado o roteiro de coleta de dados baseado nos pressupostos de Wanda Horta, disponibilizado pelos professores do módulo, fundamentado nas necessidades humanas básicas e na presta o de assistência de forma holística ao ser humano favorecendo o equilíbrio no seu tempo e espaço, e de certa forma precavendo desequilíbrios. ¹⁰

Em continuidade ao PE, foram levantados 3 Diagnósticos de Enfermagem, disponíveis no North

American Nursing Diagnosis Association¹¹, onde foram construídos a partir de vulnerabilidades encontradas no caso clínico. A partir dos diagnósticos selecionados, foi elaborado um plano assistencial.

Para a fundamentação das prescrições foi realizada uma revisão bibliográfica através de artigos obtidos na Biblioteca Virtual da Saúde - BVS, e nas bases de dados Scielo e Lilacs utilizando como filtros o idioma português, recorte temporal de 2010 a 2020. Foram utilizados os seguintes descritores, pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Recém-Nascido. Processo de Enfermagem. Recém-Nascido Pequeno para a Idade Gestacional.

Além dos artigos, com o desígnio de complementar a busca também foram utilizados para a fundamentação das prescrições, manuais do Ministério da Saúde que abordam a amamentação, cuidados com o RN no puerpério, dentre outros, respectivos aos anos de 2014 a 2017, o livro “Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher” e a diretriz de “Hipoglicemia no período neonatal” elaborada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição do caso clínico

Identificação: Trata-se de RN de C.C.J, nascida em Belo Horizonte, dia 10/03/2020 às 21:30 por parto vaginal induzido, apgar 1º 9, 5º 10. IG: 38 semanas e 3 dias.

Queixa principal: RN encontra-se com dificuldade de sucção (sic).

História da doença atual: Às 21:30 do dia 10/03/20 C.C.J evolui para parto normal vaginal, semi sentada. RN termo, Apgar 1º 9, 5º 10, pequeno para idade gestacional (PIG), baixo peso (2190 g). Nasceu bem em posição longitudinal cefálico, corado, hidratado, acianótico, anictérico e hipotérmico (35°C), reativo, choro forte e vigoroso. Foi colocada imediatamente em contato pele a pele com a mãe. Cordão seccionado em tempo oportuno pela avó. Dequitação por manejo ativo da placenta e membrana completa.

História da saúde pregressa: Mãe primigesta (G1P1A0). DUM: 12/06/2019. Tipo sanguíneo: A+. Nega comorbidades, vícios e alergia. Realizou dez consultas de pré-natal, onde foi diagnosticada com HAC na gravidez, em uso de metildopa 2g/dia. Sorologias: VDRL<20s negativo, Sífilis: negativo, VDRL>20s negativo, HIV: negativo, Strepto B desconhecido. Não houve necessidade de uso de rhogan/matergan. No dia 12/02/2020, foi constatado proteinúria positiva (213 mg/24h). No dia 10/03/2020, paciente deu entrada no pronto atendimento por volta de 7:30 para consulta de Pré Natal de Alto Risco (PNAR), sem queixas. PA: 150X90 mmhg, FC: 132 bpm, FR: 19 irpm, TAX: 36,6°C, proteinúria positiva (330 mg/24h), edema em MMII. Após avaliação clínica (alterações de pressão arterial e frequência

cardíaca) e de exames laboratoriais (proteinúria) foi constatado pré eclâmpsia grave. Paciente foi internada e orientada sobre a indução do Trabalho de Parto - TP e medicada com metildopa 250mg, 2 comprimidos via oral de 6/6 horas, misoprostol 25mg via vaginal de 4/4 horas e sulfato de magnésio 8 ml a 50%.

História Familiar: História positiva para HAS, negativa para DM e gestações gemelares.

Necessidades psicobiológicas

Exame Físico do Neonato/RN realizado após 12 horas de vida.

Condições gerais: RN encontrava-se tranquila, no colo da avó. Binômio identificado no momento do exame, RN com pulseira de identificação em MIE, mãe com pulseira de identificação em MSD. Sem uso de medicações.

Regulação neurológica: Possui todos os reflexos primitivos presente (sucção, palmar, plantar, moro e marcha). MMSS e MMII ativos. Manobra de Ortolani: negativo.

Cuidado corporal: Higiene corporal em boas condições.

Integridade cutâneo-mucosa: Pele com vernix caseoso, pele e mucosas coradas, hidratadas, anictéricas e acianóticas.

Regulação térmica: Hipotérmico, TAX: 36,1°C.

Condições do segmento cabeça e pescoço: Crânio íntegro e simétrico, fontanelas planas e normotensas. PC: 31cm. Orelhas íntegras, olhos íntegros e simétricos em relação às orelhas, escleras fisiológicas brilhantes.

