



HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



A
L
O
J
A
M
E
N
T
O

C
O
N
J
U
N
T
O

MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DO ALOJAMENTO CONJUNTO



ANO 2012

Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DO ALOJAMENTO CONJUNTO

São Paulo
JUNHO/2012
4ª EDIÇÃO

Projeto Gráfico:

Núcleo de Qualidade

Diagramação:

Núcleo de Qualidade

Arte da Capa:

Tatiana Magalhães Demarchi

Tatiana Zacariotti de Freitas

Foto Capa:

Rubens Gazeta

Coleção Protocolos HMEC 2012

© 2012 - Departamento Técnico

Hospital Municipal e Maternidade Escola

Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva

É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte.

Av. Deputado Emílio Carlos, 3100

CEP: 02720-200 – São Paulo – SP

Telefone: 3986-1051

Site:

www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_maternidade_vila_nova_cachoeirinha/

E-mail de contato: hmvncassessoriaqualidade@prefeitura.sp.gov.br

Gilberto Kassab
Prefeito da Cidade de São Paulo

Januario Montone
Secretário Municipal da Saúde

Pedro Alexandre Federico Breuel
Diretor de Departamento Técnico - HMEC

ORGANIZAÇÃO
Maria de Lourdes Oliveira Silva
Encarregada de Enfermagem do Alojamento Conjunto

REVISÃO
Eliana Claudino de Lima
Enfermeira do Núcleo de Qualidade



FICHA DE DESCRIÇÃO / APROVAÇÃO DE MANUAL

Nome do Manual:

MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DO ALOJAMENTO CONJUNTO

Finalidade:

Padronizar os procedimentos relacionados a atividade de enfermagem no Alojamento Conjunto do HMEC

Disponível:

<input type="checkbox"/> Admissão PS	<input checked="" type="checkbox"/> Comitê de Risco	<input checked="" type="checkbox"/> Internação de Adultos e Hospital Dia	<input type="checkbox"/> Recepção para Internação
<input type="checkbox"/> Agendamento/	<input type="checkbox"/> Comunicação	<input type="checkbox"/> Logística de Produtos para Ass. Hospitalar	<input type="checkbox"/> Saúde do Trabalhador
<input checked="" type="checkbox"/> Alojamento Conjunto	<input type="checkbox"/> Contabilidade	<input type="checkbox"/> Medicina Natural e Práticas Complementares	<input type="checkbox"/> Serviços Técnicos Multidisciplinares
<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imagem	<input type="checkbox"/> Nutrição	<input type="checkbox"/> Tecnologia da Informação
<input type="checkbox"/> Anatomia Patológica	<input checked="" type="checkbox"/> Educação Continuada	<input type="checkbox"/> Ouvidoria	<input type="checkbox"/> Tráfego
<input type="checkbox"/> Arquivo	<input type="checkbox"/> Engenharia	<input type="checkbox"/> Patrimônio	<input type="checkbox"/> Internação Neonatal
<input type="checkbox"/> Auditoria de Prontuário	<input type="checkbox"/> Ensino e Pesquisa	<input type="checkbox"/> Pré-parto	<input type="checkbox"/> UTI Adulto
<input type="checkbox"/> Banco de Leite	<input type="checkbox"/> Farmácia	<input type="checkbox"/> Pronto Socorro	<input checked="" type="checkbox"/> Outros: Mãe Paulistana
<input checked="" type="checkbox"/> Biblioteca	<input type="checkbox"/> Faturamento	<input type="checkbox"/> Protocolo e Autuação	
<input type="checkbox"/> Casa da Gestante	<input type="checkbox"/> Gestão de Pessoas	<input checked="" type="checkbox"/> Qualidade	
<input type="checkbox"/> CCO / CMAT / REC	<input type="checkbox"/> Hotelaria		
	<input type="checkbox"/> Imunização		

ELABORADO POR:

Nome: Maria de Lourdes Oliveira Silva

Função: Encarregada de Enfermagem do Alojamento Conjunto

Data de Emissão:
JANEIRO/2006

Revisão nº 4

Data de Revisão:
JUNHO/2012

APROVADO POR:

Nome: Ana Paula Sper Santiago

Função: Gerente de Enfermagem



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2012

O Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, que tem sob sua responsabilidade o atendimento à saúde perinatal e da mulher, em geral, de sua área de influência, em especial Zona Norte da Cidade de São Paulo, tem procurado ao longo dos seus 40 anos de existência propiciar às pacientes aqui atendidas a melhor qualidade possível dentro do amplo conceito de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Procurando sempre atualizar-se e modernizar-se, quer no que diz respeito à sua área física, à aquisição de equipamentos e incorporação de novas tecnologias, à ampliação de recursos humanos e sua respectiva capacitação, a Maternidade Cachoeirinha tornou-se um marco em nossa cidade.

Não bastassem esses aspectos, uma outra importante faceta a distingue, qual seja, a de elaboração de Manuais, contendo Protocolos de condutas destinados a responder à diversidade dos problemas das pacientes por nós atendidas.

Torna-se, portanto, imperativo que suas equipes de Saúde comunguem, em cada área de atividade, de orientações padronizadas, que se transformam em verdadeiros guias para a prática diária. São os Protocolos que podem dirimir desde simples dúvidas do dia-a-dia até problemas mais complexos e de resolução mais laboriosa.

Contudo, a elaboração de tais Protocolos que compõem os Manuais, deve refletir, por um lado, os mais rigorosos critérios da Medicina Baseada em Evidências e por outro ser de fácil compreensão e aplicabilidade para que se tornem realmente da máxima utilidade para a melhoria do atendimento às pacientes segundo as boas práticas de Saúde.

Queremos agradecer a toda a equipe que arduamente trabalhou na elaboração destes Protocolos, procurando usar a criatividade individual associada à cultura institucional no sentido de representar um aprimoramento na nossa área de trabalho que estamos sempre buscando.

Temos também a certeza de que estes Manuais não serão os últimos. Sempre haverá sugestões, novas incorporações, que farão um moto contínuo de novas publicações. Mas certamente também temos a convicção de que estes são o que de melhor temos a oferecer para o momento atual.

Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel – Diretor de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2008

A arte médica desde seu início tem como principal objetivo não apenas a cura, mas também o cuidar.

O termo "obstetrícia" vem da palavra latina "obstetrix", que é derivada do verbo "obstare" (ficar ao lado). Ficar ao lado de quem sofre é importante, pois a proximidade do ser humano é terapêutica. A indelicadeza no trato do ser advém da ignorância e do desconhecimento, em que as pessoas se escondem atrás de uma atitude pouco acolhedora para ocultar suas inseguranças. A humildade, o entendimento, a paciência, o carinho e o amor são qualidades imprescindíveis para o ser Médico.

O conhecimento evolui com enorme velocidade, cada vez mais observamos na Medicina a transitoriedade de suas verdades e conceitos. O profissional médico que se formava 20 anos atrás, se não mantivesse contato com os novos trabalhos, apresentava um tempo médio de desatualização de 5 a 8 anos, hoje é necessário pouco mais de 2 anos para que isso aconteça. Tudo isso graças à grande demanda de trabalhos científicos, troca de experiências, enorme facilidade de acesso e divulgação da informação. Porém, criou-se a partir daí um outro problema: com tanta informação como separar o que é bom do que não o é?

O Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha tem em seu nome um dos principais objetivos desta instituição: o ensino. E não somente o ensino como transmissão de conhecimento, mas fundamentalmente como formação do ser Médico em sua integralidade na forma mais holística de seu entendimento: caráter, comportamento humanístico e relação médico/paciente. A integração de todas as áreas (a médica, para-médica, administrativa e comunitária) sumariza a idéia de que para crescermos e nos conhecermos melhor, a participação de todos é fundamental. A Instituição é o Todo, sendo nosso começo, meio e fim principal.

Este manual vem coroar estas idéias, na busca desta integração e na efetividade da mesma. A atualização do manual tem por objetivos a revisão das informações, a democratização do acesso a essas e a homogeneização do conhecimento para todos aqueles que vivem a instituição, em especial aos médicos residentes e aos acadêmicos das várias escolas que aqui fazem seus estágios, sendo útil, também, a todos que tiverem interesse na busca da atualização de seus conhecimentos. E, por fim, gostaria de salientar, enaltecer e agradecer às equipes médicas e não médicas que escreveram e que organizaram a edição final deste manual para impressão. Muito obrigado! A nossa Instituição agradece.

**Dr. Carlos Alberto Ruiz – Diretor de Departamento Técnico do HMEC –
2008 - 2011**



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC - 2007

O Artigo 196 da Constituição de 1988 garante a todo cidadão o direito à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação. A regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS – pela Lei 8.080, de 19/09/90, foi um desdobramento desse princípio constitucional, e sua implantação vem sendo orientada pelas chamadas Normas Operacionais (NOB 1991, 93 e 96; NOAS 2001 e 02; Pacto pela Saúde, de 2006).

A Regulação Estatal sobre o Setor Saúde, comumente conhecida apenas como "Regulação", surge como uma estratégia de gestão do SUS através dessas normas. Entre outras modalidades de Regulação, a NOAS 1991 colocou em pauta a Regulação Assistencial. Os Complexos Reguladores Assistenciais são estruturas que congregam um conjunto de ações regulatórias do acesso à assistência e constituem-se das Centrais de Regulação e dos Protocolos Assistenciais. Vale ressaltar que a Central de Regulação é uma ferramenta-meio cujo desempenho está diretamente relacionado com a resolutividade da rede de saúde, que por sua vez também depende da existência e da execução de bons Protocolos Assistenciais.

Os Protocolos Assistenciais são divididos em Protocolos Clínicos e Protocolos de Regulação do Acesso. Os Protocolos Clínicos são "recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas". (DENASUS, MS). Os Protocolos de Regulação do Acesso "são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo, sendo um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial". Esse é o contexto que confere a real dimensão e o relevante significado deste trabalho técnico coletivo que ora vem à luz sob forma da COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007, fruto estratégico da Gestão do Conhecimento Organizacional aliada aos talentos, competências e brilhantismos individuais dos profissionais que nela trabalham.

A COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 conta com a indispensável e brilhante participação dos coordenadores científicos, diretores e gerentes das unidades assistenciais, de diversas profissões da saúde, nos volumes dedicados às respectivas especialidades da atividade-fim do hospital. Além disso, foi acrescida a valiosíssima contribuição dos diretores e gerentes das áreas administrativas, com volumes dedicados às rotinas que dão andamento eficiente aos processos das atividades-meio, garantindo o suporte necessário à realização de uma assistência clínica e cirúrgica de alta qualidade ao cliente-cidadão.

A COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 é uma importante ferramenta para a regulação da qualidade da assistência, não apenas no sentido do padrão técnico-científico do atendimento dispensado, mas também quanto à eficiência e eficácia dos processos administrativos internos e principalmente quanto à equidade no acesso aos serviços hospitalares. Por isso foi opção desta gestão delegar a coordenação do projeto COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 à Dra. Maria Lúcia Bom Ângelo, nossa Assessora de Qualidade e Acreditação Hospitalar, a quem creditamos o merecido reconhecimento por ter cumprido competentemente mais esta árdua tarefa.

Dr. José Carlos Riechelmann - Diretor Geral do HMEC 2001 - 2007



PREFÁCIO DA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM - 2012

É com muito orgulho e entusiasmo que faço parte deste trabalho.

Hoje a Enfermagem é considerada uma ciência, a “Ciência do Cuidar”. Não podemos falar em cuidados sem termos em mente a responsabilidade técnica e a humanização que os abrangem.

Em prol disto, com notável embasamento científico, as encarregadas de enfermagem do HMEC, juntamente com a equipe da Qualidade e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, desenvolveram esta “Bíblia do Cuidar”.

Espero que todos os cuidadores desta Maternidade tenham o prazer de compartilhar e usufruir deste trabalho conosco e, conseqüentemente, prestar assistência de enfermagem com coerência e qualidade. Assim, garantiremos cada vez mais a excelência na “Arte de Cuidar”.

Ana Paula Sper Santiago – Gerente de Enfermagem do HMEC



PREFÁCIO DO ORGANIZADOR - 2012

Agradeço pelo excelente trabalho da equipe do Alojamento Conjunto, além da contribuição para a elaboração deste Manual. Todas as ideias e sugestões dos membros da equipe são de grande valia para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho que estão sendo utilizados para a busca incessante pela melhoria da qualidade no atendimento às pacientes.

Espero que este Manual venha facilitar o desempenho na realização dos procedimentos, mantendo sempre o setor organizado, com comprometimento, trabalho em equipe, superação de resultados, humanismo e profissionalismo.

