



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



I
N
T
E
R
N
A
Ç
Ã
O

N
E
O
N
A
T
A
L

MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DA INTERNAÇÃO NEONATAL



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 DA INTERNAÇÃO NEONATAL

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

Daniela Sayuri Misawa
Encarregada de Enfermagem da Internação Neonatal

REVISÃO

Eliana Claudino de Lima
Enfermeira do Núcleo de Qualidade



FICHA DE DESCRIÇÃO / APROVAÇÃO DE MANUAL

NOME DO MANUAL:
MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DA INTERNAÇÃO NEONATAL

Finalidade:

Padronizar os procedimentos relacionados a atividade de enfermagem na Internação Neonatal do HMEC.

DISPONÍVEL:

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

ELABORADO POR:

Nome: Daniela Sayuri Misawa

Função: Encarregada de Enfermagem da Internação Neonatal

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 brilhanismos 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

A Assistência Neonatal vem se especializando e aperfeiçoando cada vez mais ao longo desses anos, garantindo o aumento na sobrevivência dos recém-nascidos de médio e principalmente de alto risco.

A assistência humanizada e especializada realizada na Unidade pela equipe interdisciplinar é de fundamental importância na evolução desses recém-nascidos, proporcionando a melhora na sua qualidade de vida.

Para garantir uma assistência de enfermagem com qualidade é necessário uma padronização de rotinas e procedimentos, e é com tal objetivo que foi elaborado este manual, contendo as principais rotinas e técnicas realizadas na Unidade Neonatal. Este instrumento é de fácil manuseio e interpretação para dirimir as dúvidas surgidas no cotidiano.

Trabalho como este somado ao esforço da equipe resultam em uma assistência de excelência prestada ao RN, garantindo nossa maior recompensa, qualidade de vida futura deste RN junto à sua família.

Daniela Sayuri Misawa - Encarregada de Enfermagem da Unidade Neonatal do HMEC



SUMARIO

| | |
|--|----|
| 1. Unidade Neonatal..... | 1 |
| 1.1. Definição..... | 1 |
| 1.2. Objetivos e Finalidades..... | 1 |
| 1.3. Estrutura Física..... | 1 |
| 1.4. Organograma..... | 2 |
| 1.5. Horário de Funcionamento..... | 2 |
| 1.6. Horário de Visitas e Informações Médicas..... | 2 |
| 2. Unidade Neonatal e a Ética de Enfermagem..... | 5 |
| 3. Programa 5S – Qualidade Total..... | 7 |
| 4. Humanização da Assistência de Enfermagem..... | 9 |
| 4.1 Finalidades do Programa de Humanização..... | 10 |
| 4.2. Protocolo de Manipulação Mínima..... | 11 |
| 5. A Dor na Assistência de Enfermagem: Uma Abordagem Humanizada..... | 13 |
| 6. Competências..... | 19 |
| 6.1. Constituição da Equipe..... | 19 |
| 6.2. Competência do Enfermeiro Encarregado do Diurno/ Enfermeiro Supervisor do Noturno..... | 19 |
| 6.3. Competência do Enfermeiro Assistencial..... | 20 |
| 6.4. Competência do Auxiliar de Enfermagem..... | 22 |
| 6.5. Competência do AGPP/Agente de Apoio Administrativo e/ou Auxiliar de Enfermagem Readaptado..... | 23 |
| 6.6. Competências do Agente de Apoio Assistencial..... | 24 |
| 6.7. Uso do Uniforme..... | 24 |
| 7. Precauções Universais na Unidade Neonatal..... | 27 |
| 7.1. Lavagem das Mãos..... | 27 |
| 7.2. Flora Transitória..... | 27 |
| 7.3. Flora Permanente..... | 27 |
| 7.4. Produtos Utilizados..... | 28 |
| 7.5. Técnica da Lavagem das Mãos..... | 28 |
| 7.6. Secagem das Mãos..... | 28 |
| 7.7. Utilização de Luvas..... | 28 |



| | |
|--|----|
| 7.8. Precauções Padrão..... | 29 |
| 7.9. Precauções Específicas..... | 30 |
| 8. Admissão do Recém-Nascido na Unidade Neonatal..... | 31 |
| 8.1. Exame Físico do Recém-Nascido de Termo..... | 31 |
| 8.2. Admissão do Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Especiais (CE)..... | 33 |
| 8.3. Admissão do Recém-Nascido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)..... | 33 |
| 8.4. Apresentação da Incubadora..... | 36 |
| 9. Desenvolvimento e Avaliação Comportamental do Recém-Nascido..... | 39 |
| 9.1. Diferentes Estados de Consciência no Recém-Nascido..... | 39 |
| 9.2. Comportamentos em Recém-Nascidos que Indicam Retraimento, Desorganização, Aproximação ou Organização..... | 40 |
| 10. Cuidados e Manejos Individualizados..... | 43 |
| 10.1. O que Devemos Ter em Mente no Dia-a-Dia Junto ao Recém-Nascido..... | 43 |
| 10.2. Como Podemos Diminuir o Estresse do Recém-Nascido ao Realizar um Procedimento..... | 43 |
| 11. Sistematização da Assistência de Enfermagem..... | 45 |
| 11.1. Preenchimento Correto da SAE..... | 45 |
| 11.2. Normas para as Anotações de Enfermagem..... | 46 |
| 12. Procedimentos de Enfermagem..... | 49 |
| 12.1. Banho do Recém-Nascido..... | 49 |
| 12.2. Curativo do Coto Umbilical..... | 52 |
| 12.3. Administração da Vitamina K ₁ (Kankion)..... | 54 |
| 12.4. Realização do Teste de Glicemia Capilar..... | 55 |
| 12.5. Punção Venosa..... | 57 |
| 12.6. Preparo da Medicação..... | 60 |
| 12.7. Cuidados de Enfermagem com o Recém-Nascido em Fototerapia..... | 63 |
| 12.8. Cateterismo Umbilical..... | 66 |
| 12.9. Flebotomia..... | 68 |
| 12.10. Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)..... | 69 |



| | |
|--|-----|
| 12.11. Administração de Oxigenoterapia no Recém-Nascido..... | 75 |
| 12.12. Atendimento de Enfermagem ao Recém-Nascido em Apnéia..... | 79 |
| 12.13. Atendimento de Enfermagem na Reanimação e Intubação Neonatal..... | 81 |
| 12.14. Aspiração das Vias Aéreas Superiores (VAS)..... | 83 |
| 12.15. Lavagem Gástrica..... | 84 |
| 12.16. Atendimento de Enfermagem ao Recém-Nascido na Drenagem Torácica..... | 86 |
| 12.17. Exsanguineotransfusão (EST) no Recém-Nascido..... | 89 |
| 12.18. Cuidados na Instalação da Nutrição Parenteral (NPP)..... | 91 |
| 12.19. Diálise Peritoneal no Recém-Nascido..... | 92 |
| 13. Cuidados na Alta Hospitalar..... | 95 |
| 13.1. Preparo dos Pais para Alta Hospitalar do Recém-Nascido de Alto Risco..... | 95 |
| 13.2. Procedimentos no Momento da Alta..... | 96 |
| 14. Cuidados Pós-Morte..... | 97 |
| 15. Limpeza da Unidade..... | 101 |
| 15.1. Definições de Termos..... | 101 |
| 15.2. Produtos de Limpeza..... | 104 |
| 15.3. Periodicidade de Limpeza na Unidade Neonatal..... | 105 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 107 |
| | |
| Anexos..... | 109 |
| ANEXO I..... | 111 |
| ANEXO II..... | 113 |



1. UNIDADE NEONATAL

1.1. DEFINIÇÃO

A Unidade Neonatal oferece assistência ao recém-nascido (RN) de médio e alto risco, promovendo sempre que possível a interação do RN com a família.

1.2. OBJETIVOS E FINALIDADES

- Atender de forma sistematizada e humanizada o Recém-Nascido , e a família, 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;
- Proporcionar um ambiente humanizado ao RN, com diminuição de ruídos e manipulação mínima.

1.3. ESTRUTURA FÍSICA

A Unidade Neonatal é composta por:

➤ Estrutura Interna

- 03 Salas com 4 leitos de Cuidados Especiais;
- 09 Salas com 4 leitos de UTI e Semi Intensiva I;
- 02 Salas com 4 leitos de Semi Intensiva II;
- 01 Conforto dos Residentes Médicos;
- 01 Conforto para Equipe Multiprofissional;
- 01 Conforto para Equipe de Enfermagem;
- 01 CAM (Central de Armazenamento de Materiais);



- 01 DML/ 01 Sala para Resíduos;
- 01 Expurgo;
- 01 Posto de Medicação;
- 02 Banheiros para Funcionários;
 - Estrutura Externa
- 01 Sala da Chefia da Neonatologia;
- 01 Sala da Encarregada de Enfermagem;
- 01 Sala de Limpeza das Incubadoras;
- 01 Copa para Funcionários;
- 02 Banheiros para Pais.

1.4. ORGANOGRAMA

O serviço de enfermagem da Unidade Neonatal é composto por um Enfermeiro Encarregado, Enfermeiros Assistenciais, Auxiliares de Enfermagem, Agente de Apoio e AGPP (Assistente de Gestão de Políticas Públicas). Estando subordinado técnico e administrativamente à Gerência de Enfermagem.

1.5. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

24 horas

1.6. HORÁRIO DE VISITAS E INFORMAÇÕES MÉDICAS

• **Horário de Visitas:** Segunda a Domingo das 10h30 às 11h30, das 14h00 às 16h00 e das 19h30 às 21h00. São autorizadas 2 (duas) visitas por vez, podendo haver revezamento. Salientamos que os visitantes não poderão entrar na Unidade Neonatal, tendo acesso apenas pelo corredor externo.



Crianças a partir de 10 anos poderão entrar desde que acompanhadas de um responsável adulto.

• **Informações Médicas:** só serão fornecidas para os pais e apenas pessoalmente nos horários das 10h30 às 11h30 e das 16h30 às 17h30 de Segunda a Sexta. Aos Sábados e Domingos apenas no período da tarde das 16h30 às 17h30.





2. UNIDADE NEONATAL E A ÉTICA DE ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem da Unidade Neonatal respeita e pratica o Código de Ética de Enfermagem. Trabalhamos com respeito aos RN, pais, 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 do RN, reforçando nossa postura ética e profissional.

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 sintá-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 eliminando ou reformado. Organizando o local de trabalho evitamos desperdícios, eliminamos um monte de material sem utilidades e liberamos espaços para trabalhar mais à vontade, e diminuindo o risco de acidentes.

2º S - ARRUMAÇÃO

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

É simples, identificando e padronizando cada coisa, 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.

3º S – LIMPEZA

O senso de limpeza significa que o mais importante do que limpar é aprender a não sujar limpando as ferramentas e matérias após o uso e



manter limpo o que já está em ordem terá um ambiente de trabalho digno onde todos poderão se sentir bem. Além de causar boa impressão aos clientes e evitar acidentes de trabalho.

4º S – SAÚDE E HIGIENE

Devemos tornar o ambiente de trabalho sempre favorável a saúde e higiene.

E para isso basta respeitar os colegas, usar uniformes limpos, eliminar as condições inseguras, manter a limpeza do refeitório, dos banheiros e dos vestiários. E também difundir sempre materiais educativos sobre saúde e higiene. Só vamos ter um ambiente saudável se zelarmos por ele.

5º S – AUTODISCIPLINA

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, ele é uma questão de cidadania, de respeito ao próximo e a si mesmo. Com ele crescemos e com seres humanos melhoramos nossa qualidade de vida, diminuímos os riscos com acidentes e trabalhamos tranquilamente, e com hábitos corretos vai ficar fácil manter nosso ambiente saudável e digno de respeito.

O importante é insistir na aplicação do programa de tempos em tempos e avaliar os nossos avanços e cada um de nós 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 DA 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 a 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 a 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.

Com a tecnologia e as medidas de prevenção e controle de infecções e a assistência médica e de enfermagem especializadas empregadas na UTI Neonatal, muitos recém-nascidos (RN) de alto risco conseguem sobreviver à fase inicial de suas vidas.



O período de internação destes recém-nascidos pode estender-se por várias semanas ou meses, dependendo de sua gravidade e evolução clínica. É essencial que a família acompanhe o RN durante esta fase para que após a alta seja capaz de cuidá-lo de forma adequada.

Na medida do possível, a integração dos pais na assistência deve ser incentivada por todos os profissionais que atuam na UTI Neonatal, com objetivo de propiciar a formação do vínculo afetivo entre o RN e a sua família.

Humanizar a assistência neonatal é atender de maneira individualizada as necessidades do recém-nascido e de sua família, visando uma alta qualidade de assistência. Independente do resultado, na sobrevivência ou na morte do recém-nascido, a assistência humanizada deve transmitir aos pais o sentimento de solidariedade e respeito aos seus sentimentos.

Pai e Mãe são considerados o foco das influências ambientais sobre seu filho. A integração pais/filho não são intuitivas e resultam de comportamento sócio-econômico condicionado e aprendido.

Avanços tecnológicos e equipes altamente especializadas não substituem os pais para os recém-nascidos. As Unidades Neonatais devem ser estruturadas com permanente lembrança de que lidamos com pequenas vidas que sentem e reagem como pessoas e que têm suas próprias necessidades emocionais.

4.1. FINALIDADES DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO

- Orientar os pais;
- Explicar as normas para as visitas e as medidas para o controle de infecções neonatais;



- Explicar as funções dos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e de toda equipe multidisciplinar;
- Explicar a finalidade dos equipamentos especializados que estão sendo usados nos recém-nascidos;
- Utilizar tom de voz ameno tanto no cuidado direto ao RN como ao se dirigir aos Pais;
- Diminuir o volume de ruídos na Unidade;
- Repetir as informações aos pais, sempre que necessário;
- Reforçar a presença do RN e não da doença ou dos equipamentos;
- Promover a ligação pais/filhos;
- Dar maior segurança aos pais e mais confiança à equipe;
- Incentivar o aleitamento materno;
- Incentivar a Metodologia Canguru;
- Preparar a família para alta hospitalar;
- Preparar a família para a perda do filho;
- Integrar toda a equipe interdisciplinar com o binômio mãe e filho.

4.2. PROTOCOLO DE MANIPULAÇÃO MÍNIMA

Os recém-nascidos são manipulados muitas vezes durante o dia, sem agrupamentos de procedimentos, interrompendo seu sono, desencadeando o estresse. Estudos realizados demonstram que o excesso de manipulação aumenta o risco de infecção, hipoxemia, apnéia, hipertensão intracraniana e alteração do fluxo cerebral. A fim de diminuir estes riscos, foi proposto o Protocolo de Manipulação Mínima, que é mantido por 72H após o nascimento do RNPT (Recém-Nascido Pré Termo) < 1000g. Neste protocolo há horários denominados de horário do



“PSIU”, onde o RN não é manipulado por nenhum profissional, não é realizado nenhum procedimento exceto nos casos de urgência e há uma redução da luminosidade e do nível de ruído local, segue abaixo os horários:

➤ 11:00 H às 12:00 H;

➤ 16:00 H às 17:00 H;

➤ 22:00 H às 23:00 H.