Teste do Reflexo Vermelho (TRV) fisiológico positivo. Nariz íntegro, bocas e lábios íntegros, corados e palato íntegro. Pescoço sem presença de massas, clavículas íntegras.

Tórax e oxigenação: Tórax simétrico sem esforço respiratório, FR: 48 irpm, respiração abdominal, ausculta pulmonar com presença de MVF.

Regulação vascular: Ausculta cardíaca BNRNF em 2T. FC: 124 bpm. Pulso femoral palpável bilateral.

Abdome e nutrição: Abdome globoso, RHA+, normotenso, coto umbilical: seco e íntegro com duas artérias e uma veia. RN com dificuldade de sucção, recebendo colostro pelo copinho. Peso: 2,190kg. Estatura: 45,5cm.

Eliminação: Genitália tipicamente feminina com presença de edema discreto. Ânus perfurados. Presença de diurese e de mecônio.

Regulação hormonal e eletrolítica: Resultados de glicemia capilar (GC): 23:30 - 35mg/dl, 01:30 - 42mg/dl, 03:30 - 56mg/dl, 05:30 - 55mg/dl.

Necessidades psicossociais (mãe): Mãe possui ensino superior completo, nega etilismo, tabagismo e uso de drogas.

Necessidades psicoespirituais (mãe): Católica praticante. Relata não necessitar de acompanhamento religioso.

Desenvolvimento do plano assistencial

Abaixo, segue o plano assistencial desenvolvido para a criança do caso clínico.

A utilização do plano de cuidados faz com que o trabalho da equipe de enfermagem seja mais rápido e preciso, sendo uma determinação global da assistência de

enfermagem que o indivíduo, família ou comunidade precisam receber diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido ¹¹.

Quadro 1: Planejamento assistencial contendo diagnóstico de enfermagem, resultado esperado e intervenções de enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
<p>Padrão ineficaz de alimentação do lactente relacionado a resistência do RN em abocanhar a região-mamilo areolar secundário a restrição do crescimento uterino com peso no percentil <10 para a idade gestacional evidenciado por sucção débil.</p>	<p>Espera-se que o RN presente melhora do padrão de alimentação em 12 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilizar a região mamilo-areolar através de ordenha a fim de favorecer uma boa pega, sempre que oferecer mama para o RN – Equipe de enfermagem - Orientar a mãe quanto a diversidade de posições a serem escolhidas na hora da amamentação – Equipe de enfermagem. - Realizar orientações para a mãe acerca da importância nutricional e emocional do aleitamento materno até o 6º mês de vida do bebê – Equipe de enfermagem

A criança citada, possui um padrão ineficaz de alimentação, tendo em vista sua condição de BPN e PIG, a dificuldade em abocanhar a região mamilo areolar e de manter a pega correta. Nesse caso, seria essencial que a criança amamentasse de maneira eficaz para evitar perda de peso e para favorecer o desenvolvimento adequado da mesma durante sua infância ^{12, 13}.

Para facilitar o ato da amamentação, a ordenha de leite estimula a descida do mesmo e corrobora para que haja uma flexibilização da região mamilo areolar

fazendo com que o bebê tenha uma pega correta e consiga sugar a mama com maior facilidade obtendo maior quantidade de leite na sucção ^{12, 14}.

A posição inadequada (da mãe e/ou do neonato) no momento da amamentação pode prejudicar o esvaziamento da mama, ocasionando a menor produção do leite pelas glândulas mamárias. Cabe ao enfermeiro realizar orientações que auxiliarão a mãe durante esse processo e o tornarão bem-sucedido ^{12, 14}.

Os benefícios oferecidos pelo

aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida incluem proteção imunológica evitando doenças preveníveis que podem atingir o bebê tais como diarreia, infecções respiratórias agudas e doenças crônicas como hipertensão, diabetes e até obesidade. Também auxilia no desenvolvimento adequado da cavidade bucal do RN e possui um valor nutricional muito importante ^{12, 13}.

15.

No que tange a benefícios psicossociais, a amamentação se associa ao melhor desempenho estudantil, garantindo melhores resultados em testes de inteligência, além de fortalecer os laços afetivos entre mãe-bebê e estimular o desenvolvimento cognitivo ^{12, 13, 15}.

