



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



Manual de Rotinas de Enfermagem do Centro Cirúrgico e Recuperação

2016

C
E
N
T
R
O

C
I
R
Ú
R
G
I
C
O

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 CIRÚRGICO E
RECUPERAÇÃO**

São Paulo
2016
5º EDIÇÃO

Projeto Gráfico:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Diagramação:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Arte da Capa:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Foto Capa:

Pedro Duarte

Coleção Protocolos HMEC 2016

© 2016 - Departamento Técnico

Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva

É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte.

Av. Deputado Emílio Carlos, 3100

CEP: 02720-200 – São Paulo – SP

Telefone: 3986-1051

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

E-mail de contato: qualidade.hmec@gmail.com

Fernando Haddad
Prefeito da Cidade de São Paulo

Alexandre Padilha
Secretário Municipal da Saúde

Alberto Alves Oliveira
Coordenador Regional de Saúde Norte

Claudia Tanuri
Diretora de Departamento Técnico – HMEC

ORGANIZAÇÃO

Ana Maria de Oliveira Malara
Encarregada de Enfermagem do Setor de Centro Cirúrgico, Obstétrico,
Recuperação e Central de Materiais

REVISÃO

Eliana Claudino de Lima
Enfermeira da Assessoria de Qualidade



FICHA DE DESCRIÇÃO / APROVAÇÃO DE MANUAL

Nome do Manual:

MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO E RECUPERAÇÃO

Finalidade:

Padronizar os procedimentos relacionados a atividade de enfermagem no Centro Cirúrgico e Recuperação

Disponível:

OBS: TODOS OS SETORES PODEM ACESSAR O MANUAL EM FORMATO PDF POR MEIO DA INTRANET, O MANUAL FÍSICO ENCONTRA-SE APENAS NOS SETORES ABAIXO:

<input type="checkbox"/> Agendamento <input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Anatomia Patológica <input type="checkbox"/> Arquivo <input type="checkbox"/> Auditoria de Prontoário <input type="checkbox"/> Banco de Leite <input checked="" type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Casa da Gestante <input checked="" type="checkbox"/> CCO / CMAT / REC <input checked="" type="checkbox"/> Comitê de Risco <input type="checkbox"/> Comunicação	<input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imagem <input checked="" type="checkbox"/> Educação Continuada de Enfermagem <input type="checkbox"/> Engenharia <input checked="" type="checkbox"/> Ensino e Pesquisa <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Faturamento <input type="checkbox"/> Gestão de Pessoas <input type="checkbox"/> Gerência Financeira-Orçamentária <input type="checkbox"/> Hotelaria <input type="checkbox"/> Imunização	<input type="checkbox"/> Internação de Adulto e Hospital Dia <input type="checkbox"/> Internação Neonatal <input type="checkbox"/> Logística de Insumos Hospitalares <input type="checkbox"/> Medicinas Trad., Homeopatia e Práticas Integrativas <input type="checkbox"/> Núcleo de Segurança do Paciente <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> Ouvidoria <input type="checkbox"/> Patrimônio	<input checked="" type="checkbox"/> Pré-parto <input type="checkbox"/> Pronto Socorro <input checked="" type="checkbox"/> Qualidade <input type="checkbox"/> Recepção do Pronto Socorro e Internação <input type="checkbox"/> Saúde do Trabalhador <input type="checkbox"/> Serviços Técnicos Multidisciplinares <input type="checkbox"/> Suprimentos <input type="checkbox"/> Tecnologia da Informação <input type="checkbox"/> UTI Adulto <input checked="" type="checkbox"/> Outros: Gerência de Enfermagem / Diretoria
---	---	--	---

Data de Emissão:
JANEIRO/2006

Revisão nº 4

Data de Revisão:
DEZEMBRO/2016

APROVADO POR:

Nome: Ana Paula Sper Santiago
Função: Gerente de Enfermagem

Nome: Dra. Maria Regina Cesar
Função: Coordenadora do Comitê de Risco

Nome: Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel
Função: Gerente de Ensino e Pesquisa



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2016

Nos dias de hoje, todas as pessoas em toda parte têm acesso a uma profusão e amplitude de informações médicas e de cuidados de saúde que a maioria dos profissionais não teria facilidade em encontrar há uma geração atrás. O problema atual parece ser excesso de informação, em vez de pouca informação.

Em face dessa vasta gama de disponibilidade de conhecimento, por um lado, e de necessidade de informação, por outro, ao padronizar condutas e detalhar rotinas a partir da expertise de nossos competentes profissionais, a Coleção de Manuais do HMEC 2016 foi atualizada, revisada nos títulos já existentes na Coleção anterior e concebidos alguns novos títulos para a atual Coleção, o que melhorará a comunicação entre os profissionais desta Maternidade.

Além de favorecer a excelência na assistência, visa propiciar que o outro braço de nossa Missão, que é a de Ensino, seja facilitada, com a disseminação das práticas preconizadas na Instituição. Também pretende tornar acessíveis a todas as equipes as rotinas multiprofissionais e administrativas vigentes.

Nosso desejo é que esta Coleção esclareça e capacite os profissionais e contribua para resultados favoráveis àqueles que nela depositam confiança para terem seus partos, cuidados neonatais, cirurgias, consultas, exames e outros procedimentos.

Dra. Cláudia Tanuri – Diretora de Departamento Técnico do HMEC



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



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 da casa.

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 de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO DA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM – 2016

Outro manual publicado!

Foi um trabalho árduo, buscando garantir a uniformidade da assistência de enfermagem prestada, bem como excelência no cuidado ao nosso paciente e respaldo/segurança ao nosso profissional.

Importante salientar, que os nossos manuais foram cuidadosamente criados/adaptados pelos enfermeiros dos setores assistenciais aos quais merecem meu respeito e agradecimento.

Não posso deixar de ressaltar a importância da Equipe da Qualidade neste novo feito Institucional.

Cada um, da sua forma com suas peculiaridades e particularidades, teve participação ímpar para o nascimento da reedição das nossas diretrizes de enfermagem, e é justamente isto que me fascina.

“Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes”

Paulo Freire

OBRIGADA!

Ana Paula Sper Santiago – Gerente de Enfermagem do HMEC



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 – 5ª EDIÇÃO

Este manual de Enfermagem é um instrumento que reúne de forma sistematizada, normas, rotinas e outras informações necessárias ao desenvolvimento das atividades da equipe de enfermagem dentro do Bloco Cirúrgico.

A revisão desse manual tem como principal objetivo incorporar nas práticas da equipe, os conceitos de Cirurgia Segura que envolvem medidas a serem adotadas no pré, trans e pós-operatório, com o objetivo de reduzir eventos adversos decorrentes do processo cirúrgico. Esse conceito vem sendo desenvolvido na Instituição por meio da implantação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, com envolvimento de toda equipe multiprofissional nos diversos setores por onde o paciente passa durante a internação.

Dentro dessa premissa acreditamos que esse modelo associado com protocolos bem definidos, venha a nos auxiliar na busca pela excelência na qualidade do atendimento prestado aos nossos usuários, minimizando todos os riscos inerentes a todo processo cirúrgico.

Ana Maria Oliveira Malara—Encarregada de Enfermagem do Setor de Centro Cirúrgico, Recuperação e Central de Material do HMEC



PREFÁCIO DO ORGANIZADOR – 4ª EDIÇÃO

Esta obra é um conjunto de conhecimentos técnicos de lideranças de enfermagem que estiveram à frente do Bloco Cirúrgico com atualizações das rotinas deste hospital. A implantação de manuais de conduta representa a adoção de diretrizes únicas fundamentadas em graus de evidência e recomendações que auxiliam no exercício da prática de enfermagem com qualidade, além de fortalecer a assistência que deve ser baseada em evidência científica e servir de estímulo para busca de conhecimento e capacitação de Profissionais de enfermagem.

Acredito que a dinâmica do Bloco Cirúrgico, deve contar com profissionais qualificados em condições de enfrentar as exigências que este setor impõe, levando em conta sempre o bem estar da paciente e da equipe multiprofissional.

Sendo o Centro Cirúrgico, uma das unidades mais complexas do hospital, devido à técnica e riscos dos quais as pacientes estão expostas, estes profissionais devem sempre manter-se atualizados com conhecimento científico, habilidade técnica, responsabilidade e estabilidade emocional.

A educação pode ser entendida como uma forma de humanização que deve estar inserida entre todos os membros das equipes e pacientes, o que cria um ambiente harmonizado reduzindo o estresse, acertando nas decisões, aumentando a eficiência. Aumenta também a qualidade do serviço prestado e o grau de satisfação dos profissionais e pacientes.

“Onde há sociedade há educação, logo ela é continuada”

Com esta obra encerro minhas atividades enquanto Encarregada deste Bloco desejando que todos mantenham o respeito e amor pelo próximo!

Debora Romero – Enfermeira do HMEC



SUMÁRIO

I - Normas e Rotinas de Enfermagem do Centro Cirúrgico.....	01
1. Regulamento do Centro Cirúrgico.....	03
2. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.....	07
3. Programa 5S – Qualidade Total.....	09
4. Humanização na Assistência de Enfermagem.....	11
5. A Dor na Assistência de Enfermagem: Uma Abordagem Humanizada.....	13
6. A Equipe do Centro Cirúrgico.....	17
7. Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	31
8. Cirurgias Eletivas.....	35
9. Rotina de Atendimento na Sala de Parto.....	47
9.1. Competência do circulante de sala.....	47
9.2. Rotina de Transferência do RN para UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) com Protocolo para Hipotermia Terapêutica em Recém-Nascidos com Asfixia Grave.....	49
10. Programa de Atendimento ao Recém-Nascido.....	55
11. Rotina de Coleta e Encaminhamento de Exames.....	59
12. Rotina de Óbito no Centro Cirúrgico Obstétrico.....	61
II - Normas e Rotinas de Enfermagem da Recuperação Pós Anestésica – REC.....	65
1. Definição.....	67
2. Localização.....	69
3. Finalidade.....	71
4. Equipamentos.....	73
5. Competências.....	75
6. Fluxo da REC.....	77
7. Procedimentos Administrativos e Assistenciais.....	83
8. Unidade Satélite de Distribuição.....	89
9. Rotina de Limpeza da Unidade.....	91
III – Segurança do Paciente.....	101
Fontes Consultadas.....	109



Anexos.....	111
Anexo I – Abreviações mais utilizadas no Bloco Cirúrgico.....	112
Anexo II – Definição e Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem.....	115



I - NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO





1. REGULAMENTO DO CENTRO CIRÚRGICO

1.1. FINALIDADE

O Centro Cirúrgico (CC) compreende uma área crítica, de acesso restrito, que pertence a um estabelecimento assistencial de saúde. É considerado uma das unidades mais complexas do Hospital, não só por sua especificidade em realizar procedimentos invasivos, mais também por ser um local fechado que expõe a paciente e a equipe de saúde em situações estressantes.

O Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico Obstétrico tem por finalidade:

- Desenvolver atividades de assistência de Enfermagem baseado em princípios científicos, tecnológicos e normas organizacionais;
- Prestar assistência integral aos pacientes durante o período peri-operatório;
- Prever e prover recursos humanos e materiais necessários para a assistência de enfermagem no atendimento dos pacientes;
- Colaborar com as Instituições de Ensino que utilizam o Hospital como campo de ensino;
- Colaborar no desenvolvimento de pesquisas na área da Saúde.

1.2. ORGANIZAÇÃO

- O Centro Cirúrgico Obstétrico é uma Unidade do Serviço de Enfermagem, sob a responsabilidade administrativa de uma Encarregada de Enfermagem, diretamente subordinada à Gerência de Enfermagem;
- O Centro Cirúrgico Obstétrico funciona 24 horas;
- A equipe cirúrgica é composta por anestesistas, cirurgiões, residentes médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e residentes médicos;
- Só é permitida a entrada de funcionários de outros setores nas salas de cirurgia com autorização prévia do cirurgião e enfermeiro responsável pelo CCO;



- A distribuição de salas e a escala de atendimento serão feitas de acordo com os seguintes critérios: programação do mapa cirúrgico ginecológico com prioridade às urgências e emergências, disponibilidade de material e equipamentos, caracterização do risco de contaminação, pessoal de enfermagem disponível;
- Todo pessoal de Centro Cirúrgico Obstétrico deverá observar a rigorosa técnica de assepsia e antisepsia, conforme normas e rotinas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Os casos não previstos neste Manual serão avaliados pela Gerência do Serviço de Enfermagem ou pela Diretoria Técnica da Instituição de acordo com sua competência.

1.3. COMPOSIÇÃO

O Centro Cirúrgico é composto por:

- Rouparia/Recepção;
- 2 vestiários sendo um feminino e outro masculino;
- Setor de Gasoterapia;
- Sala da Administração;
- Sala do almoxarifado;
- DML;
- Copa;
- 6 Salas de cirurgia;
- Sala para anatomopatológico;
- Expurgo (CC);
- Sala de recuperação pós-anestésica (REC) composta de 6 leitos operacionais;
- Unidade Satélite de Distribuição;



1.4. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE

SALA DE CIRURGIA:

Agente: Enfermeiro/ Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Prover as Salas de cirurgia/parto com materiais e equipamentos necessários, de acordo com o tipo de intervenção anestésico-cirúrgica;
- Atender a equipe cirúrgica;
- Prestar assistência de enfermagem aos pacientes, de acordo com seu estado e indicação;
- Atender ao recém-nascido, dentro da indicação e técnica própria até seu encaminhamento à Unidade de Internação;
- Cuidar dos materiais e equipamentos e do ambiente após o ato cirúrgico.

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA:

Agente: Enfermeiro/ Técnico/ Auxiliar de Enfermagem

- Prover a Sala de Recuperação Pós-Anestésica com recursos humanos e materiais;
- Prestar assistência de enfermagem aos pacientes que forem submetidos ao ato anestésico-cirúrgico ou obstétrico;
- Recepcionar e providenciar a remoção da paciente para a unidade de origem após a alta anestésica;
- Cuidar dos materiais, equipamentos e do ambiente após sua remoção.

SALA DE ADMINISTRAÇÃO:

Agente: Encarregada de Enfermagem

- Proporcionar treinamento aos funcionários, conforme a necessidade;
- Controlar o atendimento de todos os setores do Centro Cirúrgico Obstétrico;
- Registrar e manter dados para estatísticas e relatórios;



- Fazer requisição de material à Farmácia e Almoxarifado periodicamente;
- Manter atualizado e disponível o Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos;
- Elaborar escalas de trabalho, férias e quaisquer outras necessidades do funcionário do período diurno, pertinente ao RH;
- Manter atualizados os Registros dos Procedimentos Cirúrgicos realizados e a Documentação Anestésica Cirúrgica.



2. CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

PREÂMBULO

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

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

Art. 14 - Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

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. 20 - Colaborar com a Equipe de Saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento.

Art. 25 - Registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

DAS RELAÇÕES COM AS ORGANIZAÇÕES EMPREGADORAS DIREITOS

Art. 63 - Desenvolver suas atividades profissionais em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a da pessoa, família e coletividade sob seus cuidados, e dispor de material e equipamentos de proteção individual e coletiva, segundo as normas vigentes.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

Art. 69 - Estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão.

Art. 71 - Incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 72 - Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

CAPÍTULO II DO SIGILO PROFISSIONAL

DIREITOS

Art. 81 - Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional a pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.



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 sintam-se bem consigo mesmo e com os demais, pois antes do produto vem o trabalhador.

1ºS - SENSO DE UTILIZAÇÃO

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

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

2ºS - ARRUMAÇÃO

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

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

3ºS - LIMPEZA

O senso de limpeza significa que, o mais importante do que limpar é aprender a não sujar, limpando as ferramentas e materiais após o uso, mantendo limpo o que já está em ordem, para que se tenha um ambiente de trabalho digno onde todos poderão se sentir bem, além de causar boa impressão aos pacientes e evitar acidentes de trabalho.



4ºS - SAÚDE E HIGIENE

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

5ºS- AUTO – DISCIPLINA

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

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

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



4. HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

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

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

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

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

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

A humanização é uma das diretrizes que norteia o Alojamento Conjunto, desde a sua estrutura física, que propicia a permanência do RN junto à mãe nas 24h durante todo o período de internação, à assistência de enfermagem individualizada baseada na teoria do auto cuidado de Orem.

HUMANIZAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

O CC é uma unidade de alta complexidade tecnológica e cercada de procedimentos que invadem a privacidade das pacientes. É necessária a conscientização dos enfermeiros e da equipe de enfermagem sobre a importância de ouvir, tocar, olhar e se fazer presente, pois a segurança e a tranquilidade do paciente favorecerão seu tratamento e sua recuperação.

A cirurgia sob o ponto de vista dos pacientes representa uma invasão da intimidade sobre todos os aspectos da qual seu corpo se transforma em



um livro aberto a todos os componentes da equipe de saúde podendo gerar crises emocionais ou até mesmo conflitos com as equipes que o assistem.

O cuidado com a exposição do corpo do paciente, juntamente com a humanização, inclui ações que necessitam de coragem, compreensão, habilidade por parte dos funcionários que ali atuam.



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

Eliana Claudino de Lima

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

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

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

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

Quando o tema “dor durante o trabalho de parto”, é abordado, temos que considerar os aspectos culturais envolvidos no processo de dar à luz. Nos tempos bíblicos, a dor do parto era considerada um mal necessário e a mulher deveria sublimá-la e até oferecer sua vida em troca do nascimento do seu filho, se assim fosse necessário. Infelizmente, esta visão poética da dor do parto se perpetua, mesmo que veladamente, em muitas maternidades onde a dor de parto é considerada “normal”. Vale ressaltar que as medidas terapêuticas para o controle da dor durante o trabalho de parto não são apenas restritas às terapias medicamentosas, mas os métodos não farmacológicos para o alívio da dor são muito eficazes, dentre eles, respiração, mudança de posição, banhos de imersão e de aspersão, massagens, etc., sendo que a equipe de enfermagem tem um amplo campo de atuação na implementação destas terapias.

Porém, quando analisamos a humanização da assistência pré, durante e pós o trabalho de parto versus o controle efetivo da dor, não podemos



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

O emprego de medidas para o alívio da dor diante dos procedimentos potencialmente dolorosos em RN ainda é exceção. Estima-se que em apenas 3% dos casos seja prescrita a analgesia farmacológica e em apenas 30% sejam aplicadas técnicas coadjuvantes para minimizar a dor. Dentre as técnicas de analgesias não farmacológicas, destacam-se: sucção não nutritiva, amamentação e contato pele a pele entre mãe e filho. Segundo dados da literatura observa-se, que o emprego destas técnicas previamente e/ou conjuntamente ao estímulo doloroso, reduz o tempo de choro, a mímica facial de dor e a resposta fisiológica à dor.

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^a. Cicely Saunders, referindo-se aos outros aspectos envolvidos na dor oncológica, além do físico, aspectos psicológicos, emocionais, espirituais e sociais associados à doença.

O desafio do controle da dor não cabe apenas à equipe de enfermagem, mas a toda equipe de assistência envolvida no processo de cuidar. Acredita-se que as escolas médicas e de enfermagem, deveriam crescer em suas grades curriculares, disciplinas que abordem o tema dor, sua mensuração e controle visando uma formação acadêmica mais humanística e menos biotecnista.

Ações da enfermagem para o controle da dor na Recuperação Pós Anestésica:

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

No pós operatório, o controle da dor é de suma importância, portanto, quando os medicamentos prescritos não forem suficientes para minimizar ou eliminar o desconforto, será necessário o enfermeiro solicitar reavaliação anestésica para que seja associado e prescrito analgésicos de um espectro de atuação mais eficaz, podendo ser: um opióide fraco (codeína, tramadol); ou opióide forte (morfina) conforme com o grau de intensidade da dor.

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. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia para Profissionais de Saúde. Intervenções Comuns, Icterícia e Infecções. 2ª Ed. Brasília –DF: Ministério da Saúde, 2014. Cap. 11, p. 33-45.



6. A EQUIPE DO CENTRO CIRÚRGICO

6.1 CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE

A equipe do Centro Cirúrgico Obstétrico classifica-se nas seguintes categorias:

- Enfermeiro Encarregado do Centro Cirúrgico Obstétrico;
- Enfermeiro Assistencial;
- Técnico de Enfermagem;
- Técnico/Auxiliar de Enfermagem;
- AGPP;
- Auxiliar Operacional de Serviços Diversos;
- Gasoterapeutas.

6.2. ENCARREGADO DE ENFERMAGEM

- Organizar, administrar e controlar as atividades do Centro Cirúrgico Obstétrico;
- Prever e prover de recursos materiais e humanos para garantir o bom funcionamento da unidade;
- Providenciar a manutenção e revisão periódica dos equipamentos em instrumentais cirúrgicos das Salas de Cirurgia, Recuperação Pós-Anestésica e Central de Materiais;
- Controlar o uso adequado e econômico do material em geral;
- Elaborar a escala mensal do serviço e controlar o comparecimento dos funcionários;
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de enfermagem para fins de avaliação do serviço;
- Participar de reuniões com a Gerência de Enfermagem, Diretoria e Equipe Multidisciplinar;
- Proporcionar integração do Centro Cirúrgico Obstétrico com os demais serviços do hospital;



- Elaborar relatórios e estatísticas periódicas das atividades realizadas;
- Elaborar e atualizar rotinas de atividades e desenvolver programas de treinamento do Pessoal de Enfermagem;
- Cumprir e fazer cumprir regulamentos e ordens de serviço do hospital;
- Cumprir e zelar pelo cumprimento do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem.

