



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



C  
E  
N  
T  
R  
O  
  
O  
B  
S  
T  
É  
T  
R  
I  
C  
O

# MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO OBSTÉTRICO



ANO 2012

Prefeitura de São Paulo  
Secretaria Municipal de Saúde

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

# **MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO OBSTÉTRICO**

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/](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_maternidade_vila_nova_cachoeirinha/)

*E-mail* de contato: [hmvncassessoriaqualidade@prefeitura.sp.gov.br](mailto: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**

Edlene Rodrigues da Silva  
Enfermeira Obstétrica do Pré-Parto

**CHEFIA DO SETOR**

Graciete Maria Alves Lourenço  
Enfermeira Encarregada do Pré-Parto

**REVISÃO**

Eliana Claudino de Lima  
Enfermeira do Núcleo de Qualidade



## FICHA DE DESCRIÇÃO / APROVAÇÃO DE MANUAL

**Nome do Manual:**

**MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO OBSTÉTRICO**

**Finalidade:**

Padronizar os procedimentos relacionados a atividade de enfermagem no Pré-Parto do HMEC

**Disponível:**

Admissão PS  
 Agendamento/  
 Alojamento  
Conjunto  
 Ambulatório  
 Anatomia  
Patológica  
 Arquivo  
 Auditoria de  
Prontuário  
 Banco de Leite  
 Biblioteca  
 Casa da  
Gestante  
 CCO / CMAT /  
REC

Comitê de  
Risco  
 Comunicação  
 Contabilidade  
 Diagnóstico  
por Imagem  
 Educação  
Continuada  
 Engenharia  
 Ensino e  
Pesquisa  
 Farmácia  
 Faturamento  
 Gestão de  
Pessoas  
 Hotelaria  
 Imunização

Internação de  
Adultos e Hospital  
Dia  
 Logística de  
Produtos para Ass.  
Hospitalar  
 Medicina  
Natural e Práticas  
Complementares  
 Nutrição  
 Ouvidoria  
 Patrimônio  
 Pré-parto  
 Pronto Socorro  
 Protocolo e  
Autuação  
 Qualidade

Recepção  
para Internação  
 Saúde do  
Trabalhador  
 Serviços  
Técnicos  
Multidisciplinares  
 Suprimentos  
 Tecnologia da  
Informação  
 Tráfego  
 Internação  
Neonatal  
 UTI Adulto  
 Outros:

**ELABORADO POR:**

Nome: Edlene Rodrigues da Silva

Função: Enfermeira do Pré-Parto

**Data de Emissão:**  
**JANEIRO/2006**

**Revisão nº 4**

**Data de Revisão:**  
**JUNHO/2012**

**APROVADO POR:**

Nome: Ana Paula Sper Santiago

Função: Gerente de Enfermagem



## ***PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2012***

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

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

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

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

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

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

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

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





## **PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2008**

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

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

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

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

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

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







## **PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC - 2007**

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

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

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

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

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

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





## ***PREFÁCIO DA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM - 2012***

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

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

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

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

***Ana Paula Sper Santiago – Gerente de Enfermagem do HMEC***





## ***PREFÁCIO DO ORGANIZADOR - 2012***

Ao prefaciар este Manual do Centro Obstétrico e Pré-Parto sinto a satisfação do dever cumprido e a honra de ter dividido esta responsabilidade com meus companheiros de profissão.

Ao fazê-lo, quero agradecer a todos que compartilharam com seu conhecimento, cooperação e incentivo na realização deste trabalho.

Espero que o objetivo tenha sido atingido e que este manual sirva como norteador na realização da assistência prestada aos nossos clientes. Agradeço aos profissionais da enfermagem deste setor, pelos quais eu sinto imenso carinho.

Minha expectativa é que este seja um trabalho não terminado e que possa ser aperfeiçoado e atualizado por todos que fazem e/ou farão parte da nossa equipe, contribuindo assim com o nosso maior objetivo, que é o cuidar do nosso cliente de acordo com os valores e a ética de nossa profissão e que estes possam ser cumpridos e reconhecidos como merecem.

***Edlene Rodrigues Silva – Enfermeira do Pré-parto***





## SUMARIO

1. Finalidade, Organização e Composição.....	1
1.1. Finalidade.....	1
1.2. Organização.....	1
1.3. Composição.....	1
2. Centro Obstétrico/ Centro de Parto Natural e a Ética de Enfermagem.....	5
3. Programa 5s – Qualidade Total.....	7
4. Humanização da Assistência de Enfermagem.....	9
5. A Dor na Assistência de Enfermagem: Uma Abordagem Humanizada.....	11
6. A Equipe do Pré-Parto.....	15
6.1. Constituição da Equipe.....	15
6.2. Competência do Enfermeiro Encarregado do Diurno/ Enfermeiro Supervisor do Noturno.....	15
6.3. Competência do Enfermeiro Obstetra.....	16
6.4. Competência do Enfermeiro Assistencial.....	18
6.5. Competência do Auxiliar de Enfermagem.....	19
6.6. Competência do AGPP.....	20
6.7. Uso do Uniforme.....	21
7. Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	23
7.1. Preenchimento Correto da SAE.....	23
7.2. Anotações de Enfermagem.....	24
8. Preenchimento de Livros de Registros e Sistemas Informatizados.....	27
8.1. Indicadores de Qualidade.....	27
9. Fluxo de Atendimento a Gestante.....	29
9.1. Rotina de Admissão da Parturiente.....	29
10. Condutas de Enfermagem.....	31
10.1. Pré-Parto.....	31
10.2. Parto.....	34
10.3. Condutas do Enfermeiro Obstetra.....	43
11. Coleta de Exames e Banco de Sangue.....	45
11.1. Rotina de Coleta de Exames.....	46
12. Óbito.....	47
12.1. Preparo do Corpo Pós Morte do Recém-Nascido.....	47
12.2. Preparo do corpo pós morte do adulto.....	49
13. Limpeza.....	51
13.1. Definição de Termos.....	51





13.2. Produtos de Limpeza.....	53
13.3. Periodicidade da Limpeza no Pré-Parto.....	55
Referências Bibliográficas.....	57
Anexos.....	59
I – Abreviações mais Utilizadas e Padronizadas na Instituição.....	61
II – Diagnósticos de Enfermagem mais Utilizados na Instituição.....	63



## **1. FINALIDADE, ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO**

### **1.1. FINALIDADE**

O Centro Obstétrico/ Centro de Parto Normal é a unidade de atendimento ao parto normal localizada próximo ao Centro Cirúrgico, com um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seu acompanhante, de forma humanizada e que permita a evolução do parto o mais fisiológico possível, ativo, participativo e, sobretudo seguro.

O Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (CPNIH) foi criado, no âmbito do SUS, por meio da Portaria Ministerial nº 7.985, de 05 de agosto de 1999, com o objetivo de dar acesso à assistência ao parto, reduzir a morbimortalidade materna e Peri-Natal, humanizar a assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, além de melhorar a qualidade da assistência.

### **1.2. ORGANIZAÇÃO**

É uma unidade do serviço de enfermagem sob coordenação técnica da Enfermeira Encarregada da Unidade, subordinada à Gerente de Enfermagem.

### **1.3. COMPOSIÇÃO**

A unidade do Centro Obstétrico (CO)/ Centro de Parto Normal (CPN) é composta de:

#### **Pré-Parto:**

Unidade destinada ao recebimento e acompanhamento de parturientes nos momentos que antecedem o parto. Nesta unidade é realizado o constante monitoramento materno fetal com objetivo de avaliar



o progresso do trabalho de parto, garantindo a segurança da parturiente e do feto.

O Pré-Parto é composto por:

- 07 Box com 02 leitos cada, separados por divisórias;
- 01 Sala para exames;
- 01 Conforto para equipe multiprofissional;
- 01 DML/ 01sala para resíduos;
- 01 Expurgo;
- 01 Posto de Enfermagem;
- 02 Banheiros para funcionários;
- 01 Copa para funcionários;
- 02 Banheiros para pacientes;
- 02 Vestiários.

### **PPP (Pré-Parto Parto e Pós-Imediato):**

É a unidade de atendimento ao parto normal com um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seu acompanhante, de forma humanizada e que permita a evolução do parto da forma mais fisiológica possível, ativo, participativo e, sobretudo seguro.

A Unidade possui quatro salas de PPP, onde cada sala é composta por:

- 01 Banheira para banhos de relaxamento;
- 01 Cama para o parto;
- Banqueta giratória;
- 01 Berço aquecido;
- 01 Assento ativo ( cavalinho);
- Bola para exercício Perineal;



- 01 Mesa para instrumental;
- 01 Balança digital neonatal;
- 01 Mesa para refeição;
- 01 Carro móvel para medicação e material de consumo;
- 01 Foco cirúrgico;
- 01 Kit para atendimento de emergência ao RN (ambu neonatal com jogo de máscaras, laringoscópio com lâmina reta nº 0 e 1, cânulas traqueais nº 2 / 2,5/ 3,0/ 3,5 / 4,0 mm e material para fixação da cânula, caixa com medicação utilizada em reanimação do RN);
  - 01 Régua antropométrica;
  - Painéis para a rede de oxigênio e vácuo ( aspirador de parede, fluxômetro de O<sub>2</sub>, umidificador);
  - Carro de emergência com material para aspiração, intubação e cateterismo umbilical;
  - Fita métrica.





## **2. CENTRO OBSTÉTRICO / CENTRO DE PARTO NATURAL E A ÉTICA DE ENFERMAGEM**

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Art. 82.

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



### **3. PROGRAMA 5S – QUALIDADE TOTAL**

O programa 5s é a base para a qualidade total, para melhorar a qualidade de vida do ser humano. Para conseguirmos produtos de qualidade precisamos ter qualidade no nosso ambiente de trabalho. O principal objetivo dos 5s é criar um ambiente digno de trabalho, onde o funcionário 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 à 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, diminuimos 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 à prática de quem cuida de seres humanos, por que ter que humanizar o que é humano?

Sendo assim, este conceito não quer apenas tornar mais humana 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.

Em relação à gestação e ao parto, os profissionais de saúde desempenham um importante papel, tendo a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos.



Para oferecer um atendimento humanizado é necessário o reconhecimento das individualidades, isso permite ao profissional estabelecer com cada paciente um vínculo e perceber suas necessidades, capacidade de resistência à dor e condições de adaptação.

Segue abaixo as ações humanizadas desenvolvidas no setor:

- Não deixar a parturiente sozinha;
- Tratar sempre a parturiente e o acompanhante pelo nome;
- Pedir permissão para a realização de toques vaginais e demais procedimentos;
- Respeitar o momento que a parturiente está vivenciando, não mantendo conversas paralelas na presença dela e do acompanhante;
- Valorizar e incentivar a participação do acompanhante durante todo o período, inclusive fornecendo esclarecimentos sempre que solicitados;
- Realizar massagens nas regiões sacra e lombar de forma suave e ritmicamente com as contrações;
- Estimular a participação do acompanhante na realização de massagem relaxante para alívio da dor;
- Considerar os direitos e se possível também os desejos da paciente nas tomadas de decisões;
- Respeitar as individualidades;
- Zelar pela privacidade em todas as circunstâncias;
- Estimular sentimentos positivos.



## **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 norteamo 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 cronificada, 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<sup>a</sup>. Cicely Sauders, 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 biotecnista.

### **Ações da enfermagem para o controle da dor no Pré-Parto:**

- **Banho terapêutico;**



- **Uso do assento ativo;**
- **Massagem de conforto.**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. MENDONÇA, S.H.F.; LEÃO, E.R. Implantação e Monitoramento da dor como 5º Sinal Vital: o desenvolvimento de um processo assistencial. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.31, p. 623-639.
2. GIMENES, O.M.P.V. Que dor é essa? A dor no parto e seus segredos – Uma reflexão. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.11, p. 213-225.
3. BUENO, M. Dor no período Neonatal. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.12, p. 226-240.
4. MORAES, T.M. Atuação do enfermeiro na dor oncológica. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.12, p. 226-240.
5. PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto enferm. (on line).** Florianópolis, v.15, n.2,abr/jun. 2006. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415211.pdf>.  
Data do acesso: 21/11/2011.



## **6. A EQUIPE DO PRÉ-PARTO**

### **6.1. CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE**

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

### **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 a 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 assiduidade 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 do Pré-Parto com os demais serviços do hospital;
- Manter a Gerência de Enfermagem informada sobre ocorrências do serviço, solicitando da mesma quando necessário, as providências cabíveis;
- Cumprir os regulamentos do Hospital e seguir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

### **6.3. COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA**

- Liderar a equipe de enfermagem na prestação de assistência ao nascimento e parto no Centro Obstétrico (CO)/Centro de Parto Normal(CPN);
- Realizar exame obstétrico;
- Realizar partograma;



- Realizar dinâmica uterina e toque vaginal de acordo com a evolução do trabalho parto;
- Verificar batimentos cardio fetais a cada 60 minutos em parturientes em franco trabalho de parto e intermitente no momento do período expulsivo;
- Solicitar avaliação do médico obstetra na presença de distócias diagnosticadas;
- Avaliar membranas;
- Prescrever, orientar, checar, acompanhar, avaliar e anotar as medidas de conforto à parturiente, como banho de relaxamento, deambulação, exercícios e etc;
- Realizar e avaliar aminioscopia;
- Realizar amniotomia oportunamente;
- Avaliar e instruir a parturiente a respeito da posição mais indicada em cada caso;
- Induzir ou conduzir o trabalho de parto;
- Realizar parto normal, com ou sem episiotomia/episiotomia, utilizando anestesia local, locorregional ou sob analgesia;
- Prestar assistência imediata em casos de intercorrências com gestantes, parturientes e puérperas;
- Prescrever medicação de rotina no trabalho de parto conforme a indicação;
- Estabelecer relacionamento terapêutico com a parturiente e o acompanhante;
- Solicitar a presença de neonatologista no momento do parto;
- Verificar idade gestacional pelo Ultra-som e comparar com a data da última menstruação (DUM);



- Executar todas as atividades do enfermeiro assistencial quanto ao gerenciamento e organização do setor.