Quadro 2: Planejamento assistencial contendo diagnóstico de enfermagem, resultado esperado e intervenções de enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Risco de glicemia instável evidenciado por ingestão de leite materno insuficiente, sucção débil e alterações glicêmicas em menos de 12 horas de vida:	Evitar que o RN desenvolva hipoglicemia durante a internação.	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o aleitamento materno exclusivo em livre demanda principalmente nas primeiras 24 horas de vida do RN - Equipe multidisciplinar; - Aferir a Glicemia Capilar conforme protocolo institucional (2h, 4h, 6h, 12h e 24h horas de vida). Se GC <40mg/dl comunicar ao enfermeiro – Equipe de Enfermagem - Atentar para sinais clínicos de hipoglicemia como: tremores, irritabilidade ou letargia, crises de apneia ou crises convulsivas - Equipe de Enfermagem; - Manter o RN em ambiente termoneutro (controle de temperatura ambiental, roupas adequadas, contato pele a pele. A tax deverá ser mantida entre 36,5°C e 37,5°C - Equipe de enfermagem;

Devido a dificuldade na amamentação, o bebê apresentado, possui uma ingesta de leite materno insuficiente, sendo ainda classificado como PIG, o mesmo apresenta o risco de desenvolver a hipoglicemia. Os RNs PIGs apresentam maior chance de evoluir para um quadro de

hipoglicemia neonatal, em consequência da elevada taxa de utilização de glicose em função de possuírem uma massa cerebral proporcionalmente maior com relação ao tamanho do corpo ¹⁶.

O aleitamento materno por livre demanda assegura o suporte nutricional que

o RN necessita, prevenindo assim, que as reservas energéticas do RN se tornem insuficientes e contribuindo para a diminuição do desenvolvimento de gravidades no mesmo^{17, 18}.

A monitorização da glicemia para o RN PIG deve ocorrer em até 24 horas após o nascimento, sendo liberadas a alta hospitalar depois da estabilização da mesma. Os períodos de aferição podem assegurar a detecção de alterações

glicêmicas consideráveis e prevenir que o RN evolua para hipoglicemia e ocasionar em danos neurológicos, dependendo de sua gravidade^{14, 16}.

A hipotermia é uma condição que ocasiona o aumento do consumo de oxigênio no RN, aumentando assim, as demandas energéticas e calóricas do mesmo, podendo propiciar a hipoglicemia e outras alterações^{17, 18}.

Quadro 3: Planejamento assistencial contendo diagnóstico de enfermagem, resultado esperado e intervenções de enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Risco de hipotermia evidenciado por peso no percentil <10 para a idade gestacional (PIG) e baixo peso ao nascer.	Espera-se que o RN não desenvolva hipotermia durante a internação.	<ul style="list-style-type: none"> - Impedir o contato direto do neonato com superfícies frias e correntes de ar - Equipe de Enfermagem. - Orientar sobre a importância do contato pele a pele entre a mãe e bebê e deixar o bebê sempre aquecido (roupas, toucas, cobertores, etc.) - Equipe de enfermagem; - Controlar temperatura ambiental (entre 23 – 26°) – registrar conforme protocolo institucional – Equipe de Enfermagem. - Aferir temperatura do neonato de 4/4 horas, se tax < 36,4°C comunicar enfermeiro – Equipe de Enfermagem.

A fim de sobreviver termicamente a estressante vida extrauterina, os fetos precisam acumular tecido adiposo marrom durante a vida intrauterina, sendo ele especializado na produção de calor (termogênese) e, portanto, participando ativamente na regulação da temperatura corporal^{19, 20}.

Porém, os RNs PIG, durante a vida

intrauterina, desenvolvem pouco tecido adiposo marrom subcutâneo, devido ao CIUR, portanto são mais vulneráveis a evoluírem para hipotermia. Eles apresentam um nível extremamente diminuído da atividade de termogênese por não tremer na sua superfície, além de apresentarem uma camada de pele fina, que transmite calor com facilidade para o ambiente externo.

Portanto, condições térmicas adequadas devem ser mantidas para esses RN com termorregulação imatura, a fim de evitar que eles desenvolvam hipotermia ^{19, 20}.

A perda de calor do RN pode ocorrer por diferentes formas, dentre elas se encontra a condução, que envolve o deslocamento de calor entre objetos quando em contato direto com o RN. Por este motivo, deve-se evitar o contato direto do neonato com superfícies frias como colchão, balança, mãos, objetos frios, promover uso de gorros de algodão pois a cabeça é uma área que promove a perda de calor, utilizar cobertores aquecidos, e principalmente estimular o contato pele a pele entre o binômio mãe-bebê que favorece a liberação de ocitocina materna, que acarreta no aumento da temperatura da mãe e esta, emite calor para o neonato, sendo uma excelente ferramenta para prevenir a hipotermia ^{15, 18, 20}.

Outra forma de perda de calor é a convecção que promove a perda através de correntes de ar entrando em contato com o bebê, dessa forma, dentre as medidas de prevenção encontram-se: manter a temperatura ambiental aos 26°C ¹⁷.