É uma benção saber que nossos esforços foram bem sucedidos! Meus agradecimentos a cada um de vocês que trabalharam tão diligentemente ou contribuíram de alguma forma para tornar isso possível. Também quero dizer um “muito obrigado” a Enfermeira do Núcleo da Qualidade do Hospital e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, por todo o auxílio na elaboração e revisão deste manual.

Maria de Lourdes Oliveira Silva – Encarregada de Enfermagem do Alojamento Conjunto do HMEC



SUMÁRIO

1. Alojamento Conjunto.....	01
1.1. Definição.....	01
1.2. Objetivos.....	01
1.3. Localização.....	01
1.4. Planta Física.....	02
1.5. Horário de Visitas.....	02
2. Alojamento Conjunto e a Ética de Enfermagem.....	05
3. Programa 5S – Qualidade Total.....	07
4. Humanização na Assistência de Enfermagem.....	09
5. A Dor na Assistência de Enfermagem.....	11
5.1. Ações de Enfermagem para o Controle da Dor no Alojamento Conjunto.....	14
6. A Equipe do Alojamento Conjunto.....	17
6.1. Constituição da Equipe.....	17
6.2. Competência do Enfermeiro Encarregado do Diurno / Enfermeiro Supervisor do Noturno.....	17
6.3. Competência do Enfermeiro Assistencial.....	19
6.4. Competência do Auxiliar de Enfermagem.....	21
6.5. Uso do Uniforme.....	22
7. Rotina para Requisição e Devolução de Materiais na CME.....	25
8. Sistematização da Assistência da Enfermagem.....	27
8.1. Preenchimento Correto da SAE.....	27
8.2. Anotações de Enfermagem.....	28
9. Admissão do Binômio.....	33
9.1. Admissão da Puérpera.....	33
9.2. Exame Físico da Puérpera.....	34
9.3. Admissão do Recém-Nascido.....	35
9.4. Exame Físico do Recém - Nascido.....	36
10. Procedimento de Enfermagem.....	39
10.1. Glicosímetro.....	39
10.2. Administração da Vitamina K ₁	39
10.3. Banho do Recém-Nascido.....	40
10.4. Curativo do Coto Umbilical.....	41



11.Orientações às Puérperas.....	43
12.Transferências.....	45
12.1. Da Puérpera.....	45
12.2. Do Recém-Nascido.....	46
13.Altas Hospitalar.....	47
13.1. Orientações para Alta do Binômio.....	48
14.Check List Prontuário.....	51
15.Limpeza da Unidade.....	53
15.1. Definições de Termos.....	53
15.2. Produtos de Limpeza.....	55
15.3. Periodicidade de Limpeza no Alojamento Conjunto.....	57
Referências Bibliográficas.....	59
Anexos.....	61
I – Abreviações mais Utilizadas e Padronizadas na Instituição.....	63
II – Diagnósticos de Enfermagem mais Utilizados na Instituição.....	67



1. ALOJAMENTO CONJUNTO

1.1. DEFINIÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, Alojamento Conjunto é o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe 24h por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Este sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio (mãe e filho).

1.2. OBJETIVOS

- Atender de forma sistematizada e humanizada a Mãe, o Recém-Nascido (RN), e a família no puerpério imediato, protegendo-os contra a infecção hospitalar;
- Incentivar e aumentar os índices de aleitamento materno;
- Capacitar a Mãe a executar os cuidados com o RN;
- Garantir a continuidade da assistência ao binômio durante o primeiro mês de vida.

1.3. LOCALIZAÇÃO

O Alojamento Conjunto do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva - Vila Nova Cachoeirinha está localizado no 1º Andar, com fácil acesso às rampas e ao elevador, que facilitam:

- A admissão do Binômio, pois tem ligação direta com o C.C.O. (Centro Cirúrgico Obstétrico) e o Parto Humanizado.



- O deslocamento das mães-canguru, do berçário para o espaço de convivência e do alojamento conjunto para amamentação no berçário.

1.4. PLANTA FÍSICA

- 01 Recepção;
- 01 Enfermaria com 02 leitos e 12 Enfermarias com 04 leitos cada, totalizando 50 leitos;
- 01 sala de preparo de medicação;
- 01 sala de convivência Mãe-Canguru;
- 01 enfermaria com dois leitos (mãe-canguru);
- 01 copa;
- 01 sala da gerência/equipe multidisciplinar;
- 01 sala para procedimentos com RN;
- 01 rouparia;
- 01 expurgo;
- 01 almoxarifado;
- 04 sanitários para funcionários;
- 01 sala de equipamentos;
- 01 sala de reuniões;
- 01 Espaço de convivência.

1.5. HORÁRIO DE VISITAS

As visitas aos binômios ocorrem diariamente no horário das 10h30 às 11h30, das 15h às 16h e das 19h30 às 20h30, através de cartões próprios de visitas para 02 visitantes em revezamento.



Não é permitida a entrada de sacolas durante a visita, permanecendo estas na portaria.

Não é permitida a entrada de menores de 10 anos.

Não é permitida a entrada de alimentos ou bebidas para as pacientes. Nos casos em que a paciente não aceitar alimentação do hospital, caberá à nutricionista junto ao médico fornecer autorização para entrada de alimentos que a satisfaçam.

AGENTE	PROCEDIMENTO	OBSERVAÇÃO
PORTARIA DE VISITAS	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher 02 cartões de visita por paciente; • Completar o cartão com o número do leito em que a paciente está internada. 	Entregar aos familiares no ato da visita.
SEGURANÇA	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar a entrada dos visitantes; • Manter sob guarda sacolas e bolsas; • Supervisionar comportamento dos visitantes nos quartos e enfermarias. 	No horário determinado.
ENFERMEIRO	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar os familiares a respeito do bem estar do paciente. 	Quando surgir qualquer dúvida.
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar comportamento dos visitantes nos quartos e enfermarias. 	<p>Orientar quando necessário.</p> <p>Cuidados durante a visita.</p>





2. ALOJAMENTO CONJUNTO E A ÉTICA DE ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem do Alojamento Conjunto respeita e segue o Código de Ética de Enfermagem. Trabalhamos com respeito aos colegas de profissão e a equipe multiprofissional. Promovemos o aprimoramento profissional, inclusive durante o horário de trabalho, em escala de rodízio.

Guardamos sempre sigilo em relação ao diagnóstico da cliente, seja por diagnósticos que possam discriminar a pessoa de alguma forma (Ex: HIV) ou para assegurar o equilíbrio psicossomático da paciente quando a mesma não quer que sua família e/ou amigos saibam do seu diagnóstico. Desta maneira tentamos manter um tratamento humanizado perante a paciente e familiares, a fim de que se sintam satisfeitos e confiantes com o atendimento prestado, reforçando nossa postura ética e profissional.

Procuramos sempre atender as necessidades dos clientes internos e externos, realizando mudanças quando necessário para melhorar cada vez mais a qualidade da assistência prestada.

Dentre os artigos do código de ética da enfermagem, destacamos os seguintes:

Art. 1º - Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º – Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

Art. 5º - Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.



Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade Assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 15 - Prestar Assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 19 - Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.

Art. 82 § 4º - O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo.



3. PROGRAMA 5S – QUALIDADE TOTAL

O programa 5S é a base para a qualidade total, para melhorar a qualidade de vida do ser humano. Para conseguirmos produtos de qualidade, precisamos ter qualidade no nosso ambiente de trabalho. O principal objetivo dos 5S é criar um ambiente digno de trabalho, onde o funcionário sinta-se bem consigo mesmo e com os demais, pois antes do produto vem o trabalhador.

1ºS - SENSO DE UTILIZAÇÃO

Devemos separar o útil do inútil, eliminando tudo o que for desnecessário.

Os objetos úteis devem ser separados conforme o seu uso. O que for inútil deve ser eliminado ou reformado. Organizando o local de trabalho evitamos desperdícios, eliminamos uma grande quantidade de materiais sem utilidade e liberamos espaço para trabalhar mais à vontade, diminuindo assim o risco de acidentes.

2ºS - ARRUMAÇÃO

O senso de arrumação significa, colocar tudo em ordem para que qualquer pessoa possa localizar tudo facilmente.

Identifica-se e padroniza-se cada item, através de cores, rótulos, palavras chaves, depois é só arrumar a disposição do ambiente. Assim fica mais fácil achar qualquer documento ou objeto, sem perder tempo correndo de um lado para outro. Economizamos tempo, paciência e nosso local de trabalho fica mais amplo e agradável.

3ºS – LIMPEZA

O senso de limpeza significa que, mais importante do que limpar é



aprender a não sujar, limpando as ferramentas e materiais após o uso, mantendo limpo o que já está em ordem, obtendo um ambiente de trabalho digno onde todos poderão se sentir bem, além de causar boa impressão aos clientes e evitar acidentes de trabalho.

4ºS - SAÚDE E HIGIENE

Devemos tornar o ambiente de trabalho sempre favorável à saúde e higiene. Para isto, basta respeitar os colegas, usar uniformes limpos, eliminar as condições inseguras, manter a limpeza do refeitório, dos banheiros e dos vestiários. Também difundir sempre materiais educativos sobre saúde e higiene. Só vamos ter um ambiente saudável se zelarmos por ele.

5ºS - AUTO – DISCIPLINA

O senso de autodisciplina é reeducar nossas atitudes e com o tempo temos que fazer dessas atitudes um hábito, transformando a aplicação dos 5S num modo de vida.

Este programa vai além do trabalho, é uma questão de cidadania, de respeito ao próximo e a si mesmo. Com ele crescemos como seres humanos, melhoramos nossa qualidade de vida, diminuimos o risco de acidentes e trabalhamos tranquilamente com hábitos corretos, facilitando a manutenção do ambiente de trabalho sempre saudável e digno de respeito.

O importante é insistir na aplicação do programa de tempos em tempos e avaliar os nossos avanços, onde cada um deve dar o exemplo, por isso todos precisam participar. Com perseverança, organização e força de vontade, nós vamos manter um ambiente de trabalho com muita **QUALIDADE, SAÚDE e SEGURANÇA.**



4. HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A preocupação com a humanização iniciou-se no final da década de 80, com a implantação do SUS, através da Reforma Sanitária, fruto de esforços de grupos de profissionais e de movimentos populares de saúde, no contexto da redemocratização da sociedade brasileira e de luta por uma política pública de saúde universal e de qualidade.

O termo humanização pode causar polêmica, resistência ou certo estranhamento, pois se é inerente à prática de quem cuida de seres humanos, por que ter que humanizar o que é humano?

Sendo assim, este conceito não quer apenas tornar mais humana à relação com o usuário, dando pequenos retoques nos serviços, mas tocar nas relações de poder, trabalho e afeto que são produtoras das práticas desumanizadoras. Não devemos considerar a humanização como mais um programa, mas sim uma Política Nacional, eliminando a tendência de pensá-la pela vertente da caridade, do favor e da boa educação.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política do SUS, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.

Nossa Instituição adota a PNH e a enfermagem como parte do todo está intimamente inserida nesta vertente da assistência de enfermagem baseada na teoria de Auto Cuidado de Orem.

A humanização é uma das diretrizes que norteia o Alojamento Conjunto, desde a sua estrutura física, que propicia a permanência do RN junto à mãe nas 24h durante todo o período de internação, à assistência



de enfermagem individualizada baseada na teoria do auto cuidado de Orem.

Segue abaixo as ações humanizadas da assistência realizadas pela equipe de enfermagem:

- Incentivar a permanência do acompanhante nas 24h do pós-parto imediato;
- Acompanhar, orientar e incentivar o aleitamento materno;
- Orientar e acompanhar a assistência ao banho do RN e limpeza do coto umbilical, preparando esta mãe para o cuidado domiciliar do RN;
- Incentivo do auto cuidado da puérpera após o parto;
- Orientação da puérpera com cefaléia pós raqui a permanecer em posição dorsal para o alívio da dor;
- Orientar e incentivar a puérpera cujo RN está na Unidade Neonatal a ir visitá-lo e amamentá-lo ou ordenhar o leite com frequência;
- Orientar e incentivar a puérpera a ir ao cantinho da beleza;
- Orientar e acompanhar a massagem e ordenha das mamas em caso de mamas ingurgitadas;
- Estimular a doação do leite materno no banco de leite.



5. A DOR NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA ABORDAGEM HUMANIZADA

Eliana Claudino de Lima

A dor é uma experiência subjetiva, porém, conseguir mensurá-la é extremamente importante no ambiente clínico. Quando se mensura eficazmente a dor, pode-se avaliar se o tratamento prescrito está ou não sendo efetivo.