#### **6.4. 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 o carro de emergência em todos os plantões;
- 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;
- 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 a admissão das gestantes no setor;
- Orientar parturiente e/ou familiares sobre as normas do setor;
- Participar da assistência à pacientes graves, prestando cuidados especiais e acompanhando sua evolução;



- 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;
- Orientar, estimular e acompanhar o início do aleitamento materno;
- 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;
- Participar de forma harmônica dentro da equipe de assistência ao nascimento e parto;
- Cumprir os regulamentos do Hospital e seguir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

## **6.5. COMPETÊNCIA DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM**

- Receber e passar o plantão;
- Comunicar ao enfermeiro de plantão a admissão de nova paciente;
- Orientar o acompanhante sobre a importância do uso do avental e identificá-lo com o nome no crachá;
- Comunicar as intercorrências ao enfermeiro de plantão;
- Efetuar a limpeza concorrente na unidade da paciente;
- Acompanhar a paciente durante a remoção para exames;



- Verificar os sinais vitais, anotar em impresso próprio e notificar o enfermeiro caso haja alterações;
- Realizar punção venosa e identificá-la, conforme protocolo de enfermagem nº 48;
- Colher exames solicitados e comunicar ao enfermeiro a não solicitação dos exames de rotina (VDRL, HIV e tipagem sanguínea) na admissão;
- Administrar medicamentos conforme a prescrição e fazer a checagem com a anotação correspondente;
- Atender a paciente em suas solicitações;
- Registrar todos os procedimentos executados;
- Preparar materiais para a execução de atividades médicas e de enfermagem;
- Participar das reuniões de equipe do setor;
- Auxiliar na verificação e controle de materiais e medicamentos;
- Checar os equipamentos e materiais de consumo das salas de parto normal e notificar o enfermeiro do setor no caso de intercorrências;
- Cumprir os regulamentos do Hospital e seguir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

## **6.6. COMPETÊNCIA DO AGPP**

- Atender ao telefone e fornecer informações referentes à localização da paciente;
- Recepcionar a paciente e registrá-la na folha de movimentação diária e no livro de registro;
- Atualizar o programa Hospub;
- Recepcionar os acompanhantes e/ou visitantes, orientando quanto ao uso do avental e propé;



- 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;
- Verificar assinaturas, carimbos e checagens de medicações nos prontuários;
- Digitar documentos diversos do Setor (escalas, plantões extras, memorandos, etc.);
- Fazer o check list do prontuário no momento da transferência da paciente, verificando se há a identificação da mesma, data, assinatura e carimbo dos profissionais nos formulários correspondentes ao Setor;
- Realizar pedidos de impressos e material de escritório.

## 6.7. USO DO UNIFORME

Os funcionários de Enfermagem do Pré-Parto utilizam a roupa privativa fornecida pelo Hospital, sapato fechado de acordo com a NR32 e propé.

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. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

### **7.1. PREENCHIMENTO CORRETO DA SAE**

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

- Diagnóstico de enfermagem: efetuado pelo enfermeiro após o exame físico e levantamento das necessidades da paciente. É o que norteia a prescrição de enfermagem;

- Prescrição de enfermagem: realizada pelo enfermeiro, após o diagnóstico de enfermagem e checada pelo auxiliar de enfermagem;

- Evolução de enfermagem: registrada pelo enfermeiro e contempla as 24 h da assistência prestada ao paciente, após avaliação do seu estado geral;

- Na Evolução de Enfermagem devem constar: os problemas novos identificados; um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subseqüentes;

- Anotação de Enfermagem: é realizada pelo auxiliar de enfermagem e pelo enfermeiro. São registros ordenados, cuja finalidade essencial é fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações nas 24 horas, o que é indispensável para a compreensão da paciente de modo global. Além dos cuidados prestados, é essencial constar nas anotações de enfermagem os





itens da prescrição médica e de enfermagem que foram checados. Já os que não foram cumpridos, justificam-se o motivo.

Sempre ao final das anotações de enfermagem, da prescrição de enfermagem, do diagnóstico de enfermagem e da evolução de enfermagem, deve constar o carimbo e a assinatura do executante, conforme normativa do COREN DIR 001/2000.

## **7.2. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

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

### **7.2.1. NORMAS PARA AS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

- Verificar o tipo de impresso utilizado na Instituição e as normas para o seu preenchimento (onde anotar, onde assinar e onde carimbar);
- Verificar se o cabeçalho do impresso está preenchido devidamente; caso não esteja, preenchê-lo ou completá-lo;



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



A documentação de enfermagem inserida no prontuário da paciente, além do aspecto legal, é também utilizada como fonte de ensino, pesquisa, auditoria, avaliação do cuidado e questões legais.

Esta documentação assegura direito constitucional da paciente de decisão sobre sua vida e autonomia, reforçado pela Lei Estadual de São Paulo nº 10.241/99s. Para informações e instruções a respeito das anotações de enfermagem consulte o apêndice I no final deste manual.

### **7.2.2. CONTEÚDO DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

No Pré-Parto todos os cuidados de enfermagem realizados e as medicações administradas deverão ser registrados pelo profissional executante da ação. Vale ressaltar, que alguns itens são importantes registrar devido à especificidade do setor. São eles: sinais vitais, queixas de dor e perdas vaginais.



## **8. PREENCHIMENTO DE LIVROS DE REGISTROS E SISTEMAS INFORMATIZADOS**

É efetuado pela enfermagem, o registro de todas as pacientes admitidas no Pré-Parto nos seguintes instrumentos:

- Livro de Registro dos pacientes do pré-parto: data, hora, RH, procedência, idade, diagnóstico, paridade (G: gestações, PN: parto normal, PC: parto cesárea, PF: parto fórceps, A: abortos, IG: idade gestacional), observação, número do leito.