- **Público:** RNPT < 1000g.

- **Medidas:**

- ✓ Manter o RNPT aninhado no leito em decúbito dorsal com coxim de malha tubular em formado circular apoiando a cabeça;

- ✓ Manter umidificação da incubadora aquecida em 80% até o 5º dia de vida;

- ✓ Realizar a troca diária da água da incubadora;

- ✓ Realizar controles de enfermagem (sinais vitais) e rodízio do sensor de oxímetro de 3/3H;

- ✓ Realizar a troca de fralda de 6/6H;

- ✓ Agrupar procedimentos da equipe multiprofissional;

- ✓ Não realizar manobras de fisioterapia e mudança de decúbito;

- ✓ Reduzir a luminosidade e ruídos, respeitando o horário do “PSIU”;

- ✓ Evitar fita adesiva sobre a pele;

- ✓ Realizar banho após uma semana de vida com água morna.



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 norteamento 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 partes 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 crescer em suas grades curriculares, disciplinas que abordem o tema dor, sua mensuração e controle visando uma formação acadêmica mais



humanística e menos biotecnicista.

AÇÕES DA ENFERMAGEM PARA O CONTROLE DA DOR NA UNIDADE NEONATAL

O Enfermeiro da Unidade Neonatal utiliza a escala de NIPS (Escala de Avaliação de Dor no RN e no Lactente) na avaliação objetiva da dor no RN. A NIPS é composta por cinco parâmetros comportamentais e um indicador fisiológico, avaliados antes, durante e após procedimentos invasivos agudos em RN a termo e pré-termo. A maior dificuldade reside na avaliação do parâmetro choro em RN intubados nesse caso, dobra-se a pontuação da mímica facial, sem avaliar o item choro. A escala é aplicada sempre que se registram os sinais vitais. Caso seja detectado dor no RN, são tomadas todas as medidas medicamentosas e não medicamentosas (uso de sacarose - Glicose 25%, contenção e sucção não nutritiva) para o alívio da dor. A decisão a respeito do alívio da dor no RN que precisa de cuidados intensivos deve ser individualizada, mas nunca negligenciada.

ESCALA DE NIPS:

| TABELA NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) | | | | | | |
|--|---------------|------------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|
| MÍMICA FACIAL | CHORO | PADRÃO RESPIRATÓRIO | MEMBROS SUPERIORES | MEMBROS INFERIORES | NÍVEL DE CONCIÊNCIA | CLASSIFICAÇÃO DA DOR |
| 0 - RELAXADA | 0 - AUSENTE | 0 - RÍTMICO REGULAR | 0 - RELAXADOS | 0 - RELAXADOS | 0 - DORMINDO / CALMO | 0 - SEM DOR |
| | 1 - RESMUNGOS | | | | | 1 A 2 - DOR FRACA |
| 1 - CONTRAÍDA | 2 - FORTE | 1 - DIFERENTE AO PADRÃO DE REPOUSO | 1 - FLETIDOS / ESTENDIDOS | 1 - FLETIDOS / ESTENDIDOS | 1 - IRRITADO | 3 A 5 - DOR MODERADA |
| | | | | | | 6 A 7 - DOR FORTE |



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. COMPETÊNCIAS

6.1. CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE

- Enfermeiro Encarregado;
- Enfermeiro Assistencial;
- Auxiliar de Enfermagem;
- AGPP (Assistente de Gestão de Políticas Públicas);
- 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)

- Coordenar tecnicamente as atividades de enfermagem no setor;
- Elaborar em conjunto com os enfermeiros do setor, planos de trabalho, distribuição de pessoal, atendimento à demanda e manutenção da assistência nas 24 horas;
- Orientar, quando necessário, a equipe de enfermagem no desempenho de suas funções;
- Avaliar a assistência prestada, junto à equipe de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem);
- Convocar reuniões com a equipe de enfermagem para análise do serviço, método de trabalho, falhas técnicas, sociabilidade, transmissão de ordens superiores, avisos e informações sobre mudança de rotina;
- Realizar treinamento da equipe;
- Prever e prover recursos materiais de uso do setor;



- Promover a conservação dos aparelhos e equipamentos e solicitar reparos quando necessário;
- Controlar eventuais saídas para outros setores de equipamentos, aparelhos, materiais permanentes e medicações;
- Elaborar escala de plantão, folga e férias;
- Controlar a frequência e a pontualidade dos profissionais de enfermagem;
- Controlar o uso adequado e econômico do material em geral;
- Participar de reuniões com a Gerência de Enfermagem, Diretoria e Equipe Multidisciplinar;
- Apresentar à Gerência de Enfermagem, relatório periódico das atividades do setor;
- Atualizar normas, rotinas, procedimentos e propor medidas que visem o aperfeiçoamento do trabalho e da equipe;
- Proporcionar integração da Unidade Neonatal com os demais serviços do hospital;
- Manter a Gerência de Enfermagem informada sobre ocorrências do serviço, solicitando da mesma quando necessário, as providências cabíveis;
- Acompanhar a assistência prestada pelos Enfermeiros Assistenciais, bem como estar atento a possíveis surtos infecciosos, interagindo junto à SCIH;
- Cumprir os regulamentos do Hospital e seguir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

6.3. COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Receber e passar o plantão em conjunto com a Equipe de



Enfermagem e tomar as providências que julgar necessárias;

- Coordenar as atividades de enfermagem do setor de acordo com a programação estabelecida;
- Elaborar a escala de serviço diário para pessoal de enfermagem;
- Fazer controle de psicotrópico, temperatura da geladeira e checar os carros de emergência em todos os plantões e em todas as salas;
- Zelar pelos materiais e equipamentos, supervisionando o manuseio adequado;
- Auxiliar a equipe de enfermagem no desempenho das atividades, orientando e treinando no que se fizer necessário;
- Avaliar a assistência junto à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;
- Organizar remoções externas e cirurgias oftálmicas, quando necessário;
- Manter atualizado o registro das atividades e das ocorrências em livro próprio;
- Informar à encarregada de enfermagem e toda a equipe do setor sobre as ocorrências do plantão;
- Participar na prevenção e controle da infecção hospitalar;
- Substituir, quando necessário, o Enfermeiro Encarregado conforme determinação prévia da sua chefia imediata;
- Proceder à admissão dos RN no setor;
- Participar da assistência direta aos RN graves, prestando cuidados especiais e acompanhando sua evolução;
- Realizar a passagem do PICC (Cateter central de Inserção Periférica) por Enfermeiros habilitados, garantindo também sua manutenção e evitando possíveis infecções;



- Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as suas fases de acordo com o referencial teórico adotado pela Instituição. São elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem;

- Colaborar na manutenção da organização do setor;
- Participar nas pesquisas, revisar e implementar técnicas à assistência prestada conforme a orientação da sua chefia imediata;
- Participar das reuniões periódicas do setor;
- Participar em trabalhos científicos e congressos;
- Testar protocolos conforme solicitação do serviço;
- Estimular o vínculo mãe/RN, o processo Mãe Canguru e a Amamentação conforme diretriz dos manuais específicos do Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde- Área de Saúde da Criança);
- Participar de forma harmônica dentro da equipe de assistência ao RN;
- Cumprir os regulamentos do Hospital e seguir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

6.4. COMPETÊNCIA DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- Receber e passar o plantão;
- Comunicar ao enfermeiro de plantão a admissão de novo RN;
- Orientar os Pais sobre a importância do uso do avental e a não utilização de celular;
- Comunicar as intercorrências ao enfermeiro de plantão;
- Efetuar a limpeza concorrente nas salas de internação neonatal;
- Verificar os sinais vitais, anotar em impresso próprio e notificar o enfermeiro caso haja alterações;



- Administrar medicamentos conforme a prescrição médica e fazer a checagem com a anotação correspondente;
- Cumprir a prescrição de enfermagem, realizando a checagem correspondente;
- Estimular o vínculo mãe/RN, o processo Mãe Canguru e Amamentação;
- Registrar todos os procedimentos executados;
- Preparar materiais para a execução de atividades médicas e de enfermagem;
- Participar das reuniões de equipe do setor e Gerência de Enfermagem;
- Auxiliar na verificação e controle de materiais e medicamentos;
- Participar de cursos quando designado pela chefia;
- Auxilia no transporte de RN para realização de exames externos;
- Cumprir os regulamentos do Hospital e seguir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

6.5. COMPETÊNCIA DO AGPP / AGENTE DE APOIO ADMINISTRATIVO E/OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM READAPTADO

- Atender ao telefone e fornecer informações administrativas;
- Atualizar o programa Hospub;
- Recepcionar os Pais, orientando quanto à lavagem de mãos, o uso do avental e a proibição de celular na Unidade Neonatal;
- Recepcionar os visitantes, orientando quanto a visualização externa do RN;
- Retirar os avisos afixados no ponto após ciência de todos os funcionários;



- Organizar os impressos do setor;
- Auxiliar na manutenção da organização da unidade;
- Organizar os prontuários conforme o check list;
- Digitar documentos diversos do Setor (escalas, plantões extras, memorandos, etc.);
- Fazer o check list do prontuário no momento da alta ou óbito do RN, verificando se há a identificação, data, assinatura e carimbo dos profissionais nos formulários correspondentes ao Setor;
- Realizar pedidos de impressos e material de escritório.

6.6. COMPETÊNCIAS DO AGENTE DE APOIO ASISTENCIAL

- Realizar periodicamente a higienização das geladeiras de medicamento e de exames laboratoriais;
- Realizar periodicamente a higienização da geladeira da copa e do microondas;
- Realizar a higienização das incubadoras, berços e dos equipamentos hospitalares (suporte de soro, bomba de infusão, etc.) conforme protocolo pré-estabelecido;
- Encaminhar material para a CME (Central de Material Esterilizado);
- Controlar o estoque de material da CME.

6.7. USO DO UNIFORME

Os funcionários de Enfermagem da Unidade Neonatal 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.

Na recepção da unidade os funcionários se paramentam com avental privativo do setor, como medida preventiva à redução de infecção hospitalar.

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

Ainda referente ao uniforme, a 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. PRECAUÇÕES UNIVERSAIS NA UNIDADE NEONATAL

7.1. LAVAGEM DAS MÃOS

O recém-nascido apresenta muita fragilidade ao nascer e somado ao sistema imunológico ainda deficiente, ele torna-se mais susceptível a adquirir infecções. Sendo assim, a lavagem das mãos é a forma mais simples e eficaz de prevenção dessas infecções, uma vez que as mãos dos profissionais e familiares são veículos de transmissão.

7.2. FLORA TRANSITÓRIA

Localiza-se na superfície da pele e é formada por microorganismos que adquirimos no contato com o ambiente, seja ele animado ou inanimado. Têm curto tempo de sobrevivência, elevado potencial patogênico, transmitidos pelo contato e facilmente removidos com a higienização das mãos.

7.3. FLORA PERMANENTE

Localiza-se nos folículos pilosos e glândulas sebáceas. É de remoção difícil, mas com uma boa técnica associado ao uso de antisséptico podemos reduzir sua população a níveis de baixíssimo risco de contaminação. Ao entrar na Unidade Neonatal retirar anéis, pulseiras e relógio. Lavar as mãos antes e após manusear o neonato e/ou dispositivos (escalpes, cateteres intravasculares, conexões e cânulas traqueais), mesmo que enluvados e principalmente entre um neonato e outro.



7.4. PRODUTOS UTILIZADOS

Clorexidine degermante a 2% e álcool gel antisséptico que pode substituir a lavagem das mãos, quando estas não apresentarem sujidade visível, após o uso de luvas ou quando não houve contato com material biológico.

7.5. TÉCNICA DA LAVAGEM DAS MÃOS

Fricção rigorosa em todas as faces das mãos, com atenção especial para os espaços interdigitais, unhas e punhos, durante 40 a 60s.

7.6. SECAGEM DAS MÃOS

Deverá ser feita com papel toalha descartável e com este proceder ao fechamento da torneira, sem que haja contato direto com as mãos higienizadas.

7.7. UTILIZAÇÃO DE LUVAS

• LUVAS PARA PROCEDIMENTOS

- ✓ Peso dos recém-nascidos;
- ✓ Banho dos recém-nascidos;
- ✓ Troca de fraldas;
- ✓ Punção venosa;
- ✓ Passagem de sonda gástrica;
- ✓ Coleta de sangue urina, fezes e secreções;
- ✓ Higiene oral;
- ✓ Curativo do coto umbilical;
- ✓ Realização do teste de glicemia (dextro);
- ✓ Ordenha das mamas das puérperas;



- ✓ Oferecer leite por gavagem;
- ✓ Oferecer leite por copinho;
- ✓ Cuidados pós-morte.

• LUVAS ESTÉRIL CIRÚRGICAS

- ✓ Montagem do circuito do respirador;
- ✓ Aspiração de cânula endotraqueal;
- ✓ Coleta de secreção da cânula endotraqueal;
- ✓ Cateterismo umbilical;
- ✓ Exsanguineotransfusão;
- ✓ Drenagem torácica;
- ✓ Coleta de líquido;
- ✓ Intubação endotraqueal;
- ✓ Flebotomia;
- ✓ Passagem do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC);
- ✓ Laqueadura do cordão umbilical.
- ✓ Curativo da flebotomia;
- ✓ Curativo do PICC;
- ✓ Diálise peritoneal;
- ✓ Passagem de sonda vesical.

7.8. PRECAUÇÕES PADRÃO

São um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento de todos os RN. São elas: higienização das mãos, uso adequado de EPI (equipamento de proteção individual), prevenção de acidentes com artigos perfurocortantes e material biológico.



7.9. PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS

São baseadas nas formas de transmissão das doenças infecciosas e destinadas para pacientes suspeitos, sabidamente infectados ou colonizados por patógenos transmissíveis e de importância epidemiológica.

- **PRECAUÇÕES DE CONTATO:** recém-nascidos suspeitos de infecção ou colonização por microorganismos transmitidos por contato, utilizar sala privativa, luvas, lavagem de mãos, avental de manga comprida e equipamentos individuais para o recém-nascido.

- **PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS:** recém-nascidos com infecção suspeita ou confirmada por microorganismos transmitidos por via respiratória, utilizar sala privativa com portas fechadas, usar máscaras cirúrgicas no caso de gotículas e máscaras N95 no caso de aerossóis.



8. ADMISSÃO DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE NEONATAL

A conferência dos dados de identificação tais como: nº. da pulseira, nome da mãe, sexo, nº. do registro hospitalar, verificação do preenchimento adequado do prontuário, registro no livro de nascimentos e no censo diário são procedimentos obrigatórios na Unidade Neonatal.

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, BSA (Boletim de Silverman-Anderson) e coloração da pele.

Os sinais vitais (temperatura, pulso e respiração) do recém-nascido devem ser verificados assim que o neonato é admitido na unidade. O exame de enfermagem também é realizado, a fim de detectar a presença de malformação ou patologias que exijam providências imediatas. A temperatura ambiente da sala de admissão deverá ser mantida em torno de 26 graus.