Conceitualmente, a dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual ou descrita em tais termos.

A enfermagem, por assistir o paciente 24 horas durante sua internação, deve ter um olhar voltado para a mensuração da dor e buscar meios de minimizá-la. Cada vez mais, a dor é considerada como o quinto sinal vital e independentemente dos instrumentos utilizados para quantificá-la, sua mensuração é fundamental no norteamiento às ações terapêuticas, medicamentosas ou não no alívio da dor.

Contudo, não há como dicotomizar a assistência humanizada do controle efetivo da dor, ou seja, uma assistência onde a humanização é um dos pilares, durante o período de internação necessariamente permeia-se a mensuração da dor e o seu controle eficaz.

Quando o tema “dor durante o trabalho de parto”, é abordado, temos que considerar os aspectos culturais envolvidos no processo de dar à luz. Nos tempos bíblicos, a dor do parto era considerada um mal necessário e a mulher deveria sublimá-la e até oferecer sua vida em troca do nascimento do seu filho, se assim fosse necessário. Infelizmente, esta visão poética da dor do parto se perpetua, mesmo que veladamente, em



muitas maternidades onde a dor de parto é considerada “normal”. Vale ressaltar que as medidas terapêuticas para o controle da dor durante o trabalho de parto não são apenas restritas às terapias medicamentosas, mas os métodos não farmacológicos para o alívio da dor são muito eficazes, dentre eles, respiração, mudança de posição, banhos de imersão e de aspersão, massagens, etc., sendo que a equipe de enfermagem tem um amplo campo de atuação na implementação destas terapias.

Porém, quando analisamos a humanização da assistência pré, durante e pós o trabalho de parto versus o controle efetivo da dor, não podemos esquecer que neste binômio (mãe-bebê), o recém-nascido (RN) também é susceptível a estímulos dolorosos. Por muitos anos, a dor no neonato foi desconsiderada por se entender que a imaturidade do Sistema Nervoso Central (SNC) e sua mielinização incompleta bloqueavam os estímulos dolorosos. Somente a partir da década de 80, a dor no período neonatal passou a ser considerada um evento de fundamental importância clínica.

Os RN internados em UTI Neonatal sofrem aproximadamente de 50 a 132 manipulações diárias, sendo que a maior parte destas manipulações são consideradas intervenções dolorosas. O principal desafio dos profissionais envolvidos no cuidado dos RN é a dificuldade da identificação da dor através de expressões verbais (choro) e não verbais, principalmente nos RN prematuros, pois são menos responsivos à mímica facial e ao choro. A identificação e o controle da dor no RN, além de proporcionar conforto e bem estar, previnem uma possível alteração fisiológica como o hipermetabolismo e o catabolismo.

O fenômeno doloroso é uma experiência subjetiva, individual, multidimensional e modificada por variáveis afetivo-motivacionais, não



podendo ser cronicada, seja no RN ou no adulto, para que esta carga emocional negativa não o acompanhe por toda sua trajetória de vida. Cabe a nós profissionais de saúde, realizar a identificação e a minimização da dor dentro do limiar mínimo possível, aliviando assim os percalços durante o período de internação, onde o ser humano por todas as razões físico, psico e sociais está mais fragilizado, principalmente quando o processo do adoecer é provocado por uma enfermidade sem prognóstico de cura, como os casos dos pacientes terminais.

A presença da dor oncológica é um fato que não aflige somente o paciente e seus familiares, mas também os profissionais da assistência envolvidos no atendimento. A dor oncológica se manifesta em 51 a 70% dos pacientes com diagnóstico de neoplasia sendo que nos estágios avançados ela é prevalente em 70 a 90% dos casos. Esta dor específica exige uma atuação conjunta e sincronizada de todos os profissionais de saúde que estão prestando assistência ao paciente oncológico, para que seu tratamento seja realmente eficaz. O paciente terminal não deve sentir dor, ele tem direito de receber todos os cuidados paliativos eficazes para que a assistência prestada seja realmente humanizada. Quando se fala de dor oncológica, utiliza-se o conceito de dor total. Este conceito foi utilizado em 1964 pela Dr^a. Cicely Saunders, referindo-se aos outros aspectos envolvidos na dor oncológica, além do físico, aspectos psicológicos, emocionais, espirituais e sociais associados à doença.

O desafio do controle da dor não cabe apenas à equipe de enfermagem, mas a toda equipe de assistência envolvida no processo de cuidar. Acredita-se que as escolas médicas e de enfermagem, deveriam acrescer em suas grades curriculares, disciplinas que abordem o tema dor,



sua mensuração e controle visando uma formação acadêmica mais humanística e menos biotecnicista.

5.1. AÇÕES DA ENFERMAGEM PARA O CONTROLE DA DOR NO ALOJAMENTO CONJUNTO

A enfermagem atua no controle da dor com a mensuração do quinto sinal vital (dor) onde através de uma escala no valor de 0 a 10, a paciente quantifica sua dor. A partir desta mensuração, são tomadas, em conjunto com a equipe multidisciplinar, todas as medidas para que esta dor seja minimizada o máximo possível. As ações de enfermagem são:

- Administração da terapia medicamentosa para o controle da dor conforme prescrição médica;
- Massagem, ordenha e compressas frias nos casos de mama cheia;
- Bolsa de gelo em caso de edema e/ou dor no local da episiotomia;
- Orientação de cefaléia pós raqui: manter decúbito dorsal e hidratação.

Referências Bibliográficas:

1. MENDONÇA, S.H.F.; LEÃO, E.R. Implantação e Monitoramento da dor como 5º Sinal Vital: o desenvolvimento de um processo assistencial. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2007. Cap.31, p. 623-639.
2. GIMENES, O.M.P.V. Que dor é essa? A dor no parto e seus segredos – Uma reflexão. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital**



Reflexões e Intervenções de Enfermagem. São Paulo: Martinari, 2007.

Cap.11, p. 213-225.

3. BUENO, M. Dor no período Neonatal. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D.

Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem. São

Paulo: Martinari, 2007. Cap.12, p. 226-240.

4. MORAES, T.M. Atuação do enfermeiro na dor oncológica. In: LEÃO,

E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de**

Enfermagem. São Paulo: Martinari, 2007. Cap.12, p. 226-240.

5. PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para

o cuidar em enfermagem. **Texto contexto enferm. (on line)**, Florianópolis,

v.15, n.2,abr/jun. 2006. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415211.pdf>.

Data do acesso: 21/11/2011.





6. A EQUIPE DO ALOJAMENTO CONJUNTO

6.1. CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE

- Enfermeiro Encarregado do Diurno;
- Enfermeiro Supervisor do Noturno;
- Enfermeiros Assistenciais;
- Médicos: Assistentes, Residentes e Internos de Medicina;
- Auxiliares de Enfermagem;
- AGPP (Assistente de Gestão de Políticas Públicas);
- Assistente Social;
- Psicóloga;
- Nutricionista;
- Fonoaudióloga;
- Agente de Apoio.

6.2. COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO ENCARREGADO DO DIURNO / ENFERMEIRO SUPERVISOR DO NOTURNO (São responsáveis respectivamente por todas as atividades assistenciais e administrativas do período diurno e noturno).

- Receber e passar o plantão de enfermagem;
- Supervisionar a área de trabalho sob sua responsabilidade;
- Avaliar e orientar os cuidados de enfermagem prestados pela equipe de enfermagem às puérperas e RN;
- Manter a disciplina da equipe em relação ao comportamento, faltas e atrasos;
- Convocar reuniões com os funcionários do setor, para análise do serviço, métodos de trabalho, falhas técnicas, sociabilidade, transmissão



de ordens superiores, avisos, informação sobre mudanças de normas e rotinas;

- Analisar e encaminhar soluções para problemas relacionados com os funcionários da equipe de enfermagem, com as pacientes e seus familiares e com os materiais e equipamentos do setor;
- Participar de reuniões com as diversas diretorias, com as diversas comissões e com a equipe interdisciplinar;
- Realizar treinamento de servidores recém-admitidos ou transferidos;
- Orientar os enfermeiros assistenciais, auxiliares de enfermagem e outros funcionários em suas necessidades, dificuldades, dúvidas, inexperiência profissional e assuntos relacionados com o departamento de gestão de pessoas;
- Elaborar escala de plantão, folga e férias;
- Supervisionar a limpeza e higienização da unidade;
- Supervisionar o correto preenchimento do Censo, Hospub, Mãe Paulistana e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- Orientar e supervisionar quanto à desinfecção de materiais e equipamentos;
- Manter entrosamento com o corpo clínico e com os serviços do hospital;
- Fazer pedidos de almoxarifado e farmácia, para prover a unidade com a quantidade necessária de medicamentos, material descartável e impressos;
- Controlar as eventuais saídas para outros setores de equipamentos, aparelhos, materiais permanentes, medicações;
- Promover a conservação dos aparelhos e equipamentos;



- Detectar defeitos nos aparelhos e equipamentos e solicitar conserto;
- Manter-se inteirada das dificuldades dos funcionários e intervir, direta ou indiretamente, encaminhando a hierarquia superior de enfermagem se necessário;
- Autorizar trocas de plantões conforme necessidade do serviço;
- Fazer relatórios sobre o setor e encaminhá-los à gerência de enfermagem;
- Promover grupos educativos com as puérperas.

6.3. COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Receber e passar o plantão de enfermagem;
- Realizar sistematização da assistência de enfermagem (SAE);
- Orientar puérperas e/ou familiares sobre normas e rotinas do setor;
- Observar sinais e sintomas de hipoglicemia, comunicar o médico e seguir a prescrição médica;
- Observar sintomas hipertensivos, verificar PA e tomar as devidas providências;
- Verificar sinais vitais quando necessário, nas intercorrências e/ou falta de auxiliares de enfermagem;
- Administrar e/ou supervisionar a administração de medicamentos nas puérperas e RN;
- Atuar juntamente com os médicos plantonistas e residentes durante as intercorrências;



- Orientar e supervisionar instalação de soroterapia quando prescrito, e identificação correta e completa nos frascos ou bolsas de hemoderivados;
- Identificar intercorrências em relação às puérperas e RN, comunicar médicos plantonistas e adiantar condutas de enfermagem;
- Orientar alta do binômio, auxiliar no encaminhamento para outros setores;
- Orientar, avaliar e supervisionar a limpeza e desinfecção dos materiais e equipamentos, dos mobiliários, das paredes, teto e piso, realizadas pelo auxiliar de enfermagem e equipe de limpeza;
- Orientar e supervisionar todos os cuidados de enfermagem;
- Orientar e supervisionar diariamente as puérperas sobre higiene, cuidados com a cirurgia e com o RN, normas e rotinas do setor;
- Fazer pedidos de farmácia, manutenção e/ou almoxarifado na ausência do Enfermeiro Encarregado do Setor;
- Registrar em livro de relatório de enfermagem, todas as intercorrências relativas ao binômio;
- Participar das reuniões clínicas para discussão do tratamento ao binômio;
- Promover e participar de grupos educativos com as puérperas;
- Fazer controle dos psicotrópicos em todos os plantões;
- Checar diariamente a integridade do lacre do carro de emergência;
- Chegar diariamente o funcionamento do desfibrilador;
- Repor e conferir carro de emergência mensalmente, ou caso o mesmo seja aberto devido necessidade do setor;



- Participar das reuniões da chefia de enfermagem e equipe interdisciplinar;
- Seguir e fazer cumprir pelos funcionários, puérperas e seus familiares, as normas e rotinas do setor;
- Preencher e/ou conferir corretamente o censo diário;
- Orientar os familiares sobre como obter corretamente informações sobre o estado de saúde do binômio;
- Promover ambiente adequado e terapêutico que possibilite a participação da puérpera, ajudando-a a integrar-se nas diversas etapas do tratamento e facilitar o desenvolvimento do trabalho da equipe interdisciplinar;
- Avisar ao Serviço de Nutrição e Dietética (S.N.D.) quando houver admissão de pacientes.