6.3. ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Receber e passar o plantão em conjunto com a Equipe de Enfermagem e tomar as providências que julgar necessárias;
- Diagnosticar as necessidades de enfermagem, elaborar e executar planos de Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Coordenar o funcionamento das salas de cirurgia/parto, respeitando a programação cirúrgica e fazendo as mudanças necessárias nos casos imprevistos;
- Prover a Sala Cirúrgica de pessoal, material e equipamentos necessários para a realização do ato cirúrgico;
- Supervisionar e instruir os funcionários no desempenho de suas funções, avaliando-os periodicamente;
- Orientar e supervisionar os funcionários no cumprimento da técnica asséptica;
- Prestar assistência direta aos pacientes graves ou em situações de emergência;
- Executar os procedimentos de alta complexidade quando julgar necessário;
- Elaborar as escalas diárias de serviço da equipe de enfermagem;
- Exigir o uso de uniforme privativo completo de todos que adentrarem nas dependências do Centro Cirúrgico Obstétrico, não podendo circular pelo hospital com tal vestimenta;
- Zelar pelos materiais e equipamentos supervisionando o seu manuseio adequado;
- Fazer controle dos psicotrópicos, temperatura das geladeiras, salas



cirúrgica, fazer o checklist das salas cirúrgicas e os carros de emergências em todos os plantões;

- Supervisionar a limpeza das salas de cirurgia, recuperação pós-anestésica, central de material, portaria e dependências;
- Encaminhar material para o laboratório, banco de sangue, anatomia patológica, internação e RH;
- Desempenhar as funções administrativas que são delegadas pela chefia imediata;
- Fazer treinamentos para manter a atualização dos funcionários;
- Fazer cumprir normas e rotinas do Centro Cirúrgico Obstétrico;
- Manter registros das ocorrências do plantão em livro próprio;
- Colaborar com as Pesquisas e Treinamentos desenvolvidos no Hospital;
- Substituir, quando necessário, o Enfermeiro Encarregado conforme determinação prévia da sua chefia imediata.

6.4. Técnico/ AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- Receber o plantão em conjunto com a Equipe de Enfermagem e seguir a escala de serviço determinada pelo enfermeiro;
- Fazer desinfecção concorrente de todos os equipamentos e materiais a serem utilizados na sala cirúrgica;
- Proceder à montagem da Sala Cirúrgica/Parto conforme a cirurgia programada ou de emergência;
- Colaborar com o enfermeiro na previsão dos materiais esterilizados e descartáveis necessários aos procedimentos cirúrgicos;
- Testar o funcionamento de todos os aparelhos da Sala de Cirurgia/Parto;
- Circular a sala de cirurgia atendendo a equipe cirúrgica e de anestesia durante todo o ato cirúrgico;
- Executar técnicas de enfermagem junto ao paciente e recém-nascido;
- Registrar em impressos próprios, as anotações que competem à enfermagem;



- Zelar pela manutenção da limpeza, equipamentos e instrumentos da Sala de cirurgia/parto;
- Participar de reuniões quando convocado;
- Cumprir o regulamento e as rotinas do Centro Cirúrgico Obstétrico.

6.4.1 ROTINA CCO- OBSTETRICIA

- Receber a paciente na porta ao tocar a campainha;
- Conferir junto ao funcionário do pré-parto: prontuário, nome, pulseira de identificação, alergia medicamentosa e patologia de base;
- Checar se a paciente está com acompanhante. Caso não esteja, se estiver com chinelos, o mesmo será encaminhado diretamente para a REC, ensacado e identificado com a etiqueta da paciente;

- Conduzir a paciente à sala, junto com o funcionário de Pré-Parto que conduzirá a maca de volta ao setor;
- Conferir se há material de anestesia;
- Posicioná-la na mesa;
- Observar as condições do acesso venoso ou puncionar o acesso identificando-o;
- Confirmar o procedimento com paciente e equipe (Checklist Parto Seguro);
- Esclarecer dúvidas da paciente, se necessário;
- Posicionar a paciente para anestesia;
- Abrir o material estéril;
- Amarrar os aventais dos cirurgiões;
- Abrir luvas;
- Abrir e organizar material do RN;
- Chamar a/o acompanhante após autorização do obstetra;
- Observar e anotar horário do nascimento do RN;
- Ajudar no contato pele a pele e amamentação* na 1ª meia hora de vida (Passo 4);
- Auxiliar o neonatologista nos cuidados com RN;
- Solicitar ao obstetra que colha sangue da placenta para TS+CD;
- Pesar e acondicionar a placenta para Anatomia Patológica, se necessário;
- Realizar os cuidados posteriores com RN, são eles:
 - Credê (Instilar uma gota em cada olho);



- Vacina Hepatite B (Vasto lateral de coxa D);
- Vitamina K (Vasto lateral de coxa E);
- Preencher corretamente as pulseiras e conferir junto à mãe;
- Identificar mãe e RN;
- Fazer a identificação do plantar com carimbeira e apresentar aos pais;
- Conferir as compressas ao final do procedimento;
- Medicar checando junto ao anestesista o que foi realizado;
- Ao final do procedimento retirar a paciente em maca ou cama com grades elevadas;
- Colocar o RN em contato pele a pele com a mãe com o auxílio do “TOP”;
- Garantir a realização do Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);
- Encaminhar a paciente para o setor determinado pelo enfermeiro;
- Revisar todas as anotações nos impressos e realizar anotações em livros próprios;
- Organizar a sala preparando para o próximo procedimento.

* **Observação:** Antes de colocar o RN para amamentar, checar o resultado do teste rápido para HIV, realizado no Pré Parto; Manter durante todo o procedimento a privacidade da paciente, porta fechada e campos sobre o corpo.

6.4.2. ROTINAS CCO-CIRURGIA

- Receber a paciente na entrada do Centro Cirúrgico Obstétrico ao soar da campainha;
- Conferir junto ao funcionário da enfermagem: prontuário, nome da mãe, pulseira de identificação, exames diagnósticos (relacioná-los na SAE), se possui alergia medicamentosa e se toma medicamento de uso contínuo, se já foi submetido à cirurgia e se teve complicações;
- Conduzir a paciente para a sala cirúrgica;
- Acomodar a paciente na mesa cirúrgica;
- Monitorizar o paciente com PANI, oxímetro de pulso, cardioscópio;
- Observar as condições do acesso venoso, no caso de não ter a punção venosa, auxiliar o anestesista na punção;
- Confirmar o procedimento com o paciente e a equipe (fazer o checklist de cirurgia segura);



- Esclarecer as dúvidas do paciente, se necessário;
- Fornecer ao anestesista o material de anestesia necessário;
- Auxiliar o anestesista a posicionar o paciente para anestesia, e auxiliá-lo no procedimento anestésico;
- Abrir os materiais estéreis na técnica asséptica;
- Auxiliar a equipe na paramentação cirúrgica;
- Com o consentimento do anestesista, auxiliar o cirurgião a posicionar o paciente, inspecionando e assegurando a segurança do mesmo;
- Colocar placa de eletrocirurgia no corpo do paciente;
- Após o início do procedimento, registrar todas as ações na SAE, inclusive os SSVV;
- Conferir a medicação administrada no trans operatório e registrar na SAE;
- Ao final do procedimento retirar o paciente em maca ou cama com grades elevadas;
- Encaminhar o paciente para o setor determinado;
- Revisar todas as anotações nos impressos e realizar registros em livros próprios;
- Organizar a sala preparando para o próximo procedimento.

OBS: Manter durante todo o procedimento a privacidade do paciente, porta fechada e campos sobre o corpo.

6.5. ATIVIDADES DO AGPP NO BLOCO CIRÚRGICO

6.5.1. MAPA CIRÚRGICO:

- Receber toda sexta-feira o Mapa de Cirurgias, que consiste da planilha juntamente com todos os avisos de cirurgias da próxima semana.
- Após o recebimento, conferir os avisos com os horários já provisionados para cada sala cirúrgica.
- Confeccionar cinco cópias para a distribuição nos seguintes setores: uma via para Farmácia Satélite com o respectivo protocolo, uma via para a Central de Material e duas vias para o Centro Cirúrgico (uma das vias é acondicionada em quadro acrílico próprio) e uma via para o Quadro de Cirurgias;



- Comunicar todos os setores envolvidos a grade cirúrgica, quando há inclusão de cirurgia eletiva ou de emergência;

6.5.2. ESTATÍSTICA

- Digitar diariamente o Livro de Cirurgia;
- Conferir se as cirurgias agendadas foram realizadas. Caso alguma não tenha sido realizada, cobrar do médico responsável o formulário de aviso de suspensão de cirurgia;
- Informar diariamente a responsável pelo quadro de cirurgias se houve suspensão para monitoramento dos motivos apresentados;
- Conferir no Livro de Mastologia e Oncologia, se houverem cirurgias atualizar a planilha “Livro de Cirurgia”;
- Digitar diariamente o Livro de “Outros Procedimentos Obstétricos”, mantendo-o atualizado, são eles: CTG, óbito fetal, cerclagem, revisão de canal de parto, prenhez ectópica, laqueadura tubária na cesárea;
- Conferir diariamente o sistema de aviso de nascimento ligado ao “HMECINFO”, alimentado pela equipe de enfermagem;
- Exportar os dados para a planilha “Livro de Parto”;
- Inserir o campo anestesista para alimentar a produção mensal;
- Alimentar o campo PP, informando os partos que foram realizados no Parto Natural;
- Recolher diariamente o formulário “Critério de Definição de Alto Risco/Classificação de Robson” das caixas acrílicas instaladas para este fim. Os formulários são preenchidos pelos obstetras responsáveis por cada parto;
- Alimentar a planilha “Livro de Parto” com os dados extraídos deste formulário nos campos de “Alto ou Baixo Risco” e o “Grupo da Classificação de Robson” a que pertencem.

A partir desses dados, alimentar as Estatísticas dos Procedimentos Ginecológicos:

- Estatística dos Procedimentos Obstétricos;



- Estatística dos Procedimentos de Mastologia;
- Estatística dos Procedimentos de Anestésias em Cirurgias;
- Estatística Geral CCO;
- Estatística de Produção da Central de Material;
- Estatística de Procedimentos em Adolescentes;
- Estatística de Procedimentos Anestésicos em Obstetrícia;
- Estatística de Procedimentos em Primigestas;
- Estatística de Procedimentos em Cesáreas Iterativas;
- Estatísticas de Procedimentos Diários Obstétricos;
- Estatísticas de Partos Realizados pelas Enfermeiras;
- Estatísticas de Procedimentos Cirúrgicos “Mutirão”;
- Estatística de Número de Funcionários na CME;
- Estatística de Cirúrgicas Canceladas/Suspensas;
- Estatísticas de Procedimentos de Episiotomia;
- Estatísticas de Número de Acompanhantes;
- Estatística de Critério de Avaliação de Alto risco;
- Estatística de Classificação de Robson;
- Estatística de Indicação de Cesáreas.

6.5.3. ATUALIZAR SMSHOSP

- Mensalmente alimentar a base de dados do Hospital através do “smshosp1c1”, nas seguintes sub pastas:
 - Anestesiologia;
 - Apresentação Indicadores – Análise Crítica – Gerentes;
 - Central de Material;
 - CCO;
 - Clínica Obstétrica;



- Gasoterapia;
 - Indicadores – Painel de Bordo;
 - REM_Relatório Estatístico Mensal.
- Quadrimestralmente, alimentar a base de dados da Pasta Qualidade Dados, através do smshosp1c1 para produção do Relatório do Hospital de Ensino.

6.5.4. LIVRO DE PROTOCOLO

- Diariamente, verificar se há documentos para serem encaminhados a outros setores;
- Relacionar no Livro de Protocolo todas as correspondências com o maior número de informações possíveis, identificar o setor de destino e datar.

6.5.5. LIVRO DE REGISTRO DE PONTO

- Verificar diariamente os Livros de Ponto: CCO-Enfermagem, RPA, CME, ANESTESISTAS e OBSTETRÍCIA;
- Recolher as declarações e férias assinadas;
- Lembrar sempre aos funcionários dos avisos afixados;
- Afixar na FFI: férias e avisos diversos na folha do respectivo funcionário;
- ANOTAR (a lápis) Férias, LM, Abono, Atestado e Plantão Extra;
- FFI dos Estagiários, observar a data de devolução para o DGP (primeiro dia útil).

6.5.6. ESCALAS

O prazo para encaminhar as Escalas e Plantões Extras do próximo mês ao DGP é até o 5º dia útil de cada mês.



- Digitar a escala conforme orientação da chefia responsável de cada área;
- Digitar a Relação Setorial de Plantões Extras e as respectivas Declarações de Compromisso, que devem ser assinadas pelos funcionários;
- Afixar escala dos Anestesiistas e Clínica Obstétrica em quadro próprio;
- Anualmente, organizar a escala de programação de férias do próximo ano, assim que solicitado pelo DGP.

6.5.7. LIVRO DE FÉRIAS E LIVRO DE ATESTADOS MÉDICOS

- Mensalmente, conferir o aviso de férias com a programação de férias confirmando com um ok;
- Registrar em livro próprio todas as licenças médicas e atestados de horários antes de encaminhar ao RH;

6.5.8. LIVRO DE RELATÓRIO

Anotar com riqueza de detalhes todas as ocorrências do dia e as pendências, para que a comunicação seja mantida.

6.5.9. ORGANIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS

Organizar os prontuários conforme Checklist Institucional Pré e Pós Operatório de todos os procedimentos, mesmo os de transferências/alta de pacientes submetidos às vasectomias e histeroscopias diagnóstica e/ou possíveis altas da RPA.

6.5.10. REPROGRAFIA

- Reproduzir os impressos específicos do Bloco Cirúrgico que estiverem em falta no Setor de Reprografia, bem como os impressos padronizados na Instituição;
- Controlar o estoque de todos os livros utilizados no bloco cirúrgico e solicitar a confecção junto à Reprografia;



6.5.11. DIVERSOS

- Controlar e guardar os livros de partos, de cirurgias e de outros procedimentos;
- Supervisionar os Estagiários de Administração;
- Esclarecer dúvidas dos servidores do Bloco Cirúrgico com relação a férias, licença médica, faltas, atestados, etc;
- Realizar atendimento telefônico;
- Controlar as chaves dos armários dos Vestiários Feminino, Masculino e Acompanhantes;
- Manter atualizados os quadros de avisos e os quadros de Gestão à Vista com os gráficos atualizados;
- Controlar os impressos das cadernetas de vacinação dos RNs;
- Enviar por email a quantidade de partos, óbitos e curetagens realizados mensalmente para a Rede Cegonha/Mãe Paulistana;

6.6. AUXILIAR DOS SERVIÇOS DE PORTARIA E ROUPARIA DO CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

- Receber plantão do turno anterior observando o tamanho e quantidade de roupas contidas nos armários;
- Receber as roupas da rouparia e acondicioná-las nos armários, separando-as por tamanho;
- Fornecer a roupa apenas para as pessoas que entrarão no CCO;
- Supervisionar a anotação no livro de entrada que é realizada pelo usuário do Bloco Cirúrgico;
- Orientar os acompanhantes quanto ao uso da roupa privativa e a proibição do uso do celular na sala cirúrgica, solicitando que os mesmos sejam desligados;
- Informar os acompanhantes que os pertences pessoais deverão ser colocados nos armários existentes na entrada do Hospital;
- Não guardar pertences de valor em hipótese alguma, como celular, dinheiro, relógio, alianças, etc.;



- Estar atento à movimentação de pessoas no Bloco, solicitando a presença do enfermeiro se necessário;
- Retirar hampers dos vestiários;
- Realizar todos os encaminhamentos necessários:
 - Ao DGP, almoxarifado, farmácia, manutenção, anatomia patológica;
 - Encaminhamentos de **urgência** sempre que o enfermeiro solicitar;
- Passar o plantão com setor em ordem, anotando no relatório qualquer intercorrência.

Observação: Caso seja acionado o alarme dos gases medicinais que fica no mesmo espaço físico, chamar imediatamente o gasoterapeuta ou o enfermeiro.

6.7. DEVERES DOS FUNCIONÁRIOS

- São deveres dos funcionários:

- Cumprir e fazer cumprir o presente regimento;
- Desenvolver e manter ambiente saudável de trabalho;
- Manter bom relacionamento com os funcionários do setor, assim como com os de outros setores;
- Manter a conduta profissional e pessoal condizente com a entidade, baseado nos princípios éticos e morais;
- Manter o elevado padrão de assistência;
- Zelar pela conservação do patrimônio da Instituição;
- Conhecer e praticar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

6.7.1. Importância da paramentação cirúrgica

A entrada no C.C. O. deve ser precedida de uniformização restrita a esta unidade composta por: roupa privativa, máscara, gorro e propés.

O uso da roupa privativa mostra-se útil na prevenção de infecção, pois evita a liberação de microorganismos da pele, tronco, membros, axilas, pernas e períneo.

O uso da paramentação cirúrgica previne os riscos biológicos em cirurgias, segue abaixo a descrição de cada paramentação cirúrgica e o arcabouço



teórico que embasa o seu respectivo uso:

- Touca cirúrgica: reduz riscos por possíveis bactérias oriundas do cabelo e do couro cabeludo;
- Máscara cirúrgica: realiza uma barreira protetora à paciente da liberação de microorganismos oriundos do nariz e da boca dos profissionais; Também protege o próprio profissional de respingos de sangue e outros fluídos oriundos da paciente;

No que se refere à utilização da máscara, a Association of periOperative Registered Nurses (AORN) assim como a SOBECC (Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização) recomenda que todos os indivíduos que entrarem em áreas restritas do CC devem utilizá-la, principalmente na manipulação de matérias e de instrumentos estéreis abertos.

- Óculos de proteção: utilizado para proteção ocupacional, evitando contato direto da mucosa ocular com sangue e outros fluidos da paciente;
- Luvas cirúrgicas: importante contra riscos de infecção ocupacional pelo contato com sangue da paciente; Vale ressaltar, que a mão é o principal instrumento na cirurgia e a parte do corpo que permanece o maior período de tempo em contato direto com a paciente.





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:

- 1) **Diagnóstico de enfermagem:** efetuado pelo enfermeiro após o exame físico e levantamento das necessidades da paciente. É o que norteia a prescrição de enfermagem;
- 2) **Prescrição de enfermagem:** realizada pelo enfermeiro, após o diagnóstico de enfermagem e checada pelo técnico/auxiliar de enfermagem;
- 3) **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;

- 4) **Anotação de Enfermagem:** é realizada pelo técnico/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 paciente e do recém-nascido, 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 técnico/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;

7.2.2. Conteúdo das Anotações de Enfermagem

No Bloco Cirúrgico todos os cuidados de enfermagem realizados e as medicações administradas deverão ser registradas 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, sangramento, perdas e nível de consciência.





8. CIRURGIAS ELETIVAS

AGENTE	ATIVIDADE
<p>Médico Residente Responsável</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar os avisos de cirurgia, já cadastradas no HOSPUB, após a reunião de cirurgia, constando se necessita de patologista durante o ato cirúrgico; • Orientar a paciente referente ao procedimento cirúrgico e solicitar que a mesma assine o termo de consentimento para cirurgia.
<p>Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Receber os mapas já prontos e colocá-los no quadro de avisos, na sequência de 2ª à 6ª feira; • Providenciar os materiais específicos solicitados para as cirurgias; • Providenciar a sala de cirurgia e o circulante de sala; • Priorizar atendimento de cirurgias de urgência ou emergência, agendando a seguir as eletivas, conforme julgamento da equipe cirúrgica; • Anotar no relatório de enfermagem as cirurgias suspensas e o motivo da suspensão; • Receber o paciente identificando-se; • Conferir o nome do paciente com o mesmo e no prontuário; • Verificar se o prontuário está completo; • Orientar o paciente quanto aos procedimentos cirúrgico e anestésico; • Observar as condições gerais do paciente; • Checar o preparo pré-operatório; • Fazer o Check in no impresso próprio da lista de verificação de cirurgia segura;



	<ul style="list-style-type: none">• Providenciar o encaminhamento do paciente para a sala de cirurgia;• Fazer o Timeout junto ao circulante da sala.
--	---

8.1. MATERIAIS PERMANENTES DA SALA DE CIRURGIA

A Sala de Cirurgia deve ser composta de equipamentos fixos e móveis, são eles:

- Foco Cirúrgico Central;
- Mesa cirúrgica;
- Mesas auxiliares para instrumentação e pacotes esterilizados;
- Carro de anestesia;
- Bisturi elétrico;
- Mesa auxiliar para anestesia e medicamentos;
- Suporte de hamper;
- Monitor cardíaco;
- Oxímetro de pulso;
- Aparelho de P.A. não invasivo;
- Suportes para soro;
- Luz de emergência;
- Fonte de calor radiante para recém-nascido;
- Balança digital;
- Baldes para descarte de resíduos;
- Braçadeiras;
- Suportes alcochoados para pernas;
- Frascos aspiradores de secreções a vácuo;
- Régua antropométrica;
- Estetoscópios para adulto e recém-nascido;



- Material de intubação para adulto e recém-nascido;
- Escadinha de dois degraus;
- Estrados;
- Ressuscitador manual (ambu) para adulto e recém-nascido;
- Negatoscópio;
- Focos auxiliares;
- Banquetas giratórias;
- Fita métrica;
- Umidificador de O2.