8.1. EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO DE TERMO

Dá-se o nome de recém-nascido ao bebê desde a data do nascimento até completar 28 dias de vida. No exame físico são verificados os seguintes aspectos:

- **ALTURA:** o comprimento do recém-nascido em média atinge 47 a 52 cm;
- **PESO:** o peso do recém-nascido em média atinge de 3.0 a 3.5 Kg;
- **CABEÇA:** a circunferência cefálica vai de 33 a 35 cm;
- **FONTANELAS:** são partes moles existentes entre o osso do



crânio e se fecham com o decorrer do crescimento (por volta do oitavo mês de vida);

- **OLHOS:** os olhos dos recém-nascidos 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 Credé);

- **ABDÔMEN:** apresenta-se abaulado devido à hepatoesplenomegalia fisiológica;

- **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, também por passagem de hormônio materno;

- **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 recém-nascido;

- **LANUGO:** é a presença de pelos finos e felpudos que recobrem todo o corpo do recém-nascido, 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.



8.2. ADMISSÃO DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS (CE)

8.2.1. INDICAÇÕES

- Prematuros < 36 semanas e/ou < 2000g;
- Desconforto respiratório;
- Hipoglicemia;
- Hiperglicemia;
- Antibioticoterapia;
- Icterícia precoce;
- Hematócrito elevado;
- Casos sociais;
- Más formações compatíveis com a vida, como lábio leporino e/ou fenda palatina;
- Perda excessiva de peso;
- Dificuldade para mamar.

8.3. ADMISSÃO DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

8.3.1. OBJETIVO

Admitir o recém-nascido proveniente do Centro Obstétrico, preparando-o na maioria das vezes, para a ventilação mecânica, cateterismo umbilical e outros procedimentos que visam manter a sua sobrevivência. A assistência deve ser rápida, eficiente e precisa estabelecer as prioridades de acordo com as necessidades do recém-nascido.

Para que o procedimento atenda aos objetivos propostos, é



necessária a atuação conjunta e harmônica da equipe multidisciplinar. Todo material e equipamento deve ser previamente testado e estar preparado para ser usado imediatamente, evitando-se assim o desgaste emocional e físico da equipe e o uso indevido do tempo para o atendimento emergencial.

São suficientes quatro pessoas para o atendimento, geralmente pessoas excedentes acabam por desordenar a atuação da equipe de admissão, dificultando o acesso ao recém-nascido e prolongando o procedimento.

8.3.2. EQUIPAMENTOS

- Incubadora aquecida e umidificada em RN • 1200 g;
- Fonte de oxigênio úmido e ar comprimido;
- Aspirador com manômetro;
- Monitor cardíaco;
- Oxímetro de pulso;
- Ventilador montado e testado;
- Aparelho de pressão arterial não invasiva;
- Bomba de infusão.

8.3.3. MATERIAL

- Medicamentos de emergência;
- Material de intubação;
- Bandeja de cateterismo umbilical;
- Material para punção venosa;
- Material para curativo umbilical;
- Material para sondagem gástrica;



- Estetoscópio neonatal;
- Eletrodos descartáveis;
- Água destilada ampola;
- Vitamina K;
- Coletor de urina infantil;
- Gazes;
- Luvas de procedimentos;
- Álcool a 70% ou clorexidine alcoólico a 0,5%;
- Folha de controles dos parâmetros ventilatórios e de enfermagem.

8.3.4. PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Transferir o recém-nascido da incubadora de transporte para a incubadora, com cuidado para não deslocar a cânula;
- Manter o RN de touca, para evitar a perda de calor;
- Avaliar o posicionamento da cânula endotraqueal e as condições gerais do recém-nascido. Avaliar as condições cardiorespiratórias do recém-nascido;
- Verificar a fixação da cânula endotraqueal, anotar a numeração em contato com o lábio superior, conectá-la ao ventilador com os parâmetros ajustados pelo médico neonatologista e anotá-los no impresso de controles da enfermagem;
- Instalar o monitor cardíaco quando prescrito, oxímetro de pulso e o aparelho de pressão arterial;
- Passar sonda orogástrica, manter aberta e fixar o coletor e identificar com data e nome do profissional responsável;
- Fixar o coletor de urina;



- Puncionar veia periférica, quando necessário, e identificar conforme protocolo institucional;
- Preparar o recém-nascido para cateterismo umbilical, se necessário;
- Fixar o cateter umbilical, após o controle radiológico, com placa de hidrocolóide e micropore, visando a proteção da pele periumbilical;
- Limpar a região umbilical com algodão embebido em SF 0,9%, fazer o curativo com álcool a 70%;
- Lavar as mãos;
- Fazer controle dos sinais vitais. Avaliar a evolução do recém-nascido e manter a equipe informada;
- Identificar a incubadora para que seja preservado MMSS para futura passagem de PICC;
- Manter a cabeça do RN alinhada com o corpo;
- Registrar os procedimentos realizados no impresso da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem).

AGENTE: Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem

8.4. APRESENTAÇÃO DA INCUBADORA

A incubadora é um equipamento dotado de dispositivo que faz a filtração, aquecimento e umidificação do ar. A temperatura adequada se obtém na medida em que o ar passa pelo elemento aquecido administrado através do limitador de oxigênio.

O ar ambiente existente na Unidade Neonatal entra na incubadora, é aspirado pela ventoinha do motor passando pelo sistema de filtragem que impede a penetração de microorganismos, é aquecido, umidificado e



distribuído no interior da cúpula.

O aquecimento do ar pode ser regulado através do potenciômetro, e a variação da temperatura poderá ser verificada através do termômetro sob a cúpula. A incubadora dispõe de alarme para temperatura máxima que pode ser regulada conforme a necessidade do recém-nascido.

Uma leve pressão positiva que se mantém no interior da cúpula não permite a entrada de ar contaminado quando se abrem pôr uns momentos as portinholas de acesso. Devido a esse fato, os procedimentos devem ser feitos através das portinholas evitando ao máximo a abertura da cúpula. Essas aberturas facilitam o acesso ao recém-nascido e evitam a alteração brusca da temperatura interna. Para evitar a contaminação das mãos e materiais padronizar as portinholas próximas à cabeça do recém-nascido para introduzir os materiais limpos e aquela próxima aos pés para retirar os materiais sujos.

As portinholas têm fechos automáticos que devem ser fechados com movimentos delicados para evitar barulho dentro da incubadora.

O filtro da incubadora filtra o oxigênio por um microfiltro e deve ser trocado a cada 30 dias e sempre que necessário.

8.4.1. UMIDIFICAÇÃO DA INCUBADORA

O RNPT possui uma pele muito fina e gelatinosa facilitando a perda insensível de água, e com a umidificação das incubadoras o objetivo é diminuir essa perda, melhorando o controle térmico e conseqüentemente seu gasto energético para manter suas funções vitais. Segue abaixo os parâmetros para cada faixa de peso:

- 1000g
 - ✓ 1º ao 5º DV (Dias de vida) – 80%;



- ✓ 6º ao 11º DV – 60%;
- ✓ 12 ao 15º DV – 40%.
- 1001 a 1200g
 - ✓ 1º ao 7º DV – 60%;
 - ✓ 8 ao 15º DV – 40%.

8.4.2. POSIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA INCUBADORA

- Use o ninho;
- Decúbito ventral com a cabeça lateralizada, lateral direito e esquerdo e decúbito dorsal;
 - Aninhe o recém-nascido de forma a mantê-lo envolvido como no útero de sua mãe.

8.4.3. LIMPEZA DA INCUBADORA

Utilizar água e sabão neutro.



9. DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DO RECÉM-NASCIDO

9.1 DIFERENTES ESTADOS DE CONSCIÊNCIA NO RECÉM-NASCIDO

VOCÊ SABIA QUE PODEMOS IDENTIFICAR SEIS DIFERENTES ESTADOS DE CONSCIÊNCIA EM UM RECÉM-NASCIDO?

- **SONO PROFUNDO** – olhos firmemente fechados, respiração profunda e regular, quase sem nenhuma atividade motora;

- **SONO LEVE** – olhos fechados com eventuais movimentos dos olhos. Faz careta, sorri, faz movimentos com a boca e de sucção. Movimentos corporais: pequenas contrações a breves acessos de contorção e espreguiçamento;

- **SONOLÊNCIA** – olhos se abrem e se fecham eventualmente mais abertos, mas com aparência entorpecida;

- **ALERTA INATIVO** – o corpo e a face do RN estão relativamente inativos, com os olhos de aparência brilhante. Respiração regular. Os estímulos visuais e auditivos com facilidade originam respostas. É o estado que mais favorece a interação;

- **ALERTA COM ATIVIDADE** – olhos ainda abertos, mas com maior atividade corporal. Pode estar protestando e choramingando;

- **CHORO** – choro forte. (BRAZELTON, 1984)

O recém-nascido prematuro necessita de ajuda para passar de um estado de consciência para o outro até que esteja mais amadurecido.



9.2. COMPORTAMENTOS EM RECÉM-NASCIDOS QUE INDICAM RETRAIMENTO, DESORGANIZAÇÃO, APROXIMAÇÃO OU ORGANIZAÇÃO

Você sabia que podemos identificar comportamentos em um recém-nascido que indicam retraimento ou desorganização (o RN está muito estressado)? E outros comportamentos que indicam aproximação ou organização (o RN está recebendo a quantidade de estimulação e de interação adequada)?

| DESORGANIZAÇÃO | ORGANIZAÇÃO |
|--|------------------------|
| Regurgitar | Extensão de língua |
| Ter náuseas | Mão à face |
| Soluçar | Emissão de sons |
| Caretas, retração de lábios | Mãos juntas tocando-se |
| Arqueamento de tronco | Pés juntos tocando-se |
| Dedos espalhados | Entrelaçar os dedos |
| Asa de avião (braços estendidos) | Aconchegar-se |
| Saudação (extensão de um ou ambos os braços) | Movimentos corporais |
| Sentando no ar | Movimentos de preensão |



| | |
|-----------------|---|
| Espirrar | Procura de anteparo para os pés ou pernas |
| Suspirar | Abocanhar |
| Tossir | Reflexo de procura |
| Franzir a testa | Sugar |
| Irritabilidade | Segurar a mão do examinador |
| Flacidez | Fazer "OOH" com a boca |
| | Fixar-se visual ou auditivamente |
| | Emissão de sons agradáveis |





10. CUIDADOS E MANEJOS INDIVIDUALIZADOS

10.1. O QUE DEVEMOS TER EM MENTE NO DIA-A-DIA JUNTO AO RECÉM-NASCIDO

AO LIDARMOS COM O BEBÊ, NO DIA A DIA DA UNIDADE NEONATAL, É SEMPRE IMPORTANTE PENSAR QUE É FUNDAMENTAL PARA O SEU BOM DESENVOLVIMENTO:

- Favorecer posturas em flexão;
- Permiti-lo sugar;
- Diminuir a luz e/ou o nível sonoro;
- Quando o recém-nascido se desorganiza, acalmá-lo;
- Aproximar os pais do recém-nascido.

10.2. COMO PODEMOS DIMINUIR O ESTRESSE DO RECÉM-NASCIDO AO REALIZAR UM PROCEDIMENTO

• ANTES DO PROCEDIMENTO

- ✓ Falar suavemente antes de tocar;
- ✓ Posicionar e dar contenção;
- ✓ Evitar mudanças súbitas de postura;
- ✓ Respeitar o estado comportamental RN.

• DURANTE O PROCEDIMENTO

- ✓ Executar o procedimento em etapas, permitindo a recuperação fisiológica (Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Saturação de O₂) e comportamental;
- ✓ Se possível usar decúbito lateral;
- ✓ Minimizar os outros estímulos;
- ✓ Agrupar os procedimentos ou executar de forma contínua,



lenta e gentil, mas eficiente, intercalando períodos de descanso, individualizados pelas respostas do RN;

- ✓ Usar facilitadores (por exemplo: sucção, contenção com as mãos ou com o ninho e outros).

• APÓS O PROCEDIMENTO

Continuar posicionando e dando contenção até o RN ficar estável, com recuperação da Frequência Cardíaca, Respiratória, Saturação de O₂ e do tônus.



11. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

11.1. 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 do RN. 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 RN, 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 do RN 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, justificam-se os motivos.

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.

11.2. NORMAS PARA AS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Verificar o tipo de impresso utilizado na Instituição e as normas para o seu preenchimento (onde anotar, cor da tinta, onde assinar);
- 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, claras e objetivas, para evitar a possibilidade de dupla interpretação. Não usar termos que dêem conotações de valor (bem, mal, muito, bastante) e diagnóstico médico;
- Utilizar frases curtas e exprimir cada observação em uma frase;
- Anotar imediatamente após a prestação do cuidado, recebimento da informação ou observação das intercorrências com horários;
- Nunca rasurar a anotação por essa ter valor legal; no caso de erro usar “digo”, entre vírgulas;
- Deixar claro na anotação se a observação foi feita pela pessoa que anota ou se é informação transmitida, familiar (SIC) 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, não deixar espaço entre as anotações e a assinatura, utilizando obrigatoriamente o carimbo contendo nome completo sem abreviaturas, registro do COREN e função.

11.2.1. CONTEÚDO DAS ANOTAÇÕES

Condições gerais do recém-nascido ao iniciar o plantão, estado mental, condições físicas, sinais e sintomas, uso de dispositivos, condições de drenos, sondas e cateteres, curativos.

- Nutrição;
- Hidratação;
- Sono e repouso;
- Mobilidade;
- Eliminações;
- Regulação térmica e vascular;
- Comunicação;
- Integridade cutâneo-mucosa;
- Oxigenação;
- Sinais vitais;
- Terapêutica: (medicações, curativos, aspirações, drenagem, lavagens);
- Acidentes e intercorrências.



11.2.2. CONTROLES DE ENFERMAGEM

Para auxiliar na Sistematização da Assistência de Enfermagem, a Enfermagem da Unidade Neonatal realiza e registra fidedignamente os controles dos sinais vitais e de balanço hídrico.



12. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

12.1. BANHO DO RECÉM-NASCIDO

O banho deve ser dado na gôndola do berço do próprio recém-nascido, com água e clorexidine degermante a 2%. Após o banho, acomodar o RN.

Os RN prematuros possuem uma especificidade devido à maturação de sua pele ainda deficiente, apresentando uma pele fina, gelatinosa, sensível ao meio externo, podendo absorver todo produto químico que é passado nessa pele. Portanto a rotina de banho nesses RN é realizada de acordo com seu peso, respeitando sua gravidade.

- <1000g - higiene corporal (após 1 semana de vida) somente com água morna realizados uma vez por semana (2ª feira);
- 1000g a 1500g - higiene corporal ou de imersão dentro da incubadora realizados duas vezes por semana (2ª e 5ª feira);
- 1500g a 1700g - banhos de imersão dentro da incubadora em dias alternados (2ª, 4ª e 6ª feira);
- >1700g - banho de imersão diário na gôndola do próprio berço, exceto nos casos em que o RN estiver utilizando oxigênio ou tenha alguma contraindicação.

O RN quando realiza o banho na incubadora, deve ser secado em um cueiro e colocado em flexão sobre o colchão.