6.4. COMPETÊNCIA DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- Receber e passar o plantão de enfermagem;
- Buscar a puérpera e RN no C.C.O. e Pré-Parto, conforme rotina pré-estabelecida pela Instituição;
- Fazer anotações de enfermagem sobre a assistência prestada, exames colhidos etc., com a devida assinatura e carimbo constando o número do COREN;
- Executar toda a prescrição médica, instalando se prescrito na puérpera, soroterapia com as devidas identificações, administrando as medicações e fazendo a checagem correta com hora e assinatura;
- Efetuar limpeza concorrente na unidade da paciente;
- Encaminhar material para a central de material e proceder à troca de materiais esterilizados;



- Participar de cursos ou reciclagens propostas pela chefia de enfermagem;
- Acompanhar puérperas durante remoções para exames em outros hospitais.
- Cooperar na conservação de equipamentos;
- Fazer as trocas de roupas de cama conforme rotina do setor e registrar no prontuário da paciente;
- Conservar em ordem a sala do RN;
- Fazer o controle de roupas do setor;
- Recolher sacos de hampers;
- Conservar limpo e em ordem o Posto de Enfermagem, Armários de Medicação, Expurgo, Rouparia, Sala de Procedimento com RN, Copa e Sala de Almojarifado;
- Proporcionar conforto ao binômio;
- Comunicar as intercorrências ao enfermeiro de plantão;
- Proporcionar ambiente harmônico entre os profissionais que trabalham no hospital, pacientes e familiares;
- Fazer o controle dos sinais vitais do binômio, peso do RN, anotar na folha de SAE e avisar para o enfermeiro qualquer alteração;
- Encaminhar puérpera e/ou RN para exames;
- Fazer a troca do circuito de nebulização e aspiração na sala do RN toda às segundas-feiras ou imediatamente após seu uso, registrando em planilha específica.

6.5. USO DO UNIFORME

Os funcionários de Enfermagem do Alojamento Conjunto utilizam o uniforme branco livre sendo:



- Saia na altura dos joelhos ou calça comprida branca;
- Blusa ou jaleco branco;
- Sapato branco fechado de acordo com NR 32;
- Agasalho de inverno branco ou azul marinho.

Os cabelos, se compridos, deverão estar presos; sem adorno nos dedos e braços.

Ainda referente ao uniforme, à equipe de enfermagem deverá se atentar ao artigo 26º do Regimento Interno do Serviço de Enfermagem: **“É proibido o uso de roupas apertadas, transparente, decotadas, curtas, longos ou bermudas”**.





7. ROTINA PARA REQUISIÇÃO E DEVOLUÇÃO DE MATERIAIS NA CME (CENTRAL DE MATERIAL E ESTERELIZAÇÃO)

- A requisição de materiais esterilizados e a devolução de materiais na CME ocorrem uma vez por dia nos seguintes horários: período da manhã até as 09h30min; período da tarde até às 17h30min; período da noite até às 22h. (Vide Protocolo de Enfermagem nº 85).
- As requisições devem ser feitas, para controle dos dois setores, em impresso próprio, em duas vias, assinado com nome legível, data e horário.
- O auxiliar de enfermagem encaminha e busca o material, sendo responsável pela conferência.
- O Enfermeiro ou auxiliar de enfermagem registra no livro de controle quando o CME ficar devendo material.
- O auxiliar de enfermagem faz conferência diária dos materiais, anotando em caderno de controle para esta finalidade.
- O Enfermeiro orienta e supervisiona todas as etapas da troca, e registra em caderno de controle as intercorrências.
- INALADORES - Após o uso deverão ser encaminhados à CME para serem esterilizados em Óxido de Etileno.
- A entrega de material sujo é realizada em local específico para o recebimento de artigos contaminados.
- A entrega de materiais esterilizados é realizada por um funcionário da CME através de uma janela própria existente no arsenal.





8. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

8.1. PREENCHIMENTO CORRETO DA SAE

O impresso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem como objetivo, o registro fidedigno de todas as ações efetuadas pela equipe de enfermagem com respaldo técnico e científico. A taxonomia utilizada pela equipe de enfermagem da Instituição é a da NANDA e a base teórica tida como arcabouço referencial é a teoria do auto cuidado de OREM. A SAE é composta por:

- Diagnóstico de enfermagem: efetuado pelo enfermeiro após o exame físico e levantamento das necessidades da paciente. É o que norteia a prescrição de enfermagem;
- Prescrição de enfermagem: realizada pelo enfermeiro, após o diagnóstico de enfermagem e checada pelo auxiliar de enfermagem;
- Evolução de enfermagem: registrada pelo enfermeiro e contempla as 24 h da assistência prestada ao paciente, após avaliação do seu estado geral. Na Evolução de Enfermagem devem constar: os problemas novos identificados; um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.
- Anotação de Enfermagem: é realizada pelo auxiliar de enfermagem e pelo enfermeiro. São registros ordenados, cuja finalidade essencial é fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações nas 24 horas, o que é indispensável para a compreensão da paciente de modo global. Além



dos cuidados prestados, é essencial constar nas anotações de enfermagem os itens da prescrição médica e de enfermagem que foram checados. Já os que não foram cumpridos, justifica-se o motivo. Sempre ao final das anotações de enfermagem, da prescrição de enfermagem, do diagnóstico de enfermagem e da evolução de enfermagem, deve constar o carimbo e a assinatura do executante, conforme normativa do COREN DIR 001/2000.

8.2. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

É o registro feito pela equipe de enfermagem no prontuário do recém-nascido e da puérpera, especificamente no impresso da sistematização da assistência de enfermagem, referente às condições apresentadas pelos mesmos e todos os cuidados de enfermagem que foram prestados. Embora haja entre os profissionais de enfermagem consenso de que a anotação é um instrumento extremamente valioso, isto não tem sido devidamente valorizado. Deve-se deixar bem claro que a anotação é um instrumento valorativo, de grande significado na assistência de enfermagem e na sua continuidade, tornando-se indispensável no processo de enfermagem. A anotação do cuidado prestado deve ser um meio para controlar e avaliar a assistência de enfermagem. É necessário considerar o valor das anotações como fonte de investigação, instrumento de educação e principalmente como um documento legal.

8.2.1. NORMAS PARA AS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Verificar o tipo de impresso utilizado na Instituição e as normas para o seu preenchimento (onde anotar, onde assinar e onde carimbar);



- Verificar se o cabeçalho do impresso está preenchido devidamente; caso não esteja, preenchê-lo ou completá-lo;
- Proceder toda anotação de horário e preencher a data na primeira anotação do dia;
- Anotar somente após tomar conhecimento do que foi anotado pelos plantões anteriores;
- Anotar informações completas de forma objetiva e legível para evitar a possibilidade de dupla interpretação. Não usar termos que dêem conotações de valor (bem, mal, muito, bastante);
- Utilizar frases curtas e exprimir cada observação em uma frase.
- Anotar imediatamente após a prestação do cuidado, recebimento da informação ou observação das intercorrências;
- Anotar a checagem da prescrição médica e de enfermagem;
- Nunca rasurar a anotação por este ter valor legal, em caso de engano usar “digo”, entre vírgulas;
- Não utilizar o termo “a paciente” no início de cada frase, já que a folha de anotação é individual;
- Deixar claro na anotação se a observação foi feita pela pessoa que anota ou se é informação transmitida pelo paciente (SIC), familiar ou outro membro da equipe de saúde;
- Evitar o uso de abreviaturas que impeçam a compreensão do que foi anotado. Só utilizar as abreviaturas que estão padronizadas na Instituição (Anexo I);
- Assinar imediatamente após o final da última frase, utilizar o carimbo contendo nome completo sem abreviaturas, registro do COREN e função. Não deixar espaço entre as anotações e a assinatura;



- As anotações de enfermagem são realizadas pelo enfermeiro e pelo auxiliar de enfermagem.

8.2.2. CONTEÚDO DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

RECÉM-NASCIDO

- Amamentação (reflexo de sucção e deglutição);
- Hidratação;
- Sono e repouso;
- Irritabilidade;
- Anormalidades: icterícia, máscara equimótica, cianose, gemência, bossa ou céfalo-hematoma, etc.;
- Mobilidade;
- Eliminações;
- Regulação térmica e vascular;
- Integridade cutâneo-mucosa;
- Aspecto do coto umbilical;
- Sinais vitais;
- Terapêutica: (medicações, curativos, aspirações, lavagens gástricas, etc.);
- Realização de exame de glicemia capilar;
- Realização de exames diagnósticos;
- Acidentes e intercorrências.

PUÉRPERA

- Nutrição;
- Hidratação;



- Integridade cutâneo-mucosa;
- Sono e repouso;
- Sinais vitais;
- Regulação térmica e vascular;
- Mamas: tipo de mamilo, presença de colostro, fissuras, ingurgitamento mamário;
- Aspecto da incisão cirúrgica;
- Loquiação: quantidade e aspecto;
- Terapêutica: (medicações, curativos, etc.);
- Locomoção;
- Eliminações;
- Queixas da puérpera;
- Acidentes e intercorrências.





9. ADMISSÃO DO BINÔMIO

A vaga é solicitada pelo enfermeiro da RPA (Recuperação Pós-Anestésica), do C.C.O. (Centro Cirúrgico Obstétrico) ou mesmo do Parto Humanizado e cedida, em caso de vaga, pelo A.C.(Alojamento Conjunto).

O enfermeiro do A.C. solicita que o auxiliar de enfermagem busque a Puérpera e o RN. Se o binômio for proveniente do C.C.O ou do Parto Humanizado, vão dois auxiliares de enfermagem buscá-los. Já se for proveniente da RPA, os mesmos são trazidos pelo auxiliar de enfermagem da recuperação juntamente com o auxiliar de enfermagem do A.C.

Os Binômios são registrados pelo AGPP (Assistente de Gestão de Políticas Públicas) no censo diário, relação de pacientes, Hospub e Mãe Paulistana.

9.1. ADMISSÃO DA PUÉRPERA

Puerpério é o período compreendido do pós-parto imediato até 45 dias após o parto.

A puérpera é admitida no setor, sendo encaminhada ao leito, onde é realizada a Sistematização de Enfermagem, todas as orientações de amamentação e rotina do setor. A primeira higienização da puérpera deverá ser acompanhada pelo auxiliar de enfermagem.

Quando o RN é admitido na Unidade Neonatal, a mãe é atendida pela equipe multiprofissional, informando o estado do RN e o seu livre acesso à Unidade Neonatal nas 24h.



AGENTE	AÇÃO
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem; - Orienta as rotinas do setor e esclarece as eventuais dúvidas
Auxiliar de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminha a paciente ao leito; - Orienta sobre as rotinas e normas do setor; - Acompanha a higienização da paciente
AGPP	<ul style="list-style-type: none"> - Registra a admissão do binômio no Kardex e Sistema Hospub; - Monta o prontuário do recém-nascido; - Coloca etiquetas de identificação em todas as folhas dos prontuários da mãe e do recém-nascido.

9.2. EXAME FÍSICO DA PUÉRPERA

Verificar:

- O tipo de parto, anestesia, hora, patologia, caso haja;
- Nível de consciência;
- Padrão respiratório e cardíaco;
- Condições de movimentação;
- Sinais vitais;
- Mucosas: palidez cutânea, hidratação;
- Mamas (tipo de mamilo, etc.) Orientar massagem e ordenha manual.
- Abdômen;
- Útero (Localização, contração, involução, dor [intensidade]);



- Incisão cirúrgica (cesárea);
- Episiorrafia;
- Diurese (presença de SVD, volume, aspecto, etc.);
- Lóquios (quantidade, cor, odor, etc.);
- MMIs (panturrilhas: dor, calor, edema, rubor, etc.).

9.3. ADMISSÃO DO RECÉM-NASCIDO

Recém-Nascido: Dá-se o nome de recém-nascido a criança desde a data do nascimento até completar 28 dias de vida.

Ao chegar ao Alojamento Conjunto, o RN é colocado junto à mãe e realizado a conferência dos dados de identificação que são: checar se o RN está identificado por duas pulseiras (sendo uma no antebraço e outra no tornozelo), nº. da pulseira, nome da mãe, sexo, nº. do registro hospitalar, verificação do preenchimento adequado do prontuário e do censo diário.

A avaliação sumária das condições vitais é realizada através da observação dos sinais de disfunção respiratória tais como: taquipnéia, batimento de asa do nariz (BAN), gemidos, cianose perioral, temperatura, coloração da pele, condições da ligadura do coto umbilical e sinais de sangramento.

Os sinais vitais do recém-nascido devem ser verificados assim que o neonato for admitido na unidade, bem como o exame físico realizado pelo enfermeiro, a fim de detectar a presença de malformação ou patologias que exijam providências imediatas.

Após as 03hs de vida é realizado o banho (RN de mãe com fisometria, sorologia positiva para HIV ou VDRL reagente o banho é realizado imediatamente após o nascimento com clorexidine a 2%).



AGENTE	AÇÃO
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Realiza exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolui o RN;- Confere os dados do RN.
Auxiliar de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Mensura os sinais vitais;- Realiza o primeiro banho do RN.