8.2. MONTAGEM DA SALA DE CIRURGIA

A montagem da sala de cirurgia/parto deverá ser feita antes da chegada do paciente. Ao montar a sala de cirurgia/parto o circulante deverá:

- Realizar a limpeza preparatória antes da primeira cirurgia do dia;
- Ler o pedido de cirurgia, certificando-se do tipo de cirurgia, idade da paciente, aparelhos e solicitações especiais;
- Verificar as condições de limpeza da sala antes de montá-las;
- Testar o funcionamento dos aparelhos, tais como: aspiradores, bisturi elétrico, mesa cirúrgica, focos e todos que houver necessidade;
- Revisar o carro de anestesia (equipado pela equipe da gasoterapia);
- Revisar e repor quando necessário, os materiais descartáveis;
- Checar os lavabos e repor material para degermação das mãos da equipe cirúrgica;
- Repor os pacotes de aventais e campos esterilizados, caixas de instrumentais e outros materiais específicos para a cirurgia ou parto a ser realizado.



8.2.1 MATERIAIS DE CONSUMO DA SALA CIRÚRGICA

MATERIAIS DAS MESAS

MESA 1

- 01 Caixa de parto normal
- 01 Caixa de parto cesárea
- 04 Pacotes de aventais avulsos
- 01 Pacote de laparotomia
- 01 Cheron
- 02 Canetas de bisturi
- 02 Sacos de hamper
- 01 Saco transparente para placenta

MESA 2

MESA CIRÚRGICA

Forrar com:

- 01 campo grande
- 01 saco de hamper
- 03 campos médios
- Colocar um campo médio no chão e um cobrindo o hamper
- 02 suporte de soro

BALCÃO DO RN

- Kit de RN da farmácia
- 03 COT de n°: 4,0 /3,5 /3,0/2,5 e 01 2,0
- 03 Sondas nasogastricas n°: 6 e 8
- 06 packs de gaze
- 01 seringa de 10ml
- 06 seringas de 01ml e 06 agulhas de insulina
- 06 kanakion
- 01 nitrato de prata (valido por 24hs)
- 01 almotolia de álcool
- 01 almotolia de clorex alcoólico (Antissepsia de vacina)
- Touca
- 01 cuba rin
- 04 clamper
- 01 tesoura de RN
- 03 sondas de aspiração n°: 6, 8 e 10
- 02 Campos de RN
- 02 extensões de látex
- 01 bandeja de RN
- 01 régua
- 01 caixa de luva de procedimento

PRATELEIRA LATERAL DIREITA

- 01 Caixa de Luvas de Procedimentos
- 10 Ringer
- 05 Soro fisiológico de 1000 ml
- 10 Soro fisiológico de 500 ml
- 05 Soro fisiológico de 250 ml
- 05 Soro fisiológico de 100 ml



BALCÃO CENTRAL

- 02 almotolias de álcool
- 02 almotolias de clorexidina aquosa
- 02 almotolias de clorexidina alcoólica
- 02 almotolias de clorexidina degermante
- 01 almotolia de vaselina
- 01 esparadrapo
- 01 micropore
- 01 coletor universal para colocar anatomia s/n
- 01 escovinha
- 01 aparelho de tricotomia
- 01 rompedor de bolsa
- 01 pote de algodão
- 02 extensões de látex

CARRO DO ANESTESISTA

Prateleira-Máscara e Ambu Bancada

- 01 laringo adulto
- 01 lamina nº 3 e 01 nº 4
- 02 agulhas de peridural nº 27
- 06 packs de gaze
- 01 mandril

MESA AUXILIAR DO ANESTESISTA

- 01 Cuba de raqui
- 01 Cheron
- 01 Clorex alcoólico
- 01 almotolia de álcool

8.3. ROTINA DE RECEPÇÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

8.3.1. OBJETIVOS:

- Estabelecer contato direto com o paciente, levantar e analisar as necessidades individuais do paciente a ser submetido ao ato anestésico cirúrgico e implementar um plano de assistência de enfermagem (SAE), com o objetivo de diminuir os riscos a que o paciente cirúrgico está exposto;
- Assegurar condições funcionais de técnicas necessárias ao bom andamento do ato cirúrgico e segurança ao paciente; (SILVA et;al;, 1997);



8.3.2. Funções do Técnico/Auxiliar de Enfermagem na Sala de Cirurgia:

DEFINIÇÃO:

São atividades desenvolvidas pelo circulante de sala antes, durante e após o ao cirúrgico (SILVA et al., 1997); Após a sala montada adequadamente para o procedimento cirúrgico, o circulante deverá:

- Receber o paciente na sala de cirurgia cordialmente, apresentando-se e orientando-o a cada passo do procedimento;
- Conferir a identificação da paciente e o prontuário;
- Observar as condições gerais da paciente, juntamente com o enfermeiro;
- Transferir o paciente para a mesa cirúrgica de forma segura;
- Reposicionar as sondas, drenos e soros com o devido cuidado para a mesa cirúrgica sem tracioná-los, verificando sua permeabilidade;
- Permanecer junto ao paciente até a chegada da equipe anestésica e cirúrgica;
- Solicitar que o enfermeiro realize o Check In do protocolo de Cirurgia Segura. Esta etapa é realizada na admissão do Bloco Cirúrgico pelo enfermeiro onde ele confirma verbalmente com o paciente sua identificação com nome completo e data de nascimento, o sítio cirúrgico o procedimento e lateralidade. Também verifica a demarcação da lateralidade e os Termos de Consentimentos assinados;
- Auxiliar o paciente no posicionamento para anestesia;
- Fazer antes da incisão o Time Out, que é a pausa cirúrgica momentânea feita pela equipe imediatamente antes do início do procedimento cirúrgico, dentro da sala cirúrgica, confirmando verbalmente com todos os membros da equipe todas as informações abaixo:
 - O condutor da Lista de Verificação confirma a identificação do paciente com nome completo e data de nascimento, procedimento, sítio cirúrgico e lateralidade; confirma a apresentação de todos os membros da equipe com nome e função;



- Solicita ao anesthesiologista que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica, que inclui carrinho de anestesia, materiais de intubação e kit anestésico;
- Verifica o funcionamento do monitor multiparamétrico no paciente;
- Verifica junto à equipe médica se todos os materiais e equipamentos (incluindo próteses) estão estéreis e disponíveis;
- Confirma com paciente alergia conhecida. Se sim, verificar a presença de etiqueta laranja na prescrição e prontuário, e uso da pulseira laranja no paciente, identificando o risco e garantir que o anesthesiologista e cirurgião tenha esse conhecimento;
- Verifica a necessidade e disponibilidade dos exames de imagens;
- Verifica com o anesthesiologista se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil e o risco de aspiração;
- Verifica com anesthesiologista e cirurgião se o paciente tem risco de perda sanguínea > 500ml e disponibilidade de reserva de hemocomponente;
- Verifica com anesthesiologista e cirurgião se o paciente tem risco de trombose, e verificar medidas para prevenção adotada;
- Verifica a realização da profilaxia antimicrobiana administrada durante os últimos 60 minutos antes da incisão cirúrgica.
- Auxiliar na monitorização e indução anestésica;
- Posicionar o paciente de acordo com a cirurgia;
- Adaptar a placa universal de bisturi elétrico;
- Auxiliar na paramentação da equipe cirúrgica;
- Abrir os materiais estéreis, obedecendo aos princípios de técnica asséptica;
- Abrir os pacotes de compressas cirúrgicas e solicitar ao residente que as conte;
- Realizar a degermação do campo operatório, conforme rotina da instituição;
- Ligar e posicionar foco central para o campo operatório;
- Oferecer material (antisséptico clorexidine ou polvidine) para a



realização da antissepsia da pele pela equipe cirúrgica;

- Aproximar da mesa cirúrgica, aparelhos, hamper e aspiradores;
- Conectar fios elétricos e aspiradores;
- Estar atento às solicitações da equipe cirúrgica, de anestesia e neonatologia;
- Realizar as anotações de enfermagem nos impressos padronizados pela instituição;
- Checar as compressas, pesá-las quando necessário e contar após o seu uso;
- Receber e encaminhar as peças e exames para laboratórios, segundo rotina;
- Permanecer dentro da sala de cirurgia/parto durante todo o ato operatório;
- Manter porta da sala de operação fechada;
- Realizar a limpeza operatória quando necessária;
- Lavar as mãos antes e após a realização de procedimentos;
- Estar atento e comunicar qualquer intercorrência ao enfermeiro de plantão;
- Retirar campos cirúrgicos e pinças que estão sobre o paciente;
- Contar instrumental e conferir de acordo com a filipeta que está aderida na parte externa da caixa;
- Desligar e afastar os aparelhos retirando a placa universal do bisturi elétrico;
- Realizar, antes do paciente sair da sala de cirurgia o Check Out: O condutor confirma verbalmente com a equipe a pulseira de identificação do paciente e se o procedimento realizado foi o mesmo do programado. Confirma verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas, agulhas, instrumentais, a identificação correta/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica antes de ser encaminhada. A equipe cirúrgica verificará as recomendações de cuidados imediatos para a RPA e se necessário documenta problemas com materiais;
- Cobrir o paciente e transferi-lo da mesa para a maca;



- Verificar, antes do paciente ser encaminhado para RPA/UTI Adulto: registro do nível de consciência do paciente, dispositivos presentes;
- Atentar para que ao final de cada etapa, todos os campos de assinatura estejam devidamente carimbados e assinados por todos os profissionais envolvidos no processo;
- Providenciar encaminhamento do paciente para a REC, juntamente com seu prontuário;
- Preencher o impresso de gasto de sala;
- Anotar nos livros os procedimentos cirúrgicos;
- Dar baixa no Sistema HOSPUB quando o paciente tiver alta do setor;
- Solicitar o gasoterapeuta para controlar saída de gases, carrinho de anestesia e materiais;

8.4. RECOMENDAÇÕES PARA USO DO BISTURI ELÉTRICO

Bisturi elétrico é uma designação genérica para um grupo de equipamentos que permitam as funções de corte e coagulação; Ele é um aparelho que tem a propriedade de transformar a corrente elétrica alternada de baixa frequência (60 H) em corrente de alta frequência;

Há vários acessórios utilizados em conjunto com o equipamento: canetas; cabos para canetas; pinças monopolares; eletrados; placas em aço inoxidável ou em material adesivo descartável e cabos para placas; As canetas e as pinças podem ser descartáveis ou reutilizáveis;

Cuidados com a placa: a colocação da placa dispersiva no paciente é de responsabilidade do circulante, que deverá seguir os seguintes critérios:

- Colocar a placa após o paciente estar corretamente posicionado e zelar para que não haja deslocamento da peça quando houver mudança de posição;
- Colocar a placa dispersiva em área de massa muscular próxima ao sítio cirúrgico, como a panturrilha, face posterior da coxa e glúteos, de modo a manter um contato uniforme com o corpo;
- Situar a placa dispersiva afastada de próteses metálicas;
- Evitar colocar a placa em superfície muito pilosas, com pele



escarificada ou com saliências ósseas, pois diminuem o contato da placa com o corpo da paciente;

- Manter o paciente sobre uma superfície seca, sem contato com partes metálicas da mesa de cirurgia;
- Dispensar cuidado especial a pacientes portadores de marca passo, a fim de evitar a interferência do bisturi, colocando-se um ímã na parte metálica inferior da mesa;
- Inspeccionar a pele do paciente para verificar sua integridade, particularmente nas áreas de pressão por conta da posição e do coxim dispersivo, antes e após a cirurgia;

8.5. DESMONTAGEM DA SALA DE CIRURGIA/PARTO

A Desmontagem da sala de cirurgia/parto deve ser feita após a saída do paciente; O circulante deverá:

- Calçar as luvas de procedimentos;
- Retirar da mesa de instrumentais os materiais perfurocortantes, descartando-os em recipiente próprio;
- Retirar os instrumentais da mesa e colocá-los em suas caixas, verificando a integridade, o número de peças de acordo com a etiqueta da caixa mantendo as pinças abertas, com exceção das fixadoras de campo;
- Colar o indicador químico do interior da caixa no prontuário do paciente;
- Aspirar todos os resíduos líquidos no aspirador da sala de operação e encaminhá-los para o expurgo do Centro Cirúrgico;
- Realizar a limpeza dos acessórios e da mesa cirúrgica com água e sabão;
- Desmontar os aparelhos e encaminhar os acessórios para Central de Material Esterilizado;
- Revisar os hampers separando os campos e compressas e identificá-los com nome do circulante, data e horário;
- Encaminhar o carro de material e roupas contaminados em saco plástico fechado para o expurgo do Centro Cirúrgico Obstétrico;



- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Encaminhar as ampolas e frascos vazios de medicamentos controlados segundo a rotina;
- Após a limpeza do piso (efetuada pela equipe da limpadora), realizar a limpeza concorrente com água e sabão ou líquido próprio para limpeza concorrente. Não utilizar álcool no colchão, pois danifica o material.





9. ROTINA DE ATENDIMENTO NA SALA DE PARTO

9.1. COMPETÊNCIA DO CIRCULANTE DE SALA:

- Receber a parturiente e conferir o nome da pulseira com o nome do prontuário;
- Transferir a parturiente da maca para a mesa de parto;
- Orientá-la quanto aos procedimentos a serem realizados;
- Posicionar a parturiente na mesa de parto, observando se está em posição segura, funcional e confortável de acordo com o tipo do parto; No caso de bloqueio anestésico, posicionar a parturiente de acordo com a anestesia indicada;
- Auxiliar a equipe cirúrgica e anestésica em todos os procedimentos;
- Verificar rede de vácuo e de oxigênio e conectar as extensões de silicone nas mesmas;
- Conectar na rede de vácuo, a sonda de aspiração endotraqueal n^o 6, n^o 8 ou n^o 10, conforme IG (idade gestacional) do RN e de acordo com o seu quadro clínico;
- Checar todos os materiais e medicamentos da sala (nitrito de prata, fita métrica, estetoscópio infantil; cânulas de intubação n^{os} 2, 3 e 3,5, laringoscópio; Ambú infantil, régua antropométrica; aspirador de mecônio; gaze estéril; álcool 70%; lâmina ou cabo de bisturi descartável);
- Ligar o aquecedor de RN, abrir o campo próprio estéril e mantê-lo aquecido;
- Receber o RN em campo aquecido e estéril;
- Observar o sexo do RN na hora do nascimento;
- Colocar o RN no balcão com a cabeça proximal para o reanimante;
- Secar a superfície corporal do RN e colocar a touca;
- Aspirar e aplicar vacina de Hepatite B em vaso lateral direito e Vitamina K em vasto lateral esquerdo IM, conforme rotina;
- Instilar 1 gota de nitrito de prata a 1% em cada olho logo após o nascimento (Método de Credé);



- Preencher as pulseiras de identificação (Mãe e RN), com nome da mãe, RH, sexo, peso, hora de nascimento e data;
- Colocar as pulseiras de identificação no pulso da mãe, e tornozelo e no braço do RN contralateralmente. Enfatizar o sexo do RN à mãe;
- Apresentar o RN à mãe mostrando sexo e pulseira colocada no RN, conferindo com a mãe;
- Promover o 1º contato, pele a pele, incentivando a primeira mamada na sala de parto na 1ª hora de vida;
- Anotar no prontuário da paciente os dados relativos ao parto: tipo de parto; tipo de anestesia; medicação administrada; apresentação fetal; peso da placenta; estado geral da paciente;
- Observar e anotar no prontuário os dados relativos ao RN, em seu prontuário: horário de nascimento; sexo; peso; Apgar (condições de vitalidade); cuidados prestados ao RN pelo neonatologista; estado geral do RN;
- Coletar o sangue da placenta para exames de rotina do RN (tipagem sanguínea) e outros solicitados pelo neonatologista, conforme rotina de coleta de exames;
- No caso de parto gemelar o obstetra deverá clampar o cordão umbilical com pinças diferentes para identificar na coleta do sangue da placenta como 1º, 2º, 3º gemelar, seguindo a ordem de nascimento;
- Aspirar 3 ml de sangue da placenta para tipagem do RN;
- Pesar a placenta e encaminhá-la para Anatomia quando necessário ou desprezá-la no lixo da sala;
- Fazer o aviso de nascimento em 2 vias. Uma das vias é encaminhada à Unidade Neonatal e outra ao SITEC;
- Colher amostra de sangue da mãe, quando solicitado, para exames de rotina ou de urgência;
- Após término do parto: retirar os campos sujos; retirar alternadamente as pernas da paciente das perneiras; verificar os sinais vitais, a involução e tônus uterino, coloração da pele e mucosas, loquiação, estado geral e anotar os sinais vitais em prontuário; providenciar a transferência da paciente para a unidade de recuperação ou AC, após realizar o 4º período de Greenberg, de 1 hora, a fim de diminuir o risco de atonia uterina;



- Registrar os dados em livros próprios (livro de parto, livro de coleta de exames);
- Registrar no HOSPUB;
- Solicitar a limpeza da sala de parto.

9.2. ROTINA DE TRANSFERÊNCIA DO RN PARA UTIN (UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL) COM PROTOCOLO PARA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM RECÉM-NASCIDOS COM ASFIXIA GRAVE

MARIA TEREZA DE MELO MENDES

CUIDADOS EM SALA DE PARTO

A encefalopatia neonatal caracteriza-se por um quadro de coma e convulsões no período neonatal precoce, é muitas vezes consequência de um processo de hipóxia-isquemia no período perinatal, denominando-se nesses casos como encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI). Constitui uma importante causa de morbidade e mortalidade neonatal.^(1,2)

A lesão cerebral secundária à hipóxia-isquemia se dá em duas fases separadas por um breve período de latência. Na primeira fase, quando há a fase aguda de hipóxia e isquemia, ocorre morte celular por depleção de oxigênio e ATP. Após a reanimação e a reperusão do Sistema Nervoso Central (SNC) há um breve período de latência que não dura mais que seis horas, seguido pela fase tardia que se caracteriza pela apoptose neuronal. Essa fase tardia dura por vários dias e a sua intensidade será a maior responsável pelo neuro desenvolvimento futuro deste recém-nascido.⁽³⁻⁵⁾

A hipotermia induzida torna-se a única medida terapêutica neuroprotetora disponível, reduzindo a mortalidade sem aumento de sequelas nos recém-nascidos (RN) de termo com EHI.⁽⁶⁾

Este tratamento consiste na redução da temperatura corporal para uma temperatura alvo entre 33 e 34°C durante 72 horas, sugere-se que seja aplicada no período de latência, portanto, nas primeiras seis horas, uma vez que inibe os mecanismos de lesão do SNC decorrentes da fase tardia da EHI.⁽⁷⁻⁸⁾

A hipotermia terapêutica (HT) age no SNC das seguintes formas:



- Reduz o metabolismo cerebral prevenindo o edema;
- Reduz o acúmulo de radicais livres e a atividade dos radicais livres;
- Inibe o fator de ativação plaquetário e a cascata inflamatória;
- Inibe a apoptose
- Reduz a extensão da lesão cerebral.

Todo RN com risco para desenvolver EHI deve ser avaliado quanto à elegibilidade em receber o resfriamento corpóreo. Para tal elencamos os critérios de inclusão e exclusão que devem ser revisados ao avaliar esses RNs.

I. Critérios de Inclusão:

- Todos os critérios abaixo:
 - a) IG maior ou igual a 35 semanas;
 - b) 6 horas de vida ou menos;
 - c) Evento isquêmico perinatal presente ou suspeito;
 - d) Encefalopatia clínica (tônus anormal, irritabilidade excessiva ou resposta neurológica pobre) ou evidência de encefalopatia moderada ou grave definida como convulsão clínica ou presença de 3 ou mais das 6 categorias abaixo:



Score Neurológico de Sarnat&Sarnat para Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica (EHI)⁹

Categoria	Encefalopatia moderada	Encefalopatia grave
1. Nível de consciência	Letargia	Estupor/coma
2. Atividade espontânea	Diminuída	Ausente
3. Postura	Flexão distal, extensão completa	Descerebração (braços estendidos e rodados internamente, pernas estendidas com pés em flexão plantar forçada).
4. Tônus	Hipotonia (focal ou generalizada)	Flacidez
5. Reflexos primitivos: Moro Sucção	Incompleto Fraca	Ausente Ausente
6. Sistema autonômico: Pupilas Frequência cardíaca Respiração	Miose Bradycardia Periódica	Midríase ou não fotorreagentes Variável Apnéia

Com 2 dos critérios abaixo:

- a) Apgar \leq a 5 no 5º minuto de vida;
- b) Necessidade de suporte ventilatório com 5 minutos de vida (intubação ou ventilação com ambú);



c) Gasometria do cordão ou arterial na primeira hora de vida com $\text{pH} < 7,10$ ou gasometria do cordão ou arterial além da primeira hora de vida com $\text{BE} > -12$.