Considerando que os RNs não possuem capacidade para manter o equilíbrio térmico, a aferição da temperatura pela equipe de enfermagem deve ocorrer para a prevenção de episódios de hipotermia (tax < 36,4°C) e para que hajam intervenções rápidas e assertivas que não acarretem dano

ao desenvolvimento esperado do RN ²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo contribuiu para a formação das acadêmicas de enfermagem pois a construção de um plano de cuidados é uma atividade privativa e obrigatória do enfermeiro. Nos casos dos RN, é de extrema relevância que este seja realizado na primeira hora de vida, dada a vulnerabilidade e riscos que o binômio mãe-bebê estão expostos. Além disso, possibilita a detecção precoce de agravos à saúde e o desenvolvimento de ações assertivas para prevenção dos mesmos.

Para implementação do PE, é de suma importância a participação de uma equipe qualificada, tornando possível a execução do cuidado humanizado, baseado em evidências científicas e que proporcione qualidade de vida ao indivíduo.

REFERÊNCIAS

- 1- Renz BM, Cunha KAV, Gehm LL, Souza MA, Renner FW. Prevalência de recém-nascidos pequenos para idade gestacional e fatores associados. *Boletim Científico de Pediatria* [internet]. 2015; 4(1): 17-21.
- 2- Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. Out 2014; 48(5): 778-86.
- 3- Alves TL, Ribeiro Júnior HC, Costa ML, Valois SS. Fatores associados ao recém-nascido pequeno para a idade gestacional: uma revisão. *Nutrire* [internet]. Dez 2015; 40(3): 376-82.
- 4- Freitas BAC, Lima LM, Lopes MEM, Carlos CFLV, Priore SE, Franceschini SCC. Comparação entre duas curvas de crescimento para detectar recém-nascidos pequenos para a idade gestacional. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*

[internet]. Jan-Mar 2016; 16(1): 21-7.

5- Macedo PC, Nicolak DCK. Influência da hipertensão arterial crônica durante a gravidez no crescimento intrauterino restrito. *Rev. Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* [internet]. Ago 2018; 12(8): 53-66.

6- Pereira DDS, Magalhães ALC, Jesús NR, Trajano AJB. Restrição de crescimento intrauterino. *Rev. HUPE* [internet]. Jul-set 2014; 13(3): 32-9.

7- Franciotti DL, Mayer GN, Cancelier ACL. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. *ACM* [internet]. 2010; 39(3): 63-9.

8- Jin J, MD, MPH. Babies With Low Weighth. *JAMA* [internet]. 2015; 313 (4).

9- Errico LSP, Bicalho PG, Oliveira TCFL, Martins EF. O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. *Rev. Bras. Enferm.* [internet]. 2018; 71(3):1335-43.

10- Barros KM, Lemos IC. *Processo de Enfermagem: Fundamentos e Discussão de Casos Clínicos*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.

11- *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2018-2020*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018

12- Ministério da Saúde (BR). *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília; 2015.

13- Ministério da Saúde (BR). *Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno*. Brasília; 2017.

14- Oliveira SIM, Souza NL, Silva RKC. *Diagnósticos de enfermagem em recém-nascido*

com alterações glicêmicas. *Cogitare Enferm.* [internet]. Out-Dez 2013; 18(4): 702-8.

15- Ricci SS. *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

16- São Paulo (estado), Sociedade Brasileira de Pediatria. *Hipoglicemia no período neonatal*. São Paulo; 2014. 24 p.

17- Ministério da Saúde (BR). *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília; 2014, v. 3.

18- Nabiwemba EL, Atuyambe L, Criel B, Kolsteren P, Orach CG. Recognition and home care of low birth weight neonates: a qualitative study of knowledge, beliefs and practices of mothers in Iganga-Mayuge Health and Demographic Surveillance Site, Uganda. *BMC Public Health*. *BMC Public Health* [internet]. 2014; 14 (546).

19- Silva WCP. *Controle térmico de recém-nascido prematuro: uso da membrana semipermeável como recurso tecnológico*. Ceará. *Dissertação [Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde]- Universidade Estadual do Ceará*; 2017.

20- Ukke GG, Diriba K. Prevalence and factors associated with neonatal hypothermia on admission to neonatal intensive care units in Southwest Ethiopia – A cross-sectional study. *Plos One* [internet]. 2019; 14 (6).

21- Garcia KRS, Reis AT, Braga ES, Trugilho FC, Paiva ED, Marta CB. *Estratégia de intervenção para a prevenção de hipotermia neonatal: revisão integrativa*. *Rev. Nursing* [internet]. Dez 2019; 22(259): 3426-30.

Submetido em: 01/09/2020

Aceito em: 27/10/2020