12.1.2. TÉCNICA DO BANHO

| AGENTE | ATIVIDADE |
|--|--|
| <p>ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Manter o recém-nascido envolvido em um cueiro; • Realizar higiene do rosto com água morna e bolas de algodão, realizando movimentos rotatórios, limpar externamente os olhos, cuidando para que as pálpebras estejam fechadas, no sentido interno para o externo. Limpar as narinas e ouvidos externamente com bolas de algodão embebidas em água morna, realizando movimentos rotatórios. • Com o recém-nascido envolvido no cueiro (exceto a cabeça), segurá-lo por baixo do braço com a mão apoiando a cabeça e os dedos polegar e indicador protegendo os ouvidos. Lavar o couro cabeludo com água e sabão enxugando-o com o ângulo da dobradura da toalha. • Deitar o recém-nascido e proceder à limpeza, com óleo mineral, da parte superior e inferior do tronco. Colocar o recém-nascido na gôndola do berço ainda envolto com o cueiro, com água suficiente para um banho de imersão. Aos poucos o cueiro vai molhando e soltando para lavar os membros superiores e a parte anterior e posterior do tronco, uma de cada vez. Usar bolas de algodão e água morna realizando movimentos rotatórios, iniciando pela parte distal para proximal. Proceder da mesma forma em relação à parte inferior do corpo. Procurar manter o recém-nascido sempre em postura flexionada. • Após o procedimento, limpar a gôndola do berço com água, sabão neutro e organizar o setor. • Registrar o procedimento na anotação de enfermagem. |



| RISCOS | MATERIAIS |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Deixar o RN submergido; • Queimadura de pele devido à temperatura excessiva da água; • Hipotermia. | <ul style="list-style-type: none"> • Água morna; • Sabonete neutro; • Bolas de algodão; • Álcool a 70%; • Toalha; • Óleo Mineral; • Gôndola do berço; • Cueiro; • Luva de procedimento; • SAE. |
| OBSERVAÇÕES | |
| <ul style="list-style-type: none"> • O RN deve ser pesado, em balança previamente tarada, envolvido em um cueiro e em seguida deve ser dado o banho; • O banho deve ser rápido, o RN não precisa chorar e o procedimento deve ser o 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. | |
| RESULTADOS ESPERADOS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar conforto e bem estar físico e emocional ao RN; • Limpar e proteger a pele. | |



12.2. CURATIVO DO COTO UMBILICAL

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

| AGENTE | ATIVIDADE |
|--|--|
| ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM | <ul style="list-style-type: none">• 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 hastes de algodão na região da base do coto e de toda a sua extensão, evitar que escorra pela pele do abdômen;• Manter o coto para cima e para fora da fralda, evitando que, quando para baixo se umedeça com fezes e urina e promova sua mumificação;• Registrar o procedimento na anotação de enfermagem. |



| RISCOS | MATERIAIS |
|---|--|
| Queimadura, causada pelo álcool 70%, na pele ao redor do coto, principalmente se o RN estiver em incubadora ou fototerapia. | <ul style="list-style-type: none">• Álcool 70%;• Luva de procedimento;• SAE;• Bolas de algodão. |
| OBSERVAÇÕES | |
| Atentar para que o coto não fique úmido com as secreções fisiológicas do RN. | |
| RESULTADOS ESPERADOS | |
| A mumificação do coto umbilical. | |



12.3. 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 1ml com 10mg por ampola.

• **CONTRA-INDICAÇÃO:** é absolutamente contra-indicada a administração intravenosa.

• **DOSE DE APLICAÇÃO:** 0,1ml da ampola de 1ml sem diluição (PURO).

• **UTILIZAR SERINGA DE 1ML:** (insulina – tuberculina) e agulha 13x4,5.

• **CÁLCULO:** 1ml = 10mg

$$X \text{ ml} = 1 \text{ mg}$$

$$10x = 1$$

$$X = 1/10 \quad X = 0,1 \text{ ml} = 1 \text{ mg. (administrar 0,1ml da solução).}$$

• **LOCAL DE APLICAÇÃO:** região do terço médio do vasto lateral esquerdo. Local de aplicação da vacina de hepatite B: vasto lateral direito.

AGENTE: Enfermeiro ou Auxiliar de Enfermagem do C.C.O



12.4. REALIZAÇÃO DO TESTE DE GLICEMIA CAPILAR

| AGENTE | ATIVIDADE |
|---|--|
| <p>ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe sobre o procedimento que será realizado; • Higienizar as mãos; • Calçar luvas de procedimento; • Calibrar o aparelho de glicosímetro; • Aquecer o calcâneo com fricção ou água morna; • Fazer antisepsia com álcool a 70% embebido no algodão e esperar secar a região; • Usar lancetas específicas; • Puncionar a “região lateral externa” do calcâneo (nunca a região central, pois aumenta o risco de lesão óssea e infecção) com a lanceta específica, caso não tenha disponível, utilizar agulha de 13x4,5 mm; • Esperar fluir o sangue e coletar uma gota espessa na fita de leitura; • Inserir a fita no aparelho de glicosímetro e aguardar o resultado; • Realizar a compressão do local com algodão até estancar o sangramento; • Desprezar lanceta ou agulha na caixa de perfurocortantes e o restante do material no resíduo infectante; • Retirar as luvas, descartando-as no resíduo infectante; • Higienizar as mãos; • Comunicar resultado ao enfermeiro e ao médico, s/n; • Registrar o valor obtido e conduta no controle de enfermagem na SAE. |



| RISCOS | MATERIAIS |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acidente com perfurocortante; • Erro no resultado devido a não calibração do aparelho; • Lesões no RN por puncionar em região incorreta do calcâneo. | <ul style="list-style-type: none"> • SAE; • Aparelho de glicosímetro; • Fita de leitura compatível com o aparelho em uso; • Lanceta; • Bolas de algodão; • Álcool 70%. |
| OBSERVAÇÕES | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a glicemia capilar após as mamadas (10 - 16 - 22), ou conforme prescrição médica; • Puncionar sempre a região lateral externa do calcâneo, rodiziando os locais de coleta; • Nunca puncionar a região central, pois aumenta o risco de lesão óssea e infecção; • Comunicar enfermeiro e o médico caso valor for menor ou igual a 40 mg/dL ou igual ou maior a 125 mg/dL; • Aquecer o calcâneo com fricção ou água morna antes da coleta, se necessário. | |
| LOCAL DE PUNÇÃO DO DEXTRO | |
| | |
| RESULTADOS ESPERADOS | |
| <p>Restabelecimento de valores normais de glicose sérica.</p> | |



12.5. PUNÇÃO VENOSA

É utilizada para manter níveis séricos do medicamento para rápida atuação no organismo, introduzindo-o sob pressão diretamente na corrente sanguínea. Os locais de punção no membro superior são as veias cefálicas, basilicas, mediana e veias metacarpianas dorsais da mão; nos membros inferiores são as veias safena interna, safena externa e veias do dorso do pé; e as veias do couro cabeludo, na região frontal ou temporal.

Toda medicação a ser administrada por via endovenosa deve estar límpida, com pH próximo do sangue e perfeitamente diluído. Alguns acidentes locais poderão ocorrer durante a administração, são eles: formação de hematomas pelo extravasamento de sangue; soromas devido à infiltração da infusão venosa e necrose devido à saída de medicamento irritante e vesicante do vaso pela má posição do bisel; tromboflebite e flebite devido à ação irritante ao endotélio ou a formação de coágulos. Acidentes sistêmicos: choque anafilático.

Tais acidentes podem ser evitados ou minimizados com a correta diluição do medicamento, infusão lenta e percepção rápida do profissional.

| AGENTE | ATIVIDADE |
|---|---|
| <p>ENFERMEIRO</p> <p>AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Retirar o ar do equipo de soro; • Posicionar o recém-nascido em decúbito dorsal em superfície firme. Realizar contenção com cueiro, movimentar o RN com suavidade; • Administrar via oral 2ml de solução de glicose a 25% cinco minutos antes do procedimento para analgesia; • Realizar o procedimento em dois profissionais: enquanto um realiza a punção, o outro acalma o RN colocando o dedo enluvado para sucção; • Selecionar a veia a ser puncionada, garrotear com gaze (quando em membros); |



| | <ul style="list-style-type: none"> • Calçar luvas de procedimentos; • Fazer antisepsia local com clorexidine alcoólico 0,5%; • Visualizar a veia estirando a pele com os dedos, introduzir a agulha num ângulo de 45°, atravessar a pele, posicionar a agulha paralelamente à veia, puncioná-la; • Com o refluxo do sangue, conectar seringa de 3ml contendo SF 0,9% administrando 0,5ml testando infusão e avaliando alteração; • Fixar com o dispositivo intravenoso(“tegaderm”) para infusões lentas ou mantê-lo pérvio pela salinização; • Identificar o acesso com data, hora e profissional responsável pela punção; • Colocar o recém-nascido em posição confortável; • Lavar as mãos; • Realizar a anotação de enfermagem na SAE com os seguintes itens: local de punção; tipo e número de cateter utilizado; se ocorreu mais de uma tentativa para efetuar a punção e por qual motivo; assinar e carimbar no final da anotação. |
|---|--|
| RISCOS | MATERIAIS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hematoma- extravasamento de sangue da veia no espaço intersticial por transfixação da veia; • Flebite - longa permanência de dispositivos endovenosos ou drogas irritantes; • Acidente com material biológico e/ou perfurocortante. | <ul style="list-style-type: none"> • SAE; • Cateter (agulhado ou flexível); • Algodão; • Clorexidine alcoólico 0,5%; • Micropore; • Curativo semipermeável transparente; • Garrote; • Solução de Glicose 25%; • Conector em Y. |



OBSERVAÇÕES

- Nunca reencapar agulhas;
- Deve-se ter um controle no número de punções realizadas, uma vez que aumenta o risco de infecção. O profissional que tentar duas vezes sem sucesso deve comunicar o enfermeiro para novas tentativas, totalizando no máximo cinco punções para comunicação da equipe médica para avaliar necessidade de mais punções ou passagem de cateter central;
- Caso o RN esteja amamentando, orientar a mãe quanto ao cuidado com o acesso venoso.

RESULTADOS ESPERADOS

Punção sem intercorrências.



12.6. PREPARO DA MEDICAÇÃO

| AGENTE | ATIVIDADE |
|---|--|
| <p>ENFERMEIRO</p> <p>AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Colocar máscara descartável; • Fazer desinfecção com algodão embebido em álcool 70% da borracha do frasco do medicamento em pó após retirar a tampa metálica, bem como do gargalo da ampola antes de quebrá-la; • Abrir a embalagem da seringa e adaptar a agulha ao bico da seringa zelando para não contaminar as duas partes; • Introduzir a agulha na ampola ou frasco e proceder a aspiração do conteúdo; • Em caso de medicamento em frasco pó introduzir o líquido aspirado da ampola, homogeneizar a solução fazendo rotação do frasco; • Desprezar a agulha usada para aspirar na caixa de perfurocortantes; • Trocar a agulha da seringa para injetar o medicamento; • Identificar a seringa com nome do medicamento, nome do profissional que preparou, data e hora; • Lavar as mãos. |



| RISCOS | MATERIAIS |
|--|---|
| Acidente com material biológico e/ou perfurocortante. | <ul style="list-style-type: none">• SAE;• Seringa;• Agulha 30x7 mm;• Algodão;• Álcool 70%;• Medicação. |
| OBSERVAÇÕES | |
| <ul style="list-style-type: none">• Nunca reencapar agulhas;• No caso de medicações em frasco ampola, proceder à aspiração pelo ombro da ampola evitando a aspiração de micro partículas do frasco. | |
| RESULTADOS ESPERADOS | |
| Medicação preparada sem intercorrências. | |



12.6.1. MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA UNIDADE NEONATAL

GUIA DE ESTABILIDADE DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS

| NOME GENÉRICO | NOME COMERCIAL | SOLUÇÕES COMPATÍVEIS | ESTABILIDADE PÓS-DILUIÇÃO (GELADEIRA 4°C / 8°C) |
|--|-----------------------------|----------------------|---|
| AMICACINA AMPOLA | NOVAMIN® | ÁGUA DESTILADA | USO IMEDIATO |
| AMPICILINA FRASCO AMPOLA | AMPLACILINA® | ÁGUA DESTILADA | 8 HORAS - REFRIGERADA |
| CEFAZOLINA FRASCO AMPOLA | KEFAZOL® | ÁGUA DESTILADA | 24 HORAS – REFRIGERADA |
| CEFOTAXIMA FRASCO AMPOLA | CLAFORAN® | ÁGUA DESTILADA | 5 DIAS – REFRIGERADA |
| HIDROCORTIZONA FRASCO AMPOLA | CORTIZONAL | ÁGUA DESTILADA | 3 DIAS – REFRIGERADA |
| MEROPENEM FRASCO AMPOLA | MERONEM | ÁGUA DESTILADA | 48 HORAS - REFRIGERADA |
| CEFTRIAXONA FRASCO AMPOLA | ROCEFIM TRIAXIN® | ÁGUA DESTILADA | 24 HORAS – REFRIGERADA |
| CLINDAMICINA AMPOLA | DALACIN C® | ÁGUA DESTILADA | USO IMEDIATO |
| GENTAMICINA AMPOLA | GARAMICINA® | ÁGUA DESTILADA | USO IMEDIATO |
| IMIPENEM + CILASTATINA FRASCO AMPOLA | TIENAM E.V® | ÁGUA DESTILADA | 24 HORAS – REFRIGERADA |
| OXACILINA FRASCO AMPOLA | STAFICILIN-N® | ÁGUA DESTILADA | 7 DIAS - REFRIGERADA |
| PENICILINA G. POTÁSSICA FRASCO AMPOLA | PENICILINA G. POTÁSSICA® | ÁGUA DESTILADA | 7 DIAS – REFRIGERADA |
| VANCOMICINA FRASCO AMPOLA | VANCOICINA® | ÁGUA DESTILADA | 14 DIAS – REFRIGERADA |
| FENOBARBITAL FENITOÍNA FENTANIL MIDAZOLAM TRAMAL AMPOLA | PSICOTRÓPICOS | ÁGUA DESTILADA | USO IMEDIATO |
| METRONIDAZOL | FLAGYL | | USO IMEDIATO |



12.7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O RECÉM-NASCIDO EM FOTOTERAPIA

É um tratamento feito através de luz proveniente de lâmpadas fluorescentes brancas e azuis, ou LED que agem por fotossensibilização. É usado para tratamento de hiperbilirrubinemia neonatal, pois auxilia na degradação da bilirrubina indireta, transformando-a em substância facilmente eliminada pela urina e pelas fezes.