II. Critérios de exclusão:

- a) Tempo de vida > 6 horas;
- b) Peso de nascimento < 2,5kg;
- c) Idade gestacional < 35 semanas;
- d) Sangramento ativo antes do início da hipotermia;
- e) Hipertensão pulmonar persistente neonatal grave em uso de vasodilatador pulmonar;
- f) Choque refratário a catecolaminas (dopamina e dobutamina) ou bradicardia persistente (<60bpm);
- g) Anomalias congênitas maiores;
- h) RN fora de possibilidades terapêuticas.

III. Procedimentos iniciais para o resfriamento:

Ao identificar os possíveis critérios elegíveis em **sala de parto**:

- Transportar o RN para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em incubadora de transporte desligada;
- Solicitar ao responsável pelo RN a assinatura do termo de consentimento informado referente ao Protocolo de Hipotermia.

Referências:

1. Graça AM, Sampaio I, Moniz C. Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-iscêmica. *Nascer e Crescer, Porto*, v. 20, n. 3, p. 158-164, 2011.
2. Levene M, Evans D. hypoxic-ischaemic brain injury. [book auth.] Rennie JM. *Robertson's Textbook of Neonatology*. s.l. : Elsevier, 2005, pp. 1128-48.
3. Silva, ABCG, et al. "A thermoregulation model for hypothermic treatment of neonates." *Medical Engineering & Physics* 38.9 (2016): 988-998.
4. Silveira RC, Procianoy RS. Hipotermia terapêutica para recém-nascidos com encefalopatia hipóxico isquêmica. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2015, vol.91, n.6, suppl.1 [cited 2016-10-03], pp.S78-S83.
5. Procianoy RS. Hipotermia Terapêutica. *Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)*. Janeiro de 2012. p:1-6.



6. Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário Serviço de Neonatologia. Protocolos de Conduta, Hipotermia Terapêutica. 2015.
7. Sousa S, Vilan A. Hipotermia terapêutica na encefalopatia hipóxico-isquêmica. *Nascer e Crescer* [online]. 2011, vol.20, n.4.
8. Araujo AS et al. Hypothermy as a protective strategy in asphyxiated newborns after hypoxic-ischemic encephalopathy. *Journal of Human Growth and Development* 18.3 (2008): 346-357.
9. Sarnat HB, Sarnat MS: Neonatal encephalopathy following fetal distress. A clinical and electrographic study. **Arch Neurol** 33:696-705, 1976.





10. PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO

10.1. ROTINA DE ADMINISTRAÇÃO DA VITAMINA K (KANAKION)

Agente: Enfermeiro/ Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- **INDICAÇÃO** – Anti-hemorrágico;
- **COMPOSIÇÃO** - Vitamina K;
- **POSOLOGIA** - 1mg / intramuscular;
- **DOSAGEM** - 0,1mg da ampola de 1 ml;
- **PROCEDIMENTO** - utilizar seringa de 1ml e agulha de 13 x 4, 5mm;
- **LOCAL DE APLICAÇÃO** - terço médio do vasto lateral esquerdo da coxa;

10.2. ROTINA DE ADMINISTRAÇÃO DA VACINA ANTI HEPATITE B

10.2.1. Conservação:

As vacinas são conservadas em geladeira exclusiva da vacina e controladas diariamente, mantendo temperatura entre 2°C e 8°C; A geladeira está localizada no corredor do CC;

Controle de temperatura:

- Mínima, máxima e momento;
- **Período diurno:** às 7hs, 12hs e 18hs;
- **Período noturno:** às 22hs, 02hs e 06hs;

10.2.2. Fornecimento:

São fornecidas as agulhas e 3 frascos de vacina diariamente, pelo setor de Imunização; É efetuado um controle das vacinas recebidas com o registro em livro específico da quantidade e nº do lote das vacinas recebidas;



10.2.3. Administração:

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

Rotina:

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

10.3. ROTINA DE ENCAMINHAMENTO DO RN À UNIDADE NEONATAL

- Comunicar com antecedência a Unidade Neonatal para o preparo da unidade, de acordo com a prescrição da Neonatologia e em função da condição clínica do RN;
- Verificar condições da incubadora de transporte que deverá permanecer higienizada e previamente aquecida, com suprimento adequado de O₂ testado previamente pelo gasoterapeuta responsável no plantão;
- Confirmar o preparo da Unidade no Berçário (equipe – estrutura preparada para a admissão do RN);



- Posicionar o RN na incubadora com suprimento de O₂ adequado às necessidades do RN;
- Auxiliar no transporte do RN à Unidade Neonatal acompanhado da equipe multidisciplinar (Neonatologista, Enfermeiro, Gasoterapeuta);
- Entregar o prontuário do RN, o aviso de nascimento (1^a via) e a carteira de vacinação;
- Conferir os dados de identificação do RN; (sexo, pulseira, RH, nome materno, horário do nascimento e data), junto à equipe de enfermagem da Unidade Neonatal e registrar a transferência em livro específico para este fim;
- Retornar a incubadora para o Bloco Cirúrgico e promover a higienização da mesma com água e sabão e a troca dos campos internos.

10.4. ROTINA DE ENCAMINHAMENTO DO RN AO ALOJAMENTO CONJUNTO

Após a discriminação de que o RN permanecerá junto à mãe em esquema de Alojamento Conjunto:

- Solicitar a vaga para o binômio;
- Aguardar que a equipe do Alojamento Conjunto venha buscá-los;
- Conferir pré transferência, em consonância com a equipe do Alojamento Conjunto, os dados de identificação do binômio (sexo, pulseira, RH, nome materno, horário do nascimento e data);
- Incentivar o contato pele a pele efetivando a amamentação precoce durante a permanência no Centro Obstétrico.





11. ROTINA DE COLETA E ENCAMINHAMENTO DE EXAMES

11.1. BANCO DE SANGUE E LABORATÓRIO

Procedimento:

- Verificar no prontuário da paciente os resultados dos exames de rotina: tipagem sanguínea, V;D;R;L;, anti-HIV e/ou teste rápido para HIV; Caso não tenham sido colhidos, colhê-los no CCO (Tipagem sanguínea: 01 tubo com EDTA - tampa roxa; V;D;R;L; 01 tubo seco - tampa vermelha);
- 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);
- Registrar nos livros de protocolo do Banco de Sangue e Laboratório os exames encaminhados;
- Anotar no prontuário da paciente os exames colhidos;
- Encaminhar as amostras nos horários de rotina (exceto os exames de urgência) juntamente com as requisições completas;
- Solicitar a conferência do material e assinatura do funcionário do Banco de Sangue e Laboratório no ato do recebimento das amostras de sangue;

Agente: Enfermeiro/Técnico/Auxiliar de Enfermagem

11.2. ANATOMIA PATOLÓGICA

Procedimento:

O cirurgião extrai a peça e entrega à circulante da sala que executa os seguintes procedimentos:

- Colocar a peça em recipiente previamente preparado com solução aquosa de formol;
- Identificar o frasco com etiqueta e acrescentar: nome completo da paciente, cor, RH, idade, nome da peça, data e assinatura;
- Fornecer ao cirurgião o impresso de solicitação de Anatomopatológico e conferir os dados;



- Registrar a peça no livro de Protocolo de Anatomia Patológica e assiná-lo;
- Encaminhar as peças, juntamente com as solicitações completas nos dias úteis, das 08:00 às 11:00 horas;
- Solicitar a conferência das peças no ato da entrega e a assinatura da funcionária do Serviço de Anatomia Patológica;

11.2.1. Protocolo para o uso do Formol

O formol é um composto de líquido claro com várias funções; Possui características de extrema volatilidade e provoca irritação nos olhos e vias aéreas; A finalidade do formol é impedir a degradação do material em decorrência de fenômenos autolíticos, permitindo a realização de inúmeras técnicas histológicas e citológicas;

Segue abaixo a diluição utilizada:

- Formol puro a 37% ----- 500ml
- Água ----- 4;500ml

Vale ressaltar que o uso do EPI (equipamento de proteção individual) composto de máscara, óculos de proteção e luvas é obrigatório durante a manipulação do formol; Caso seja solicitado um RX da peça, o residente médico é responsável pelo encaminhamento da mesma, assinando em livro próprio a sua retirada;



12. ROTINA DE ÓBITO NO CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

12.1. PREPARO DO CORPO PÓS MORTE DO RECÉM-NASCIDO

Produto do aborto: fetos com peso inferior a 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 produto do aborto

Agente	Ação
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Pesar o produto de aborto;• Verificar com o médico o destino a ser dado ou produto do aborto;• Preencher aviso de óbito em duas vias;• 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;• Encaminhar para anatomia patológica;



Rotina de óbito para natimorto ou neonato

Agente	Ação
<p>Técnico/Auxiliar de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar o recém-nascido; • 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; • Colocar uma pulseira de identificação no recém-nascido contendo os mesmos dados da etiqueta; • Perguntar a mãe se ela deseja ver o recém nascido e mostrá-lo em caso de afirmativa; • Envolver o recém-nascido em campos colocando a etiqueta sobre o “pacote” em local visível; • Anotar no prontuário do paciente os cuidados e providências do encaminhamento do corpo; • Preencher o aviso de óbito em 4 vias, sendo que a 1ª via é anexada ao corpo, após ser revestida com plástico, 2ª via no pacote, 3ª via no prontuário, e 4ª via é encaminhada ao setor de internação, identificando: se produto de aborto, natimorto ou neonato; • Encaminhar o corpo ao necrotério e registrar no livro apropriado de acordo com o peso; • Providenciar o formulário de necropsia para que o médico possa preencher, caso seja solicitado, em 2 vias (1ª via é encaminhada para anatomia e a 2ª via permanece no prontuário);



12.2. Preparo do corpo pós morte do Adulto

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

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





II - NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM DA RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA - REC





1. DEFINIÇÃO

Área destinada aos pacientes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, onde permanecem até a recuperação da consciência, a normalização dos reflexos e dos sinais vitais, sob observação e cuidados constantes da equipe médica e de enfermagem; Deve concentrar recursos humanos para prevenir e detectar precocemente riscos e complicações em pacientes no período pós-operatório imediato, decorrentes dos atos cirúrgico e anestésico;





2. LOCALIZAÇÃO

Encontra-se na área do Centro Cirúrgico Obstétrico, com saída exclusiva dos pacientes para a REC;





3. FINALIDADE

A recuperação pós anestésica é o local onde são dispensados os cuidados intensivos à paciente desde sua saída da sala operatória, eliminando anestésicos e estabilizando os seus sinais vitais, a fim de retorná-la com segurança à unidade de origem; A equipe de Enfermagem e Médica visam prevenir as intercorrências no período pós anestésico, e se caso ocorram, devem oferecer o pronto atendimento;

Devido à especificidade da Instituição (Maternidade de alto risco) a REC também presta cuidados aos recém-nascidos que permanecem com as mães para serem transferidos ao Alojamento Conjunto, incentivando o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida;





4. EQUIPAMENTOS

- Monitor multiparamétrico;
- Aparelho de pressão arterial com pedestal;
- Carro de parada cardiorrespiratória adulto e neonatal;
- Respirador;
- Desfibrilador;
- Eletrocardiógrafo;
- Glicosímetro;
- Pontos de oxigênio, vácuo e ar comprimido;
- Berços aquecidos;
- Bombas de Infusão;
- Balança;
- Cadeira de rodas;
- Foco (móvel) clínico;
- Mesa de refeição;





5. COMPETÊNCIAS

5.1. ENFERMEIRO

- Ler a programação de cirurgias, para ajustar o material às necessidades de cada paciente;
- Prestar assistência individualizada no período pós operatório imediato ao paciente, assegurando a prevenção de riscos e complicações decorrentes ao ato cirúrgico-anestésico;
- Avaliar as condições respiratória, neurológica, circulatória e psicológica;
- Oferecer assistência ao recém-nascido que permanece com a mãe, estimulando e orientando o Aleitamento Materno;
- Reconhecer as drogas mais usadas em anestésias, seus efeitos benéficos e colaterais;
- Realizar na admissão da paciente na REC, um exame físico sucinto;
- Realizar exame físico do RN, verificando o aspecto do cordão umbilical e sua vitalidade;
- Elaborar o plano de cuidados (SAE), supervisionar sua execução e realizar os cuidados mais complexos de enfermagem;
- Prestar cuidados de enfermagem conforme planejamento;
- Identificar quantitativamente e qualitativamente, a necessidade de materiais e medicamentos e solicitá-los;
- Controlar os entorpecentes, quanto à solicitação para uso nos pacientes da unidade;
- Participar da orientação de pacientes e familiares;
- Realizar o controle dos carros de emergência, revisando as pilhas do laringoscópio e funcionamento do desfibrilador, anotando em impresso próprio nos períodos diurno e noturno;
- Prover a unidade de lençóis, forros, camisolas, cobertores e roupas de recém-nascidos;
- Realizar a educação continuada e capacitação da equipe de enfermagem;



- Prestar parecer técnico sobre equipamentos e materiais;
- Realizar ou delegar ao técnico/auxiliar de enfermagem solicitações como: exames laboratoriais ou radiológicos, componentes sanguíneos prescritos, dietoterapias, auxílio do Serviço Social ou Saúde Mental, higienização da paciente, do ambiente, etc;

5.2. TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- Observar, no caso das puérperas, a contração uterina, o sangramento vaginal, a episiorrafia no caso de parto normal, o ingurgitamento mamário, presença ou ausência de colostro e a anatomia do bico da mama (plano, invertido, pseudo invertido, retrátil, etc.;) e descontrolo hemodinâmico;
- Incentivar o aleitamento materno. Pacientes com possíveis contra indicações de amamentação, sejam por razões medicamentosas e/ou sorológicas, deverá haver prescrição e orientação médica e de enfermagem referendadas no Manual de Aleitamento Materno da Instituição;
- Observar e comunicar ao médico a presença de bexigomas;
- Anotar débitos de drenos e sondas. No caso da diurese, controlar volume e sua coloração;
- Observar e registrar a presença de infiltrações e flebites. Toda a infusão venosa deve ser datada e rubricada;
- Mediar, conforme prescrição médica, se dor e/ou vômito e anotar de acordo com item prescrito;
- Trocar de roupa de cama;
- Auxiliar na deambulação;
- Realizar banho de leito, quando necessário;
- Auxiliar na alimentação;
- Coletar e encaminhar os exames solicitados.



6. FLUXO DA REC

A continuidade da assistência de enfermagem ocorre com o encaminhamento da paciente da sala de cirurgia para a REC pelo enfermeiro e pelo técnico/ auxiliar de enfermagem.

O transporte da paciente deve ser de forma segura, mesmo que a unidade seja próxima a sala de cirurgia. Este período é considerado crítico, pois muitas vezes os pacientes encontram-se inconscientes, entorpecidos e com diminuição dos reflexos protetores. Tal instabilidade orgânica e emocional decorre do trauma anestésico cirúrgico sofrido requerendo, portanto uma assistência especializada das equipes médica e de enfermagem.

A paciente permanece sob observação constante até a sua completa recuperação, isto é, até que apresente estabilidade hemodinâmica, frequência e amplitude respiratória normalizadas, saturação de O₂ nos limites normais, estabilidade da temperatura corporal e consciência. Assim sendo deve ser mantido aquecido, em decúbito lateral e com aporte de oxigênio adequado às necessidades respiratórias.

O local da incisão cirúrgica deve ser avaliado sempre que a paciente é mobilizada. Seu posicionamento deve ser adequado de forma que não tracione e/ou obstrua drenos, sondas e cateteres. As grades da cama devem estar elevadas.

O enfermeiro da REC deve ser comunicado antecipadamente quanto às condições clínicas da paciente, visando o seu recebimento de forma segura e providenciando os recursos necessários. Com base nas informações recebidas, a equipe da unidade pode se preparar e prestar assistência de enfermagem adequada.

Ao receber a paciente, o enfermeiro deve ser informado sobre o nome da mesma, idade, doenças pré existentes, classificação do estado físico, medicamentos em uso, antecedentes anestésico cirúrgicos, possíveis complicações no intra operatório e/ou prévias, cirúrgica efetuada, patologia encontrada, medicamentos administrados no pré operatório imediato e durante a anestesia, sinais vitais desde o pré operatório até a sala de cirurgia, perda estimada de sangue, balanço hídrico, alergias, presença de drenos, cateteres e sondas, tipo de curativo e prescrição de analgésicos para o pós operatório imediato. O período de permanência na REC requer avaliação e assistência constante, pois é neste momento que a paciente



apresenta maior vulnerabilidade e instabilidade em decorrência das drogas anestésicas e do próprio procedimento cirúrgico.

6.1. INÍCIO DO PLANTÃO

Agente: Técnico/Auxiliar de Enfermagem

Receber o plantão leito a leito, observando as seguintes intercorrências:

- Glicemia capilar e pega do RN;
- Intercorrências com a paciente (Ex: exames a serem cobrados, sangramento, uso de medicação específica: ex: Sulfato, antirretroviral);
- Intercorrências com o RN;
- Conferir a checagem e horário das medicações;
- Conferir o HOSPUB;
- Verificar os sinais vitais;
- Fazer a higiene das pacientes e dos RN s/n;
- Verificar junto ao enfermeiro se os RN que estão mamando tem resultado de HIV no prontuário;
- Checar junto ao enfermeiro as vagas nos setores e a ordem de saída
- Estar atento junto ao Serviço de Nutrição a alimentação ou o jejum da paciente;
- Verificar o armário de roupas, observando a necessidade de roupas para o plantão;
- Fazer pedido de material e medicamentos necessários para o plantão;
- Forrar os leitos vazios, verificando junto ao enfermeiro, se haverá cirurgias com anestesia geral, reservando os primeiros leitos para as mesmas;
- Montar oxigenioterapia e monitor com oximetria.

OBS: Registrar todas as pacientes no livro e no HOSPUB



6.2. ADMISSÃO PUÉRPERAS/RN

Agente: Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Receber a paciente junto ao técnico/auxiliar do CCO que passará o tipo de anestesia, intercorrências no trans-operatório e as medicações que foram realizadas em sala;
- Observar: curativo pélvico ou episiorrafia, contração uterina, acesso venoso (identificação, perfusão, identificação do soro), presença ou ausência de colostro, sondas, sangramento vaginal, etc.;
- Conferir pulseira de identificação de mãe e RN;
- Manter a mãe aquecida;
- Recepcionar o recém-nascido, recebendo do circulante de sala informações sobre o tipo de aleitamento, controle de glicemia capilar, necessidade de banho imediato, etc.;
- Colocar o RN em berço aquecido;
- Verificar a temperatura axilar;
- Colocar o RN para mamar após verificar exames de HIV.
- Auxiliar no processo de aleitamento materno;
- Oferecer fórmula láctea no copinho, quando prescrito;
- Administrar AZT via oral, quando prescrito;
- Anotar condições do RN, intercorrências e ações desenvolvidas no prontuário do RN;
- Atentar para os sinais de hipoglicemia do RN e comunicar o enfermeiro caso ocorra;
- Comunicar o enfermeiro e o neonatologista sobre qualquer intercorrência;
- Manter o RN lateralizado e em berço aquecido;
- Realizar a higienização e troca de fraldas;
- Realizar cuidados, medicações e anotações;
- Registrar os cuidados na SAE.



6.3. TRANFERÊNCIA DA PUÉRPERA/ RN

Agente: Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Verificar junto ao enfermeiro as vagas existentes e o destino da paciente/RN;
- Checar as medicações, alta anestésica, carteira da gestante, carteira do RN, controle do RN;
- Passar para o técnico/auxiliar da enfermaria o plantão do binômio.

Observação: A paciente só poderá sair da REC quando o funcionário da enfermaria vier buscá-la.

6.4. ADMISSÃO DA PACIENTE APÓS CIRURGIA/ CURETAGEM

Agente: Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Receber a paciente junto ao técnico/auxiliar do CCO que passará o tipo de cirurgia, anestesia, local, intercorrências no trans-operatório e as medicações que foram realizadas em sala;
- Manter a paciente aquecida;
- Conferir a pulseira de identificação;
- Observar: curativo, acesso venoso (identificação, perfusão, identificação do soro), sondas, drenos, sangramento vaginal, etc.;
- Registrar no sistema de informação HOSPUB e no livro de registro de paciente;
- Realizar cuidados, medicações e anotações;
- Monitorar os sinais vitais: saturação de O₂, nível de consciência e dor;
- Manter a paciente em posição confortável no leito, acolchoando zonas de pressão e proeminências ósseas;
- Manter as grades laterais elevadas;



- Garantir a privacidade da paciente;
- Manter a cabeça da paciente lateralizada e em decúbito dorsal elevado caso tenha feito uso de anestesia geral;
- Atentar para a lateralidade cirúrgica das pacientes submetidas aos procedimentos de Mastectomia e Setorectomia, não verificando os sinais vitais e não efetuando punção venosa no mesmo lado do procedimento cirúrgico;
- Garantir, no caso de cirurgias e em conformidade com o protocolo, o uso de meias antitrombo.