9.4. EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

- Altura: o comprimento do recém-nascido em média atinge 47 a 52 cm.
- Peso: o peso do RN em média atinge de 3.0 a 3.5 kg.
- Cabeça: a circunferência cefálica vai de 33 a 35 cm.
- Fontanelas: são partes moles anteriores e posteriores existentes entre o osso do crânio, que se fecham com o decorrer do crescimento (por volta do oitavo mês de vida).
- Olhos: os olhos dos RN podem apresentar uma irritação com edema de pálpebras e secreção, isto pode ser irritação produzida pela instilação de nitrato de prata a 1% logo após o nascimento (Método de Credê).
- Abdômen: apresenta-se abaulado devido ao aumento fisiológico do fígado e do baço.
- Mamas: podem ou não estar tumefactas nos meninos e nas meninas em decorrência da passagem de hormônio materno para o feto.
- Genitais: do quarto dia ao oitavo dia de vida, as meninas podem perder pequena quantidade de sangue ou secreção de muco branco leitoso através da vagina.



- **Pele:** cor avermelhada ou azulada. Depois de 24 horas torna-se menos vermelha e seca, iniciando-se no segundo dia o processo de descamação.
- **Vérnix Caseoso:** é uma substância gordurosa e esbranquiçada produzida pelo útero materno que recobre o corpo do RN.
- **Lanugem:** é a presença de pelos finos e felpudos que recobrem todo o corpo do RN, desaparecem após o primeiro mês de vida.
- **Mancha Mongólica:** são manchas de aspecto azulado que aparecem geralmente na região glútea, podendo se reduzir à medida que a criança cresce.





10. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

10.1. GLICOSÍMETRO

Aparelho usado para detectar a glicemia no sangue capilar obtido na região do calcâneo do RN e na ponta dos dedos da puérpera.

O uso do glicosímetro tem as seguintes vantagens:

- Resultados fiéis;
- Resultados imediatos;
- Pouco doloroso;
- O resultado é conseguido com apenas uma gota de sangue. Não é necessário o uso de seringa, agulha e do laboratório;
- O aparelho está disponível no serviço e é de fácil manuseio, observando-se os seguintes cuidados:
 - ✓ Sempre calibrar o aparelho a cada troca de caixa de fitas e comparar com o número do frasco de fita a cada exame;
 - ✓ Limpar previamente o local da coleta com algodão e álcool 70%, deixando sempre o álcool evaporar;
 - ✓ O manuseio do aparelho está descrito no manual do mesmo.

Observação: Vide a descrição da técnica da coleta de glicemia capilar no RN e no Adulto nos protocolos de enfermagem nº 17 e 18.

10.2. ADMINISTRAÇÃO DA VITAMINA K₁ (KANAKION)

- INDICAÇÃO: anti-hemorrágico. Profilático e terapêutico da Doença Hemorrágica do RN (DHRN).
- COMPOSIÇÃO: vitamina k1 (fitomenadiona).
- POSOLOGIA: 1mg por dose intramuscular, logo após o nascimento.



- APRESENTAÇÃO: ampolas de 1 ml com 10mg por ampola.
- CONTRAINDICAÇÃO: é absolutamente contraindicada a administração intravenosa.
- DOSE DE APLICAÇÃO: 0,1ml da ampola de 1 ml sem diluição (PURO).
- UTILIZAR SERINGA DE 1 ML: (insulina – tuberculina) e agulha 13 x 4,5
- CÁLCULO: $1\text{ml} = 10\text{mg}$
 $X\text{ml} = 1\text{mg}$
 $10x = 1$
 $X = 1/10 \quad X = 0,1\text{ml} = 1\text{mg. (administrar 0,1ml da solução).}$
- LOCAL DE APLICAÇÃO: região do terço médio do vasto lateral esquerdo. Local de aplicação da vacina de hepatite B: vasto lateral direito.
- AGENTE: auxiliar de enfermagem do C.C.O

10.3. BANHO DO RECÉM-NASCIDO

Deve ser dado na gôndola do berço do próprio RN. Após o banho higienizar a gôndola e acomodar o RN.

CUIDADOS IMPORTANTES DURANTE O PROCEDIMENTO DO BANHO:

- O banho deve ser rápido e menos estressante possível.
- A gôndola do berço onde será dado o banho deverá estar cheia de água para que o RN tome um banho de imersão.
- O RN deve ser sempre manipulado suavemente de forma que seja mantido em postura de flexão.



- O RN deve ser pesado, envolvido em um cueiro e em seguida deve ser dado o banho.

Observação: Vide a descrição da técnica do procedimento (Banho do RN) no protocolo de enfermagem nº 38 e 39.

10.4. CURATIVO DO COTO UMBILICAL

Os recém-nascidos receberão cuidados visando à antissepsia e a mumificação do coto umbilical usando solução de álcool a 70%, ficando o curativo aberto.

10.4.1. PROCEDIMENTO PARA CURATIVO DO COTO UMBILICAL

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Examinar as condições do coto umbilical: pesquisa de uma artéria e duas veias, aspecto de involução e mumificação, sangramentos, aspecto e cor da pele ao redor do coto umbilical, detectando sinais de infecção;
- Aplicar o álcool a 70% com algodão na região amniocutânea e na cruenta, evitando que escorra o antisséptico pela pele do abdômen;
- Rebater o coto para cima, evitando que, quando para baixo se umedeça com fezes e urina;
- Desprezar o algodão no resíduo infectante;
- Higienizar as mãos;
- Fazer anotação de enfermagem relatando o aspecto do coto umbilical, assinar e carimbar.



Observação: Vide a descrição da técnica do procedimento no protocolo de enfermagem nº 55.



11. ORIENTAÇÕES ÀS PUÉRPERAS

- As 2as, 4as e 6as feiras, no horário das 13h30min às 14h00min, as mães são reunidas na sala de convivência do Alojamento Conjunto e recebem orientações referentes à amamentação. Estas orientações são proferidas pelos enfermeiros do setor e após breve explanação do assunto, as eventuais dúvidas são sanadas. O intuito destes encontros é capacitar a puérpera para que após a alta hospitalar, a mesma tenha segurança de continuar amamentando e cuidando do seu filho.

- As 3as e 5as feiras, no horário das 13h30min às 14h00min as mães são reunidas na sala de convivência do Alojamento Conjunto e recebem orientações referentes à alta hospitalar, feitas pelo Grupo de Alta. Este grupo é composto por uma equipe multiprofissional (enfermeiros, neonatologistas, psicólogos, nutricionistas, assistente social e fonoaudiólogo) e tem como objetivo orientar os cuidados com o RN.

Os temas abordados são:

Enfermeiros: banho do RN, o uso da roupa adequada no RN de acordo com o clima, horário e tempo adequado do banho de sol, limpeza do coto umbilical, posição do RN no berço, perda aceitável de peso do RN de até 10%, identificação dos sinais de infecção na incisão cirúrgica, cuidados de higiene do binômio, sangramento proveniente da loquiação, tempo de retirada dos pontos da incisão cirúrgica, repouso relativo e abstinência sexual de 30 a 40 dias, reconhecimento dos sinais e sintomas de mastite e/ou infecção hospitalar e o retorno imediato ao PSO da Instituição, uso da cinta a partir do 2º dia pós-parto, restrição ao uso de química no cabelo durante a amamentação; importância do retorno na UBS nas consultas de puerpério e do RN, incentivo do retorno ao



Ambulatório do Umbigo, assiduidade no esquema vacinal do RN e importância de fazer a Certidão de Nascimento do RN na Instituição.

Neonatologista: observação dos sinais e sintomas do RN fora dos padrões da normalidade, assiduidade nas consultas de puericultura e no cumprimento do esquema vacinal.

Fonoaudiólogo: a posição do RN para amamentação e cuidados com a mama.

Psicóloga: a importância do vínculo afetivo mãe-bebê.

Assistente Social: direitos à licença maternidade e paternidade.



12. TRANSFERÊNCIAS

12.1. DA PUÉRPERA:

A mãe é transferida para Clínica Ginecológica nos seguintes casos:

- Infecção puerperal;
- Morte do RN.

A mãe é transferida para o Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) nos seguintes casos:

- Sangramento intenso;
- Cefaléia Pós-Raqui.

A mãe é transferida para a Recuperação Pós Anestésica (RPA) e ou UTI nos seguintes casos:

- Desequilíbrio hemodinâmico.

AGENTE	AÇÃO
Enfermeiro do Alojamento Conjunto	- Contata o enfermeiro da Clínica Ginecológica, do CCO ou da UTI para verificar a disponibilidade da vaga; - Registra a transferência da paciente no prontuário.
Auxiliar de Enfermagem	- Transporta a paciente para o setor determinado.
Auxiliar Administrativo	- Realiza a transferência inter setorial no HOSPUB e KARDEX.



12.2. DO RECÉM-NASCIDO

O Recém-Nascido é transferido para a Unidade Neonatal após avaliação médica. O enfermeiro do Alojamento Conjunto comunica o enfermeiro da Unidade Neonatal da transferência do mesmo e as condições clínicas do RN.

AGENTE	AÇÃO
Enfermeiro do Alojamento Conjunto	<ul style="list-style-type: none">- Contata o enfermeiro da Unidade Neonatal para verificar a disponibilidade da vaga;- Registra a transferência da paciente no prontuário.
Auxiliar de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Transporta o RN para a Unidade Neonatal.
Auxiliar Administrativo	<ul style="list-style-type: none">- Realiza a transferência inter setorial no HOS PUB e KARDEX.



13. ALTA HOSPITALAR

Puérpera:

- Parto normal: 48 horas de internação;
- Parto Fórceps: 60 horas de internação;
- Parto Cesárea: 72 horas de internação.

Recém-nascido:

- Após 48 horas de vida.

AGENTE	AÇÃO
Enfermeiro	- Orienta a puérpera com relação ao retorno da consulta, receitas médicas e auto cuidado.
Auxiliar de Enfermagem	- Preenche a folha de identificação do RN; - Confere se foi realizado o teste do pezinho, do ouvido, do reflexo vermelho e vacinas (Hepatite B e BCG); - Entrega á puérpera uma cópia do resumo de alta Neonatal e da puérpera, uma cópia da identificação do RN e a carteira de vacinação do RN; - Entrega a receita das medicações prescritas; - Checar se o RN foi registrado na Instituição.
Auxiliar Administrativo	- Entrega o aviso de alta à puérpera; - Realiza a alta no HOS PUB e KARDEX (censo).



13.1. ORIENTAÇÕES PARA ALTA DO BINÔMIO

São condições para alta do Binômio:

- Exame de P.K.U. (exame do pezinho): realizado com 48hs de vida do RN;
- Resultados de exames da puérpera (tipagem sanguínea, sorologias);
- Realização do Exame de Reflexo Vermelho do RN;
- Teste da orelhinha do RN;
- Vacinas BCG e Hepatite B no RN e a Tríplice Viral na Puérpera;
- Conferir se a prescrição médica está carimbada e assinada;
- Conferir se está preenchido o resumo de alta, carimbado e assinado;
- Checar certidão de Nascimento ou DNV.

13.1.1. ORIENTAÇÕES PARA A PUÉRPERA

- Retirada de pontos: A puérpera é encaminhada para retirada dos pontos da cirurgia na UBS em que realizou o seu pré-natal 8 a 10 dias após o parto, com agendamento prévio da Mãe Paulistana. Caso a mesma tenha realizado o seu pré-natal no Hospital, é orientada a comparecer no Ambulatório da Instituição, ou na UBS mais próxima da sua residência conforme agendamento prévio. Não se esquecer de entregar o documento para a puérpera com a formalização do seu retorno na UBS.
- Medicações: Orientar horários, dosagens, etc., fornecer a receita em duas vias para retirada do medicamento na farmácia do hospital.
- Amamentação: Orientar quanto ao plantão Tira Dúvidas sobre amamentação, que existe no hospital e funciona de 2ª à 6ª feira das 08 às



17hs no ambulatório, e aos sábados, domingos e feriados no P.S.O. (Pronto Socorro Obstétrico).

- Retorno ambulatorial: Orientar quanto à importância da consulta pós-parto na UBS de origem. As puérperas que realizaram o pré-natal na UBS são feitos um pré-agendamento pela Mãe Paulistana nas unidades de origem 10 dias após o parto, sendo encaminhado via e-mail às UBS. No momento da alta é fornecido o resumo obstétrico, devolvido o cartão de acompanhamento ambulatorial e todos os exames realizados fora do hospital.