- Movimento diário setorial: quantidade de pacientes do dia anterior, número de leito operacional inicial, número de leito operacional final, número de leito extra, RH, clínica de origem, hora de chegada, número do leito, nome do paciente, hora de saída destino e óbito.

- Atualização do KARDEX.

### **8.1. INDICADORES DE QUALIDADE**

Indicadores são instrumentos que possibilitam definir parâmetros que serão utilizados para realizar comparações e valores.

É a unidade de medida de uma atividade servindo para a avaliação da assistência, possibilitando a visualização do atendimento prestado quanto à qualidade.

Para que os resultados obtidos através da avaliação dos indicadores de qualidade sejam fidedignos, é importante a valorização do preenchimento preciso do impresso destinado a este fim. É registrado o número de punções efetuadas/dia em impresso específico. Qualquer evento adverso que ocorra com a paciente é notificado no instrumento denominado de “Indicadores de Qualidade/Desempenho” para que se possa fazer a análise causal do evento utilizando as ferramentas de



qualidade. Os eventos notificados são: queda, não conformidade na administração de medicamentos e flebite.



## 9. FLUXO DE ATENDIMENTO À GESTANTE

### 9.1. ROTINA DE ADMISSÃO DA PARTURIENTE

- AS gestantes são recepcionadas no Pré-Parto oriundas do Pronto Socorro Obstétrico (PSO) ou da Casa da Gestante de Alto Risco, onde recebem o primeiro atendimento pelos médicos obstetras, residentes e equipe de enfermagem;

- Se houver indicação de internação, a gestante será imediatamente encaminhada ao Pré-Parto, com prescrição médica e resultados dos exames de rotina;

- A parturiente passará a receber todo atendimento de pré-parto garantindo a evolução do trabalho de parto de forma mais natural possível, exceto nos casos de complicações clínicas. As pacientes são continuamente monitoradas e acompanhadas clinicamente durante o trabalho de parto pela equipe (enfermeiros obstetras, médicos obstetras e residentes médicos) que atuam em conjunto e em espírito de equipe, garantindo o bem estar da paciente e de seu bebê. É dispensada toda a atenção humanizada ao nascimento e ao parto, sem abrir mão da possibilidade de uso de todos os mais modernos recursos tecnológicos e farmacológicos que serão utilizados conforme a indicação clínica;

- As indicações de parto cirúrgico (fórceps ou cesariana) e de analgesia de parto são de responsabilidade e indicação da equipe médica, porém previamente é feita uma discussão do caso junto com a enfermeira obstetra responsável pela mesma. No momento da internação, se houver indicação iminente de parto cesariana, a paciente é comunicada de forma clara da indicação cirúrgica e os motivos clínicos desta decisão, podendo então ser encaminhada diretamente ao Centro Cirúrgico.





## **10. CONDUTAS DE ENFERMAGEM**

### **10.1. PRÉ-PARTO**

#### **10.1.1. EXERCÍCIOS PREPARATÓRIOS PARA O PARTO**

- **Deambulação**

É indicada para aliviar o tempo de trabalho de parto, favorecer a descida da apresentação e diminuir as dores lombares. Quando a parturiente tem a indicação de deambulação, o acompanhante após orientação prévia tem um papel fundamental de estímulo e incentivo à parturiente neste processo.

Na ausência do acompanhante, é solicitada a presença da doula ou da própria equipe de enfermagem (Auxiliar de Enfermagem/Estagiário de Enfermagem ou quando possível do Enfermeiro Obstetra).

- **Movimentação**

Relaxa a tensão muscular da região pélvica, favorece a rotação e a descida da apresentação. Deve ser estimulada durante o banho e a deambulação. Consiste em orientar a mulher a executar balanço pélvico (bambolê), exercício com bola, cavalinho e de agachamento.

#### **10.1.2. ESTÍMULO ÀS ELIMINAÇÕES**

- **Diurese:**

A parturiente é estimulada espontaneamente durante o trabalho de parto, com o objetivo de diminuir a presença de retenção urinária e desconforto nas contrações.





- **Evacuação:**

A parturiente é estimulada espontaneamente durante o trabalho de parto, favorecendo o encaixamento da apresentação e a redução da presença de fezes no parto. Não é utilizada lavagem intestinal.

### **10.1.3. CARDIOTOCOGRAFIA**

Deverá ser realizada em todas as parturientes, em prol da verificação da vitalidade fetal.

### **10.1.4. EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS**

Promove e restitui o autocontrole e a oxigenação materno fetal. A parturiente deverá fazer a respiração espontânea, caso ela não consiga, será orientada a realizar a respiração abdominal profunda após as contrações, objetivando o relaxamento e a reoxigenação da placenta.

### **10.1.5. BANHOS DE RELAXAMENTO**

O banho é estimulado, tanto de aspensão como o de imersão. O banho favorece a circulação, diminui o desconforto, regula as contrações, promove o relaxamento e diminui o tempo do trabalho de parto.

#### **Indicações:**

- Todas as parturientes com trabalho de parto prolongado;
- Parturientes adolescentes;
- Parturientes descompensadas;
- Parturientes com Parto Cesário anterior.

#### **Contraindicações:**

- Parturientes com membranas rotas;
- Parturientes com hipotensão;



- Primíparas com cervico-dilatação maior ou igual a 9 cm;
- Multíparas com cervico-dilatação maior ou igual a 8 cm;
- Grandes multíparas com cervico-dilatação maior ou igual a 7 cm.

**Normas:**

- É necessária a presença de acompanhante ou do auxiliar de enfermagem durante o banho;
- As prescrições de banho terapêutico são feitas para as parturientes em Trabalho de Parto, com duração de 50/60 minutos após 5/6 cm, se a parturiente suportar e/ou desejar.

Agente	Ação
<b>Enfermeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrever banho de imersão;</li> <li>• Realizar avaliação cervical quando necessário durante o banho de imersão.</li> </ul>
<b>Auxiliar de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar a parturiente o objetivo do procedimento;</li> <li>• Encher a banheira com água morna;</li> <li>• Solicitar que a parturiente avalie se a temperatura está agradável;</li> <li>• Convidar a parturiente para entrar na banheira;</li> <li>• Estimular que a mesma permaneça por trinta minutos;</li> <li>• Solicitar nova avaliação cervical caso a parturiente deseje permanecer na banheira por mais tempo;</li> <li>• Solicitar a presença do enfermeiro obstetra caso a parturiente apresente algum mal estar durante o banho;</li> <li>• Auxiliar a parturiente durante a sua saída da banheira;</li> <li>• Encaminhar para o banho de aspersão a parturiente que rejeitar a prescrição do banho de imersão.</li> </ul>



Atenção: No caso da parturiente entrar em período expulsivo dentro da banheira, deve-se esvaziar a banheira para receber o recém-nascido.