| APARELHO | RADIÂNCIA | DISTÂNCIA DO RN |
|-----------|---------------------------|-----------------|
| Octofoto | 4 a 8 W/cm ² | 30 cm |
| Bilispot | 25 a 35 W/cm ² | 40 a 50 cm |
| Biliberço | 20 a 32 W/cm ² | 30 a 50 cm |
| Bilitron | 30 a 45 W/cm ² | 30 a 40 cm |



| AGENTE | ATIVIDADE |
|---|---|
| <p>ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ligar o aparelho de fototerapia; • Medir a irradiância a cada 24 horas e verificar o valor de acordo com o preconizado pelo fabricante (num ângulo de 90º entre o berço e o aparelho); • Ajustar a distância do aparelho de fototerapia do berço ou incubadora, que deve ser de 30 a 50 cm do recém-nascido; • Colocar a capa na fototerapia tendo o cuidado de não tampar a saída de ventilação do aparelho; • Lavar as mãos; • Calçar luvas de procedimentos; • Despir o recém-nascido e pesá-lo; • Proteger os olhos com protetor ocular; • Expor o RN à luz; • Verificar a temperatura axilar a cada três horas; • Realizar mudança de decúbito a cada três horas; • Utilizar apenas lençóis brancos para auxiliar a refletir a luz da fototerapia no RN; • Observar o aspecto das eliminações; • Retirar o recém-nascido da fototerapia somente por ocasião da troca de fraldas, banho e amamentação; • Retirar a proteção ocular durante as mamadas e envolvê-la em gaze estéril; • Trocar a proteção ocular a cada 24 horas ou sempre que necessário; • Desligar o aparelho de fototerapia quando for observar o recém-nascido; • Lavar as mãos; • Registrar o procedimento na anotação de enfermagem. |



| EQUIPAMENTOS | MATERIAIS |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Berço ou incubadora; • Aparelho de fototerapia; • Radiômetro. | <ul style="list-style-type: none"> • Protetor para os olhos; • Capa de fototerapia; • Termômetro. |
| OBSERVAÇÕES | |
| <ul style="list-style-type: none"> • O recém-nascido exposto à fototerapia não deve receber aplicação de óleos e pomadas para evitar queimaduras de pele; • Aumentar a oferta hídrica, pois a fototerapia com lâmpada fluorescente ou halógena pode provocar elevação da temperatura, com conseqüente aumento do consumo de oxigênio, da frequência respiratória e do fluxo sanguíneo na pele, culminando em maior perda insensível de água; • Utilizar extensores impermeáveis à luz nas Soluções de NPP, pois a exposição de soluções de aminoácidos ou multivitamínicas ao comprimento de luz azul reduz a quantidade de triptofano, metionina e histidina. Adicionalmente, a solução de lipídeos é altamente susceptível à oxidação quando exposta à luz, originando hidroperóxidos de triglicérides citotóxicos. | |
| RESULTADOS ESPERADOS | |
| Diminuição dos níveis séricos de bilirrubina. | |



12.8. CATETERISMO UMBILICAL

É a introdução de um cateter na artéria e/ou na veia umbilical, com o objetivo de monitorizar a pressão sanguínea, permitir coletas intermitentes de sangue para medições freqüentes dos gases sanguíneos arteriais, infusão de líquidos, medicamentos parenterais e exsanguineotransfusão. O cateterismo é um ato cirúrgico que envolve risco para o recém-nascido, portanto deve ser feito com técnica asséptica pela equipe médica.

| AGENTE | ATIVIDADE |
|--|---|
| <p>ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Colocar o recém-nascido em decúbito dorsal com um coxim na região subescapular, restringindo delicadamente os membros superiores e inferiores com gaze; • Instalar monitor cardíaco quando prescrito e de pressão arterial não-invasivo e manter o controle dos sinais vitais; • Colocar máscara descartável; • Organizar e oferecer os materiais de maneira asséptica e auxiliar no procedimento; • Verificar freqüentemente a perfusão e o pulso dos membros inferiores, distensão abdominal, aspecto das fezes e da urina; • Após o procedimento realizar a limpeza da região abdominal com algodão e SF0,9% morno a fim de eliminar o resíduo de clorexidine alcoólico utilizado para antisepsia da pele, evitando queimaduras; • Fazer curativo e fixar o cateter no recém-nascido protegendo a pele periumbilical com placa de hidrocólóide, após controle radiológico; • Lavar as mãos; • Registrar os procedimentos na anotação de enfermagem. |



| EQUIPAMENTOS | MATERIAIS |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Incubadora; • Oxímetro de Pulso; • Monitor de pressão não invasivo; • Mesa auxiliar; • Foco auxiliar; • Bomba de infusão neonatal. | <ul style="list-style-type: none"> • Caixa cirúrgica para cateterismo umbilical; • Cateter umbilical; • Fita métrica para medida prévia; • Aventais cirúrgicos estéreis; • Campo fenestrado; • Campo de mesa; • Campo RN; • Escovas com clorexidine degermante; • Cateter umbilical nº3,5 ou 5,0 Fr; • Máscaras descartáveis; • Gorros descartáveis; • Luvas estéreis; • Óculos de proteção para procedimento; • Equipo de soro com bureta; • Extensor em Y 2 vias; • Seringas; • Fio de algodão 3-0; • Lâmina de bisturi nº. 11 ou 15; • Gazes; • Eletrodos descartáveis; • Micropore; • Clorexidine alcoólico 0,5%; • SF0,9%; • Placa de hidrocolóide. |
| OBSERVAÇÕES | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Manter controle rigoroso do volume da infusão de líquidos e retirada de sangue; • Manter o cateter e o extensor em Y sempre livres de sangue. | |



RESULTADOS ESPERADOS

Procedimento realizado sem intercorrências;
 Garantia de acesso pérvio e seguro para grandes infusões em RN considerados graves.

12.9. FLEBOTOMIA

É a introdução de um cateter central por acesso venoso cirúrgico, facial, cervical (jugular), axilar ou inguinal; para infusão de medicamentos, soluções hipertônicas e medida de PVC (Pressão Venosa Central) no recém-nascido.

| AGENTE | ATIVIDADE | |
|---|--|--|
| ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM | O Enfermeiro ou o Auxiliar de Enfermagem auxiliam o médico cirurgião no procedimento, montando a mesa com o material e circulando o procedimento. | |
| EQUIPAMENTOS | MATERIAIS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Incubadora ou berço de procedimento; • Oxímetro de Pulso; • Monitor cardíaco; • Monitor de pressão não | <ul style="list-style-type: none"> • Caixa cirúrgica para flebotomia; • Aventais cirúrgicos estéreis; • Campo fenestrado; • Campo de recém-nascido; • Campo de mesa; • Máscaras descartáveis; • Gorros descartáveis; • Luvas descartáveis; • Óculos de proteção para procedimentos; | <ul style="list-style-type: none"> • Fio de algodão 3.0; • Fio de nylon 4.0, 5.0 ou 6.0; • Lâmina de bisturi nº. 11 ou 15; • Gazes estéreis; • Fita crepe; • Eletrodos descartáveis; • Micropore; • Clorexidine 0.5%; • Intracath ou cateter duplo lúmen; |



| | | |
|---|---|--|
| invasivo; • Mesa auxiliar; • Foco auxiliar; • Berço aquecido. | com • Escovas clorexidine degermante; • Equipo de soro simples com bureta; • Seringas; | sem • Xylocaína adrenalina; • Soro fisiológico 0.9%; • Agulhas. |
| OBSERVAÇÕES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Atentar para a realização do controle radiológico após o procedimento; • O primeiro curativo deve ser realizado privativamente pelo Enfermeiro após 24 H, avaliando presença de sinais flogísticos e/ou sujidade, bem como infiltrações. | | |
| RESULTADOS ESPERADOS | | |
| Procedimento realizado sem intercorrências. | | |

12.10. CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)

Os cateteres centrais de inserção periférica, denominados PICC são inseridos em veias periféricas, como, por exemplo, cefálica ou basílica, com localização da ponta distal do cateter no terço superior da veia cava superior ou terço inferior da veia cava inferior, na desembocadura do átrio direito.

Os PICC são confeccionados em diferentes materiais, sendo mais frequentemente encontrados os de poliuretano e silicone, podendo conter



um ou mais lumens e de vários calibres. Em RN existe apenas com um lúmen. A confirmação da localização da ponta distal do cateter é realizada através de RX.

Levando-se em consideração os aspectos econômicos e por ser uma alternativa segura em relação aos cateteres vasculares centrais, nos últimos anos vem aumentando a demanda pela utilização de PICC em recém-nascidos, sendo a primeira opção, aos RN que necessitam de acesso venoso de longa duração e/ou infusão de drogas irritantes e/ou hiperosmolares. Salientamos que em RN, devido ao pequeno calibre do cateter, o mesmo deverá receber infusão contínua, caso contrário, obstruirá.

Todos os recém-nascidos admitidos na UTI Neonatal devem ter seus MMSS preservados de punções periféricas, principalmente o MSD para facilitar a possível indicação de passagem do cateter.

12.10.1. INDICAÇÕES

- Recém-nascidos com peso inferior a 1.200g;
- Recém-nascidos graves, impossibilitados de alimentação enteral total;
- Terapia de drogas intravenosa por tempo prolongado (>7 dias);
- Nutrição parenteral prolongada;
- Acesso intravenoso limitado;
- Administração de líquidos intravenosos hiperosmolares, irritantes, vesicantes e vasoativos.

12.10.2. CONTRA-INDICAÇÕES

- Rede venosa periférica danificada ou esclerosada;



- Presença de Shunts AV ou fístulas no membro a ser cateterizado;
- Dermatite, celulite ou queimaduras próximas ao sítio de inserção;
- Trombose venosa prévia no membro a ser puncionado;
- Infusão rápida de grande volume de solução;
- Vigência de bacteremia;
- Situação de emergência;
- Trauma em região cubital a ser cateterizado.

12.10.3. PROCEDIMENTO

| AGENTE | ATIVIDADE |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">DOIS ENFERMEIRO S</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar os pais ou responsáveis, explicando o procedimento e necessidade do mesmo para eficácia no tratamento. Os pais assinam um documento, formalizando a ciência e autorização do procedimento; • Selecionar todo o material; • Medir a distância do ponto de inserção do cateter até a altura desejada da sua implantação; • Proceder a degermação com escovação das mãos e dos antebraços; • Vestir o avental estéril e colocar as luvas estéreis; • Forrar a mesa auxiliar com campo estéril; • Montar a mesa com os materiais e instrumentais necessários; • Testar o cateter lavando-o com SF 0,9% em seringa de 10mL. Injetar lentamente, pois pressões elevadas estão associadas à quebra do cateter; • Selecionar a veia, fazer a antisepsia rigorosa do membro a ser puncionado com clorexidine alcoólico 0,5% e cobrir o mesmo com o campo fenestrado, deixando exposto somente o local de punção; • Garrotear levemente o membro com gaze e iniciar a |



| | <p>punção, introduzindo somente o bisel da agulha;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Após o refluxo sanguíneo, retirar o garrote e a agulha e introduzir o cateter até a marca desejada; • Observar se o cateter está com seu refluxo e infusão livres; • Fixar com o curativo transparente e fitas estéreis; • Confirmar a posição do cateter por meio de RX; • Lavar as mãos; • Registrar o procedimento na SAE e no livro de controle de PICC. |
|--|---|
| OBSERVAÇÕES | MATERIAIS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Este procedimento deve ser realizado por dois profissionais capacitados, com treinamento específico, e com rigorosa assepsia (barreira máxima); • Examinar o recém-nascido, avaliando as condições da rede venosa para determinar o local mais apropriado para inserção do PICC. Considere a necessidade de analgesia ou sedação. Discuta com o médico; | <ul style="list-style-type: none"> • Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) 1.9 Fr; • Kit cirúrgico para PICC, contendo pinça anatômica e tesoura; • Campo de mesa; • Campo fenestrado; • Campo de RN; • Luvas estéreis; • Máscaras descartáveis; • Toucas cirúrgicas; • Aventais estéreis; • Escovas com clorexidine degermante; • Clorexidine alcoólico 0,5%; • Fita Métrica; • Ampolas de soro fisiológico a 0.9%; |



- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• O RN deve estar em unidade de calor radiante ou incubadora aquecida e monitorizado. Intervenção não farmacológica para analgesia é imprescindível. | <ul style="list-style-type: none">• Seringas de 10 ml;• Agulhas 40x12;• Pacotes de gaze estéril;• 1 – Kit para curativo;• Soro fisiológico morno. |
|--|---|

COMPLICAÇÕES

- Flebite, obstrução ou rompimento do cateter;
- Infiltração, sendo necessária avaliação não só do local de inserção, mas também da ponta distal (edema e hiperemia), constatado também pela imagem no RX com contraste;
- Oclusão do cateter – o cateter é extremamente fino, frágil e facilmente pode obstruir. Não é recomendada coleta de sangue, devido à possibilidade de oclusão do lúmen durante a aspiração e obstrução decorrente do procedimento, e não é recomendado a administração de medicamentos como a Fenitoína e hemoderivados. Devido ao fino calibre, não é recomendada infusão de grande volume em curto período de tempo;
- Infecção e sepse – os cateteres por mais de três semanas parecem ser os maiores riscos para sepse;
- Embolia por ar – por ter a ponta distal em veia central, embolia gasosa pode ser um risco.



RESULTADOS ESPERADOS

Procedimento realizado sem intercorrências e garantia de acesso seguro e pérvio ao RN que necessita de grande aporte de fluidos endovenosos.

12.10.4. CUIDADOS E MANUTENÇÃO ESPECIAIS

- Utilizar apenas seringas de 10 ml;
- Não infundir hemoderivados pelo cateter;
- Não parar a bomba de infusão;
- Lavar o cateter com seringa de 10 ml com soro fisiológico a 0,9% após administração de cada medicamento e após troca da solução de infusão contínua;
- A bomba de infusão alarmando constantemente: ATENÇÃO! O cateter pode estar obstruído. Chame a enfermeira ou o médico imediatamente;
- Curativo: só poderá ser trocado por profissionais habilitados, devendo ser a primeira troca após 24 h da passagem do cateter e após, só nos casos que se mostrem necessários;
- Preservar os Membros Superiores Direito e Esquerdo;
- Puncionar a veia periférica de preferência nos membros inferiores fora das articulações;
- Não administrar o medicamento Fenitoína no cateter, pois cristaliza o interior do mesmo, diminuindo sua luz e obstruindo mais facilmente.



12.11. ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA NO RECÉM-NASCIDO

O oxigênio deve ser administrado cuidadosamente para produzir níveis adequados e não excessivos, devido à sua toxicidade.

A administração inadequada do oxigênio poderá ser iatrogênica para o recém-nascido, podendo resultar em lesões cerebrais, pulmonares, oculares e até mesmo em morte.

Os distúrbios respiratórios são responsáveis pelas elevadas taxas de morbidade e mortalidade no período neonatal. A oxigenoterapia é a administração de oxigênio com finalidade terapêutica, podendo ser realizada de diferentes maneiras. São elas:

- **NEBULIZADOR OU UMIDIFICADOR:** é utilizado para administração de baixas concentrações de oxigênio, de 5 a 8 litros/minutos;
- **HALO (CAPACETE):** é utilizado para administração de altas concentrações de oxigênio misturadas com ar comprimido e até mesmo só O₂, nos casos de pneumomediastino;
- **CPAP NASAL:** é utilizado para manter uma pressão positiva na expiração (PEEP) através de um prong nasal;
- **VENTILADOR MECÂNICO:** é utilizado para administração de altas e baixas concentrações de oxigênio, com pressões e fluxo controlados, podendo ou não ter a participação do RN nos ciclos respiratórios.