6.5. ALTA DA PACIENTE DA REC

Agente	Ação
Médico Anestesiista	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as condições de alta;
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a saturação de oxigênio, manutenção hemodinâmica, manutenção da temperatura corporal, ausência de vômitos, hidratação, coloração da pele; • Observar se a paciente está orientada no tempo e espaço; • Examinar a ferida operatória, observando a ausência de sangramento ativo; • Avaliar se o volume de diurese é satisfatório; • Observar se a manifestação de dor foi controlada, conforme prescrição médica; • Realizar a avaliação da paciente observando • Observar a presença de atividade e força muscular em MMII; • Testar a sensibilidade cutânea em MMII; • Checar se o acesso venoso está identificado,



	<p>quando houver;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar se todas as anotações do prontuário estão devidamente checadas e assinadas; • Solicitar a vaga no setor indicado (Alojamento Conjunto ou Ginecologia); • Informar à equipe de enfermagem da unidade de origem as condições clínicas da paciente; • Anotar na evolução da enfermagem, horário da transferência;
<p>Técnico/Auxiliar de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pinçar as sondas, drenos e soros antes de transferi-la para maca; • Transferir a paciente para a maca com movimento único, solicitando ajuda da equipe; • Encaminhar a paciente com prontuário à unidade de origem; • Checar os equipamentos da REC, deixando-os em condições de uso e limpeza; • Solicitar a limpeza do leito à limpadora; • Arrumar a cama, após desinfecção do colchão;

6.6. LIBERAÇÃO DE VISITAS NA REC

O Enfermeiro é o agente responsável pela autorização de visita na REC e segue alguns critérios; são eles:

- Autorização da entrada de uma pessoa para visita, de preferência do sexo feminino, de no caso de pacientes adolescentes;
- Autorização de visita a pacientes que permaneçam mais de 12H na REC.



7. PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS E ASSISTENCIAIS

7.1. SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS À FARMÁCIA

É realizada pelo enfermeiro, constando carimbo, assinatura e COREN; A solicitação é feita sempre às 2^{as} e 5^{as} feiras de acordo com a cota pré estabelecida e a padronização do setor; Nos casos de urgência são realizadas solicitações extras;

7.2. SOLICITAÇÃO DE ROUPA

- Solicitar roupa à Lavanderia via telefone, conforme solicitação do setor;
- Acondicionar as roupas recebidas em armário próprio.

7.3. SOLICITAÇÃO AO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

- Solicitar dietas ao SND via telefone, quando necessário;
- Solicitar água e copos, quando necessário.

7.4. SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA LÁCTEA AO LACTÁRIO:

- A solicitação deve ser preenchida privativamente pelo neonatologista;
- A enfermagem do setor encaminha o pedido ao Lactário;
- O Lactário entrega a fórmula na REC;
- A enfermagem administra a fórmula e realiza a checagem e a anotação pertinente no prontuário do RN.

7.5. RETIRADA DA ROUPA SUJA NA REC

- Colocar nos hampers as roupas de cama e banho utilizadas pelas pacientes;
- Identificar, retirar e encaminhar os sacos de hampers ao expurgo do CCO, quando necessário e no final de cada plantão.



7.6. SOLICITAÇÃO E DEVOLUÇÃO DE MATERIAL DA CME

- Solicitar verbalmente ao funcionário da CME o material necessário;
- Fazer a devolução do material, depois de lavado no expurgo do CCO, onde será recolhido pelos funcionários da CME.

7.7. SOLICITAÇÃO DE HEMODERIVADOS

Indicação

Sempre que houver alterações hematológicas, necessitando restabelecer sua normalidade via transfusões.

AGENTE	ATIVIDADE
<ul style="list-style-type: none"> – Enfermeiro – Técnico/Auxiliar de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> – Orientar a paciente sobre o procedimento; – Lavar as mãos; – Calçar as luvas de procedimento; – Posicionar o garrote e localizar a veia do paciente; – Realizar a antissepsia da pele; – Puncionar a veia; – Retirar a quantidade de sangue necessário; – Colocar em cada tubo o volume necessário de sangue; – Desgarrotear o membro e pressionar o local da punção; – Identificar os tubos com etiquetas adequadas; – Encaminhar material, em saco plástico, juntamente com a solicitação do Banco de Sangue; – Retirar as luvas e desprezar no resíduo infectante;



	<p>– Registrar no prontuário horário da coleta e envio ao Banco de Sangue.</p>
MATERIAIS	
<ul style="list-style-type: none">- Solução antisséptica;- Seringa, agulha, garrote e algodão;- 1 tubo com anticoagulante e 1 tubo seco;- Etiquetas especiais de identificação do Banco de Sangue;- Pedido específico do Banco de Sangue, devidamente preenchido;- Luvas de procedimento;- Bandeja.	
OBSERVAÇÕES	
<ul style="list-style-type: none">- Desprezar resíduos como: bolsas e equipos de hemoderivados no resíduo infectante da REC.	

7.8. COLETA E ENCAMINHAMENTO DE SANGUE PARA LABORATÓRIO

Indicação:

- Sempre que houver suspeita de alteração de qualquer valor numérico ou analítico sanguíneo, sendo necessário restabelecer a sua normalidade na recuperação pós anestésica;
- Solicitar via telefone a coleta, que será realizada pelo funcionário do laboratório;



- Na ausência deste, proceder conforme rotina abaixo:

AGENTE	ATIVIDADE
<ul style="list-style-type: none"> – Enfermeiro – Técnico/Auxiliar de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> – Orientar a paciente sobre o procedimento; – Lavar as mãos; – Calçar as luvas de procedimento; – Posicionar o garrote e localizar a veia da paciente; – Realizar a antissepsia da pele; – Puncionar a veia; – Retirar a quantidade de sangue necessário; – Colocar o volume necessário cada tubo com os dados do paciente; – Desprezar seringas com agulhas na caixa de perfurocortante; – Recolher o material; – Retirar as luvas e desprezar no resíduo infectante; – Lavar as mãos; – Protocolar os exames a serem enviados.
MATERIAIS	
<ul style="list-style-type: none"> – Solução antisséptica; – Seringas, agulhas, scalp, algodão, garrote, esparadrapo, tubos específicos, pedidos de exames, etiqueta de identificação; – Luvas de procedimento; – Bandeja. 	



OBSERVAÇÕES

- Enviar material para laboratório em saco plástico, ou solicitar que seja retirado no Pré Parto;
- Evitar a queda e agitação dos tubos para evitar hemólise;
- Anotar no prontuário o horário da coleta e o envio do material ao laboratório;
- Deixar o número do telefone para contato com o laboratório, caso seja necessária nova coleta ou passar resultado dos exames.





8. UNIDADE SATÉLITE DE DISTRIBUIÇÃO

A implantação da Unidade Satélite de Distribuição no Bloco Cirúrgico é de responsabilidade do Núcleo de Logística de Insumos Hospitalares. Esta unidade possui funcionamento ininterrupto, e foi criada para atender uma necessidade específica do Bloco Cirúrgico na distribuição e no controle efetivo do material médico hospitalar e dos medicamentos. É composta por um farmacêutico, um enfermeiro e dois técnicos de farmácia por plantão. A distribuição é realizada em forma de kits para agilizar o processo. A cada cirurgia é entregue um kit e dado baixa quando o mesmo retorna, promovendo um efetivo processo de rastreabilidade e evitando armazenamento de materiais médicos hospitalares nas salas cirúrgicas.





9. ROTINA DE LIMPEZA DA UNIDADE

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.

9.1. 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.

9.2. PRODUTOS DE LIMPEZA

9.2.1. 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.

9.2. 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)	Imediato



		e terminal)	
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

9.3. PERIODICIDADE DA LIMPEZA NO BLOCO CIRÚRGICO

9.3.1. Limpeza Concorrente: Ao término de cada cirurgia. No final de cada cirurgia não infectada, 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. Na presença de matéria orgânica, é retirado o excesso com papel absorvente e em seguida feita a limpeza e desinfecção com cloro. Vale ressaltar que tanto o Hipoclorito de Sódio como o Cloro Orgânico tem o tempo de ação de 10 minutos.

9.3.2. Limpeza Terminal: Uma vez por semana e ao término de cirurgia infectada. Na limpeza terminal todo o mobiliário é retirado da sala cirúrgica,



alcoolizado e a limpeza do piso, rodapé e das paredes são efetuadas com detergente. Na presença de matéria orgânica, é retirado o excesso com papel absorvente e em seguida feita a limpeza e desinfecção com cloro. Vale ressaltar que tanto o Hipoclorito de Sódio como o Cloro Orgânico tem o tempo de ação de 10 minutos.

9.4 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS QUE NECESSITAM DE LIMPEZA TERMINAL:

9.4.1. Limpeza de Sala de Cirurgia após procedimentos infectados ou de longa duração:

Recomenda-se que seja realizada com os mesmos critérios da limpeza terminal, levando-se em consideração a necessidade ou não da limpeza total das paredes e do teto.

9.4.2. Limpeza de Sala de Cirurgia em situações de precauções de contato e/ou de isolamento respiratório:

Os cuidados começam antes do início da cirurgia. É aconselhável que a sala tenha o mínimo de material, para evitar o aumento de área onde os microorganismos possam se depositar durante o ato cirúrgico. Depois de o paciente ser encaminhado da sala de cirurgia diretamente para a unidade, o funcionário (utilizando EPI adequado) executará a limpeza terminal da sala. No caso de doenças transmissíveis por aerossóis, o uso da máscara N95 é obrigatório.



9.5. MODALIDADES DE LIMPEZA DA SALA DE CIRURGIA

LIMPEZA	AGENTE	AÇÃO	OBSERVAÇÕES
<p>Preparatória: Realizada antes da primeira cirurgia do dia ou no início do plantão</p>	<p>Circulante da SO (Sala Operatória)</p>	<p>Ao início do plantão alcoolizar as superfícies horizontais dos equipamentos móveis e fixos da SO e deixar evaporar.</p>	<p>Objetivo: remover a poeira depositada; Iniciar pelas partes consideradas mais limpas; Friccionar álcool à 70% por pelo menos três segundos.</p>
<p>Operatória: Realizada durante o ato cirúrgico</p>	<p>Circulante da SO (Sala Operatória)</p>	<p>Durante o ato cirúrgico remover com o auxílio de pinças, materiais que caírem no chão;</p> <p>Remover imediatamente sangue e líquidos corporais;</p> <p>Aplicar solução desinfetante após a remoção da matéria orgânica (hipoclorito a 1%);</p> <p>Trocar hampers e lixo sempre que necessário; Oferecer trocas de propés à</p>	<p>Objetivo: remover a matéria orgânica com papel ou tecido absorvente, não contaminar o piso, proteger o profissional.</p>



		<p>equipe cirúrgica no caso de estar umedecido com líquidos corporais.</p>	
<p>Concorrente: Realizado entre um procedimento cirúrgico e outro;</p>	<p>Circulante da SO (Sala Operatória)</p>	<p>Retirar todo o material utilizado separando o instrumental, material perfurocortante, borrachas, vidros etc;</p> <p>Recolher a roupa suja e colocá-la em saco plástico fechado;</p> <p>Recolher o lixo, embalagens de frascos de soro, material descartável utilizado e fechá-lo em sacos plásticos brancos;</p> <p>Limpar a mesa cirúrgica e acessórios, limpar o balcão do recém-nascido, limpar estetoscópios, régua antropométrica, fita métrica, ambus e laringoscópio;</p>	



		<p>Retirar frascos de aspiração sujos e encaminhá-los ao expurgo do centro cirúrgico</p> <p>Recolher caixas de instrumentais e materiais reprocessáveis e encaminhar ao expurgo do centro cirúrgico;</p> <p>Recolher roupas sujas em saco plástico para hamper;</p> <p>Trocar caixas de perfurocortante e baldes de lixo quando necessário.</p>	
<p>Terminal: ao término de cirurgia contaminada</p>		<p>Limpar os equipamentos e mobiliário, conforme técnica de limpeza concorrente;</p> <p>Retirar mobiliário e material descartável da SO.</p>	<p>Na limpeza terminal o uso de hipoclorito a 1% é restrito para matéria orgânica.</p>



<p>Semanal: conforme rotina do setor(escala de serviço)</p>	<p>Técnico/Auxiliar de enfermagem</p>	<p>Limpar gavetas de medicamentos e nichos de caixas de material descartável; Trocar almotolias e soluções; Limpar balcões de impressos e soros; Limpar prateleiras e armazenamento dos materiais do almoxarifado; Alcoolizar armários de medicamentos e descartáveis; Limpar aparelhos guardados na sala de equipamentos; Recolocar mobiliário.</p>	<p>Verificar validade dos medicamentos.</p>
<p>Semanal: conforme rotina da limpadora</p>	<p>Equipe da limpadora</p>	<p>Na limpeza semanal a limpadora efetua limpeza do piso, paredes, portas, teto e ar condicionado de todas as áreas do CCO.</p>	



9.6. ATENDIMENTO EM SALA CONTAMINADA

Nº	AGENTE	AÇÃO
1	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Receber o Aviso de Cirurgia, certificando-se tratar de cirurgia contaminada; • Designa a SO para realização da cirurgia; • Escala uma circulante para a sala e outra para o corredor.
2	Circulante Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Procede a montagem da SO, deixando na sala somente materiais indispensáveis ao ato anestésico-cirúrgico.
3	Circulante Externa	<ul style="list-style-type: none"> • Providencia propés, gorros, máscaras e aventais para saída da equipe, bem como material para coleta de roupas e instrumentais contaminados.
4	Circulante Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recolhe todo o material contaminado, acondiciona e o entrega à circulante externa conforme rotina; • Realiza a limpeza terminal do mobiliário e equipamentos; • Identifica os materiais contaminados.
5	Circulante Externa	<ul style="list-style-type: none"> • Conduz o material ao expurgo.
6	Funcionário da Limpadora	<ul style="list-style-type: none"> • Procede a limpeza do piso e das paredes, conforme técnica da limpeza terminal.
7	Circulante	<ul style="list-style-type: none"> • Recoloca mobiliário na SO .



III – SEGURANÇA DO PACIENTE

Daniela Sayuri Misawa

A preocupação com a Segurança do Paciente existe desde 460 a.C. quando Hipócrates pronunciou “Primeiro, não cause dano”.

Até recentemente os erros associados à assistência eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços¹. Essa concepção começou a mudar em 1999 a partir da publicação do relatório “Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro” que apontou uma estimativa entre 44.000 a 98.000 americanos que morrem por ano devido aos erros na assistência à saúde. Os custos anuais desses erros estavam em torno de US\$17 a 29 bilhões. Esse relatório também identificou o problema nos sistemas falhos e não em falhas nas pessoas².

Em muitas pesquisas o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de internação ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis^{3,4,5}.

Assim normativas que tratam da prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, têm sido instituídas no País. Com isso, o Ministério da Saúde lança a Portaria 529/2013⁶ instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), demonstrando comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde em território nacional, e promovendo maior segurança para os pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

Ainda em 2013 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o apoio do Ministério da Saúde publicam a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº36⁷, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabelecendo a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que exerce papel fundamental na elaboração e execução do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

Em consonância com a RDC 36, o PSP estabelece estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:



- I- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV- Identificação do paciente;
- V- Higiene das mãos;
- VI- Segurança cirúrgica;
- VII- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI- Prevenção de quedas dos pacientes;
- XII- Prevenção de úlceras por pressão;
- XIII- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV- Comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII- Promoção do ambiente seguro.

A *Joint Commission International (JCI)*, em parceria com a OMS, estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações da assistência consideradas de maior risco.

Figura 1. Crachá com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente distribuídos a todos os funcionários do HMEC.



1. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS

Lucian Leape considera que para um sistema de notificação de incidentes seja efetivo são necessárias as seguintes características⁸:

- Não punitivo;
- Confidencial;
- Independente- os dados analisados por organizações;
- Resposta oportuna para os usuários do sistema;
- Orientado para soluções dos problemas notificados;
- As organizações participantes devem ser responsivas as mudanças sugeridas.



O que notificar?


Notificar qualquer ocorrência relacionada à Segurança do Paciente.

Como e onde notificar?

O HMEC adotou o sistema de notificação voluntária manual através de impresso próprio (Figura 2), disponível nos setores para depositar em urnas (Figura 3) localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Pronto Socorro, Unidade Neonatal e Bloco Cirúrgico ou entregar pessoalmente no Núcleo de Segurança do Paciente.



Figura 2. Impresso de notificação de incidentes/ eventos adversos (frente).



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

ETIQUETA

Prontuário: _____
Nome: _____
Mãe: _____
CNS: _____
SIS pré-natal: _____
Setor: _____ Enfermagem: _____ Leito: _____

Data da notificação:

____/____/____

FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO: INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS/ NÃO CONFORMIDADES/ RISCOS/ QUEIXA TÉCNICA
A notificação não tem caráter punitivo, visando apenas a melhoria dos processos. É confidencial e pode ser anônima.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE	
Idade: _____	Sexo: () Feminino () Masculino
Gestante? () Sim () Não	Puérpera? () Sim () Não
Data da admissão: ____/____/____	
DADOS DO NOTIFICADOR (OPCIONAL)	
Nome: _____	e-mail: _____
Função: _____	
DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	
Data da ocorrência: ____/____/____	O evento já ocorreu anteriormente? () Sim () Não () Ignorado
Local da ocorrência: () Alojamento Conjunto () Unidade Neonatal () UTI Adulto () Internação Adulto () PSO () Centro Cirúrgico () Pré-parto () Ambulatório () Laboratório () Outros	Quantas vezes? () Duas vezes () Mais de quatro vezes () Três vezes () CGAR
Fato: O que aconteceu? _____	
Possíveis falhas: () Procedimento () Medicamento () Equipamento () Esutura () Comunicação () Outros	
A ocorrência ocasionou ou poderá ocasionar danos à saúde? (Em caso afirmativo descreva os danos)	
Providências Tomadas: _____	
Locais onde colocar os formulários preenchidos: existem 5 urnas distribuídas nos setores Alojamento Conjunto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro, Internação de Adultos e Bloco Cirúrgico	

Formulário para Notificação de Incidentes - frente - Cód. 1964

Figura 3. Urna para depositar as notificações.

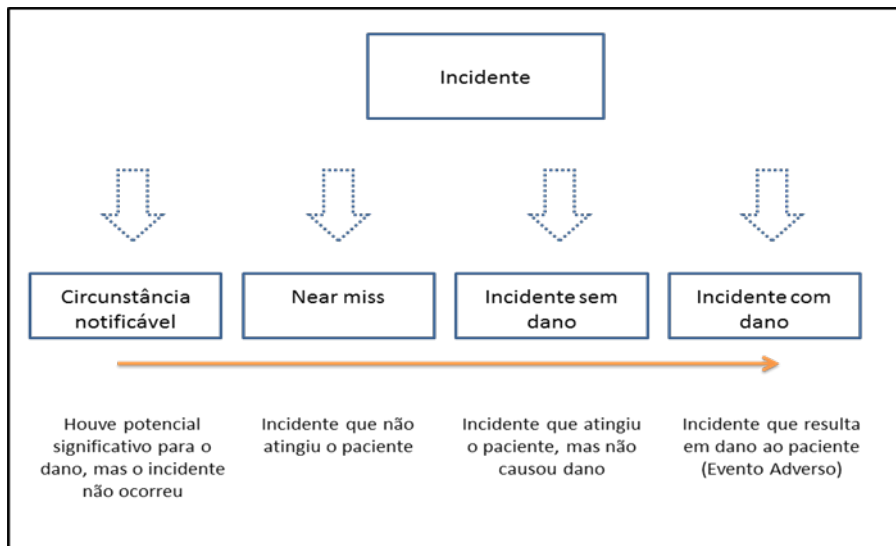


Por que notificar?

As notificações são avaliadas pela Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, analisadas e classificadas de acordo com a Taxonomia da OMS⁹ (Figura 4) para providências corretivas e preventivas.



Figura 4. Taxonomia OMS – ICPS 2009



Algumas notificações necessitam da formação de um grupo de investigação, utilizando as ferramentas de *Brainstorming* e Diagrama de Ishikawa para analisar a causa raiz, finalizando com a elaboração de um plano de ação estruturado na ferramenta 5W2H.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo aborda resumidamente o tema Segurança do Paciente, como um assunto de extrema importância no panorama mundial, intensificando assim as iniciativas voltadas para esse fim.

