

# MANUAL DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

## E sua aplicação na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIA

CUIABÁ- MT / OUTUBRO DE 2006

REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
Prof. Dr. Paulo Speller

SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL  
Prof. Dr. José Carlos Amaral Filho

FACULDADE DE ENFERMAGEM  
Prof. Dr<sup>a</sup> Edir Leite Mandú

DIRETOR CLINICO  
Prof. Dr. Arlan de Azevedo Ferreira

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Annelita Oliveira Reiners

DIRETOR ADMINISTRATIVO  
Adm. Jonas da Cruz Borges Assumpção

COORDENAÇÃO DE ENSINO ENFERMAGEM  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Neuci Cunha

DIRETOR INSTRUMENTAÇÃO E INFORMÁTICA  
Pedagoga Maria Lúcia Paim

GERENTE DE ENFERMAGEM  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Aldenan Lima Ribeiro Corrê Costa

AUTORIZAMOS A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Bottosso, Rosa Maria ; Ormond, Valdelice da Silva.  
Manual do processo e sua aplicação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN. Rosa Maria Bottosso e Valdelice da Silva Ormond. Universidade Federal de Mato Grosso. Hospital Universitário Júlio Müller. Cuiabá, Mato Grosso, 2006. (Coleções Assistência de Enfermagem Hospitalar)

1.Enfermagem 2.Assistência 3.Teoría 4. Metodologia

## ORGANIZADORAS

### **Rosa Maria Bottosso**

Enfermeira. Assessora da Gerência de Enfermagem do HUJM.  
Especialista em Gestão Hospitalar. Professora, Mestre da Faculdade de  
Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso

### **Valdelice da Silva Ormond**

Enfermeira. Membro do Comitê Fênix da Gerencia de Enfermagem.  
Especialista em Enfermagem Pediátrica.  
Hospital Universitário Júlio Müller

## APOIO DIGITAÇÃO

Eliana Oliveira de Brito

## AGRADECIMENTOS AS COLABORAÇÕES DA EQUIPE

Cristiane Oliveira  
Frederica de Cássia  
Wanessa Rezende Souza  
Márcia de Carli  
Carmem Lúcia Duarte  
Cleusa Maria da Silva  
Marcelo Emanuel da Silva  
Elza Lair Costa  
Fábia da Silva Diamenat  
Maria Aparecida Pereira  
Neile Curvo da Boa Morte  
Maria Aparecida Ferreira  
Rita Caetana de Oliveira  
Thais Cristina da Silva  
Marta Ferreira da Silva

Marilza Castilho Tavares  
Nivaldeth Borges da Silva  
Ivone Ramos Leones  
Julita Bispo de Camargo  
Margarida Ferreira  
Marlene Barbosa Escapim  
Mônica Lacerda de Sa  
Odilson Marcondes  
Adriana de Souza Viana  
Andréia Oliveira Magalhães  
Aparecida Silva Dias  
Elaine Carvalho Ferrer  
Catia Rosina Silva de Souza  
Edna Silvane das Neves

## SUMÁRIO

|                   |    |
|-------------------|----|
| APRESENTAÇÃO..... | 07 |
|-------------------|----|

### **I – PRIMEIRA PARTE: ASPECTOS GERAIS**

|  |    |
|--|----|
| 1. HISTÓRIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL.....             | 08 |
| 2. DIRETRIZES PARA A POLÍTICA DE GESTÃO EM ENFERMAGEM.....         | 10 |
| 2.1. Política .da Sistematização da Assistência.....               | 11 |
| 2.2. Política de Qualidade da Assistência de Enfermagem.....       | 12 |
| 2.3. Política de Humanização da assistência.....                   | 13 |
| 2.4. Política da Integração Ensino-Serviço.....                    | 14 |
| 2.5. Política de Recursos Materiais.....                           | 15 |
| 2.6. Política de Educação Permanente em Enfermagem.....            | 16 |
| 3. BASES TEORICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM                         |    |
| 3.1 Marco Conceitual da assistência de enfermagem no hospital..... | 17 |
| 3.2 Modelo Bifocal da prática.....                                 | 19 |
| 3.3. As etapas da metodologia da assistência de enfermagem.....    | 19 |
| 3.3.1. Etapa da investigação.....                                  | 20 |
| 3.3.2. Etapa do diagnóstico.....                                   | 21 |
| 3.3.3. Etapa do planejamento.....                                  | 22 |
| 3.3.4. Etapa da implementação.....                                 | 23 |
| 3.3.5. Etapa da avaliação.....                                     | 24 |