### **10.1.6. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES**

- As medicações são utilizadas, de acordo com protocolo institucional, quando as condutas humanizadas não obtiverem sucesso.
- O acesso venoso não é puncionado de rotina para permeabilidade de venoclise. A punção venosa somente é realizada quando houver indicação médica.
- A prescrição de ocitocina ocorrerá somente nos casos de falta de D.U (dinâmica uterina) compatível com a fase do trabalho de parto ou com indicação patológica.

OBS: Cada parturiente é assistida respeitando suas individualidades biológicas.

## **10.2. PARTO**

### **Agente: Enfermeiro Obstetra**

#### **Antissepsia**

- Realizar a antissepsia antes do parto, dos membros superiores com antisséptico degermante;
- Paramentar-se para a realização do parto normal, conforme protocolo institucional;
- Realizar a antissepsia na paciente com antisséptico aquoso na região perineal e no terço médio da coxa. Colocar os campos conforme posição do parto.



OBS: Para o parto normal a realização da tricotomia foi abolida, indica-se somente a tonsura dos pelos.

### **Episiotomia**

A episiotomia não é realizada de rotina. Se indicada, será realizada episiotomia médio lateral direito.

Casos Indicados:

- Sofrimento fetal;
- Distância entre fúrcula e ânus menor que 3 cm;
- Distensão restrita do períneo avaliada durante a contração uterina e no movimento de báscula.

### **Desprendimento do pólo cefálico**

- Proceder de forma tranquila;
- Desprender lentamente, fazendo a proteção do pólo cefálico com a mão esquerda e do períneo com mão direita. Este procedimento, evita tanto a descompressão brusca como as lacerações amplas;
- Certificar da presença ou ausência de circular de cordão, procedendo ao seu afrouxamento ou secção, se necessário;
- Permitir a rotação externa natural, caso não ocorra auxiliar este movimento.

### **Desprendimento do pólo cômico**

- Após o desprendimento cefálico, proceder ao desprendimento do ombro superior e em seguida do inferior de forma suave (conforme a posição do parto), não utilizando manobras bruscas;
- Segurar o pólo cefálico com uma das mãos, correr com a outra e apreender os membros após desprendimento;
- Limpar a boca do RN com gaze.



### **Interação mãe e filho**

- Proceder imediatamente interação mãe e filho pele a pele, colocando o RN sobre o abdome materno;
- Encorajar a parturiente permitindo que o pai seccione o cordão umbilical;
- Deve-se permitir e orientar a amamentação na primeira hora de vida;
- Parabenizar a parturiente e o acompanhante pelo nascimento e pela colaboração;
- Entregar o recém nascido para o neonatologista, que irá prestar a assistência e os cuidados necessários, na presença do acompanhante.

### **Dequitação**

- Deve-se aguardar a dequitação espontânea da placenta. A dequitação é confirmada através dos sinais da placenta, do útero e do cordão, realizando-se então a manobra de Jacobs;
- Se após 35 minutos não houver dequitação espontânea, na presença de um quadro patológico, solicitar avaliação médica;
- Após dequitação, revisar a placenta quanto à:
  - Integridade das membranas, cotilédones, veias e artérias;
  - Inserção do cordão umbilical.

### **Episiorrafia**

- A episiorrafia deverá ser feita na mucosa com pontos contínuos ancorados até a fúrcula e pontos separados no músculo e na pele;
- Usar fio categute 0 – Simples e categute 2-0 nas lacerações de mucosa;



- Realizar após o término da episiorrafia a retirada do tampão vaginal se houver necessidades de utilizá-lo. Não se deve realizar toque bidigital de rotina;
- Orientar e prescrever exercícios perineais 03 vezes ao dia por 50 vezes;
- Orientar também quanto à higiene e auto-cuidado com os pontos.

### **Período de Greenberg (4º período - Primeira hora após o parto)**

- Verificar altura uterina, quantidade de sangramento e contratilidade uterina;
- Orientar automassagem abdominal e a presença da dor de “Tortus” (dor abdominal materna que ocorre quando o bebê suga o peito);
- Orientar quanto à importância da amamentação exclusiva por livre demanda e quanto à proibição de amamentação cruzada devido o risco para o RN adquirir doenças infecciosas;
- Orientar sobre a importância da mamada na primeira hora de vida, observando pega e sucção.

### **Avaliação das puérperas no CCO/CPN**

- Avaliar após a primeira hora de pós-parto as condições clínicas e obstétricas através de:
  - Controle dos sinais vitais;
  - Controle de sangramento vaginal;
  - Contratilidade uterina;
  - Condições da episiorrafia;
  - A efetividade da primeira pega do RN na mama materna;
  - Após a avaliação, liberar para o Alojamento Conjunto.



### 10.2.1. ROTINA DE ATENDIMENTO NO MOMENTO DO PARTO

Agente	Ação
<p><b>Enfermeiro e/ou Auxiliar de Enfermagem Circulante</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionar a paciente adequadamente na mesa de parto, observando se está em posição segura, funcional e confortável, de acordo com o tipo de posição escolhida pela parturiente;</li> <li>• Repor material na mesa, para o enfermeiro obstetra ou médico durante o parto e até o término do mesmo;</li> <li>• Solicitar o neonatologista no momento do nascimento;</li> <li>• Verificar o horário do nascimento;</li> <li>• Auxiliar a equipe obstétrica e o anestesiológico em todos os procedimentos;</li> <li>• Observar e anotar no prontuário da paciente os dados relativos ao parto: tipo de parto; tipo anestesia; medicação; horário de nascimento; apresentação fetal; peso da placenta; estado geral da paciente;</li> <li>• Anotar em formulário padrão, todo o material utilizado durante o procedimento;</li> <li>• Observar e anotar no prontuário do RN os dados relativos ao RN: Sexo; peso; Apgar; condições de vitalidade; cuidados prestados ao RN pelo neonatologista;</li> <li>• Auxiliar o neonatologista na recepção do RN (secar, oferecer gaze, clamp, lâmina, álcool, nitrato de prata 1%, seringa com Kanakion etc.);</li> <li>• Pesar, carimbar os pés, retirar a tinta com vaselina e colocar pulseira de identificação;</li> <li>• Envolver o RN em campo aquecido e entregar ao</li> </ul>



- acompanhante para que este mostre o bebê para mãe, facilitando os momentos de interação familiar;
- Providenciar a identificação do RN conforme rotina estabelecida;
  - Coletar o sangue da placenta para exames de rotina do RN (tipagem sanguínea e outros quando solicitados pelo neonatologista, conforme rotina de coleta de exames);
  - Pesquisar a placenta e desprezar no lixo da sala;
  - Colocar a puérpera em situação confortável, com roupas limpas e secas, logo que possível;
  - Providenciar a transferência da puérpera para unidade de Recuperação ou Alojamento Conjunto, de acordo com prescrição;
  - Verificar os sinais vitais, sangramento, estado geral da paciente e fazer a respectiva anotação no prontuário;
  - Auxiliar no contato pele a pele e na pega da mama na primeira hora de vida do RN, ainda no quarto PPP;
  - Transferir a puérpera para a maca e mantê-la no quarto até o momento que a auxiliar de enfermagem do Alojamento Conjunto venha buscá-la, após liberação;
  - Retirar após o término do procedimento, campos e materiais cirúrgicos utilizados;
  - Solicitar a limpeza da sala de parto.