- Comunicado de Alta: Fornecer comunicado de alta preenchido e assinado, especificando se está saindo com o RN. Tal documento que deverá ser entregue na portaria do hospital.

13.1.2. ORIENTAÇÕES PARA O RN:

- Conferir a prescrição médica e identificações do recém-nascido e carimbar;
- Orientar quanto aos encaminhamentos para acompanhamento e medicações, quando necessário;
- Orientar a retirada do resultado do exame do pezinho;
- Reforçar quanto ao registro do RN que pode ser feito no Hospital por funcionários do Cartório, caso o mesmo ainda não esteja registrado.
- Fornecer a puérpera o resumo Neonatal, conferir e entregar a carteira de vacinação.
- Orientar quanto ao retorno no ambulatório do umbigo, conforme agendamento prévio efetuado pela Mãe Paulistana entre 5 a 7 dias após a alta.



- Orientar quando à consulta de puericultura na UBS 15 dias após o nascimento, conforme agendamento prévio da Mãe Paulistana.
- Orientar quanto à importância do acompanhamento de puericultura na Unidade Básica de Saúde.



14. CHECK LIST PRONTUÁRIO

Após a alta hospitalar, o AGPP realiza um check list no prontuário. São conferidos todos os registros da internação e verificado se estão preenchidos adequadamente, carimbados e assinados pelo profissional executante. Nos casos de não conformidade, o prontuário permanece no setor para correção e adequação dos registros pelo profissional executante do procedimento. Após correção, o AGPP relaciona estes prontuários e encaminha ao SITEC (Serviço de Informações Técnico Científicas).





15. LIMPEZA DA UNIDADE

O serviço de limpeza de um hospital tem particular importância no controle das infecções hospitalares, por garantir a higiene das áreas e artigos do hospital, reduzindo assim as infecções cruzadas. Na medida em que estas infecções podem ser a consequência da exposição ao ambiente contaminado, através da poeira mobiliária, equipamentos e outros. Uma higiene ambiental eficiente é fundamental para a diminuição das infecções.

Este capítulo tem por finalidade nortear as ações nesta área, também considerada de apoio à prevenção e ao controle das infecções hospitalares. Desta forma, tem a preocupação de oferecer aos profissionais desta instituição informações a serem acrescentadas ao seu acervo de conhecimentos, que possibilitem a vigilância das ações executadas pela empresa contratada para a higiene e, principalmente, uma maior segurança no ambiente hospitalar.

15.1. DEFINIÇÕES DE TERMOS

ÁREA CRÍTICA: Local que oferece maior risco de transmissão de infecção seja pela baixa resistência do paciente ou pelas atividades desenvolvidas. Exemplo: Bloco Cirúrgico.

CONCEITOS DE LIMPEZA: A limpeza é o processo de localizar, identificar, conter, remover e se desfazer de forma adequada, substâncias indesejáveis, ou seja, poluentes de uma superfície ou ambiente. Em outra definição, limpeza é a remoção de qualquer corpo indesejável, visível ou não, de uma superfície, sem alteração das características originais do item



que está sendo limpo, e onde o processo utilizado não seja nocivo ao meio ambiente.

LIMPEZA HOSPITALAR: É o processo de remoção de sujidades mediante a aplicação de ação ou energia química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo. Consideraremos como limpeza hospitalar a limpeza das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diversas áreas hospitalares, o que inclui pisos, paredes, janelas, mobiliários, instalações sanitárias, sistemas de ar condicionado e caixas d'água.

LIMPEZA DIÁRIA OU CONCORRENTE: É a limpeza feita nas superfícies hospitalares mais freqüentemente utilizadas enquanto ocupadas por pacientes. Pode ser realizada mais de uma vez por dia, quando necessário.

LIMPEZA TERMINAL: É a limpeza que abrange todas as superfícies (teto, parede, piso e mobiliário). Pode ser feita após alta, óbito ou transferência do paciente, após o término do turno de trabalho, ou conforme protocolo previamente estabelecido (semanal, quinzenal, mensal, etc.).

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A LIMPEZA:

- Unidirecional (não realizar movimentos de vai e vem);
- De cima para baixo;
- Do mais distante para o mais próximo;
- De dentro para fora;



- De trás para frente;
- Do mais limpo para o mais sujo.

DESINFECÇÃO: Destruição de microorganismos, exceto os esporulados, pela aplicação de meios físicos ou químicos, em artigos ou superfícies.

DESINFECÇÃO CONCORRENTE: É a desinfecção feita após a limpeza concorrente.

DESCONTAMINAÇÃO: Procedimento realizado nos casos de extravasamento de matéria orgânica (sangue, secreções, excrementos).

DESINFECÇÃO TERMINAL: É a desinfecção feita após a limpeza terminal.

DEGERMAÇÃO: Remoção ou redução de microorganismos da pele, seja por meio de limpeza mecânica (sabão com escovação), seja por meio de agentes químicos (antissépticos).

ASSEPSIA: Processo que permite afastar os germes patogênicos de um local ou objeto.

15.2. PRODUTOS DE LIMPEZA

15.2.1. CONCEITOS

Sabões / detergentes: são solúveis em água, contém tensoativos em sua formulação, com a finalidade de emulsificar e facilitar a limpeza.

Germicidas: são agentes químicos que inibem ou destroem os microorganismos, podendo ou não destruir esporos. São classificados em: esterilizantes, desinfetantes e antissépticos.

Desinfetantes: são germicidas de nível intermediário de ação, não são esporicidas.



15.2.2. PRODUTOS UTILIZADOS

- Água;
- Detergente;
- Cloro orgânico;
- Álcool;
- Hipoclorito de Sódio.

PRODUTO	DILUIÇÃO	UTILIZAÇÃO	TEMPO DE AÇÃO
Detergente ou Sabão neutro	De acordo com orientação do fabricante	Indicado na limpeza de superfícies, (concorrente e terminal).	Imediato
Cloro Orgânico	Usar na forma líquida: diluir 300grs do produto para 10 litros de água (3%).	Desinfecção de sanitários e descontaminação de superfícies.	10 minutos
Álcool	Utilizado na concentração de 70%	Indicado na desinfecção de mobiliários em geral e equipamentos permanentes	Imediato
Hipoclorito de Sódio	Utilizado na concentração de 1%	Indicado na desinfecção de: teto, paredes, pisos e outras superfícies fixas.	10 minutos



15.3. PERIODICIDADE DE LIMPEZA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Após a alta de cada paciente, é realizada a limpeza terminal conforme protocolo da limpadora validado pelo SCIH do Hospital. Esta limpeza contempla os seguintes itens: cama do paciente, criado mudo, poltrona e cadeira de amamentação. A enfermagem realiza a limpeza do berço com sabão neutro e água.

As enfermarias são temporariamente interditadas para a realização da limpeza terminal (piso, parede e todos os mobiliários). Esta limpeza ocorre em sistema de rodízio a fim de viabilizar o funcionamento do setor, de modo que ao final da semana todas as enfermarias passaram por limpeza terminal.

Nas enfermarias em que a limpeza terminal não ocorre naquele dia, é efetuado uma limpeza concorrente. Nas demais dependências, a limpeza terminal ocorre conforme cronograma abaixo:

LOCAL	DIAS
Corredores	Sábados
Sala de Convivência	Sábados
Sala do RN	3 ^{as} feiras
Sala de Medicação	4 ^{as} feiras





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício profissional de enfermagem e outras providências. Publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 26.06.86. Seção I - fls. 9.273 a 9.275.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – Coordenação Materno-Infantil. Manual de Assistência ao Recém-Nascido. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 1994.
3. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem; 2007.
4. NANDA INTERNATIONAL; Tradução Regina Machado, Diagnóstico de enfermagem: Definições e Classificações 2009-2011. Porto Alegre – RS; Ed. Artmed Editora S.A – 2009.





ANEXOS





ANEXO I

ABREVIações MAIS UTILIZADAS E PADRONIZADAS NA INSTITUIÇÃO

• GERAIS:

ABREVIÇÃO	DEFINIÇÃO
AIG	ADEQUADO PARA IDADE GESTACIONAL
BCF	BATIMENTO CARDIO FETAL
CCG	CUIDADOS CONTROLES GERAIS
CPE	CONFORME PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CPM	CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA
CTB	CARDIO TOCOGRAFIA BASAL
CTG	CURETAGEM UTERINA
CVP	CATETER VENOSO PERIFÉRICO
DHEG	DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO
DLE	DECÚBITO LATERAL ESQUERDO
DM1	DIABETES MELLITUS TIPO I
DM2	DIABETES MELLITUS TIPO II
DMG	DIABETES MELLITUS GESTACIONAL
DPP	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA
DU	DINÂMICA UTERINA
EMLD	EPISIOTOMIA MEDIANA LATERAL DIREITA
EMLE	EPISIOTOMIA MEDIANA LATERAL ESQUERDA
G_P_A	GESTAÇÃO/PARIDADE/ABORTO



GIG	GRANDE PARA IDADE GESTACIONAL
HB	HEMOGLOBINA
HG	HEMOGRAMA
ILA	ÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO
ITU	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO
LCGG	LÍQUIDO CLARO COM GRUMOS GROSSOS
LT	LAQUEADURA TUBÁREA
MEC	MECÔNIO
MF	MOVIMENTOS FETAIS
MFF	MÁ FORMAÇÃO FETAL
MMII	MEMBROS INFERIORES
MMSS	MEMBROS SUPERIORES
MSD	MEMBRO SUPERIOR DIREITO
MSE	MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
MID	MEMBRO INFERIOR DIREITO
MIE	MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
PA/P/T	PRESSÃO ARTERIAL/PULSO/TEMPERATURA
PC	PARTO CESÁREA
PE	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Pect	PRENHEZ ECTÓPICA
PF	PARTO FORCEPS
PF	PLANEJAMENTO FAMILIAR
PIG	PEQUENO PARA IDADE GESTACIONAL
PM	PRESCRIÇÃO MÉDICA
PN	PARTO NORMAL
PP	PLACENTA PRÉVIA
PPct	PLACENTA PRÉVIA CENTRO TOTAL



PTN	PROTEINÚRIA
RCIU	RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO
RN	RECÉM-NASCIDO
RPM	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
SND	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
SS	SERVIÇO SOCIAL
TVP	TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
USG	ULTRASSONOGRAFIA
VV	VIA VAGINAL





ANEXO II

Diagnósticos de Enfermagem mais utilizados na Instituição

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

• DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM GERAL - ADULTO

Diagnóstico: **PADRÃO DE SONO PREJUDICADO**

Definição:

Interrupções da quantidade e da qualidade do sono, limitadas pelo tempo, decorrentes de fatores externos.

Características definidoras:

Mudança no padrão normal de sono; Queixas verbais de não se sentir bem descansado; Relatos de dificuldades para dormir.

Fatores Relacionados:

Falta de privacidade/ controle do sono; Iluminação; Imobilização física; Interrupções (motivos terapêuticos, monitoramento, exames laboratoriais); Responsabilidade de cuidado.

Diagnóstico: **ANSIEDADE**

Definição:

Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhados por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um



perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Características Definidoras:

Agitação; Insônia; Nervosismo; Preocupação; Tendência a culpar outros; Consciência dos sintomas fisiológicos; Confusão; Preocupações expressas em razão de mudança em eventos da vida.

Fatores Relacionados:

Mudança na função do papel; Mudança no estado de saúde; Ameaça de morte.

Diagnóstico: AUTONEGLIGÊNCIA

Definição: Conjunto de Comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado, em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceito (Gibbons, Lauder e Ludwick, 2006).

Características Definidoras:

Higiene pessoal inadequada; Falta de adesão às atividades de saúde.

Fatores Relacionados:

Abuso de Substância; Depressão; Medo de internamento; Prejuízo cognitivo; Transtorno da personalidade; Transtorno Obsessivo – compulsivo.

Diagnóstico: RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL

Definição:

Risco de variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos parâmetros normais.



Fatores de Risco:

Gravidez; Aumento de peso; Falta de controle do diabetes; Falta de adesão ao controle do diabetes; Monitoração inadequada da glicemia.

Diagnóstico: NUTRIÇÃO DESIQUILIBRADA: MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS

Definição:

Ingestão de nutrientes que excede às necessidades metabólicas.

Características Definidoras:

Comer em respostas a estímulos internos que não há fome (ex: ansiedade); Padrão de alimentação disfuncional (p. ex., associa comida com outras atividades).

Fatores Relacionados:

Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas.

Diagnóstico: NUTRIÇÃO DESIQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS

Definição:

Ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas.