No HMEC desde o início essas iniciativas foram norteadas pelas legislações vigentes, com o objetivo da aplicabilidade das boas práticas de segurança, contribuindo para a disseminação de uma cultura justa, prevenindo danos desnecessários aos pacientes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Watcher, RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 2 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- 3 Wilson RM, Runciman WB, Gibbert RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust. 1995;163(9):458–71.
- 4 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMed J. 2001;322:517–9.
- 5 Baker GR, Norton PG, Flintoft V et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Med Assoc J. 2004; 170:1678-86.
- 6 Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
- 7 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
- 8 Leape LL. Reporting of adverse events. N Engl J Med. 2002; 347.20.
- 9 The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/



FONTES CONSULTADAS

1. AVELAR, M;C;Q;a., SILVA, A; Assistência de enfermagem Perioperatória; Ensino em cursos de enfermagem; Rev;Esc;Enf;USP;2005;39(1);46-52.
2. 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.
3. KURCGANT, P. et AL. Administração em enfermagem. São Paulo, EPU, 1991.
4. 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.
5. COREN. Anotações de Enfermagem. COREN-SP, 2009. Disponível em:
http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/anotacoes_enfermagem.pdf
6. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Lei que regulamenta o exercício da enfermagem.
7. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 – Que regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.
8. Código de ética dos profissionais de enfermagem – Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.
9. NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017; Organizadoras: T. Heather Herdman; Shigemi Kamitsuru. Tradução Regina Machado Garcez; Revisão Técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros; et. al. Porto Alegre – RS; Ed. Artmed Editora S.A – 2015.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia para os Profissionais de Saúde. Cuidados Gerais. Ministério da Saúde: 2ª edição atualizada; volume 1; Brasília (DF) 2014.
11. BRASIL. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no



âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União (DOU); Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

12.BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Portaria GM nº 485, de 11 de novembro de 2005.

13.BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal; COPAGRESS; Manual de Gerenciamento de Resíduos e Serviços de Saúde de Belo Horizonte - MG, 1999, 55p;

14.BRASIL; Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; Departamento de Normas Técnicas; Normas para Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, Brasília, 1994; 144p; 1- Arquitetura Hospitalar;

15.ROSA, R;B;, LIMA, M;A;O;S; Concepções de acadêmicos de Enfermagem sobre o que é ser enfermeiro; Acta Paul Enferm;2005; 18(2):125-30;

16.SILVA, M;D;A;, RODRIGUES, A;L;, CEZARETI, I;U;R; Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico; 2ª Ed; São Paulo: EPU; 1997;

17.SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA E CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO- SOBECC, Manual de Práticas recomendadas, 5ªed; São Paulo: 2009;



ANEXOS



ANEXO I

ABREVIÇÕES MAIS UTILIZADAS NO BLOCO CIRÚRGICO

- GERAIS:**

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



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



RCIU	RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRA UTERINO
RN	RECÉM-NASCIDO
RPM	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
SND	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
SS	SERVIÇO SOCIAL
TVP	TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
USG	ULTRASSONOGRRAFIA
VV	VIA VAGINAL



ANEXO II – DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

• DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM GERAL - ADULTO

Diagnóstico: PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

Definição:

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

Características definidoras:

Alteração no padrão de sono; despertar não intencional; dificuldade no funcionamento diário; dificuldade para iniciar o sono; insatisfação com o sono; não se sentir descansado.

Fatores Relacionados:

Barreira ambiental (p.ex., ruído ambiental, exposição à luz do dia/escurecimento, temperatura/umidade do ambiente, local não familiar); imobilização; interrupção causada pelo parceiro de sono; padrão de sono não restaurador (i.e., pelas responsabilidades de cuidador, práticas de paternidade/maternidade, parceiro de sono); privacidade insuficiente.

Diagnóstico: ANSIEDADE

Definição:

Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado 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:

Comportamentais:

Comportamento examinador; estar irrequieto; hipervigilância; inquietação; insônia; movimentos poucos comuns; observação atenta; pouco contato



visual; preocupações devido à mudança em eventos da vida; produtividade diminuída.

Afetivas:

Agonia; angústia; apreensão; desamparo; excitação excessiva; foco em si mesmo; incerteza; irritabilidade; medo; muita agitação; nervosismo; pesados; sensação de inadequação; suspeição aumentada.

Fisiológicas:

Aumento da tensão; aumento da transpiração; estremecimento; tensão facial; tremores; tremores nas mãos; voz trêmula.

Simpáticas:

Alteração no padrão respiratório; anorexia; aumento da pressão sanguínea; aumento na frequência cardíaca; aumento na frequência respiratória; boca seca; contrações, diarreia, dilatação pupilar; excitação cardiovascular; fraqueza; palpitações cardíacas; reflexos rápidos; rubor facial; vasoconstrição superficial.

Parassimpáticas:

Alteração no padrão de sono; desmaio; diarreia; dor abdominal; fadiga; formigamento das extremidades; frequência urinária; hesitação urinária; náusea; redução na frequência cardíaca; redução na pressão sanguínea; urgência urinária.

Cognitivas:

Alteração na atenção; alteração na concentração; bloqueio de pensamento; campo de percepção diminuído; capacidade diminuída de solucionar problemas; capacidade diminuída para aprender; confusão; consciência dos sintomas fisiológicos; esquecimento; preocupação; ruminação; tendência a culpar outros.

Fatores Relacionados:

Abuso de substância; ameaça à condição atual; ameaça de morte; conflito de valores; conflito sobre as metas da vida; contágio interpessoal; crise situacional; crise maturacional; estressores; exposição à toxina; hereditariedade; história familiar de ansiedade; mudança importante (p. ex., condição econômica, ambiente, condição de saúde, função do papel, condição do papel); necessidades não atendidas; transmissão interpessoal.



Diagnóstico: AUTONEGLIGÊNCIA

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

Características Definidoras:

Falta de adesão a atividades de saúde; higiene ambiental insuficiente; higiene pessoal insuficiente.

Fatores Relacionados:

Abuso de substância; alteração na função cognitiva; disfunção do lobo frontal; escolha do estilo de vida; estressores; fingimento de doença; função executiva deficiente; incapacidade para aprender; incapacidade para manter o controle; medo de internação ou institucionalização; prejuízo funcional; síndrome de Capgras; transtorno psicótico; transtorno psiquiátrico.

Diagnóstico: RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL

Definição:

Vulnerabilidade à variação dos níveis de glicose/açúcar no sangue em relação à variação normal, que pode comprometer a saúde.

Fatores de Risco:

Alteração no estado mental; atividade física diária média é menor que a recomendada para a idade e o gênero; atraso no desenvolvimento cognitivo; aumento de peso excessivo; condição de saúde física comprometida; conhecimento insuficiente do controle da doença; controle ineficaz de medicamentos; controle insuficiente do diabetes; estresse excessivo; falta de aceitação do diagnóstico; falta de adesão ao plano de controle do diabetes; gravidez; ingestão alimentar insuficiente; monitoração inadequada da glicemia; perda de peso excessiva; período rápido de crescimento.



Diagnóstico: NUTRIÇÃO DESIQUILIBRADA: MENOR DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS

Definição:

Ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer às necessidades metabólicas.

Características Definidoras:

Alteração no paladar; aversão ao alimento; cavidade bucal ferida; cólicas abdominais; diarreia; dor abdominal; fragilidade capilar; fraqueza dos músculos necessários à deglutição; fraqueza dos músculos necessários à mastigação; incapacidade percebida de ingestão de alimentos; informações erradas; informações insuficientes; ingestão de alimentos menor que a PDR (porção diária recomendada); interesse insuficiente pelos alimentos; mucosas pálidas; percepções erradas; perda de peso com ingestão adequada de alimentos; perda excessiva de pelos; peso do corpo 20 % ou mais abaixo do ideal; saciedade imediatamente após a ingestão de alimentos; sons intestinais hiperativos; tônus muscular insuficiente.

Fatores Relacionados:

Desvantagem econômica; fatores biológicos; incapacidade de absorver nutrientes; incapacidade de digerir os alimentos; incapacidade de ingerir os alimentos; ingestão alimentar insuficiente; transtorno psicológico.

Diagnóstico: NÁUSEA

Definição:

Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago, que pode ou não resultar em vômito.

Características definidoras:

Aversão à comida; deglutição aumentada; gosto amargo na boca; náusea; salivação aumentada; sensação de vontade de vomitar.

Fatores relacionados:

Biofísicos:

Distensão da cápsula do fígado; distensão da cápsula esplênica; distensão gástrica; distúrbios bioquímicos (p. ex. uremia, cetoacidose diabética);



doenças de Ménière; doença esofágica; doença pancreática; enjoo causado pelo movimento; exposição a toxinas; gravidez; irritação gastrointestinal; labirintite; meningite; pressão intracraniana aumentada; regime de tratamento; tumores intra-abdominais; tumor localizado (p.ex., neuroma do acústico, tumor cerebral, metástase óssea);

Situacionais:

Ansiedade; distúrbio psicológico; estímulo visual desagradável; estímulos ambientais nocivos; medo; odores nocivos.

Diagnóstico: DOR AGUDA

Definição:

Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (Internacional Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível

Características Definidoras:

Autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor (p.ex. escala FACES de Wong-Baker, escala visual analógica, escala numérica de classificação); autorrelato de características da dor usando instrumento de dor padronizado (p.ex., Questionário de Dor McGill, inventário Breve de Dor); comportamento de distração; comportamento expressivo (p.ex., agitação, choro, vigilância); comportamento protetor; desesperança; diaforese; dilatação pupilar; evidência de dor usando lista de verificação padronizada de dor para pessoas incapazes de comunicação verbal (p.ex., Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate); expressão facial de dor (p.ex., olhos sem brilhos aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta); foco em si mesmo; foco estreitado (p.ex., percepção do tempo, processos de pensamento, interação reduzida com pessoas e ambiente); gestos de proteção; mudanças no apetite; mudanças no parâmetro fisiológico (p.ex., pressão sanguínea, frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio, concentração de dióxido de carbono [CO₂] ao final da expiração); posição para aliviar a dor; relato de outra pessoa sobre comportamento da dor/mudanças na atividade (p.ex., familiar, cuidador).



Fatores Relacionados:

Agente lesivo biológico (p.ex., infecção, isquemia, neoplasma); agente lesivo físico (p.ex., abscesso, amputação, queimadura, corte, levantamento de algo pesado, procedimento cirúrgico, trauma, excesso de treinamento); agente lesivo químico (p.ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda).

Diagnóstico: HIPERTERMIA

Definição:

Temperatura corporal central elevada acima da variação diurna normal devido à falha na termorregulação.

Características Definidoras:

Apneia; bebê não consegue manter a sucção; coma; crise epiléptica (sem, necessariamente, ter uma convulsão); estupor; hipotensão; irritabilidade; letargia; pele avermelhada; pele quente ao toque; postura anormal; taquicardia; taquipneia; vasodilatação.

Fatores Relacionados:

Agente farmacológico; atividade vigorosa; aumento da taxa metabólica; desidratação; diminuição da capacidade para transpirar, doença, isquemia; sepse; temperatura ambiental elevada; trauma; vestimentas inadequadas.

Diagnóstico: HIPOTERMIA

Definição:

Temperatura corporal central abaixo dos parâmetros diurnos normais devido à falha na termorregulação.

Características Definidoras:

Acrocianose; aumento na taxa metabólica; aumento no consumo de oxigênio; bradicardia; calafrios; cianose nos leitos ungueais; hipertensão; hipoglicemia; hipoxia; pele fria ao toque; piloereção; preenchimento capilar lento; redução na ventilação; redução no nível de glicose do sangue; taquicardia; vasoconstricção periférica.

Crianças e adultos: baixa temperatura corporal acidental



Hipotermia grave, temperatura central <30°C; Hipotermia leve, temperatura central de 32-35°C; hipotermia moderada, temperatura central de 30-32°C.

Crianças e adultos: pacientes com lesão

Hipotermia, temperatura central <35°C; hipotermia grave, temperatura central <32°C.

Neonatos:

Acidose metabólica; hipotermia grau 1, temperatura central de 36-36,5°C; hipotermia grau 2, temperatura central de 35-35,9°C; hipotermia grau 3, temperatura central de 34-34,9°C; hipotermia grau 4, temperatura central < 34°C; icterícia; irritabilidade; lactente com aumento de peso insuficiente (<30g/dia); lactente com energia insuficiente para manter a sucção; palidez; sofrimento respiratório.

Fatores Relacionados:

Agente farmacológico; baixa temperatura ambiental; conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção da hipotermia; consumo de álcool; dano ao hipotálamo; desnutrição; diminuição da taxa metabólica; economicamente desfavorecido; extremos de idade; extremos de peso; inatividade; roupas insuficientes; suprimento insuficiente de gordura subcutânea; terapia por radiação; transferência de calor (p.ex., condução, convecção, evaporação, irradiação); trauma.

Neonatos:

Alto risco de nascimento fora do hospital; aumento da área da superfície corporal em relação ao peso; aumento na demanda de oxigênio; aumento na resistência vascular pulmonar (RVP); banho antecipado do recém-nascido; camada da córnea imatura; controle vascular ineficaz; nascimento não planejado fora do hospital; retardo na amamentação; termogênese sem tremores ineficaz.

Diagnóstico: INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

Definição:

Dano a membranas mucosas, córnea, tecido tegumentar, fásicia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.

Características Definidoras

Tecido destruído; Tecido lesado.



Fatores relacionados

Agente farmacológico; agente químico lesivo (p.ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda); alteração na sensibilidade; alteração no metabolismo; circulação prejudicada; conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular; conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular; estado nutricional desequilibrado (p.ex., obesidade, subnutrição) extremos de idade; extremos de temperatura ambiental; fator mecânico; fonte de energia de alta tensão; mobilidade prejudicada; neuropatia periférica; procedimento cirúrgico; terapia por radiação; umidade; volume de líquido insuficiente; volume excessivo de líquidos.

Diagnóstico: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Definição:

Vulnerabilidade à alteração na epiderme e/ou derme, que pode comprometer a saúde.

Fatores relacionados:

Externos:

Agente químico lesivo (p.ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda); excreções; extremos de idade; fatores mecânicos (p.ex., forças abrasivas, pressão, imobilidade física); hidratação; hipertermia; hipotermia; radioterapia; secreções; umidade.

Internos:

Agente farmacológico; alteração na pigmentação; alteração na sensibilidade (p.ex., em consequência de lesão medular, diabetes melito); alteração no metabolismo; alteração no turgor da pele; circulação prejudicada; fator psicogênico; imunodeficiência; mudança hormonal; nutrição inadequada; pressão sobre saliência óssea.

Diagnóstico: RISCO DE INFECÇÃO

Definição:

Vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde.



Fatores de risco:

Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos; desnutrição; enfermidade crônica (p.ex., diabetes melito); obesidade; procedimento invasivo.

Defesas primárias inadequadas:

Alteração na integridade da pele; alteração no peristaltismo; alteração no pH das secreções; diminuição da ação ciliar; estase de fluidos orgânicos; ruptura prematura de membrana amniótica; ruptura prolongada de membrana amniótica; tabagismo.

Defesas secundárias inadequadas:

Diminuição de hemoglobina; imunossupressão; leucopenia; resposta inflamatória suprimida (p.ex., interleucina 6 [IL-6], proteína C-reativa [PCR]); vacinação inadequada.

Exposição ambiental aumentada a patógenos:

Exposição a surto de doença.

Diagnóstico: RISCO DE SANGRAMENTO

Definição:

Vulnerabilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde.

Fatores de Risco:

Aneurisma; circuncisão; coagulopatia inerente (p.ex., trombocitopenia); coagulopatia intravascular disseminada; complicações pós-parto (p.ex., atonia uterina, placenta retida); complicações relativas à gravidez (p.ex., rompimento prematuro de membrana, placenta prévia/descolamento de placenta, múltiplas gestações); conhecimento insuficiente sobre precauções de sangramento; distúrbios gastrintestinais (p.ex., cirrose, hepatite); histórias de quedas; regime de tratamento; trauma.



Diagnóstico: RISCO DE QUEDA

Definição:

Vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar danos físicos e comprometer a saúde.

Fatores de Risco:

Em adultos:

História de quedas; idade ≥ 65 anos; morar sozinho; prótese de membro inferior; uso de dispositivos auxiliares (p.ex., andador, bengala, cadeira de rodas).

Em crianças:

Ausência de portão em escadarias; ausência de proteção em janelas; equipamentos de contenção em automóvel insuficiente; gênero masculino quando <1 ano; idade ≤ 2 anos; supervisão inadequada.

Cognitivos:

Alteração na função cognitiva.

Ambientais:

Ambiente desorganizado ou cheio de objetos; cenário pouco conhecido; exposição à condição insegura relativa ao tempo (p.ex., assoalho molhado, gelo); iluminação insuficiente; material antiderrapante insuficiente no banheiro; uso de imobilizadores; uso de tapetes soltos.

Agentes farmacológicos:

Agente farmacológico; consumo de álcool.

Fisiológicos:

Alteração no nível de glicose do sangue; anemia; artrite; ausência de sono; condições que afetam os pés; deficiência auditiva; deficiência visual; déficit proprioceptivo; desmaio ao estender o pescoço; desmaio ao virar o pescoço; diarreia; dificuldades na marcha; doença aguda; doença vascular; equilíbrio prejudicado; hipotensão ortostática; incontinência; mobilidade prejudicada; neoplasia; neuropatia; período de recuperação; pós-operatória; redução de força em extremidade inferior; urgência urinária.



Diagnóstico: VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO

Definição:

Retenção aumentada de líquidos isotônicos.

Características Definidoras:

Alteração na gravidade específica da urina; alterações na pressão arterial pulmonar (PAP); alteração na pressão sanguínea, alteração no estado mental; alteração no padrão respiratório; anasarca; ansiedade; azotemia; congestão pulmonar; derrame pleural; desequilíbrio eletrolítico; dispneia; dispneia noturna paroxística; distensão da veia jugular; edema; ganho de peso em um curto período; hematócrito diminuído; hemoglobina diminuída;

hepatomegalia; ingestão maior que a eliminação; inquietação; oligúria; ortopneia; presença da 3ª bulha cardíaca (B3); pressão venosa central (PVC) aumentada; reflexo hepatojugular positivo; ruídos respiratórios adventícios.

Fatores Relacionados:

Ingesta excessiva de líquidos; ingestão excessiva de sólido; mecanismo regulador comprometido.

Diagnóstico: DISTÚRBO NA IMAGEM CORPORAL

Definição:

Confusão na imagem mental do eu físico.

Características Definidoras:

Alteração em função corporal; alteração na estrutura corporal; alteração na visão do próprio corpo (p.ex., aparência, estrutura, função); ausência de parte do corpo; comportamento de monitorar o próprio corpo; comportamento de reconhecimento do próprio corpo; despersonalização de parte do corpo pelo uso de pronomes impessoais; despersonalização de perda por meio de pronomes impessoais; ênfase nos pontos positivos que permaneceram remanescentes; esconder parte do corpo; evita olhar o próprio corpo; evitar tocar o próprio corpo; expor de forma demasiada parte do corpo; extensão dos limites do corpo (p.ex. inclui objetos externos); foco em ponto positivo do passado; foco na aparência anterior; foco na função do passado; medo da redação dos outros; mudança na capacidade de avaliar a relação espacial do corpo com o ambiente; mudança no



envolvimento social; mudança no estilo de vida; percepções que refletem uma visão alterada da aparência do próprio corpo; personalização de uma parte do corpo por meio de um nome; personalização de uma perda por meio de um nome; preocupação com alterações; preocupação com perda; realizações aumentadas; recusa em reconhecer alterações; respostas não verbal a mudanças no corpo (p.ex., aparência, estrutura ou função); respostas não verbal a mudanças percebidas no corpo (p.ex., aparência, estrutura ou função); sentimentos negativos em relação ao corpo; trauma em relação a não funcionamento de parte do corpo.

Fatores Relacionados:

Alteração em função do corpo (por anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.); alteração na autopercepção; alteração na função cognitiva; doença; função psicossocial prejudicada; incoerência cultural; incoerência espiritual; lesão; procedimento cirúrgico; regime de tratamento; transição desenvolvimental; trauma.

Diagnóstico: FADIGA

Definição:

Sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.

Características Definidoras:

Alteração na concentração; alteração na libido; apatia; aumento da necessidade de descanso; aumento dos sintomas físicos; cansaço; capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais; capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física; culpa devida à dificuldade para cumprir com suas responsabilidades; desempenho ineficaz de papéis; desinteresse quando ao ambiente que o cerca; energia insuficiente; introspecção; letargia; padrão de sono não restaurador (i.e., devido às responsabilidades de cuidador, práticas de paternidade/ maternidade, parceiro do sono); sonolência.

Fatores Relacionados:

Ansiedade; aumento no esforço físico; barreira ambiental (p.ex., ruído ambiental, exposição à claridade/ escuridão, temperatura/ umidade do ambiente, ambiente desconhecido); condição fisiológica (p.ex., anemia, gestação, doença); depressão; desnutrição; estilo de vida não estimulante; estressores; evento de vida negativo; exigências do trabalho (p.ex., turno



de trabalho, nível elevado de atividades, estresse); falta de condicionamento físico; privação de sono.

Diagnóstico: RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A OUTROS

Definição:

Vulnerabilidade a comportamentos nos quais um indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a outros.