## 10.2.2. ROTINA DE IDENTIFICAÇÃO DO RN

Agente	Ação
<p><b>Enfermeiro e/ou Auxiliar de Enfermagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar sexo do RN na hora do nascimento;</li> <li>• Preencher o aviso de nascimento em duas vias, com letra legível;</li> <li>• Preencher pulseiras de identificação ( mãe e RN), com nome da mãe, RH, sexo, peso, hora de nascimento e data;</li> <li>• Colocar a pulseira de identificação no pulso direito do RN/mãe, enfatizando o sexo do RN;</li> <li>• Colocar duas pulseiras no RN, braço e perna contralateralmente;</li> <li>• Apresentar o RN à mãe mostrando sexo, pulseira do RN/mãe conferindo os dados;</li> <li>• Obter impressão plantar direita ( clara, sem borrar) do RN, nas três vias da declaração de nascido vivo (D.N.V.) e no impresso do resumo obstétrico no prontuário da mãe;</li> <li>• Obter impressão digital do polegar direito da mãe (sem borrar) nas três vias da declaração de nascido vivo (D.N.V.) e no impresso do resumo obstétrico no prontuário da mãe;</li> <li>• Fazer anotações de enfermagem no prontuário da mãe e do RN.</li> </ul>

**Atenção:** Nos casos de parto gemelar, proceder a identificação do mesmo modo para cada RN, identificando em todos os impressos: 1º gemelar, 2º gemelar, 3º gemelar, seguindo a ordem de nascimento.



### 10.2.3. ROTINA DE TRANSFERÊNCIA DO RN PARA UTI NEONATA OU CE

Agente	Ação
<b>Enfermeiro e/ou Auxiliar de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicar antecipadamente a Unidade Neonatal, para que a equipe prepare a unidade, de acordo com a solicitação do neonatologista;</li><li>• Transportar o RN em incubadora aquecida, provida de oxigênio, acompanhado pelo gasoterapeuta, enfermeiro ou neonatologista;</li><li>• Entregar o RN para o auxiliar de enfermagem ou enfermeiro da Unidade Neonatal, conferindo todos os dados de identificação do RN: sexo, RH, aviso de nascimento e colher assinatura no livro de protocolo;</li><li>• Fazer anotações, preencher aviso de nascimento e encaminhar com RN.</li></ul>

#### 10.2.4. Administração da vacina de hepatite

- Somente será administrada em RN com peso superior a 1000gr;
- A vacina é administrada no músculo vasto-lateral direito, com ângulo de 90°.



**Rotina:**

<b>Agente</b>	<b>Ação</b>	<b>Observações</b>
<b>Enfermeiro e/ou Auxiliar de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar antissepsia no local da aplicação;</li> <li>• Registrar a administração da vacina em impresso próprio;</li> <li>• Preencher a cardeneta de vacina do RN com data, lote e assinatura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antissepsia é realizada com álcool 70%;</li> <li>• O registro do procedimento deverá constar no prontuário do RN, com data, hora, lote, carimbo e assinatura do profissional executante.</li> </ul>

**10.2.5. ADMINISTRAÇÃO DA VITAMINA K (KANAKION)**

- Anti-hemorrágico;
- POSOLOGIA- 1 mg/intramuscular;
- DOSAGEM- 0,1 ml da ampola de 1 ml;
- Deve ser administrada em todos os recém-nascidos;
- Aplicado no terço médio do vasto lateral esquerdo;
- Utilizar seringa de 1 ml e agulha de 13x4,5 mm.

**Rotina:**

<b>Agente</b>	<b>Ação</b>	<b>Observações</b>
<b>Enfermeiro e/ou Auxiliar de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar antissepsia no local da aplicação;</li> <li>• Registrar a aplicação em impresso próprio;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antissepsia é realizada com álcool 70%;</li> <li>• O registro do procedimento deverá constar no prontuário do RN, com data, hora, lote, carimbo e assinatura do profissional executante.</li> </ul>



### 10.3. CONDUTAS DO ENFERMEIRO OBSTETRA

<b>Dinâmica Uterina (DU):</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar com frequência durante o trabalho de parto (por 10 minutos), avaliando frequência, duração e intensidade das contrações uterinas, sendo os intervalos não maiores que 2 horas, quando em fase ativa;</li><li>• A DU poderá ser realizada com parturiente em decúbito lateral e/ou sentada. Avaliar sempre a dinâmica em relação à fase que a parturiente se encontra.</li></ul>
<b>Altura Uterina (AU):</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verificar AU com a parturiente deitada, após corrigir posição fetal;</li><li>• Avaliar a AU no conjunto com os outros parâmetros.</li></ul>
<b>Movimento Fetal (MF):</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Controlar os batimentos cardio-fetais;</li></ul>
<b>Toque vaginal:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar o toque vaginal avaliando as características cervicais, apresentação fetal, a bacia obstétrica, estado das membranas amnióticas e posição;</li><li>• Realizar o toque no momento da entrada no Pré-Parto, devendo ser repetido de preferência pelo mesmo profissional que realizou inicialmente.</li></ul>



<b>Membranas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter as membranas íntegras, se possível, até o final do trabalho de parto. Caso o partograma mostre alguma alteração, rompê-la em momento oportuno, conforme técnica.</li></ul>
<b>Amiotomia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Na dúvida da presença de mecônio, realizar amiotomia;</li><li>• Orientar a parturiente quanto ao possível aumento das contrações após amiotomia.</li></ul>



## **11. COLETA DE EXAMES E BANCO DE SANGUE**

### **Coleta de Exames**

- **Exames de Rotina**

Os exames de rotina são colhidos pela equipe do laboratório.

- **Exames de Urgência**

Quando a paciente for admitida em situação de urgência, os exames são colhidos pela equipe de Enfermagem do Pré-Parto.