Característica Definidora:

Cólicas abdominais; Dor abdominal; Falta de interesse na comida; Relato de ingestão inadequada de alimentos.

Fatores Relacionados:

Fatores Psicológicos, fatores econômicos.



Diagnóstico: NÁUSEA

Definição:

Uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar.

Características definidoras:

Relato de náusea; Salivação aumentada; Sensação de vômito.

Fatores de Risco:

Dor; Distúrbios bioquímicos; Gravidez; Irritação gástrica; Ansiedade; Fatores Psicológicos.

Diagnóstico: DOR AGUDA

Definição:

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real, potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo de Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.

Características Definidoras:

Comportamento expressivo (agitação, gemido, choro, vigilância, irritabilidade, suspiros); Expressão facial (olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta); Relato verbal de dor, Evidência observada de dor, Mudanças na frequência cardíaca; Mudança na frequência respiratória.

Fatores Relacionados:

Agente Lesivo (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).



Diagnóstico: HIPERTERMIA

Definição:

Temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais.

Características Definidoras:

Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais; Calor ao toque; Convulsões; Pele avermelhada; Taquicardia; Taquipneia.

Fatores Relacionados:

Aumento da taxa metabólica; Desidratação; Doença; Medicamentos.

Diagnóstico: HIPOTERMIA

Definição:

Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.

Características Definidoras:

Hipertensão; Palidez; Pele fria; Preenchimento capilar lento; Taquicardia; Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.

Fatores Relacionados:

Consumo de álcool; Desnutrição; Diminuição da taxa metabólica; Doença; Medicamentos.

Diagnóstico: INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

Definição:

Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecido subcutâneo.

Características Definidoras

Tecido destruído; Tecido lesado.

Fatores relacionados

Déficit de líquido; Excesso de líquidos; Extremos de temperatura; Fatores Mecânicos (pressão, abrasão, fricção); Radiação; Mobilidade física



prejudicada; Lesão cirúrgica.

Diagnóstico: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Definição:

Epiderme e/ou derme alteradas.

Característica Definidora:

Destruição de camada da pele; Rompimento de superfície da pele.

Fatores relacionados:

Fatores mecânicos (p.ex., forças abrasivas, pressão, contenção); Hipertermia; Hipotermia; Medicamentos; Estado metabólico prejudicado; Pele úmida; Radiação; Umidade; Circulação prejudicada; Déficit imunológico; Proeminências ósseas.

Diagnóstico: RISCO DE INFECÇÃO

Definição:

Risco aumentado de ser invadido por organismo patogênico.

Fatores de risco:

Defesa primária inadequada (pele rompida, tecido traumatizado); Defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina, leucopenia, supressão da resposta inflamatória); Procedimentos invasivos; Ruptura prematura de membranas amnióticas; Ruptura prolongada de membranas amnióticas; Desnutrição; Trauma; Imunidade adquirida inadequada; Imunossupressão.

Diagnóstico: RISCO DE SANGRAMENTO

Definição:

Risco de redução no volume de sangue capaz de comprometer a saúde.



Fatores de Risco:

Complicações pós-parto (atonía uterina, placenta retida); Complicações relativas à gravidez (placenta prévia, gravidez molar, descolamento da placenta); Efeitos secundários relacionados ao tratamento (cirurgia).

Diagnóstico: RISCO DE QUEDA

Definição:

Suscetibilidade aumentada para quedas que possam causar danos físicos.

Fatores de Risco:

Quarto não familiar; Condições pós-operatórias; Equilíbrio prejudicado; Hipotensão Ortostática; Mobilidade física prejudicada.

Diagnóstico: VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO

Definição:

Retenção aumentada de líquidos isotônicos.

Características Definidoras:

Agitação; Alterações na pressão arterial; Edema; Congestão pulmonar; Dispnéia; Ganho de peso em um curto período, Hematócrito diminuído, Hemoglobina diminuída.

Fatores Relacionados:

Mecanismos reguladores comprometidos.

Diagnóstico: DISTÚRPIO NA IMAGEM CORPORAL

Definição:

Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa.

Características Definidoras:

Comportamentos de evitar o próprio corpo; Sentimentos negativos em



relação ao corpo; Resposta não verbal a mudanças percebidas no corpo (p.ex. aparência, estrutura ou função); Resposta não verbal a mudanças reais no corpo (p.ex. aparência, estrutura ou função); Verbalização de percepções que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função; Verbalização de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo (p.ex. aparência, estrutura ou função).

Fatores Relacionados:

Cirurgia; Doença; Mudanças desenvolvimentais;

Diagnóstico: FADIGA

Definição:

Uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalhos físicos e mentais no nível habitual.

Características Definidoras:

Aumento de queixas físicas; Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca; Cansaço; Introspecção; Letárgico.

Fatores Relacionados:

Gravidez; Depressão; Ansiedade; Anemia; Estresse.

Diagnóstico: RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A OUTROS

Definição:

Risco de apresentar comportamentos nos quais o indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a outros.

Fatores de Risco:

Complicações perinatais; Complicações pré-natais; Comportamento suicida; História de abuso de substâncias; História de testemunhar



violência na família; História de violência contra outros; Impulsividade; Sintomatologia psicótica.

Diagnóstico: RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO

Definição:

Risco de apresentar comportamentos nos quais o indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a si mesmo.

Fatores de Risco:

Falta de recursos pessoais e sociais; História de múltiplas tentativas de suicídio; Indícios verbais; Problema de saúde mental (p.ex.: depressão grave, psicose, transtorno da personalidade grave, alcoolismo ou abuso de drogas); Problemas emocionais.

Diagnóstico: ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA

Definição:

Disfunção na eliminação de urina.

Características Definidoras:

Disúria; Hesitação urinária (dificuldade/ demora a iniciar a micção); Incontinência; Frequência (poliúria); Retenção urinária; Urgência urinária.

Fatores Relacionados:

Infecção no trato urinário; Múltiplas causas; Dano sensório-motor; Obstrução anatômica.

Diagnóstico: CONSTIPAÇÃO

Definição:

Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes



excessivamente duras e secas.

Características definidoras:

Abdome distendido; Dor à evacuação; Dor abdominal; Eliminação involuntária de fezes líquidas; Esforço para evacuar; Incapacidade de eliminar fezes; Fezes duras e formadas; Flatulência grave; Macicez à percussão abdominal; Mudanças nos ruídos abdominais; Mudança no padrão intestinal; Presença de fezes no reto; Pressão abdominal aumentada.

Fatores Relacionados:

Gravidez; Desequilíbrio eletrolítico, Motilidade do trato gastrointestinal diminuída, Agentes anti-inflamatórios não esteróides; Agentes antilipêmicos; Anticonvulsivantes; Antidepressivos; Dose excessiva de laxantes; Fenotiazinas; Opiáceos; Simpatomiméticos.

• DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - OBSTETRÍCIA

Diagnóstico: **DISPOSIÇÃO PARA PROCESSO DE CRIAÇÃO DE FILHOS MELHORADO**

Definição:

Padrão de preparo, manutenção e melhoria da gestação e do processo de nascimento saudáveis e dos cuidados do recém-nascido.

Características Definidoras:

Busca dos conhecimentos necessários (p.ex. trabalho de parto e nascimento, cuidado do recém-nascido); Demonstração de respeito pelo bebê que ainda não nasceu; Preparação dos itens necessários de cuidado do recém-nascido; Relato de estilo de vida pré-natal apropriado; Visitas regulares no pré-natal; É pró ativa no trabalho de parto e no nascimento;



Reage de forma adequada ao início do trabalho de parto; Demonstra comportamento de vínculo com o bebê; Demonstra cuidado adequado das mamas; Demonstra técnicas apropriadas para alimentar o bebê.

Diagnóstico: RISCO DE DÍADE MÃE/FETO PERTURBADA

Definição:

Com risco de rupturas da díade simbiótica mãe/feto em consequência de comorbidade ou condições relacionadas à gestação.

Fatores de Risco:

Abuso de substância (p. ex. tabaco, álcool, drogas); Complicações da gestação (p. ex. rompimento prematuro de membranas, placenta prévia ou deslocamento, cuidado pré-natal tardio, múltiplas gestações); Efeitos secundários relativos ao tratamento (p.ex. medicamentos, cirurgia, quimioterapia); Metabolismo da glicose prejudicado (p.ex. diabete, uso de esteróides); Transporte de O₂ comprometido (p.ex. anemia, doença cardíaca, asma, hipertensão, convulsões, trabalho de parto prematuro, hemorragia).

• DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - PUÉRPERA

Diagnóstico: DISPOSIÇÃO PARA PATERNIDADE OU MATERNIDADE MELHORADA

Definição:

Um padrão de provimento de ambiente para os filhos ou outro(s) dependente(s) que é suficiente para apoiar o crescimento e o desenvolvimento e que pode ser reforçado.

Características Definidoras:



Expressa desejo de melhorar a paternidade/maternidade; Necessidades de outro(s) dependentes(s) atendidas (p. ex. físicas e emocionais); Necessidades dos filhos atendidas (p. ex. física e emocionais); Apoio emocional aos filhos.

Diagnóstico: RISCO DE PATERNIDADE OU MATERNIDADE PREJUDICADA

Definição:

Risco de incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança.

Fatores de risco:

Conflitos temperamentais em relação às expectativas dos pais; Doença; Baixo nível ou desenvolvimento educacional; Falta de conhecimento sobre a manutenção da criança; Falta de conhecimento sobre as habilidades necessárias aos pais; Falta de conhecimento sobre o desenvolvimento da criança; Falta de preparo cognitivo para paternidade/maternidade; Grande número de gestações; História de uso ou abuso de substâncias; História de doença mental; Falta de cuidado pré-natal; Falta de coesão familiar; Falta de valorização da paternidade/maternidade; Gravidez indesejada; Modelo falho no papel de pai/mãe; Pouca idade dos pais; Pobreza; Mãe solteira.

Diagnóstico: RISCO DE VÍNCULO PREJUDICADO

Definição:

Distúrbio do processo interativo que leva ao desenvolvimento de uma relação recíproca de proteção e cuidado entre pais/pessoas significativa e criança/bebê.



Fatores de Risco:

Abuso de substâncias; Ansiedade associada ao papel de pai/mãe; Conflito do pai/mãe devido à organização comportamental alterada; Incapacidade dos pais de satisfazer às necessidades pessoais; Recém-Nascido doente que é incapaz de iniciar efetivamente contato com os pais devido à organização comportamental alterada; Recém-Nascido prematuro que é incapaz de iniciar efetivamente contato com os pais devido à organização comportamental alterada.

Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO EFICAZ

Definição:

Binômio mãe-filho/família demonstra adequada proficiência e satisfação com os processos de amamentação.

Características Definidoras:

A criança está satisfeita após a mamada; A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de prensão da região areolar-mamilar bem sucedida; Deglutição no peito contínua; Padrão de peso da criança apropriado para a idade; Sinais de liberação de ocitocina; Sucção no peito contínua; Sucção no peito regular; Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação.

Fatores Relacionados:

Confiança Materna; Conhecimento básico sobre amamentação; Estrutura mamária normal; Estrutura oral da criança normal; Idade gestacional da criança superior a 34 semanas.



Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO INEFICAZ

Definição:

Insatisfação ou dificuldade que a mãe, bebê ou criança experimenta com o processo de amamentação.

Características Definidoras:

Ausência de resposta a outras medidas de conforto; Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina; Criança chora ao ser posta ao peito; Criança chora na primeira hora após a amamentação; Descontinuidade da sucção na mama; Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação; Incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente; Oportunidade insuficiente de sugar o peito; Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação; Suprimento de leite inadequado.

Fatores Relacionados:

Ambivalência materna; Anomalia do bebê; Ansiedade materna; Cirurgia prévia da mama; Interrupção na amamentação; Prematuridade; História prévia de fracasso na amamentação; Reflexo de sucção da criança insatisfatória.

Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA

Definição:

Quebra na continuidade do processo de amamentação como resultado de incapacidade ou inconveniência de colocar a criança no peito para mamar.

Características Definidoras:

A criança não recebe nutrição em alguma ou em todas as mamadas; Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno;



Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno;
Separação entre mãe e filho.

Fatores Relacionados:

Contraindicações à amamentação; Doença da criança; Doença da mãe;
Necessidade de desmamar abruptamente a criança; Prematuridade.

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – GINECOLOGIA**

Diagnóstico: **RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA**

Definição:

Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar.

Característica Definidora:

Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica; Relato de desconforto; Relato de dor.

Fatores Relacionados:

Dor; Infecção pós-operatória no local da cirurgia.