Fatores de Risco:

Acesso a armas; alteração na função cognitiva; complicações perinatais; complicações pré-natais; comportamento incendiário; comportamento suicida; crueldade com animais; dano com veículo motor (p.ex., violações de trânsito, uso de veículo automotivo para liberar a violência); dano neurológico (p.ex., eletroencefalograma [EEG] positivo, trauma encefálico, distúrbios, convulsivos); história de abuso de substâncias; história de abuso na infância (p.ex., físico, psicológico, sexual); história de testemunhar violência familiar; impulsividade; intoxicação patológica; linguagem corporal negativa (p.ex., postura rígida, fechamento de punhos e maxilares, hiperatividade, caminhar de um lado para outro, posturas ameaçadoras); padrão de ameaça de violência (p.ex., ameaças verbais contra propriedade/pessoa, ameaças sociais, praguejar, notas/ gestos ameaçadores, ameaças sexuais); padrão de comportamento antissocial violento (p.ex., roubo, empréstimo insistente, solicitação insistente de privilégios, interrupção insistente, recusa em comer/em tomar medicamentos, ignorar instruções); padrão de violência contra outros (p.ex., bater/chutar/cuspir/arranhar os outros, jogar objetos/morder alguém, tentativa de estupro, estupro; molestar sexual, urinar/evacuar em alguém); padrão de violência indireta (p.ex., arrancar objetos das paredes, urinar/defecar no chão, bater os pés, surtos temperamentais, atirar objetos, quebrar uma janela, bater portas, molestar sexual); transtorno psicótico.

Diagnóstico: RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO

Definição:

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



Fatores de Risco:

Conflito em relação (ões) interpessoal (is); conflito sobre orientação sexual, envolvimento em atos sexuais autoeróticos; estado civil (solteiro, viúvo, divorciado); história de múltiplas tentativas de suicídio; idade entre 15 e 19 anos; idade \geq 45 anos; ideias suicida; isolamento social; ocupação (executivo administrador/proprietário do próprio negócio, profissional, trabalhador semiespecializado); padrão de dificuldade em antecedentes familiares (p.ex., caótico ou conflito, história de suicídio); pistas comportamentais (p.ex., escrever bilhetes tristes de amor, dirigir mensagens enraivecidas a uma pessoa significativa que o rejeitou, livrar-se de objetos pessoais, adquirir uma grande apólice de seguro de vida); pistas verbais (p.ex., falar sobre morte, “é melhor sem mim”; fazer perguntas sobre dose letal de medicamento); plano suicida; preocupações com emprego (p.ex., desemprego, perda/fracasso recente na vida profissional); problemas de saúde mental (p.ex., depressão, psicose, transtorno da personalidade, abuso de substâncias); problemas psicológicos; recursos pessoais insuficientes (p.ex., empreendimento, discernimento insatisfatório, afeto não disponível controlado de forma insatisfatória).

Diagnóstico: ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA

Definição:

Disfunção na eliminação de urina.

Características Definidoras:

Disuria; frequência; hesitação; incontinência urinária; noctúria; retenção urinária; urgência urinária.

Fatores Relacionados:

Dano sensorio-motor; infecção no trato urinário; múltiplas causas; obstrução anatômica.



Diagnóstico: CONSTIPAÇÃO

Definição:

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

Características definidoras:

Abdome distendido; anorexia; aumento da pressão intra-abdominal; borborigmo; cefaleia; dor à evacuação; dor abdominal; esforço para evacuar; fadiga; fezes duras e formadas; fezes líquidas; flatulência grave; incapacidade para defecar; indigestão; macicez à percussão abdominal; massa abdominal palpável; massa retal palpável; mudança no padrão intestinal; ocorrências atípicas em adultos idosos (p.ex., mudança no estado mental, incontinência urinária, quedas inexplicáveis, temperatura corporal elevada); presença de fezes macias e pastosas no reto; redução na frequência de fezes; redução no volume das fezes; ruídos intestinais hiperativos; ruídos intestinais hipoativos; sangue vivo nas fezes; sensação de preenchimento retal; sensação de pressão retal; sensibilidade abdominal com resistência muscular palpável; sensibilidade abdominal sem resistência muscular palpável; vômito.

Fatores Relacionados:

Funcionais:

Atividade física diária média inferior à recomendada para a idade e o gênero; fraqueza dos músculos abdominais; hábitos de evacuação irregulares; hábitos de higiene íntima inadequados; ignorar habitualmente a urgência para evacuar; mudança ambiental recente.

Mecânicos:

Abscesso retal; aumento da próstata; desequilíbrio eletrolítico; doença de Hirschsprung; estenose retoanal; fissura retoanal; gravidez; hemorroidas; lesão neurológica (p.ex., EEG positivo, trauma encefálico, distúrbios convulsivos); obesidade; obstrução intestinal pós-operatória; prolapso retal; retocele; tumor; úlcera retal.

Farmacológicos:

Abuso de laxantes; agentes farmacológicos.



Fisiológicos:

Dentição inadequada; desidratação; hábitos alimentares inadequados; higiene oral inadequada; ingestão insuficiente de fibras; ingestão insuficiente de líquidos; motilidade gastrointestinal diminuída; mudança nos hábitos alimentares (p.ex., alimentos, horários das refeições).

Psicológicos:

Confusão; depressão; perturbação emocional.

• DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - OBSTETRÍCIA

Diagnóstico: DISPOSIÇÃO PARA PROCESSO DE CRIAÇÃO DE FILHOS MELHORADO

Definição:

Padrão de preparo, manutenção de gestação e do processo de nascimento saudáveis e dos cuidados do recém-nascido para assegurar o bem-estar e que pode ser fortalecido.

Características Definidoras:

Durante a gravidez:

Expressa desejo de melhorar o controle de sintomas desagradáveis na gestação; expressa desejo de melhorar o estilo de vida pré-natal (p.ex., eliminação, exercício, nutrição, higiene pessoal, sono); expressa desejo de melhorar o preparo para o recém-nascido; expressa desejo de melhorar os conhecimentos do processo de criação de filhos.

Durante o trabalho de parto e o nascimento:

Expressa desejo de melhorar a proatividade durante o trabalho de parto e o nascimento; expressa desejo de melhorar o estilo de vida apropriado ao estágio do trabalho de parto (p.ex., eliminação, exercício, nutrição, higiene pessoal, sono).

Após o nascimento:

Expressa desejo de melhorar a segurança ambiental para o bebê; expressa desejo de melhorar as técnicas de cuidado do bebê; expressa desejo de melhorar as técnicas para alimentar o bebê; expressa desejo de melhorar o comportamento de vínculo; expressa desejo de melhorar o



cuidado das mamas; expressa desejo de melhorar o estilo de vida após o parto (p.ex., eliminação, exercício, nutrição, higiene pessoal, sono); expressa desejo de melhorar o uso de sistemas de apoio.

Diagnóstico: RISCO DE PROCESSO DE CRIAÇÃO DE FILHOS INEFICAZ

Definição:

Vulnerabilidade a não combinar com o contexto, as normas e as expectativas ambientais da gestação, processo de nascimento e cuidados do recém-nascido.

Fatores de Risco:

Abuso de substâncias; baixa confiança materna; conhecimento insuficiente sobre o processo de nascimento; cuidados insuficientes no pré-natal; falta de prontidão cognitiva para a paternidade/maternidade; gravidez não desejada; gravidez não planejada; impotência materna; modelo inadequado de papel paterno/materno; nutrição materna inadequada; plano não realista de nascimento; sistemas de apoio insuficientes; sofrimento psicológico materno; violência doméstica; visitas de saúde no pré-natal inconsistentes.

Diagnóstico: RISCO DE BINÔMIO MÃE/FETO PERTURBADO

Definição:

Vulnerabilidade à ruptura do binômio simbiótico mãe/feto em consequência de comorbidade ou condições relacionadas à gestação, e que pode comprometer a saúde do feto.

Fatores de Risco:

Abuso de substância; alteração no metabolismo da glicose prejudicado (p.ex., diabetes melito, uso de esteróides); complicações da gestação (p.ex., ruptura prematura de membranas, placenta prévia ou deslocamento, múltiplas gestações); cuidado pré-natal inadequado; presença de abuso (p.ex., físico, psicológico, sexual); regime de tratamento; transporte de oxigênio ao feto comprometido (em razão de anemia, asma, doença cardíaca, hipertensão, convulsões, trabalho de parto prematuro, hemorragia, etc.).



Diagnóstico: DOR NO TRABALHO DE PARTO

Definição:

Experiência sensorial e emocional variável, de agradável a desagradável, associada ao trabalho de parto e nascimento da criança.

Características definidoras:

Alteração na frequência cardíaca; alteração na frequência respiratória; alteração na função neuroendócrina; alteração na função urinária; alteração na pressão sanguínea; alteração na tensão muscular; alteração no padrão de sono; apetite aumentado; apetite reduzido; comportamento de distração; comportamento de proteção; comportamento expressivo; contração uterina; diaforese; dilatação pupilar; dor; expressão facial de dor (p.ex., olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta); foco em si mesma; foco estreitado; náusea; posições para aliviar a dor; pressão no perineo; vômito.

Fatores relacionados:

Dilatação cervical; expulsão do feto.

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - PUÉRPERA**

Diagnóstico: DISPOSIÇÃO PARA PATERNIDADE OU MATERNIDADE MELHORADA

Definição:

Padrão de provimento de ambiente para os filhos ou outro(s) dependente(s) que favorecem o crescimento e o desenvolvimento e que pode ser reforçado.

Características Definidoras:

Expressa desejo de melhorar a paternidade/maternidade; filhos expressam desejo de melhorar o ambiente do lar; pai/mãe expressam desejo de melhorar o apoio emocional a pessoa dependente; pai/mãe expressam desejo de melhorar o apoio emocional aos filhos.



Diagnóstico: RISCO DE PATERNIDADE OU MATERNIDADE PREJUDICADA

Definição:

Vulnerabilidade à incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou recuperar um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança e que comprometer seu bem-estar.

Fatores de risco:

Do lactente ou da criança:

Atraso no desenvolvimento; conflitos temperamentais em relação às expectativas dos pais; criança de sexo indesejado; distúrbio comportamental (p.ex., déficit de atenção, desafio de oposição); doença; habilidades perceptivas alteradas; nascimentos múltiplos; prematuridade; problema incapacitante; separação prolongada dos pais; temperamento difícil.

De conhecimento:

Alteração na função cognitiva; baixo nível educacional; doença física; expectativas não realistas; falta de conhecimento sobre a manutenção da saúde da criança; falta de conhecimento sobre as habilidades necessárias aos pais; falta de conhecimento sobre o desenvolvimento da criança; falta de preparo cognitivo para paternidade/maternidade; fisiológicos; habilidades de comunicação ineficazes; preferência por punições físicas; reação insuficiente aos indicadores da criança.

Fisiológicos:

Doença física.

Psicológicos:

Condição incapacitante; depressão; grande número de gestações; gravidez com pequenos intervalos; história de abuso de substâncias; história de doença mental; padrão de sono não restaurador (i.e., pelas responsabilidades de cuidador, práticas de paternidade/ maternidade, parceiro no sono); pouca idade dos pais; privação do sono; processo de nascimento difícil.

Sociais:

Acesso insuficiente a recursos; ambiente doméstico comprometido; apoio social insuficiente; baixa autoestima; coesão familiar insatisfatória; conflito



entre parceiros; cuidado pré-natal insuficiente; cuidado pré-natal no final da gestação; desemprego; dificuldades legais; dificuldades no trabalho; estratégias ineficazes de enfrentamento; estressores; gravidez indesejada; gravidez não planejada; habilidades insatisfatórias para resolução de problemas; história de abuso (p.ex., físico, psicológico, sexual); história de ser abusivo; isolamento social; mãe da criança não envolvida; modelo de pai/mãe insuficiente; mudança de endereço; mudança na unidade familiar; pai da criança não envolvido; pai/mãe solteiro (a) poucos recursos financeiros; providências inadequadas de cuidado da criança; recursos insuficientes (p.ex., financeiros, sociais, de conhecimentos); separação pai/mãe-filho; tensão do papel; transporte insuficiente; valorização insuficiente da paternidade/maternidade.

Diagnóstico: RISCO DE VÍNCULO PREJUDICADO

Definição:

Vulnerabilidade à ruptura do processo interativo entre pais/pessoa significativa e a criança que promove o desenvolvimento de uma relação recíproca de proteção e cuidado.

Fatores de risco:

Abuso de substância; ansiedade; barreira física (p.ex., bebê em incubadora); comportamento desorganizado do recém-nascido; conflito do (a) pai/mãe devido a comportamento desorganizado do bebê; doença da criança impede o início do contato do (a) pai/mãe; falta de privacidade; incapacidade dos pais de satisfazer às necessidades pessoais; prematuridade; separação entre pai/mãe-filho.

Diagnóstico: DISPOSIÇÃO PARA AMAMENTAÇÃO MELHORADA

Definição:

Padrão de oferecimento de leite a um lactente ou criança pequena diretamente das mamas que pode ser melhorado.

Características definidoras:

Mãe expressa o desejo de melhorar a capacidade de amamentar com exclusividade; mãe expressa o desejo de melhorar a capacidade de oferecer o leite materno às necessidades nutricionais da criança.



Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO INEFICAZ

Definição:

Dificuldade para oferecer o leite a um lactente ou criança pequena diretamente das mamas, o que pode comprometer o estado nutricional do lactente/criança.

Características Definidoras:

Arqueamento do bebê quando na mama; ausência de ganho de peso do lactente; ausência de resposta do lactente a outras medidas de conforto; esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação; fezes inadequadas do lactente; incapacidade do lactente de apreender a região areolaromamilar corretamente; lactente chora ao ser posto na mama; lactente chora na primeira hora após a amamentação; lactente exibe agitação na primeira hora após a amamentação; perda de peso do lactente sustentada; persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação; resistência do lactente em aprender a região areolar-mamilar; sinais insuficientes de liberação de ocitocina; sucção na mama não sustentada; suprimento de leite inadequado percebido.

Fatores Relacionados:

Alimentação suplementares com bico artificial; ambivalência materna; anomalia da mama; ansiedade materna; apoio familiar insuficiente; cirurgia prévia da mama; conhecimento insuficiente dos pais sobre a importância da amamentação; conhecimento insuficiente dos pais sobre técnicas de amamentação; defeito orofaríngeo; dor materna; fadiga materna; história anterior de insucesso na amamentação; interrupção na amamentação; licença maternidade curta; obesidade materna; oportunidade insuficiente para sugar a mama; prematuridade; reflexo de sucção do lactente insatisfatório; retardo da lactogênese II; suprimento de leite inadequado; uso da chupeta.

Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA

Definição:

Quebra na continuidade do oferecimento de leite a um lactente ou criança pequena, direto das mamas, que pode comprometer o sucesso da amamentação e/ou o estado nutricional do lactente/criança.



Características Definidoras:

Amamentação não exclusiva.

Fatores Relacionados:

Contraindicações à amamentação (p. ex., agentes farmacológicos); doença da mãe; doença do lactente; emprego materno; hospitalização da criança; necessidade de desmamar abruptamente o lactente; prematuridade; superação mãe-lactente.

• DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – GINECOLOGIA

Diagnóstico: RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Definição:

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

Característica Definidora:

Adiamento do retorno ao trabalho; desconforto; evidências de interrupção na cicatrização da área cirúrgica; incapacidade de retornar ao emprego; mobilidade prejudicada; perda do apetite; precisa de ajuda para o autocuidado; tempo excessivo necessário à recuperação.

Fatores Relacionados:

Agente farmacológico; contaminação no sítio cirúrgico; diabetes melito; distúrbio psicológico no período pós-operatório; dor; edema no local da cirurgia; escore de Classificação do Estado Físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 3 ; extremos de idade; história de atraso em cicatrização de ferida; infecção de sítio cirúrgico peri-operatória; mobilidade prejudicada; náusea persistente; obesidade; procedimento cirúrgico extenso; procedimento cirúrgico prolongado; reação emocional pós-operatória; subnutrição; trauma no sítio cirúrgico; vômito persistente.



Diagnóstico: DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

Definição:

Limitação do movimento independente de andar em um determinado ambiente.

Característica Definidora:

Capacidade prejudicada de andar em alicive; capacidade prejudicada de andar em declive; capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares; capacidade prejudicada de subir e descer calçadas (meio-fio); capacidade prejudicada de subir escadas; capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias.

Fatores Relacionados:

Alteração na função cognitiva; alteração no humor; barreira ambiental (p.ex., escadas, declives, superfícies irregulares, obstáculos, distâncias, falta de dispositivos ou pessoas auxiliares); conhecimentos insuficiente de estratégias de mobilidade; dor; equilíbrio prejudicado; falta de condicionamento físico; força muscular insuficiente; medo de cair; obesidade; prejuízo musculoesquelético; prejuízo neuromuscular; redução da resistência; visão prejudicada.

Diagnóstico: RISCO DE LESÃO

Definição:

Vulnerabilidade à lesão física por condições ambientais que interagem com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo, que pode comprometer a saúde.

Fatores de Risco:

Externos:

Agente nosocomial; alteração na função cognitiva; alteração na função psicomotora; alteração física (p.ex., projeto, estrutura e organização da comunidade, do edifício, equipamento); exposição a patógeno; exposição à substância química tóxica; fonte nutricional comprometida (p.ex., vitaminas, tipos de alimentos); modo inseguro de transporte; nível de imunização na comunidade.



Internos:

Alteração na orientação afetiva; alteração nos sentidos (em consequência de lesão na medula espinal, diabetes melito); desnutrição; disfunção autoimune; disfunção bioquímica; disfunção dos efeitores; disfunção imune; disfunção integrativa sensorial; extremos de idade; hipoxia tissular; mecanismos de defesa primária prejudicados (p.ex., rupturas na pele); perfil sanguíneo anormal.

Diagnóstico: PROTEÇÃO INEFICAZ

Definição:

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

Características Definidoras:

Alteração da coagulação; alteração na transpiração; anorexia; calafrios; deficiência na imunidade; desorientação; dispneia; fadiga; fraqueza; imobilidade; inquietação; insônia, prejuízo neurossensorial; prurido; resposta mal-adaptada ao estresse; tosse; úlcera por pressão.

Fatores Relacionados:

Abuso de substância; agente farmacológico; câncer; distúrbios imunológicos (p.ex., neuropatia associada a HIV, vírus da varicela-zóster); extremos de idade; nutrição inadequada; perfil sanguíneo anormal; regime de tratamento.

Diagnóstico: RISCO DE QUEDA

Definição:

Vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar danos físicos e comprometer a saúde.

Fatores de Risco:

Em adultos:

História de quedas; idade \geq 65 anos; morar sozinho; prótese de membro inferior; uso de dispositivos auxiliares (p.ex., andador, bengala, cadeira de rodas).



Em crianças:

Ausência de portão em escadarias; ausência de proteção em janelas; equipamentos de contenção em automóvel insuficiente; gênero masculino quando <1 ano; idade ≤ 2 anos; supervisão inadequada.

Cognitivos:

Alteração na função cognitiva.

Ambientais:

Ambiente desorganizado ou cheio de objetos; cenário pouco conhecido; exposição à condição insegura relativa ao tempo (p.ex., assoalho molhado, gelo); iluminação insuficiente; material antiderrapante insuficiente no banheiro; uso de imobilizadores; uso de tapetes soltos.

Agentes farmacológicos:

Agente farmacológico; consumo de álcool.

Fisiológicos:

Alteração no nível de glicose do sangue; anemia; artrite; ausência de sono; condições que afetam os pés; deficiência auditiva; deficiência visual; déficit proprioceptivo; desmaio ao estender o pescoço; desmaio ao virar o pescoço; diarreia; dificuldades na marcha; doença aguda; doença vascular; equilíbrio prejudicado; hipotensão ortostática; incontinência; mobilidade prejudicada; neoplasia; neuropatia; período de recuperação; pós-operatória; redução de força em extremidade inferior; urgência urinária.

Diagnóstico: RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Definição:

Vulnerabilidade à lesão localizada na pele/ou subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento (NPUAP, 2007).

Fatores de Risco:

ADULTO: escore na Escala Braden <18; CRIANÇA: Escala de Braden Q ≤ 16; agentes farmacológicos (p.ex., anestesia geral, vasopressores, antidepressivos, norepinefrina); alteração na função cognitiva; alteração na sensibilidade; anemia; atrito em superfície; baixo escore na escala de Risk



Assessment Pressure Sore (RAPS); circulação prejudicada; conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão; déficit no autocuidado; desidratação; doença cardiovascular; edema; escore ≥ 2 na Classificação Funcional da New York Heart Association (NYHA); escore de Classificação do Estado Físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 2 ; espessura reduzida da dobra de pele do tríceps; extremos de idade; extremos de peso; forças de cisalhamento; fratura de quadril; gênero feminino; hipertermia; história de acidente vascular encefálico; história de trauma; história de úlcera de pressão; imobilização física; incontinência; linfopenia; nutrição inadequada; pele com descamação; pele ressecada; período de imobilidade prolongado sobre superfície rija (p.ex., procedimento cirúrgico ≥ 2 horas); pressão sobre proeminência óssea; redução na mobilidade; redução na oxigenação tissular; redução na perfusão tissular; redução no nível de albumina sérica; tabagismo; temperatura elevada da pele em torno de 1-2 °C; umidade da pele; uso de lençóis com propriedade insuficiente de redução da umidade.

- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - RN**

Diagnóstico: DISPOSIÇÃO PARA COMPORTAMENTO ORGANIZADO MELHORADO DO LACTENTE

Definição:

Padrão de modulação dos sistemas de funcionamento fisiológico e comportamental (p. ex., sistemas autonômico, motor, de organização do estado, autorregulador e de atenção-interação) em um lactente, que pode ser fortalecido.

Características Definidoras:

Pai/mãe expressa desejo de melhor o reconhecimento de indicadores; pai/mãe expressa desejo de melhorar o reconhecimento dos comportamentos autorregulares do bebê.

Diagnóstico: COMPORTAMENTO DESORGANIZADO DO LACTENTE

Definição:

Respostas fisiológicas e neurocomportamentais desintegradas de um lactente aos estímulos ambientais.



Características Definidoras:

Sistema de atenção-interação:

Reação prejudicada a estímulos sensoriais (p.ex., dificuldade para acalmar-se, incapacidade de sustentar o estado de alerta).

Sistema motor:

Estremecimentos; hiperextensão das extremidades; inquietação; mãos cerradas em punho; mãos espalmadas; mãos no rosto; movimentos bruscos; movimentos descoordenados; reação exagerada de susto; reflexos primitivos alterados; tônus motor prejudicado.

Fisiológicas:

Arritmias; bradicardia; cor anormal da pele (p. ex., pálida, acinzentada, cianótica); dessaturação de oxigênio; intolerância alimentares; sinais de estresse (p. ex., olhar fixo, soluço, espirro, mandíbula frouxa, boca aberta, extensão da língua); taquicardia.

Problemas regulatórios:

Incapacidade de inibir sobressaltos; irritabilidade.

Sistema de organização do estado sono/vigília:

Atividade EEG alfa difusa com os olhos fechados; choro irritável; despertar ativo (p. ex., agitado, psmo, agitado); despertar quieto (p. ex., olhar fixo, desvio de olhar); oscilação de estados.

Fatores Relacionados:

Do cuidador:

Conhecimento insuficiente de indicadores comportamentais; estimulação ambiental excessiva; interpretação errônea de indicadores.

Ambientais:

Ambiente físico inapropriado; contenção insuficiente no ambiente; estimulação sensorial insuficiente; excesso de estímulos; privação sensorial.

Individuais:

Baixa idade pós-concepção; enfermidade; função neurológica imatura; prematuridade.



Pós-natais:

Desnutrição; dor; função motora prejudicada; intolerância alimentar; prejuízo oral; procedimento invasivo.

Pré-natais:

Doenças congênitas; doenças genéticas; exposição teratogênica.

Diagnóstico: PADRÃO INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE

Definição:

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

Características Definidoras:

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

Fatores Relacionados:

Deformidade orofaríngea; estado de jejum oral prolongado (NPO); hipersensibilidade oral; prejuízo neurológico (p.ex., eletroencefalograma [ECG] positivo, trauma encefálico, transtornos convulsivos); prematuridade; retardo neurológico.

Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO INEFICAZ

Definição:

Dificuldade para oferecer o leite a um lactente ou criança pequena diretamente das mamas, o que pode comprometer o estado nutricional do lactente/criança.

Características Definidoras:

Arqueamento do bebê quando na mama; ausência de ganho de peso do lactente; ausência de resposta do lactente a outras medidas de conforto; esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação; fezes inadequadas do lactente; incapacidade do lactente de apreender a região areolaromamilar corretamente; lactente chora ao ser posto na mama;



lactente chora na primeira hora após a amamentação; lactente exibe agitação na primeira hora após a amamentação; perda de peso do lactente sustentada; persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação; resistência do lactente em aprender a região areolar-mamilar; sinais insuficientes de liberação de ocitocina; sucção na mama não sustentada; suprimento de leite inadequado percebido.

Fatores Relacionados:

Alimentação suplementares com bico artificial; ambivalência materna; anomalia da mama; ansiedade materna; apoio familiar insuficiente; cirurgia prévia da mama; conhecimento insuficiente dos pais sobre a importância da amamentação; conhecimento insuficiente dos pais sobre técnicas de amamentação; defeito orofaríngeo; dor materna; fadiga materna; história anterior de insucesso na amamentação; interrupção na amamentação; licença maternidade curta; obesidade materna; oportunidade insuficiente para sugar a mama; prematuridade; reflexo de sucção do lactente insatisfatório; retardo da lactogênese II; suprimento de leite inadequado; uso da chupeta.

Diagnóstico: AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA

Definição:

Quebra na continuidade do oferecimento de leite a um lactente ou criança pequena, direto das mamas, que pode comprometer o sucesso da amamentação e/ou o estado nutricional do lactente/criança.

Características Definidoras:

Amamentação não exclusiva.

Fatores Relacionados:

Contraindicações à amamentação (p. ex., agentes farmacológicos); doença da mãe; doença do lactente; emprego materno; hospitalização da criança; necessidade de desmamar abruptamente o lactente; prematuridade; superação mãe-lactente.



Diagnóstico: DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

Definição:

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

Características Definidoras:

Primeiro estágio: oral

Ação ineficaz da língua na formação do bolo alimentar; acúmulo de bolo alimentar nos sulcos laterais; alimento cai da boca; alimento é empurrado para fora da boca; asfixia antes de deglutir; babar; deglutição aos pedaços; engasgo antes de deglutir; entrada prematura do bolo alimentar; fase oral anormal, segundo o estudo da deglutição; fechamento incompleto dos lábios; formação prolongada do bolo alimentar; incapacidade de limpar a cavidade oral; mastigação insuficiente; "pega" ineficaz; refluxo nasal; sucção ineficaz; tempo de refeição prolongado com consumo insuficiente; tosse antes de deglutir.

Segundo estágio: faríngeo

Alteração na posição da cabeça; asfixia; deglutição repetida; deglutição retardada; elevação inadequada da laringe; fase faríngea anormal, segundo o estudo da deglutição; febres de etiologia desconhecida; infecção pulmonar recorrente; qualidade gorgolejante da voz; recusa do alimento; refluxo nasal; sensação de engasgo; tosse.

Terceiro estágio: esofágico

Acordar durante a noite; azia; bruxismo; deglutição repetida; dificuldade para deglutir; dor epigástrica; fase esofágica anormal, segundo o estudo da deglutição; hálito com odor ácido; hematêmese; hiperextensão da cabeça; irritabilidade sem explicação nas proximidades dos horários das refeições; limitação de volume; odinofagia; recusa do alimento; regurgitação; relatos de "algo entalado"; tosse durante a noite; vômito; vômito no travesseiro.

Fatores Relacionados:

Déficits congênitos:

Anormalidade de via aérea superior; comportamento autolesivo; condição respiratória; condições com hipotonia significativa; desnutrição proteico-calórica; doença cardíaca congênita; história de alimentação por sonda; insuficiência para se desenvolver; obstrução mecânica; prejuízo



neuromuscular; problemas de alimentação relacionados ao comportamento.

Problemas neurológicos:

Acalasia; anormalidade de vias aéreas superiores; anormalidades da laringe; anormalidades orofaríngeas; atraso no desenvolvimento; comprometimento do nervo craniano; defeitos anatômicos adquiridos; defeitos laríngeos; defeitos nas cavidades nasofaríngeas; defeitos nasais; defeitos traqueais; doenças do refluxo esofágico; lesão encefálica (p.ex., prejuízo vascular-encefálico, doenças neurológica, trauma, tumor); paralisia cerebral; prematuridade; problemas neurológicos; trauma.

Diagnóstico: RISCO DE QUEDA

Definição:

Vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar danos físicos e comprometer a saúde.

Fatores de Risco:

Em adultos:

História de quedas; idade \geq 65 anos; morar sozinho; prótese de membro inferior; uso de dispositivos auxiliares (p.ex., andador, bengala, cadeira de rodas).

Em crianças:

Ausência de portão em escadarias; ausência de proteção em janelas; equipamentos de contenção em automóvel insuficiente; gênero masculino quando <1 ano; idade \leq 2 anos; supervisão inadequada.

Cognitivos:

Alteração na função cognitiva.

Ambientais:

Ambiente desorganizado ou cheio de objetos; cenário pouco conhecido; exposição à condição insegura relativa ao tempo (p.ex., assoalho molhado, gelo); iluminação insuficiente; material antiderrapante insuficiente no banheiro; uso de imobilizadores; uso de tapetes soltos.



Agentes farmacológicos:

Agente farmacológico; consumo de álcool.

Fisiológicos:

Alteração no nível de glicose do sangue; anemia; artrite; ausência de sono; condições que afetam os pés; deficiência auditiva; deficiência visual; déficit proprioceptivo; desmaio ao estender o pescoço; desmaio ao virar o pescoço; diarreia; dificuldades na marcha; doença aguda; doença vascular; equilíbrio prejudicado; hipotensão ortostática; incontinência; mobilidade prejudicada; neoplasia; neuropatia; período de recuperação; pós-operatória; redução de força em extremidade inferior; urgência urinária.

Diagnóstico: RISCO DE SUFOCAÇÃO

Definição:

Vulnerabilidade à disponibilidade inadequada de ar para inalação, que pode comprometer a saúde.

Fatores de Risco:

Externos:

Acesso a refrigerador/freezer vazios; aquecedor com combustível em local sem ventilação; brincar com saco plástico; brincar desacompanhado na água; chupeta pendurada no pescoço da criança; colchão macio (p.ex., itens soltos próximos ao bebê; comer grande quantidade de comida; fumar na cama; mamadeira apoiada no berço; objeto pequeno na via aérea; varal de roupas esticado baixo; vazamento de gás; veículo ligado em garagem fechada).

Internos:

Alteração na função cognitiva; alteração na função olfativa; conhecimento insuficiente de precauções de segurança; doença no rosto/pescoço; função motora prejudicada; lesão no rosto/pescoço; perturbação emocional.



Diagnóstico: RISCO DE SÍNDROME DA MORTE SÚBITA DO LACTENTE

Definição:

Vulnerabilidade á morte imprevisível de um lactente.

Fatores de Risco:

Modificáveis:

Atraso nos cuidados do pré-natal; colchão muito macio (p.ex., itens soltos próximos ao lactente); cuidados insuficientes no pré-natal; excesso de roupas no lactente; exposição à fumaça; lactentes colocados para dormir de bruços; lactentes colocados dormir de lado; superaquecimento do lactente.

Potencialmente modificáveis:

Baixo peso ao nascer; pais muito jovens; prematuridade.

Não modificáveis:

Estação do ano (inverno e outono); etnia (p.ex., descendência afro-americana ou índio norte-americano); idade entre 2 e 4 meses; sexo masculino.

Diagnóstico: HIPOTERMIA

Definição:

Temperatura corporal central abaixo dos parâmetros diurnos normais devido à falha na termorregulação.

Características Definidoras:

Acrocianose; aumento na taxa metabólica; aumento no consumo de oxigênio; bradicardia; calafrios; cianose nos leitos ungueais; hipertensão; hipoglicemia; hipoxia; pele fria ao toque; piloereção; preenchimento capilar lento; redução na ventilação; redução no nível de glicose do sangue; taquicardia; vasoconstricção periférica.

Crianças e adultos: baixa temperatura corporal acidental

Hipotermia grave, temperatura central < 30°C; Hipotermia leve, temperatura central de 32-35°C; Hipotermia moderada, temperatura central de 30-32°C.

Crianças e adultos: pacientes com lesão



Hipotermia, temperatura central <35°C; Hipotermia, temperatura central <32°C.

Neonatos:

Acidose metabólica; hipotermia grau 1, temperatura central de 36-36,5°C; hipotermia grau 2, temperatura central de 35-35,9°C; hipotermia grau 3, temperatura central de 34-34,9°C; hipotermia grau 4, temperatura central < 34°C; icterícia; irritabilidade; lactente com aumento de peso insuficiente (<30g/dia); lactente com energia insuficiente para manter a sucção; palidez; sofrimento respiratório.

Fatores Relacionados:

Agente farmacológico; baixa temperatura ambiental; conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção da hipotermia; consumo de álcool; dano ao hipotálamo; desnutrição; diminuição da taxa metabólica; economicamente desfavorecido; extremos de idade; extremos de peso; inatividade; roupas insuficientes; suprimento insuficiente de gordura subcutânea; terapia por radiação; transferência de calor (p.ex., condução, convecção, evaporação, irradiação); trauma.

Neonatos:

Alto risco de nascimento fora do hospital; aumento da área da superfície corporal em relação ao peso; aumento na demanda de oxigênio; aumento na resistência vascular pulmonar (RVP); banho antecipado do recém-nascido; camada da córnea imatura; controle vascular ineficaz; nascimento não planejado fora do hospital; retardo na amamentação; termogênese sem tremores ineficaz.

Diagnóstico: HIPERTERMIA

Definição:

Temperatura corporal central elevada acima da variação diurna normal devido à falha na termorregulação.

Características Definidoras:

Apneia; bebê não consegue manter a sucção; coma; crise epilética (sem, necessariamente, ter uma convulsão); estupor; hipotensão; irritabilidade; letargia; pele avermelhada; pele quente ao toque; postura anormal; taquicardia; taquipneia; vasodilatação.



Fatores Relacionados:

Agente farmacológico; atividade vigorosa; aumento da taxa metabólica; desidratação; diminuição da capacidade para transpirar, doença, isquemia; seps; temperatura ambiental elevada; trauma; vestimentas inadequadas.

Diagnóstico: RISCO DE INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

Definição:

Vulnerabilidade a dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento, que pode comprometer a saúde.

Fatores Risco:

Agente farmacológico; agente químico lesivo (p.ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda); alteração na sensibilidade; alteração no metabolismo; circulação prejudicada; conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular; conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular; estado nutricional desequilibrado (p.ex., obesidade, subnutrição); extremos de idade; extremos de temperatura ambiental; fator mecânico; fonte de energia de alta tensão; mobilidade prejudicada; neuropatia periférica; procedimento cirúrgico; radioterapia; umidade; volume de líquido insuficiente; volume excessivo de líquidos.

Diagnóstico: RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Definição:

Vulnerabilidade à alteração na epiderme e/ou derme, pode comprometer a saúde.

Fatores de Risco:

Externos:

Agente químico lesivo (p.ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda); excreções; extremos de idade; fatores mecânicos (p.ex., forças abrasivas, pressão, imobilidade física); hidratação; hipertermia; hipotermia; radioterapia; secreções; umidade.



Internos:

Agente farmacológico; alteração na pigmentação; alteração na sensibilidade (p.ex., em consequência de lesão medular, diabetes melito); alteração no metabolismo; alteração no turgor da pele; circulação prejudicada; fator psicogênico; imunodeficiência; mudança hormonal; nutrição inadequada; pressão sobre saliência óssea.

Diagnóstico: RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL

Definição:

Vulnerabilidade à variação dos níveis de glicose/açúcar no sangue em relação à variação normal, que pode comprometer a saúde.

Fatores de Risco:

Alteração no estado mental; atividade física diária média é menor que a recomendada para a idade e o gênero; atraso no desenvolvimento cognitivo; aumento de peso excessivo; condição de saúde física comprometida; conhecimento insuficiente do controle da doença; controle ineficaz de medicamentos; controle insuficiente dom diabetes; estresse excessivo; falta de aceitação do diagnóstico; falta de adesão ao plano de gravidez; ingestão alimentar insuficiente; monitoração inadequada da glicemia; perda de peso excessiva; período rápido de crescimento.

Diagnóstico: RISCO DE INFECÇÃO

Definição:

Vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco:

Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos; desnutrição; enfermidade crônica (p.ex., diabetes melito); obesidade; procedimento invasivo.

Defesas primárias inadequadas:

Alteração na integridade da pele; alteração no peristaltismo; alteração no pH das secreções; diminuição da ação ciliar; estase de fluidos orgânicos;



ruptura prematura de membrana amniótica; ruptura prolongada de membrana amniótica; tabagismo.

Defesas secundárias inadequadas:

Diminuição de hemoglobina; imunossupressão; leucopenia; resposta inflamatória suprimida (p.ex., interleucina 6 [IL-6], proteína C-reativa [PCR]); vacinação inadequada.

Exposição ambiental aumentada a patógenos:

Exposição a surto de doença.

Diagnóstico: NÁUSEA

Definição:

Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago, que pode ou não resultar em vômito.

Características definidoras:

Aversão à comida; deglutição aumentada; gosto amargo na boca; náusea; salivação aumentada; sensação de vontade de vomitar.

Fatores relacionados:

Biofísicos:

Distensão da cápsula do fígado; distensão da cápsula esplênica; distensão gástrica; distúrbios bioquímicos (p. ex. uremia, cetoacidose diabética); doenças de Ménière; doença esofágica; doença pancreática; enjoo causado pelo movimento; exposição a toxinas; gravidez; irritação gastrointestinal; labirintite; meningite; pressão intracraniana aumentada; regime de tratamento; tumores intra-abdominais; tumor localizado (p.ex., neuroma do acústico, tumor cerebral, metástase óssea);

Situacionais:

Ansiedade; distúrbio psicológico; estímulo visual desagradável; estímulos ambientais nocivos; medo; odores nocivos.



Diagnóstico: RISCO DE ASPIRAÇÃO

Definição:

Vulnerabilidade à entrada de secreções gastrointestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas, que pode comprometer a saúde.

Fatores de Risco:

Alimentação enteral; barreira à elevação da porção superior do corpo; capacidade de deglutição prejudicada; cirurgia de pescoço; cirurgia facial; cirurgia oral; esfíncter esofágico inferior incompetente; esvaziamento gástrico retardado; fixação cirúrgica dos maxilares; motilidade gastrointestinal diminuída; nível de consciência reduzido; presença de sonda oral/nasal (p.ex., traqueal, para alimentação); pressão intragástrica aumentada; reflexão de engasgo diminuído; regime de tratamento; resíduo gástrico aumentado; tosse ineficaz; trauma facial; trauma no pescoço; trauma oral.

Diagnóstico: DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

Definição:

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

Características Definidoras:

Alteração no padrão respiratório; cianose; dificuldade de verbalização; dispnéia; escarro em excesso; inquietação; mudanças na frequência; respiratória; olhos arregalados; ortopneia; ruídos adventícios respiratórios; sons respiratórios diminuídos; tosse ausente; tosse ineficaz.

Fatores Relacionados:

Ambientais:

Exposição a fumaça; fumante passivo; tabagismo.

Via aérea obstruída:

Corpo estranho na via aérea; doença pulmonar obstrutiva crônica; espasmo de via aérea; exsudado nos alvéolos; hiperplasia das paredes dos brônquios; muco excessivo; secreções retidas.



Fisiológicos:

Alergia em via aérea; asma; infecção; prejuízo neuromuscular.

Diagnóstico: MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL

Definição:

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

Característica definidora:

Aumento de resíduos gástricos; ausência de flatos; cólica abdominal; diarreia; dificuldade de defecar; distensão abdominal; dor abdominal; esvaziamento gástrico acelerado; fezes endurecidas e formadas; mudança nos sons intestinais; náusea; regurgitação; resíduo gástrico cor de bÍlis; vômito.

Fatores de Risco:

Alimentação enteral; ansiedade; desnutrição; envelhecimento; estilo de vida sedentário; imobilidade; ingestão de contaminantes (p.ex., radioativos, comida, água); intolerância alimentar; prematuridade; regime de tratamento.

Diagnóstico: DOR AGUDA

Definição:

Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (Internacional Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível.

Características Definidoras:

Autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor (p.ex. escala FACES de Wong-Baker, escala visual analógica, escala numérica de classificação); autorrelato de características da dor usando instrumento de dor padronizado (p.ex., Questionário de Dor McGill, inventário Breve de Dor); comportamento de distração; comportamento expressivo (p.ex., agitação, choro, vigilância); comportamento protetor; desesperança; diaforese; dilatação pupilar; evidência de dor usando lista de verificação



padronizada de dor para pessoas incapazes de comunicação verbal (p.ex., Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate); expressão facial de dor (p.ex., olhos sem brilhos aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta); foco em si mesmo; foco estreitado (p.ex., percepção do tempo, processos de pensamento, interação reduzida com pessoas e ambiente); gestos de proteção; mudanças no apetite; mudanças no parâmetro fisiológico (p.ex., pressão sanguínea, frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio, concentração de dióxido de carbono [CO₂] ao final da expiração); posição para aliviar a dor; relato de outra pessoa sobre comportamento da dor/mudanças na atividade (p.ex., familiar, cuidador).

Fatores Relacionados:

Agente lesivo biológico (p.ex., infecção, isquemia, neoplasma); agente lesivo físico (p.ex., abscesso, amputação, queimadura, corte, levantamento de algo pesado, procedimento cirúrgico, trauma, excesso de treinamento); agente lesivo químico (p.ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda).

COLEÇÃO DE PROTOCOLOS - HMEC - 2016

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.*