12.11.1. PROCEDIMENTO DE INSTALAÇÃO DO HALO

| AGENTE | ATIVIDADE | |
|---|---|--|
| <p>ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Montar o capacete; • Instalar os fluxômetros de oxigênio e ar comprimido nas respectivas redes; • Conectar o nebulizador no fluxômetro de oxigênio; • Colocar água no copo até o nível estabelecido; • Colocar o recém-nascido na incubadora, sobre um coxim na região subescapular, acomodando a sua cabeça no interior do capacete; • Adequar o fluxo de ar comprimido e oxigênio conforme prescrição médica; • Instalar oxímetro de pulso; • Passar sonda orogástrica conforme prescrição médica; • Proteger os ouvidos do bebê devido o ruído dentro do capacete; • Lavar as mãos; • Identificar os materiais com data da utilização e data de vencimento; • Registrar o procedimento na anotação de enfermagem. | |
| EQUIPAMENTOS | | MATERIAIS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Oxímetro de pulso; • Incubadora. | | <ul style="list-style-type: none"> • Halo; • Nebulizador; • Fluxômetros; • Sonda orogástrica; • Luvas de procedimentos; • AD 500 mL. |



OBSERVAÇÕES

- Observar o recém-nascido quanto à cianose (extremidade, labial ou generalizada); frequência respiratória, retração ou tiragem intercostal, batimentos da asa do nariz e gemido respiratório;
- Desconectar a traquéia do capacete e mantê-la próxima à narina do recém-nascido nos procedimentos como: punção venosa e coleta de material para exames;
- Trocar a água do nebulizador a cada 24 horas e todo equipamento a cada 72 horas. A água que estiver dentro do copo no momento da troca deve ser desprezada;
- O banho só deverá ser dado quando o RN estiver estável.

RESULTADOS ESPERADOS

Melhora da Saturação de O₂ e do padrão respiratório.

12.11.2. PROCEDIMENTO DE INSTALAÇÃO DO CPAP NASAL

CPAP (pressão positiva contínua das vias aéreas) é uma modalidade da ventilação mecânica na qual uma pressão positiva constante é exercida de forma contínua sobre as vias respiratórias de um recém-nascido, que respira espontaneamente através de um dispositivo nasal.

Tem por objetivo evitar que os alvéolos se colabem, havendo uma elevação da capacidade funcional residual e conseqüente melhora da ventilação de áreas pulmonares perfundidas.



| AGENTE | ATIVIDADE |
|---|---|
| <p>ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Calçar luvas de procedimentos; • Instalar oxímetro de pulso; • Montar o circuito e conectar ao ventilador de forma asséptica, protegendo com gaze a saída que terá contato com o recém-nascido; • Colocar água no copo do termo-umidificador, verificar o aquecimento; • Conectar o ventilador, verificando seu funcionamento e verificar os parâmetros conforme prescrição médica; • Proteger as narinas e septo nasal com placa de hidrocolóide; • Ajustar o dispositivo nasal de forma adequada, utilizando a touca. Adaptar o circuito à prong e fixá-lo com esparadrapo e micropore; • Lavar as mãos; • Anotar os procedimentos na anotação de enfermagem. |
| EQUIPAMENTOS | MATERIAIS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ventilador completo; • Oxímetro de pulso; • Incubadora. | <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo nasal (prong) do tamanho adequado; • Circuito do CPAP; • Touca; • Equipo macrogotas; • AD 500ml; • Placa de hidrocolóide; • Etiquetas para identificação; • Sonda gástrica nº8; • Esparadrapo; • Micropore. |



OBSERVAÇÕES

- Registrar os parâmetros na folha de controle de enfermagem;
- Retirar a prong e limpá-la sempre que necessário; massagear as narinas do bebê, para ativar a circulação evitando úlcera de contato;
- Manter o recém-nascido com sonda orogástrica aberta conforme prescrição médica, evitando distensão gástrica;
- Garantir que o ar que está entrando em contato com o RN, esteja sempre umidificado e aquecido;
- Instilar aproximadamente 0,5 ml de SF 0,9% morno nas narinas do RN a cada 3 a 4 hs para evitar obstrução alta.

RESULTADOS ESPERADOS

Melhora da Saturação de O₂ e do padrão respiratório;
Evitar atelectasias.

12.12. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO EM APNÉIA

A apnéia é constituída por períodos de parada da respiração por tempo maior que vinte segundos acompanhada ou não de bradicardia (FC<100bpm) e/ou cianose. Ocorre com mais frequência em recém-nascido pré-termo ou de baixo peso.



| AGENTE | ATIVIDADE | |
|--|---|--|
| ENFERMEIRO | <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Colocar o recém-nascido em decúbito dorsal com um coxim na região subescapular; • Instalar quando prescrito, monitor cardíaco caso o RN ainda não esteja sendo monitorado, oxímetro de pulso e observar o padrão respiratório; • Fazer estímulos táteis; • Aspirar o conteúdo gástrico e retirar a sonda se necessário, verificando o seu posicionamento; • Aspirar a orofaringe introduzindo a sonda lateralmente. Ao terminar a aspiração de um lado, remover a sonda da cavidade oral e introduzi-la para aspirar ao outro lado; • Administrar oxigênio inalatório a 5l/min, mantendo o intermediário de oxigênio perpendicular às narinas; • Manter o recém-nascido na incubadora, em constante observação, e iniciar controles e registro de enfermagem; • Lavar as mãos; • Fazer o registro da intercorrência na SAE. | |
| EQUIPAMENTOS | | MATERIAIS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aspirador com manômetro; • Monitor cardíaco; • Oxímetro de pulso; • Fonte de oxigênio úmido com fluxômetro; • Ventilador mecânico. | | <ul style="list-style-type: none"> • Estetoscópio neonatal; • Sonda de aspiração nº. 6, 8; • Eletrodos descartáveis; • Seringas; • Impresso de SAE. |



| OBSERVAÇÕES |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acionar a equipe médica caso não haja reversão do quadro; • Comunicar a equipe médica sobre a intercorrência apresentada e reversão do quadro. |
| RESULTADOS ESPERADOS |
| Estabilização do quadro. |

12.13. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA REANIMAÇÃO E INTUBAÇÃO NEONATAL

O objetivo da reanimação é fornecer oxigênio e remover o dióxido de carbono através de ventilação com pressão positiva, promover circulação do sangue oxigenado, evitando lesão irreversível do sistema nervoso central e restabelecendo os batimentos cardíacos.

A intubação endotraqueal é a introdução de um tubo ou cânula na traquéia, de material estéril, com a finalidade de ventilar os pulmões.

| AGENTE | ATIVIDADE |
|---|--|
| ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM | <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Colocar a máscara; • Colocar o recém-nascido transversalmente no colchão em decúbito dorsal com coxim na região subescapular; • Aspirar orofaringe introduzindo a sonda lateralmente. <p style="text-align: center;">Ao terminar a aspiração em um lado, remover a sonda da cavidade oral e introduzi-la para aspirar ao</p> |



| | <p>outro lado;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer o laringoscópio, a sonda e a cânula endotraqueal ao médico, ao qual já se encontra com luva estéril; • Conectar o reanimador na cânula, oxigenar com 5 litros de oxigênio, disponibilizar o estetoscópio para o médico auscultar e observar a expansão pulmonar; • Fixar a cânula endotraqueal e anotar o nº. em contato com o lábio superior; • Instalar ventilador mecânico previamente testado com os parâmetro prescritos pelo neonatologista; • Fixação em cm no lábio superior = peso (kg) + 6; • Manter o recém-nascido em constante observação e iniciar o controle de enfermagem; • Lavar as mãos; • Registrar os procedimentos na SAE. | |
|---|---|---|
| EQUIPAMENTOS | MATERIAIS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aspirador a vácuo com manômetro; • Fonte de oxigênio úmido com fluxômetro; • Ventilador mecânico; • Oxímetro de pulso. | <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de emergência (adrenalina + bicarbonato de sódio); • Estetoscópio neonatal; • Reanimador neonatal (ambú) com reservatório e máscara para recém-nascido prematuro e a termo; • Cânulas endotraqueais sem cuff nº 2.5; 3.0; 3.5; 4.0(com diâmetro interno em mm); • Sondas de aspiração nº 4; 6; 8 e 10; • Gazes estéreis; | <ul style="list-style-type: none"> • Laringoscópio montado com lâminas retas nº. 0.0, 0 e 1; • Luvas estéreis nº. 6,5; 7,0; 7.5; 8,0; 8.5; • Equipo macrogotas; • AD 500ml; • Circuito do ventilador; • Máscara cirúrgica; • Tensoplast; • Micropore; • Esparadrapo; • Sondas orogástrica nº. 4; 6; 8; • Coletor de urina; • Impresso de SAE. |



| OBSERVAÇÕES |
|---|
| <p>Diâmetro interno da cânula em relação ao peso do recém-nascido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nº. 2,5 - < 1.000g; • Nº. 3,0 – 1.000 a 2.000g; • Nº. 3,5 – 2.000 a 3.000g; • Nº. 4,0 - > 3.000g. |
| RESULTADOS ESPERADOS |
| <p>Melhora do quadro respiratório do RN.</p> |

12.14. ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES (VAS)

A aspiração será realizada com auxílio do aspirador de parede a vácuo com sonda de aspiração, desde que praticada com habilidade e suavidade.

| AGENTE | ATIVIDADE |
|---|--|
| <p>ENFERMEIRO</p> <p>AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Selecionar a sonda de aspiração; • Calçar as luvas estéril; • Com a mão dominante aspirar suavemente a cavidade oral; • Repetir a mesma técnica para aspirar o nariz; • Descartar a sonda no resíduo infectante; • Retirar as luvas e descartar as mesmas no resíduo infectante; • Lavar as mãos; • Manter o RN em posição adequada e confortável; • Anotar na SAE o aspecto da secreção, a quantidade e a coloração, assinar e carimbar. |



| RISCOS | MATERIAIS |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo na mucosa; • Náusea / vômito; • Broncoaspiração. | <ul style="list-style-type: none"> • Máscara protetora; • Óculos protetores; • Luva estéril; • Sonda gástrica nº 06 (RN > ou = a 2.500g), nº 08 (RN > ou = a 3.000g); • Frasco de soro fisiológico 0,9%. |
| OBSERVAÇÕES | |
| <ul style="list-style-type: none"> • As manobras serão suaves com movimentos circulares, evitando traumatizar as mucosas; • Deve-se ter o cuidado em aspirar primeiro a boca e depois o nariz; • Aspirar somente nos cantos da boca, evitando estímulo vaginal; • Em aspirações eletivas, realizar procedimento antes das mamadas. | |
| RESULTADOS ESPERADOS | |
| Retirada de secreção sem intercorrências. | |

12.15. LAVAGEM GÁSTRICA

É a aspiração do conteúdo e lavado gástrico, com soro fisiológico a 0.9%, com a finalidade de livrar o recém-nascido de mucosidade e líquidos deglutidos durante o parto, que provocam náuseas e vômitos.



| AGENTE | ATIVIDADE |
|--|---|
| <p>ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Conter os movimentos do recém-nascido com cueiro; • Colocar o recém-nascido em decúbito dorsal horizontal, com a cabeça em posição mediana; • Abrir todo o material evitando contaminação; • Calçar luvas de procedimentos; • Medir a extensão da sonda a ser introduzida a partir do lóbulo da orelha até a ponta do nariz e desta até o apêndice xifóide. Após, medir do apêndice xifóide até o coto umbilical. Fazer uma média entre esta distância e marcar com esparadrapo, pois esta medida deverá ficar no lábio superior do RN; • Segurar o RN com a cabeça em flexão; • Iniciar a introdução da sonda pela boca (SOG) lentamente para trás e para baixo, até a marca estabelecida, e observando as reações do recém-nascido; • Aspirar a sonda observando o conteúdo gástrico. Caso não haja refluxo gástrico, injetar 1ml de ar auscultando o estômago simultaneamente para constatar ruídos; • Fixar a sonda com a benda elástica (tensoplast), evitando tracionar o lábio superior, o canto da boca ou a asa do nariz; • Aspirar o conteúdo gástrico com seringa, observando a coloração, volume e espessura; • Lavar o estômago com 5ml de soro fisiológico, injetando lentamente e aspirando o conteúdo, repetindo esse procedimento até que o resíduo esteja límpido. Desprezar o conteúdo avaliando suas características; • Descarta a sonda e a seringa no resíduo infectante; • Retirar as luvas e descartar as mesmas no resíduo infectante; |



| | <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Colocar o recém-nascido em posição confortável; • Registrar o procedimento na SAE. |
|---|---|
| RISCOS | MATERIAIS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aspiração; • Náusea, vômito; • Lesão mucosa gástrica. | <ul style="list-style-type: none"> • Sonda gástrica nº 8; • Benda elástica; • Micropore; • Seringa de 10ml; • Cúpula esterilizada contendo soro fisiológico; • Estetoscópio neonatal. |
| OBSERVAÇÕES | |
| <ul style="list-style-type: none"> • A realização de aspiração ou lavado gástrico é oportuna para detectar malformação congênita, por dificuldades na introdução da sonda ou pela presença de grande volume e retorno; • Durante a passagem da sonda, verificar sinais de cianose; • Registrar a quantidade e características da drenagem; • Caso a sonda colabe na retirada, não fazer movimentos bruscos. | |
| RESULTADOS ESPERADOS | |
| Melhora do estado de náusea do RN. | |

12.16. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NA DRENAGEM TORÁCICA

É a introdução de um cateter na cavidade torácica através de uma pequena incisão, ligada a um sistema de drenagem fechado com selo de água. A drenagem pleural é necessária quando o ar, líquido ou sangue se coleta na cavidade pleural numa tal rapidez ou volume que a ventilação seja progressivamente afetada.