Diagnóstico: **DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA**

Definição:

Limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente.

Característica Definidora:

Capacidade prejudicada para andar em aclive, declive, sobre superfícies irregulares, de subir as escadas e percorrer as distâncias necessárias.

Fatores Relacionados:

Capacidade de resistência limitada; Dor; Equilíbrio prejudicado; Medo de cair; Obesidade; Visão Prejudicada.



Diagnóstico: RISCO DE LESÃO

Definição:

Risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo.

Fatores de Risco:

Biológicos (p. ex. nível de imunização da comunidade, microrganismo); Disfunção imune/autoimune; Hipóxia tecidual; Perfil sanguíneo anormal (p. ex. leucocitose/leucopenia, fatores de coagulação alterados, trombocitopenia, anemia falciforme, talassemia, diminuição da hemoglobina).

Diagnóstico: PROTEÇÃO INEFICAZ

Definição:

Diminuição na capacidade de proteger-se contra ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.

Característica Definidora:

Agitação; Alteração na coagulação; Deficiência na imunidade; Fadiga; Imobilidade; Fraqueza; Prejuízo na cicatrização.

Fatores Relacionados:

Distúrbios imunológicos; Perfis sangüíneos anormais (p. ex. leucopenia, trombocitopenia, anemia, coagulação); Tratamentos com medicamentos (p. ex. antineoplásicos, corticosteróides, imunossupressores, anticoagulantes, trombolíticos); Tratamentos (cirurgias, radioterapia, quimioterapia).



• DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - RN

Diagnóstico: DISPOSIÇÃO PARA AUMENTO DA COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DO BEBÊ.

Definição:

Um padrão e modulação dos sistemas de funcionamento fisiológico e comportamental, (isto é, sistema autonômico, motor, de organização do estado, autorregulador e de atenção – interação) em um bebê que é satisfatório, mas pode ser melhorado.

Características Definidoras:

Parâmetros fisiológicos estáveis; Resposta organizada a estímulos sensoriais; Uso de alguns comportamentos autorreguladores; Estados de sono/vigília definidos.

Diagnóstico: COMPORTAMENTO DESORGANIZADO DO BEBÊ.

Definição:

Respostas fisiológicas e neurocomportamentais desorganizadas de um bebê aos estímulos ambientais e/ou humanos.

Características Definidoras:

Arritmias; Bradicardia; Queda da saturação de O₂; Intolerâncias alimentares; Mudança na cor da pele; Taquicardia; Sinais de estresse (p. ex. olhar fixo, agarramento, soluço, tosse, espirro, bocejos, mandíbula frouxa, boca aberta, extensão da língua, regurgitação); Irritabilidade; Reação anormal aos estímulos sensoriais; Capacidade sensorial inadequada; Oscilações dos estados comportamentais; Movimentos descoordenados; Mudança no tônus muscular.



Fatores Relacionados:

Capacidade sensorial inadequada; Excesso de estimulação sensorial; Privação de estímulos sensoriais adequados.

Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO EFICAZ

Definição:

Binômio mãe-filho/família demonstra adequada proficiência e satisfação com o processo de amamentação.

Características Definidoras:

A criança está satisfeita após a mamada; A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de preensão da região areolar-mamilar bem sucedida; Deglutição no peito contínua; Padrão de peso da criança apropriado para a idade; Padrões de eliminação da criança adequados para a idade; Sucção no peito contínua; Sucção no peito regular.

Fatores Relacionados:

Estrutura oral da criança normal; Idade gestacional da criança superior a 34 semanas.

Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO INEFICAZ

Definição:

Insatisfação ou dificuldade que a mãe, bebê ou criança experimenta com o processo de amamentação.

Características Definidoras:

Ausência de resposta a outras medidas de conforto; Criança chora ao posta ao peito; Criança chora na primeira hora após a amamentação; Descontinuidade da sucção na mama; Incapacidade da criança de



apreender a região areolar-mamilar corretamente; Oportunidade insuficiente de sugar o peito; Suprimento de leite inadequado.

Fatores Relacionados:

Anomalia do bebê; Interrupção na amamentação; Prematuridade.

Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA

Definição:

Quebra na continuidade do processo de amamentação como resultado de incapacidade ou inconveniência de colocar a criança no peito para mamar.

Características Definidoras:

A criança não recebe nutrição em alguma ou em todas as mamadas; Separação entre mãe e filho.

Fatores Relacionados:

Contraindicações à amamentação; Doença da criança; Doença da mãe; Necessidade de desmamar abruptamente a criança; Prematuridade.

Diagnóstico: DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

Definição:

Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.

Características Definidoras:

Anormalidade na fase esofágica, segundo estudo da deglutição; Azia; Dor epigástrica; Despertar durante o sono; Hematêmese; Irritabilidade inexplicável perto do horário das refeições; Regurgitação de conteúdos gástricos ou arroto úmido; Respiração com odor ácido; Fechamento incompleto dos lábios; Sialorréia; Sucção fraca resultando em preensão insuficiente da região areolar-mamilar; Vômito no travesseiro;



Anormalidade na fase faríngea; Acúmulo de líquidos nos sulcos laterais;
Alimentos empurrados para fora da boca; Sufocar antes da deglutição;
Refluxo nasal.

Fatores Relacionados:

Doença cardíaca congênita; Anomalias de via aérea superior;
Prematuridade; Anormalidades da laringe; Anormalidades orofaríngeas.

Diagnóstico: RISCO DE QUEDA

Definição:

Suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico.

Fatores de Risco:

Bebê deixado sem vigilância em superfície elevada (p. ex. cama, cômoda).

Diagnóstico: RISCO DE SUFOCAÇÃO

Definição:

Risco acentuado de sufocação acidental (ar disponível para inalação inadequado).

Fatores de Risco:

Falta de precauções/educação para segurança; Sensação olfativa diminuída.

Diagnóstico: RISCO DE SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO BEBÊ

Definição:

Presença de fatores de risco de morte súbita de uma criança com menos de um ano de idade.

Fatores de Risco:

Atrasos no cuidado do pré-natal; Bebês colocados para dormir de bruços;



Bebês colocados para dormir de lado; Excesso de roupas no bebê; Exposição do bebê à fumaça no período pré-natal; Exposição do bebê à fumaça no período pós-natal; Idade do bebê entre 2 a 4 meses; Sexo masculino; Sazonalidade das mortes por síndrome da morte súbita do bebê (outono e inverno); Etnias (p. ex. mãe de descendência africana ou indígena); Baixo peso ao nascer; Prematuridade.

Observação: este diagnóstico está denominado na folha da SAE como Diagnóstico de Enfermagem Código I devido às mães terem acesso ao prontuário do RN e poderem apresentar algum desconforto com o nome do diagnóstico. Este código foi acordado entre a Gerência de Enfermagem juntamente com a equipe de enfermagem e com o COREN.

Diagnóstico: ICTERÍCIA NEONATAL

Definição:

Cor amarelo-alaranjada da pele e das mucosas do neonato que ocorre após 24 horas de vida em consequência de bilirrubina não conjugada na circulação.

Características Definidoras:

Pele amarelo-alaranjada; Perfil sanguíneo anormal (hemólise, bilirrubina sérica total > 2 mg/dL; Distúrbio herdado; Bilirrubina sérica total em variação de alto risco para a idade em nomograma específico); Esclerótica amarelada.

Fatores Relacionados:

Atraso na eliminação das fezes (mecônio); Bebê manifesta dificuldade de realizar a transição à vida extrauterina; Idade do neonato entre 1 e 7 dias; Padrão alimentar não está bem estabelecido; Perda de peso anormal (>7 a 8% em recém-nascido aleitado; 15% em bebê a termo).



Diagnóstico: HIPOTERMIA

Definição:

Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.

Características Definidoras:

Cianose nos leitos ungueais; Palidez, Pele fria; Preenchimento capilar lento; Taquicardia; Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais; Tremor.

Fatores Relacionados:

Desnutrição; Medicamentos; Dano ao hipotálamo.

Diagnóstico: HIPERTERMIA

Definição:

Temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais.

Características Definidoras:

Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais; Convulsões; Pele avermelhada; Taquicardia; Taquipnéia.

Fatores Relacionados:

Aumento da Taxa metabólica; Desidratação; Diminuição da capacidade para transpirar; Doença; Vestimentas inadequadas; Medicamentos.

Diagnóstico: RISCO DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

Definição:

Risco de danos a membranas mucosas, córnea, pele ou tecido subcutâneo.

Característica Definidora:

Tecido destruído; Tecido lesado (p. ex. córnea, mucosas, pele ou tecido subcutâneo).



Fatores relacionados

Déficit de líquido; Extremos de temperatura; Fatores Mecânicos (pressão, abrasão, fricção); Fatores nutricionais (p. ex. déficit ou excesso); Irritantes químicos.

Diagnóstico: RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Definição:

Risco de a pele ser alterada de forma adversa.

Fatores de Risco:

Extremos de idade; Fatores Mecânicos (p. ex. forças abrasivas, pressão, contenção); Hipertermia; Hipotermia; Radiação; Substância química; Umidade; Secreções; Estado nutricional desequilibrado; Mudanças no estado metabólico; Mudanças no turgor da pele.

Diagnóstico: RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL

Definição:

Risco de variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos parâmetros normais.

Fatores de Risco:

Nível de desenvolvimento; Monitoração inadequada da glicemia.

Diagnóstico: RISCO DE INFECÇÃO

Definição: Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.

Fatores de risco:

Defesa primária inadequada (pele rompida, tecido traumatizado); Defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina, leucopenia, supressão da resposta inflamatória); Procedimento invasivo; Ruptura



prematura de membranas amnióticas; Ruptura prolongada de membranas amnióticas, Imunidade adquirida inadequada; Imunossupressão; Agentes farmacêuticos (p.ex. imunossupressores).

Diagnóstico: NÁUSEA

Definição:

Uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar.

Características definidoras:

Deglutição aumentada; Salivação aumentada.

Fatores Relacionados:

Distúrbios Bioquímicos; Doença esofágica; Distensão abdominal; Meningite; Dor.

Diagnóstico: RISCO DE ASPIRAÇÃO

Definição:

Risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas.

Fatores de Risco:

Administração de medicação; Alimentação por sonda; Deglutição prejudicada; Esfíncter esofágico inferior incompetente; Esvaziamento gástrico retardado; Motilidade gastrintestinal diminuída; Presença de sonda endotraqueal; Tubos gastrintestinais; Resíduo gástrico aumentado.



Diagnóstico: DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

Definição:

Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída.

Características Definidoras:

Dispneia; Cianose; Expectoração; Mudança na frequência respiratória; Mudança no ritmo respiratório; Ruídos adventícios respiratórios; Sons respiratórios diminuídos.

Fatores Relacionados:

Infecção; Asma; Doença Pulmonar obstrutiva crônica; Espasmo de vias aéreas; Muco excessivo; Secreção nos brônquios.

Diagnóstico: MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL

Definição:

Atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente do sistema gastrointestinal.

Característica definidora:

Aumento dos resíduos gástricos; Diarréia; Dificuldade de eliminar as fezes; Náusea; Regurgitação; Mudanças nos sons intestinais; Náusea; Resíduo gástrico cor de bÍlis.

Fatores de Risco:

Alimentação enteral; Prematuridade; Intolerância alimentar (p. ex. glúten, lactose).

Diagnóstico: DOR AGUDA

Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de



lesão tissular real, potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo de Dor); Início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.

Características Definidoras:

Comportamento expressivo (agitação, gemido, choro, vigília, irritabilidade, suspiros); Expressão facial (olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta); Dilatação pupilar; Evidência observada de dor, Mudanças na frequência cardíaca; Mudança na frequência respiratória.

Fatores Relacionados:

Agente Lesivo (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

COLEÇÃO DE PROTOCOLOS - HMEC - 2012

MISSÃO

Realizar assistência, ensino e pesquisa da mais alta qualidade em saúde da mulher e do recém-nascido no âmbito do SUS.

VISÃO

Ser um centro interdisciplinar de excelência e referência nacional para o SUS em saúde da mulher e do recém-nascido.

VALORES

- * O orgulho de ser uma instituição pública, confiável, eficiente e resolutiva.
- * O compromisso com uma gestão participativa e favorecedora do desenvolvimento das potencialidades humanas, onde o prazer do trabalho em equipe possa ser fonte de inspiração e crescimento pessoal.
- * A fé no ideal humanista de servir, assumindo decisões clínicas multiprofissionais e interdisciplinares, baseadas na ética e nas melhores evidências científicas, mantendo o espírito sempre aberto a práticas inovadoras.