## 11.1. ROTINA DE COLETA DE EXAMES

Agente	Ação	Observações
<p><b>Enfermeiro e/ou Auxiliar de Enfermagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colher as amostras;</li> <li>• Identificar os tubos, com etiquetas próprias, com nome completo da paciente e RH; no caso de recém-nascido identificar como RN de (nome da mãe);</li> <li>• Registrar nos livros de protocolo do Banco de Sangue e/ou do Laboratório os exames encaminhados.</li> <li>• Anotar no prontuário da paciente os exames colhidos;</li> <li>• Encaminhar as amostras nos horários de rotina juntamente com as requisições preenchidas adequadamente (exceto os exames de urgência);</li> <li>• Solicitar a conferência do material e assinatura do funcionário do Banco de Sangue e/ou do Laboratório no ato do recebimento das amostras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipagem sanguínea: 01 tubo com EDTA (tampa roxa).</li> <li>• V.D.R.L: 01 tubo seco (tampa vermelha).</li> </ul>



## 12. ÓBITO

### 12.1. PREPARO DO CORPO PÓS MORTE DO RECÉM-NASCIDO

**Produto do aborto:** feto com peso igual ou inferior à 500g.

**Natimorto:** recém-nascidos com peso igual ou superior a 500g, com óbito fetal intrauterino, ou seja, constatado antes do nascimento.

**Neonato:** recém-nascidos vivos com óbito ocorrido logo após o nascimento.

#### Rotina de óbito

Agente	Ação
<b>Enfermeiro e/ou Auxiliar de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pesar o produto de aborto;</li><li>• Verificar com o médico o destino a ser dado ao produto do aborto;</li><li>• Preencher aviso de óbito em duas vias;</li><li>• Colocar a peça em frasco com solução de formol diluição de 1:4 e identificar com: nome do paciente, RH, data e nome da peça;</li><li>• Encaminhar para anatomia patológica.</li></ul>





## Rotina de óbito para natimorto ou neonato

Agente	Ação
<p><b>Enfermeiro e/ou Auxiliar de Enfermagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar o recém-nascido;</li> <li>• Preencher uma etiqueta de identificação contendo: natimorto ou neonato de (nome da mãe), horário do óbito (hora da extração fetal), data, RH, peso, sexo e assinar;</li> <li>• Colocar uma pulseira de identificação no recém-nascido contendo os mesmos dados da etiqueta;</li> <li>• Perguntar a mãe se ela deseja ver o recém nascido e mostrá-lo em caso de afirmativa;</li> <li>• Envolver o recém-nascido em campos colocando a etiqueta sobre o “pacote” em local visível;</li> <li>• Anotar no prontuário do paciente os cuidados e providências do encaminhamento do corpo;</li> <li>• Preencher o aviso de óbito em 4 vias, sendo que a 1ª via é arquivada no prontuário, a 2ª e 3ª vias são anexadas ao corpo e 4ª via é encaminhada ao setor de internação, identificando: se produto de aborto, natimorto ou neonato;</li> <li>• Encaminhar o corpo ao necrotério e registrar no livro apropriado de acordo com o peso.</li> <li>• Preencher a requisição de necropsia, caso seja solicitada, em 2 vias (1ª via é encaminhada para anatomia e a 2ª via permanece no prontuário).</li> </ul>



## 12.2. PREPARO DO CORPO PÓS MORTE DO ADULTO

Agente	Ação
<b>Médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constatar o óbito e anotar o horário;</li> <li>• Informar a família da ocorrência do óbito;</li> <li>• Preencher os impressos necessários: aviso de óbito em quatro vias:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-1ª arquivar no prontuário da paciente;</li> <li>-2ª e 3ª vias são afixadas no corpo da paciente (internamente e externamente);</li> <li>-4ª é encaminhada ao setor de internação;</li> </ul> </li> <li>• Solicitar necropsia, s/n.</li> </ul>
<b>Enfermeiro e/ou Auxiliar de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar o atestado de óbito ou solicitação de necropsia para que o médico preencha;</li> <li>• Identificar o corpo com etiqueta contendo: nome completo, RH, data, horário de óbito e assinatura, afixado no corpo externamente;</li> <li>• Preparar o corpo conforme técnica;</li> <li>• Anotar no prontuário da paciente os dados referentes ao óbito, os cuidados com o corpo e os impressos preenchidos;</li> <li>• Encaminhar o corpo ao necrotério coberto com lençol e identificado externamente;</li> <li>• Registrar a entrada do corpo, em livro próprio do necrotério;</li> <li>• Solicitar a limpeza terminal da unidade.</li> </ul>

Obs.: Todas as rotinas cujo agente é o auxiliar de enfermagem, são também executadas pelo enfermeiro caso haja necessidade.





## 13. LIMPEZA

### DEFINIÇÃO

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

### 13.1. DEFINIÇÃO DE TERMOS

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



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

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

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

#### **PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A LIMPEZA:**

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



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

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

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

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

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

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

## 13.2. PRODUTOS DE LIMPEZA

### 13.2.1. CONCEITOS:

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

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



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

### 13.2.2. 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
----------------------	---------------------------------	--	------------

### 13.3. PERIODICIDADE DA LIMPEZA NO PRÉ-PARTO

**Limpeza Concorrente:** Ao término de parto são recolhidos todos os campos cirúrgicos, retirado o lixo e o circulante de sala limpa com álcool a 70% o foco, a mesa cirúrgica, acessórios e a bancada do recém nascido. A limpadora faz a limpeza concorrente do piso com detergente ou sabão neutro e em seguida com Hipoclorito de Sódio a 1%. Na presença de matéria orgânica, anteriormente ao detergente, é retirado o excesso com papel absorvente.

**Limpeza Terminal:** É realizada uma vez por semana. Na limpeza terminal todo o mobiliário é retirado da sala do PPP e alcoolizado. A limpeza terminal do piso, rodapé e das paredes são efetuadas com detergente e hipoclorito a 1%. Na presença de matéria orgânica, é retirado o excesso com papel absorvente.







## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (APECIH). Limpeza, Desinfecção de Artigos e áreas Hospitalares e Anti-Sepsia, 2ª Edição, São Paulo, 60p.
2. KURCGANT, P. et AL. Administração em enfermagem. São Paulo, EPU, 1991.
3. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília: ministério da saúde, 2001.
4. COREN. Anotações de Enfermagem. COREN-SP, 2009. Disponível em:  
[http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/anotacoes\\_enfermagem.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/anotacoes_enfermagem.pdf)
5. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Lei que regulamenta o exercício da enfermagem;
6. Código de ética dos profissionais de enfermagem – Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.