| AGENTE | ATIVIDADE |
|--|---|
| <p>ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Colocar o recém-nascido em decúbito dorsal, com coxim na região subescapular, restringindo os membros inferiores e superiores; • Instalar monitor cardíaco quando prescrito, oxímetro de pulso e manter o controle dos sinais vitais; • Montar o material e auxiliar o médico no procedimento de drenagem; • Colocar água destilada no frasco de drenagem, fixando o nível. Manter o dreno pinçado até ser adaptado adequadamente ao frasco de drenagem; • Verificar se as conexões estão firmes e se o dreno está permeável e não dobrado; • Observar oscilação na coluna de água no tubo do selo de água. Caso não ocorra, verificar obstrução por coágulo, fibrina, vazamento ou irregularidade no sistema; • Fazer o curativo no local de incisão do dreno; • Fixar o frasco de drenagem abaixo do nível do tórax, cerca de 50 cm e em local seguro; • Ordenhar o dreno no sentido do frasco caso seja necessário; • Marcar e anotar o nível de drenagem ao fim de cada plantão; • Mudar o recém-nascido de decúbito; • Lavar as mãos; • Quando a gravidade é insuficiente para oferecer drenagem adequada ou permitir reexpansão pulmonar, a sucção pode ser necessária. Isso pode ser realizado através do sistema de aspiração com dois frascos (aspiração contínua); • Primeiro frasco atua como selo de água, e a saída de ar em vez de estar aberta para o ambiente, é conectada a um segundo frasco que serve como controle de sucção; • Segundo frasco tem dois tubos adicionais: um curto conectado à fonte de sucção, e um longo, submerso cerca de 10 a 20 cm de água. A profundidade da |



| | <p>submersão deste tubo determina a quantidade de pressão negativa aplicada;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar os procedimentos na SAE de enfermagem. |
|--|--|
| EQUIPAMENTOS | MATERIAIS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Incubadora; • Monitor cardíaco; • Oxímetro de pulso; • Foco auxiliar; • Mesa auxiliar. | <ul style="list-style-type: none"> • Caixa para drenagem torácica; • Aventais cirúrgicos estéreis; • Campo fenestrado; • Campo de mesa; • Campo de RN; • Escovas com clorexidine degermante; • Cateter para drenagem nº. 6; 8; 10; • Frasco para drenagem sistema fechado (2 e/ou 3 vias); • Máscaras descartáveis; • Gorros descartáveis; • Luvas estéreis; • Fio de algodão 3-0 e mononylon 4-0; • Lâmina de bisturi nº. 11 ou 15; • Scalp nº. 25; • Seringas; • Agulhas; • Eletrodos descartáveis; • Xilocaína s/ vasoconstritor; • Gazes; • Ampola de água destilada; • Clorexidine a 0.5%; • Água destilada; • Etiquetas de identificação. |
| OBSERVAÇÕES | |
| <ul style="list-style-type: none"> • No sistema de drenagem o tubo conectado ao recém-nascido deve ficar até cerca de 2 cm abaixo do nível da água; • A troca do selo d'água deve ser diária, de forma asséptica e o dreno deve estar pinçado durante a troca, não esquecendo de soltar a mesma após o procedimento. Identificar o frasco com data, volume e nome do profissional. | |
| RESULTADOS ESPERADOS | |
| <p>Procedimento realizado sem intercorrências.</p> | |



12.17. EXSANGUINEOTRANSFUSÃO (EST) NO RECÉM-NASCIDO

É um tratamento onde são realizadas trocas sanguíneas no recém-nascido visando substituir os eritrócitos sensibilizados, corrigir a anemia e remover a Bilirrubina presente, evitando sua deposição nos tecidos e particularmente no cérebro (Kernicterus). Este procedimento deve ser realizado através de cateterismo da veia umbilical, que permite realizar simultaneamente a retirada e a introdução de sangue. A exsanguineotransfusão envolve riscos para o recém-nascido, portanto deve ser feita com técnica asséptica, oxigenação adequada e sob fonte de calor radiante.

| AGENTE | ATIVIDADE |
|--|---|
| <p>ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Colocar o recém-nascido no berço aquecido em decúbito dorsal com um coxim na região subescapular, restringindo os membros superiores e inferiores; • Instalar monitor multiparamétrico; • Retirar o sangue irradiado do refrigerador cerca de uma hora antes do procedimento e deixar aquecer em temperatura ambiente; • Conferir as tipagens sanguíneas do recém-nascido e do sangue, sorologias e data de sangria do mesmo; • Verificar sinais vitais e observar o recém-nascido; • Preparar material para o procedimento, feito com barreira máxima; • Oferecer materiais para o médico, de maneira asséptica e auxiliar no procedimento; • Anotar sinais vitais após a EST a cada 15 min., na primeira hora e a cada 30 min., nas próximas três horas; • Observar diurese, evacuação, distensão abdominal, resíduo gástrico e perfusão de MMII; • Colocar o recém-nascido na incubadora após o |



| | <p>procedimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Registrar na anotação de enfermagem: início, término, volume total da troca e observações referentes ao procedimento. | |
|--|---|--|
| EQUIPAMENTOS | MATERIAIS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Berço aquecido para procedimento; • Incubadora; • Oxímetro de Pulso; • Monitor cardíaco; • Monitor de pressão não-invasivo; • Mesa auxiliar; • Suporte de soro; • Foco auxiliar. | <ul style="list-style-type: none"> • Caixa cirúrgica para exsanguineotransusão; • Cateteres 3,5 ou 5 Fr; • Aventais cirúrgicos estéreis; • Campo fenestrado; • Campo de mesa; • Campo RN; • Cuba rim; • Escova de clorexidine degermante; • Máscaras descartáveis; • Gorros descartáveis; • Luvas estéreis; • Clorexidine alcoólico a 0.5%; | <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de sangue com bureta; • Equipo de soro simples com bureta; • Frasco a vácuo; • Torneira de três vias; • Seringas; • Agulhas; • Gazes; • Eletrodos; • Micropore; • Óculos de proteção para procedimento; • Medicamentos de urgência. |
| OBSERVAÇÕES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • O procedimento deverá ser paralisado temporariamente ou definitivamente se houver alterações cardiocirculatórias ou respiratórias. O auxiliar do procedimento é o responsável por este aspecto fundamental do EST, devendo estar permanentemente atento aos sinais vitais do RN; • Monitorizar a glicemia nas horas seguintes ao término do procedimento, conforme prescrição médica. | | |
| RESULTADOS ESPERADOS | | |
| <p>Procedimento realizado sem intercorrências; Estabilizar níveis de bilirrubina total e frações.</p> | | |



12.18. CUIDADOS NA INSTALAÇÃO DA NUTRIÇÃO PARENTERAL (NPP)

| AGENTE | ATIVIDADE | |
|---|---|--|
| ENFERMEIRO | <ul style="list-style-type: none"> • Conferir nome do recém-nascido, nº. pulseira, registro hospitalar, data da prescrição, volume total e volume de gotejamento a ser infundido nas 24 horas e prescrição médica; • Verificar eventuais alterações, tais como: aspecto e cor, antes da instalação da nutrição parenteral no recém-nascido; • Avaliar a permeabilidade do acesso venoso do recém-nascido antes da instalação, evitando que em decorrência de seu extravasamento no espaço extra vascular ocorram lesões, soromas, queimaduras e áreas de necrose; • Não administrar outro tipo de soluções ou medicamentos em via de acesso na qual se infunda a NPP, em função de que determinadas soluções são incompatíveis com a NPP e sua manipulação potencializa o risco de infecção por ser uma solução de meio de cultura para microorganismos; • Após a conferência de todos os dados, checar o rótulo da NPP e prescrição médica; • Instalar a NPP com técnica asséptica; • Registrar o procedimento na anotação de enfermagem. | |
| RISCOS | | MATERIAIS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Infecção; • Extravasamento da solução; • Contaminação da solução. | | <ul style="list-style-type: none"> • Máscara cirúrgica; • Gorro; • Luva estéril; • Frasco de NPP; • Equipo para Bomba de Infusão. |



| OBSERVAÇÕES |
|--|
| Quando a solução é infundida por cateter central, pode-se utilizar concentrações de glicose de no máximo 25%. Em veia periférica, a concentração das soluções deve ser inferior a 12,5%. |
| RESULTADOS ESPERADOS |
| Procedimento realizado sem intercorrências; Garantir que o RN receba a nutrição parenteral necessária para a sua estabilização. |

12.19. DIÁLISE PERITONEAL NO RECÉM-NASCIDO

INDICAÇÃO:

- Hipervolemia;
- Hipercalemia grave;
- Acidose metabólica intratável;
- Hipernatremia e hiponatremia sintomática associada à infecção respiratória aguda (IRA);
- Uremia sintomática;
- Uréia > 200 mg % ou com elevação rápida (50mg% dl/dia);
- Hipertensão arterial;
- Oligúria;
- Intoxicação exógena;
- Hipocalcemia grave;
- Anúria por mais de 48 horas.



| AGENTE | ATIVIDADE | |
|--|---|--|
| ENFERMEIRO | <ul style="list-style-type: none"> • Os banhos devem ser aquecidos normalmente (37 a 38°C); • Se o líquido apresentar-se hemorrágico, realizar banhos contínuos (sem prévio aquecimento), com heparina (250-1000U/litro) até clareamento conforme prescrição médica; • A duração total da diálise deve ser de 12 a 48 horas, podendo se estender por períodos mais prolongados, conforme a necessidade; • Deve-se realizar “folha de balanço” constatando horário, volume e tempo de infusão, drenagem, e intercorrências clínicas (peso, níveis pressóricos, balanço hídrico, medicamentos administrados); • Controles laboratoriais devem ser realizados com 6, 12 e 24 horas do início da diálise peritoneal (uréia, creatinina, sódio, potássio, cloro, gasometria sanguínea, cálcio e fósforo). Exames bacterioscópico, citologia e culturas do líquido de diálise devem ser realizadas diariamente; • Em situações de hipervolemia, pode-se aumentar o volume da solução de diálise, reduzir o tempo de permanência na cavidade peritoneal e aumentar a concentração de glicose, promovendo remoção de fluido e soluto de peso molecular baixo conforme prescrição médica; • Montagem do sistema de forma asséptica. | |
| EQUIPAMENTOS | MATERIAIS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Incubadora; • Monitor cardíaco; • Oxímetro de Pulso; • Monitor de | <ul style="list-style-type: none"> • Solução de clorexidine a 0.5%; • Campos de mesa; • Campo de RN; • Campo fenestrado; • Gorros descartáveis; | <ul style="list-style-type: none"> • Caixa de pequena cirurgia; • Anestésico local (lidocaína a 2% sem adrenalina); • Seringas; |



| | | |
|--|---|---|
| <p>pressão não invasivo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesa auxiliar; • Foco auxiliar; • Bomba de infusão neonatal. | <ul style="list-style-type: none"> • Máscaras descartáveis; • Luvas estéreis; • Avental cirúrgico; • Escovas de clorexidine degermante; | <ul style="list-style-type: none"> • Agulhas; • Gazes; • Frasco de solução de diálise com vias apropriadas; • Cateter de silicone (tenckhoff) neonatal. |
| <p>COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dor abdominal; • Dor torácica; • Hemorragia; • Obstrução do cateter; • Vazamentos; • Perfuração de víscera oca (alça intestinal, bexiga); • Infecção do túnel; • Peritonites. | | |
| <p>RESULTADOS ESPERADOS</p> | | |
| <p>Reversão do quadro.</p> | | |



13. CUIDADOS NA ALTA HOSPITALAR

Para que a alta hospitalar ocorra de maneira propícia para o binômio mãe e filho, faz-se necessário um preparo prévio adequado, planejado e avaliado pela equipe interdisciplinar, que só após concluir que mãe e filho estão prontos, determinam a data da saída da Maternidade.

O preparo para alta apresenta-se em quatro fases distintas:

- Preparo do recém-nascido: na medida em que o recém-nascido torna-se capaz de manter estável a sua temperatura corporal, apresenta aumento constante de peso e de aceitação alimentar, ele é retirado da incubadora, passa para o berço comum;

- Fazer o controle da temperatura;
- Verificar o peso de recém-nascido;
- Observar aceitação da dieta.

AGENTE: Enfermeiro/Auxiliar de Enfermagem

13.1. PREPARO DOS PAIS PARA ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO

O pai e a mãe tornam-se muito apreensivos quando a época da alta se aproxima. Eles possuem muitas dúvidas e sentem-se inseguros a respeito dos cuidados do recém-nascido. Orientações importantes ao longo dos dias próximos à alta:

- Reforçar a importância de lavar as mãos e antebraços;
- Ensinar a mãe a dar banho;
- Acompanhar a mãe na troca de fralda e ao vestir o recém-nascido;
- Verificar se a amamentação ocorre sem dificuldades;



- Orientar e acompanhar na administração de medicamento;
- Fazer anotações de enfermagem dos procedimentos orientados à mãe;
- Em caso de prematuridade e/ou longas internações, permitir que a mãe passe a noite com o RN no hospital, a fim de assumir integralmente os cuidados com o mesmo.

AGENTE: Enfermeiro/Auxiliar de Enfermagem

13.2. PROCEDIMENTOS NO MOMENTO DA ALTA

- Conferir a prescrição médica e identificações do recém-nascido;
- Orientar quanto à importância do acompanhamento de puericultura na Unidade Básica de Saúde;
- Orientar quanto aos encaminhamentos para acompanhamento e medicações, quando necessário;
- Orientar a retirada do resultado do exame do pezinho;
- Conferir e entregar a Carteira de Vacina do RN para os pais;
- Reforçar a importância de registrar o RN já no hospital;
- Conferir se foram realizados os testes de triagem auditiva e reflexo vermelho, pela fonoaudióloga e neonatologista respectivamente;
- Conferir e entregar a cópia do cartão SUS e orientá-la a retirar o definitivo junto à Mãe Paulistana;
- Ao entregar o recém-nascido aos pais dar informações que julgarem necessárias e compartilhar da alegria dos pais.

AGENTE: Enfermeiro/Auxiliar de Enfermagem



14. CUIDADOS PÓS-MORTE

A assistência ao corpo do recém-nascido após a morte deve ser realizada com respeito à dignidade humana. Constatado o óbito, o fato deve ser comunicado à família o mais rápido possível, a equipe do Programa de Pais Participantes deve ser acionada e a comunicação deve ser feita em local calmo e reservado pelo médico responsável, inclusive se há necessidade de solicitação de necropsia.

Antes de mostrar o corpo aos pais, os equipamentos utilizados devem ser removidos e a sala arrumada. O corpo deve estar limpo e arrumado de maneira adequada. Caso a mãe ainda esteja internada, deverá ter a oportunidade de ver o corpo, em local restrito, antes que este seja encaminhado ao necrotério.

| AGENTE | ATIVIDADE |
|--|--|
| <p>ENFERMEIRO AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar o óbito ao registro do hospital conforme a rotina e a equipe multiprofissional (assistentes sociais e psicólogas); • Lavar as mãos; • Realizar a paramentação com EPI necessário (avental descartável de manga longa, máscara e óculos de proteção); • Calçar luvas de procedimento; • Conferir e manter a pulseira de identificação do recém-nascido para evitar erros; • Retirar cateteres intravenosos (centrais e periféricos), sondas, coletores e outros dispositivos; • Limpar o corpo com água morna e sabão; • Fechar a boca e os olhos do bebê, colocar em decúbito dorsal, as pernas em extensão e os braços junto ao corpo; |



| | <ul style="list-style-type: none"> • Tamponar as cavidades naturais do corpo, caso haja saída de sangue ou secreções; • Preencher e identificar o corpo com o impresso de identificação de óbito; uma via sobre o corpo, outra via em cima do lençol descartável que envolve o corpo, uma via no prontuário e a outra no setor de Internação; • Recolher o material utilizado, fazer a desinfecção cuidadosa de todos os equipamentos da sala; • Retirar luvas e lavar as mãos; • Registrar no prontuário data e hora do óbito, a comunicação à família e cuidados com o corpo; • Avisar a portaria sobre a necessidade de transportar o corpo para o necrotério; • Acionar o elevador; • Encaminhar o corpo ao necrotério utilizando avental descartável, máscara e luvas; • Aguardar o vigilante abrir a porta do necrotério; • Colocar o corpo na geladeira; • Deixar o ambiente em ordem; • Descartar o avental, máscara e luvas de procedimento no necrotério (resíduo infectante); • Lavar rigorosamente as mãos, prevenindo a contaminação; • Solicitar à limpadora para fazer a limpeza terminal do ambiente; • Realizar o registro adequadamente no livro. |
|--|---|
| RISCOS | MATERIAIS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Falha técnica; • Lesão cutânea do RN; • Extravasamento de líquidos humorais. | <ul style="list-style-type: none"> • Avental descartável de manga longa; • Óculos de proteção; • Máscara descartável; • Lençol descartável; • Algodão; • Luvas de procedimento; • Água morna; • Sabão; • Identificação do óbito (quatro); • Formulário de Aviso de Óbito; • Formulário de solicitação de necropsia (s/n). |



OBSERVAÇÕES

Evitar comentários desnecessários na presença da família e manter atitude de respeito ao corpo.

RESULTADOS ESPERADOS

Corpo tamponado sem extravasamento de líquidos humorais.



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, temos 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.). A enfermagem retira roupas da cama e solicita ao serviço de limpeza que faça a limpeza terminal do leito, assim que a paciente tiver alta hospitalar.

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 (anti-sépticos).

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 anti-sépticos.

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 NA UNIDADE NEONATAL

Após a alta ou óbito de cada RN, é realizada a limpeza terminal conforme protocolo da limpadora validado pela SCIH do Hospital.

As salas 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 salas passaram por limpeza terminal.

Nas salas em que a limpeza terminal não ocorre naquele dia, é



efetuada uma limpeza concorrente. Nas demais dependências, a limpeza terminal ocorre conforme cronograma abaixo:

| SALAS / ÁREAS | PERÍODO | FREQUÊNCIA | DIA DA SEMANA |
|-------------------------------|----------------|-------------------|----------------------|
| Corredor/Rampa Entrada | M/T | Quinzenal | 2° e 4° Sábado |
| Recepção | M/T | Quinzenal | 2° e 4° Sábado |
| Sala de Espera | M/T | Quinzenal | 2° e 4° Sábado |
| Gerência | M/T | Quinzenal | 2° e 4° Sábado |
| Sanitário Masculino | M/T | Semanal | Quinta |
| Sanitário Feminino | M/T | Semanal | Quinta |
| Sala de Máquina | M/T | Mensal | 4° Quarta |
| Sala de Enfermagem | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Sexta |
| UTI Neonatal 1 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Segunda |
| UTI Neonatal 2 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Segunda |
| UTI Neonatal 3 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Segunda |
| UTI Neonatal 4 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Segunda |
| UTI Neonatal 5 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Terça |
| UTI Neonatal 6 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Terça |
| UTI Neonatal 7 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Terça |
| UTI Neonatal 8 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Terça |
| UTI Neonatal 9 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Quarta |
| UTI Neonatal 10 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Quarta |
| UTI Neonatal 11 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Quarta |
| UTI Neonatal 12 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Quarta |
| Mãe Ganguru 1 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Quinta |
| Mãe Ganguru 2 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Quinta |
| Semi Intensiva 1 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Quinta |
| Semi Intensiva 2 | M/T | Quinzenal | 1° e 3° Quinta |
| CAM | T | Mensal | 1° Sábado |



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde- APECIH – Precauções e Isolamento. 2ª Edição Revisada e Ampliada. 2012. Editora APECIH – São Paulo.
2. BADA, H.S. Toque Mínimo. Congresso Brasileiro de Perinatologia 17, 2001; Florianópolis (SC). Florianópolis; 2001.
3. 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.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à Saúde do Recém-Nascido – Guia para os Profissionais de Saúde. Volume 1, 2, 3 e 4. Brasília (DF); 2011.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru – Manual Técnico. 2ª Edição, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru – Manual Técnico. 2ª Edição, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2002.
7. CLOHERTY, J.P., EICHENWALD, E.C., STARK, A.R. Manual de Neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
8. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Código de ética dos



profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem; 2007.

9. KOPELMAN, B.I., SANTOS, A.M.N., GOULART, A.L., ALMEIDA, M.F.B., MIYOSHI, M.H., GUINSBURG, R. Diagnóstico e Tratamento em Neonatologia. São Paulo, Ed. Atheneu, 2004.

10. NAGANUMA M., KAKEHASHI T.Y., BAROBOSA V.L., FOGLIANO R.R.F., IKEZAWA M.K., REICHERT M.C.F. Procedimentos Técnicos de Enfermagem em UTI Neonatal. Editora Atheneu, 1995.

11. NANDA INTERNATIONAL; Tradução Regina Machado, Diagnóstico de enfermagem: Definições e Classificações 2009-2011. Porto Alegre – RS; Ed. Artmed Editora S.A – 2009.

12. PIZZATO, Marina Geraldí. Enfermagem neonatológica por Marina Pizzato e Vera Regina L. Da Poian. 2ª ed., Porto Alegre, D. C. Luzzatto Editores Ltda., 1985.

13. SOUZA, M.W.C.R., SILVA, W.C.R., ARAUJO, A.A.N. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. ConScientiae Saúde, 2008;7(2):269-274.



ANEXOS





ANEXO I

ABREVIACÕES MAIS UTILIZADAS E PADRONIZADAS NA UNIDADE NEONATAL

| ABREVIACÃO | DEFINIÇÃO |
|------------|--|
| AIG | ADEQUADO PARA IDADE GESTACIONAL |
| BCF | BATIMENTO CARDIO FETAL |
| BRNT | BULHAS RÍTMICAS NORMOFONÉTICAS |
| BSA | BOLETIM DE SIVERMAN-ANDERSON |
| CCG | CUIDADOS CONTROLES GERAIS |
| CPE | CONFORME PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM |
| CPM | CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA |
| CTB | CARDIO TOCOGRAFIA BASAL |
| CVP | CATETER VENOSO PERIFÉRICO |
| DHEG | DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO |
| DLE | DECÚBITO LATERAL ESQUERDO |
| DLE | DECÚBITO LATERAL DIREITO |
| DM1 | DIABETES MELLITUS TIPO I |
| DM2 | DIABETES MELLITUS TIPO II |
| DMG | DIABETES MELLITUS GESTACIONAL |
| DPP | DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA |
| DU | DINÂMICA UTERINA |
| ESC | ESTERTORES SUBCREPTANTES |
| FANT | FONTALENA ANTERIOR NORMOTENSA PLANA |
| G_P_A | GESTAÇÃO/PARIDADE/ABORTO |
| GIG | GRANDE PARA IDADE GESTACIONAL |
| HB | HEMOGLOBINA |
| HG | HEMOGRAMA |



| | |
|--------|--|
| HIC | HEMORRAGIA INTRACRANIANA |
| ITU | INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO |
| LCGG | LÍQUIDO CLARO COM GRUMOS GROSSOS |
| MEC | MECÔNIO |
| MFF | MÁ FORMAÇÃO FETAL |
| MID | MEMBRO INFERIOR DIREITO |
| MIE | MEMBRO INFERIOR ESQUERDO |
| MMII | MEMBROS INFERIORES |
| MMSS | MEMBROS SUPERIORES |
| MSD | MEMBRO SUPERIOR DIREITO |
| MSE | MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO |
| MV | MURMÚRIO VESICULAR |
| PA/P/T | PRESSÃO ARTERIAL/PULSO/TEMPERATURA |
| PC | PARTO CESÁREA |
| PE | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM |
| PF | PARTO FORCEPS |
| PIG | PEQUENO PARA IDADE GESTACIONAL |
| PM | PRESCRIÇÃO MÉDICA |
| PN | PARTO NORMAL |
| RA | RUÍDOS ADVENTÍCIOS |
| RCIU | RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRA UTERINO |
| RHA | RUÍDO HIDROAÉREO |
| RN | RECÉM-NASCIDO |
| SAM | SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO DE MECÔNIO |
| SDR | SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO |
| SPU | SÍNDROME DO PULMÃO ÚMIDO |
| SS | SOPRO SISTÓLICO |



ANEXO II

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM- NEONATOLOGIA MAIS UTILIZADOS NA INSTITUIÇÃO

- **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: 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 do sono; Insatisfação com o sono.

Fatores Relacionados:

Interrupções (p. ex., motivos terapêuticos, monitoramento, exames laboratoriais); Mudança na exposição à luz diurna/escuridão; Ruído; Temperatura/umidade do ambiente.

• Diagnóstico: RISCO DE PATERNIDADE E/ 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:

Nascimento prematuro; Condição de deficiência; Doença; Criança de sexo indesejado; Nascimento prematura; Nascimentos múltiplos; Falta de preparo cognitivo para paternidade/maternidade; Grande número de gestação; História de abuso ou dependência de substâncias; Partos com pequenos intervalos; Pouca idade dos pais; Trabalho de parto e/ou parto difícil; Conflito Conjugal; Cuidado pré natal tardio; Dificuldades financeiras; Falta de coesão familiar; Falta de Pré Natal; Falta de modelo pai/mãe; Gravidez Indesejada; Gravidez não planejada; Pai/Mãe Solteiro (a); Pobreza.



- **Diagnóstico: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA**

Definição:

Reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida.

Características Definidoras:

Agitação aumentada; Frequência cardíaca diminuída; Dispnéia; PCO_2 aumentada; PO_2 diminuída; SaO_2 diminuída; Taxa metabólica aumentada; Uso aumentado da musculatura acessória.

Fatores Relacionados:

Fadiga da musculatura acessória; Fatores Metabólicos.

- **Diagnóstico: TROCA DE GASES PREJUDICADA**

Definição:

Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar.

Características Definidoras:

Agitação; Batimento de asa de nariz; Cianose (somente em neonatos); Dispnéia; Hipoxemia; Hipoxia; Hipercapnia; Cor da pele anormal (pálida, escurecida); pH arterial anormal; Irritabilidade; Respiração anormal (p. ex. frequência, ritmo, profundidade); Sonolência; Taquicardia.

Fatores Relacionados:

Desequilíbrio na ventilação – perfusão; Mudanças na membrana alveolocapilar.



- **Diagnóstico: DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS**

Definição:

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

Características Definidoras:

Dispnéia; 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: PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ**

Definição:

Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.

Características Definidoras:

Alterações na profundidade respiratória; Bradipnéia; Dispnéia; Pressão expiratória diminuída; Pressão inspiratória diminuída; Uso da musculatura acessória para respirar; Ventilação-minuto diminuída.

Fatores Relacionados:

Dano musculoesquelético; Deformidade da parede do tórax; Deformidade óssea; Fadiga; Síndrome da hipoventilação.



- **Diagnóstico: RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO**

Definição:

Incapacidade de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte ventilatório mecânico, que interrompe e prolonga o processo de desmame.

Características Definidoras:

A frequência respiratória aumenta de forma significativa em relação aos parâmetros basais; Agitação; Cianose; Respiração descoordenada em relação ao respirador; Ruídos adventícios na respiração; Fadiga; Inquietação; Olhos arregalados; Palidez.

Fatores Relacionados:

Desobstrução ineficaz das vias aéreas; História de dependência do ventilador por mais de quatro dias; História de múltiplas tentativas de desmame malsucedidas.

- **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: 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: RISCO DE DESIQUILÍBRIO NA TEMPERATURA CORPORAL**

Definição:

Risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais.

Fatores de Risco:

Desidratação; Doença que afeta a regulação da temperatura; Extremos de idade; Extremos de peso; Medicamentos que causam vasodilatação; Medicamentos que causam vasoconstrição; Taxa metabólica aumentada.

- **Diagnóstico: TERMORREGULAÇÃO INEFICAZ**

Definição:

Flutuação da temperatura entre hipotermia e hipertermia.



Características Definidoras:

Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais; Flutuação na temperatura corporal acima e abaixo dos parâmetros normais; Frequência respiratória aumentada; Cianose nos leitos ungueais; Palidez; Pele fria; Quente ao toque; Rubor; Taquicardia.

Fatores Relacionados:

Doença; Imaturidade.

• **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 prensão 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 a ser exposta 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; Suprimento de leite inadequado percebido.

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: PADRÃO INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ**

Definição:

Capacidade prejudicada de um bebê de sugar ou de coordenar a resposta sucção-deglutição, resultando em nutrição oral inadequada para as necessidades metabólicas.

Características Definidoras:

Incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração; Incapacidade de iniciar uma sucção eficaz; Incapacidade de sustentar uma sucção eficaz.

Fatores Relacionados:

Anomalia anatômica; Hipersensibilidade oral; Prematuridade; Prejuízo neurológico; Retardo neurológico.

- **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 arrotos úmidos; Respiração com odor ácido; Fechamento incompleto dos lábios; Sialorréia; Sucção fraca resultando em prensão insuficiente da região areolar-mamilar; Vômito; 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 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; Esfincter esofágico inferior incompetente; Esvaziamento
gástrico retardado; Motilidade gastrintestinal diminuída; Presença de sonda
endotraqueal; Tubos gastrintestinais; Resíduo gástrico aumentado.

- **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 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: 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: RISCO DE CHOQUE**

Definição:

Risco de fluxo sanguíneo inadequado aos tecidos do corpo, capaz de levar a disfunção celular, com risco à vida.

Fatores de Risco:

Hipotensão; Hipovolemia; Hipoxemia; Hipoxia; Infecção; Sepsis; Síndrome de resposta inflamatória sistêmica.

- **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: DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO**

Definição:

Quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais.



Características Definidoras:

Agitação; Débito cardíaco diminuído; Sons B3; Sons B4; Alterações no ECG; Arritmias; Bradicardia; Palpitações; Taquicardia; Pele fria e pegajosa; Pulsos periféricos diminuídos; Variações nas leituras de pressão arterial; Pressão de capilar pulmonar diminuída; Pressão de capilar pulmonar aumentada; Pressão venosa central aumentada; Pressão venosa central diminuída.

Fatores Relacionados:

Contratilidade alterada; Frequência cardíaca alterada; Pós carga alterada; Pré Carga alterada; Ritmo alterado.

- **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); Dilatação pupilar; Evidência observada de dor, Mudanças na frequência cardíaca; Mudança na frequência respiratória.

Fatores Relacionados:

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



- **Diagnóstico: RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA**

Definição:

Risco da 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.

- **Diagnóstico: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA**

Definição:

Epiderme e/ou derme alteradas.

Características Definidoras:

Destruição de camada da pele; Invasão de estrutura do corpo; Rompimento da superfície da pele.

Fatores Relacionados:

Extremos de idade; Hipertermia; Hipotermia; Medicamentos; Pele úmida; Umidade; Mudança no estado hídrico; Déficit imunológico.

- **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: 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: DIARRÉIA**

Definição:

Eliminação de Fezes soltas e não formadas.

Características Definidoras: Pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia; Ruídos intestinais hiperativos.

Fatores Relacionados: Inflamação; Irritação; Má- absorção; Efeitos adversos de medicações.

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.