## ANEXOS





## ANEXO I

### ABREVIACÕES MAIS UTILIZADAS E PADRONIZADAS NA INSTITUIÇÃO

- GERAIS:

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



ITU	<b>INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO</b>
LCGG	<b>LÍQUIDO CLARO COM GRUMOS GROSSOS</b>
LT	<b>LAQUEADURA TUBÁREA</b>
MEC	<b>MECÔNIO</b>
MF	<b>MOVIMENTOS FETAIS</b>
MFF	<b>MÁ FORMAÇÃO FETAL</b>
MMII	<b>MEMBROS INFERIORES</b>
MMSS	<b>MEMBROS SUPERIORES</b>
MSD	<b>MEMBRO SUPERIOR DIREITO</b>
MSE	<b>MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO</b>
MID	<b>MEMBRO INFERIOR DIREITO</b>
MIE	<b>MEMBRO INFERIOR ESQUERDO</b>
PA/P/T	<b>PRESSÃO ARTERIAL/PULSO/TEMPERATURA</b>
PC	<b>PARTO CESÁREA</b>
PE	<b>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</b>
Pect	<b>PRENHEZ ECTÓPICA</b>
PF	<b>PARTO FORCEPS</b>
PF	<b>PLANEJAMENTO FAMILIAR</b>
PIG	<b>PEQUENO PARA IDADE GESTACIONAL</b>
PM	<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>
PN	<b>PARTO NORMAL</b>
PP	<b>PLACENTA PRÉVIA</b>
PPct	<b>PLACENTA PRÉVIA CENTRO TOTAL</b>
PTN	<b>PROTEINÚRIA</b>
RCIU	<b>RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRA UTERINO</b>
RN	<b>RECÉM-NASCIDO</b>
RPM	<b>ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</b>
SND	<b>SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA</b>
SS	<b>SERVIÇO SOCIAL</b>
TVP	<b>TROMBOSE VENOSA PROFUNDA</b>
USG	<b>ULTRASSONOGRAFIA</b>
VV	<b>VIA VAGINAL</b>



## ANEXO II

### Diagnósticos de Enfermagem mais utilizados na Instituição

#### DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM GERAL - ADULTO**

**Diagnóstico:** **ANSIEDADE**

**Definição:**

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

**Características Definidoras:**

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

**Fatores Relacionados:**

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





## **Diagnóstico: RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL**

### **Definição:**

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

### **Fatores de Risco:**

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

## **Diagnóstico: NÁUSEA**

### **Definição:**

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

### **Características definidoras:**

Relato de náusea; Salivação aumentada; Sensação de vômito.

### **Fatores de Risco:**

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

## **Diagnóstico: DOR AGUDA**

### **Definição:**

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real, potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo de Dor); início súbito ou lento, de intensidade



leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.

**Características Definidoras:**

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

**Fatores Relacionados:**

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

**Diagnóstico: HIPERTERMIA**

**Definição:**

Temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais.

**Características Definidoras:**

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

**Fatores Relacionados:**

Aumento da taxa metabólica; Desidratação; Doença; Medicamentos.

**Diagnóstico: INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA**

**Definição:**

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

**Características Definidoras**

Tecido destruído; Tecido lesado.



### **Fatores relacionados**

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

### **Diagnóstico: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA**

#### **Definição:**

Epiderme e/ou derme alteradas.

#### **Característica Definidora:**

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

#### **Fatores relacionados:**

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

### **Diagnóstico: RISCO DE INFECÇÃO**

#### **Definição:**

Risco aumentado de ser invadido por organismo patogênico.

#### **Fatores de risco:**

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



## **Diagnóstico: RISCO DE SANGRAMENTO**

### **Definição:**

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

### **Fatores de Risco:**

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

## **Diagnóstico: RISCO DE QUEDA**

### **Definição:**

Suscetibilidade aumentada para quedas que possam causar danos físicos.

### **Fatores de Risco:**

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

## **Diagnóstico: RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A OUTROS**

### **Definição:**

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

### **Fatores de Risco:**

Complicações perinatais; Complicações pré-natais; Comportamento suicida; História de abuso de substâncias; História de testemunhar violência na família; História de violência contra outros; Impulsividade; Sintomatologia psicótica.



## **Diagnóstico: RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO**

### **Definição:**

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

### **Fatores de Risco:**

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

## **Diagnóstico: ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA**

### **Definição:**

Disfunção na eliminação de urina.

### **Características Definidoras:**

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

### **Fatores Relacionados:**

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

## **Diagnóstico: CONSTIPAÇÃO**

### **Definição:**

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



### **Características definidoras:**

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

### **Fatores Relacionados:**

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

## **• DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - OBSTETRÍCIA**

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

#### **Definição:**

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

#### **Características Definidoras:**

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



comportamento de vínculo com o bebê; Demonstra cuidado adequado das mamas; Demonstra técnicas apropriadas para alimentar o bebê.

### **Diagnóstico: RISCO DE DÍADE MÃE/FETO PERTURBADA**

#### **Definição:**

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

#### **Fatores de Risco:**

Abuso de substância (p. ex. tabaco, álcool, drogas); Complicações da gestação (p. ex. rompimento prematuro de membranas, placenta prévia ou descolamento, cuidado pré-natal tardio, múltiplas gestações); Efeitos secundários relativos ao tratamento (p.ex. medicamentos, cirurgia, quimioterapia); Metabolismo da glicose prejudicado (p.ex. diabete, uso de esteróides); Transporte de O<sub>2</sub> comprometido (p.ex. anemia, doença cardíaca, asma, hipertensão, convulsões, trabalho de parto prematuro, hemorragia).

### **• DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - PUÉRPERA**

### **Diagnóstico: RISCO DE VÍNCULO PREJUDICADO**

#### **Definição:**

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



### **Fatores de Risco:**

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

### **Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO EFICAZ**

#### **Definição:**

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

#### **Características Definidoras:**

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

#### **Fatores Relacionados:**

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





## **Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO INEFICAZ**

### **Definição:**

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

### **Características Definidoras:**

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

### **Fatores Relacionados:**

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

## **Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA**

### **Definição:**

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

### **Características Definidoras:**

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



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

**Fatores Relacionados:**

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

• **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - RN**

**Diagnóstico: DISPOSIÇÃO PARA AUMENTO DA COMPETÊNCIA  
COMPORTAMENTAL DO BEBÊ.**

**Definição:**

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

**Características Definidoras:**

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

**Diagnóstico: COMPORTAMENTO DESORGANIZADO DO BEBÊ.**

**Definição:**

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



### **Características Definidoras:**

Arritmias; Bradicardia; Queda da saturação de O<sub>2</sub>; 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: **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 no traveseiro; 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: 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 GLICEMIA INSTÁVEL**

**Definição:**

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

**Fatores de Risco:**

Nível de desenvolvimento; Monitoração inadequada da glicemia.

**Diagnóstico: RISCO DE ASPIRAÇÃO**

**Definição:**

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

**Fatores de Risco:**



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

**Diagnóstico: DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS**

**Definição:**

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

**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.

# 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.