### **II - SEGUNDA PARTE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA UTI NEONATAL**

|   |    |
|---|----|
| 1. ESTRUTURA E RECURSOS PARA O ATENDIMENTO A CRIANÇA E FAMÍLIA..... | 25 |
| 2. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO A CRIANÇA.....                         | 26 |
| 3. O PRONTUÁRIO E AS REGRAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA SAE.....      | 27 |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 3.2. Histórico de Enfermagem..... |  |
|-----------------------------------|--|

|   |    |
|---|----|
| 3.1. Regras gerais para anotações de enfermagem no prontuário.....                | 27 |
| 3.2. Histórico de Enfermagem.....   | 29 |
| 3.3. Mapa dos Problemas de Enfermagem.....  | 31 |
| 3.4. Plano de Cuidados de Enfermagem.....   | 33 |
| 3.5. Evolução de Enfermagem.....  | 37 |
| 3.6. Anotações de Cuidados de Enfermagem.....                                     | 39 |
| 3.7. Balanço Hídrico.....   | 41 |
| 3.8. Admissão.....  | 42 |
| 3.9. Alta.....  | 44 |
| 3.11. Transferências externa .....  | 46 |
| 3.12. Encaminhamento para o centro cirúrgico.....                                 | 47 |
| 3.13. Óbito.....  | 48 |
| 3.14. Norma referente a participação dos alunos de enfermagem na assistência..... | 50 |
| 3.15. Uso de abreviaturas, siglas e sinais.....                                   | 52 |

### **III – TERCEIRA PARTE: AS INTERFACES DA ASSISTÊNCIA COM A ADMINISTRAÇÃO**

|   |    |
|---|----|
| 1. PASSAGEM DE PLANTÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM..... | 54 |
| 2. INDICADORES ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM.....       | 56 |
| 3. SERVIÇOS REFERÊNCIA NO AMBULATÓRIO DO HUJM.....    | 57 |
| 4. SERVIÇOS REFERÊNCIA NO SUS.....                    | 58 |

### **IV – QUARTA PARTE: PADRÕES DE CUIDADOS ASSISTENCIAIS**

|  |    |
|--|----|
| 1. PADRÕES PARA CUIDADOS DE ROTINA ..... | 60 |
| 1.1. Admissão da criança .....           | 61 |
| 1.2. Alimentação e hidratação.....       | 62 |
| 1.3. Sono e repouso .....                | 63 |

## V – QUINTA PARTE: INFORMAÇÕES GERAIS

### 1. PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

|   |    |
|---|----|
| 1.1. Tamanho de tubos orotraqueal.....              | 64 |
| 1.2. Cálculo para gotejamento de soro.....          | 64 |
| 1.3. Cálculo de pressão arterial média.....         | 65 |
| 1.4. Cálculo para diluição de KmnO4.....            | 65 |
| 1.5. Escala de Glasgow .....                        | 66 |
| 1.6. Escala de Aldret e Kroulick.....               | 66 |
| 1.7. Escala de Ransay.....                          | 67 |
| 1.8. Tabela de composição das soluções venosas..... | 67 |
| 1.11. Parâmetros laboratoriais.....                 | 68 |

### 2. LISTA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM – TAXONOMIA II DA NANDA..... 70

### 3. SITES DE INTERESSE NA ÁREA DE ENFERMAGEM NEONATAL..... 72

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 73

### ANEXO 1: RESOLUÇÃO COFEN Nº 272/2002..... 75

### ANEXO 2: PRECAUÇÕES PADRÃO..... 77

### ANEXO 3: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A ACIDENTE DE TRABALHO HU..... 78

### ANEXO 4: GENOGRAMA E ECOMAPA..... 79

### ANEXO 5: ASSOCIAÇÃO DA ESPINHA BÍFICA DE MT..... 81

## APRESENTAÇÃO

Este MANUAL é produto do trabalho iniciado em agosto de 2005 pela enfermagem do Hospital Universitário Júlio Müller que, assumindo a responsabilidade de reestruturar o seu modelo do processo de enfermagem, constituiu o **Comitê Fênix** da Assistência de Enfermagem com a finalidade de construir, de modo participativo, uma proposta que se adequasse aos requisitos técnicos, científicos e ético-legais do trabalho de enfermagem, bem como às necessidades, demandas e condições humanas para a sua realização no campo prático.

Como terceira versão apresentada à equipe de enfermagem do hospital desde o início dos trabalhos do Comitê, este material representa a documentação da proposta que está sendo implantada como pré-teste nos setores até fevereiro de 2007, antes de ser encaminhado para editoração e publicação.

Portanto, esperamos que todos LEIAM, PRATIQUEM e documentem, no verso das folhas, os pontos favoráveis, os desfavoráveis e as sugestões para o Comitê efetivar a participação de todos e para que o nosso Processo de Enfermagem se aproxime do ideal. Sugerimos que documentem as contribuições nominalmente, pois as pessoas serão mencionadas como “colaboradores” na publicação.

*Comitê Fênix da Assistência de Enfermagem*

Cuiabá, 25 de outubro de 2006

## I – PRIMEIRA PARTE: ASPECTOS GERAIS

## 1. HISTÓRIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL

Quando de sua inauguração, em agosto de 1984, o Hospital Universitário Júlio Müller contava com 40 leitos e o serviço de enfermagem adotava as bases teóricas propostas por Wanda Horta para o seu modelo de processo de enfermagem. A equipe de trabalho organizava a assistência de forma que os enfermeiros escalados no período diurno, dividiam entre si as responsabilidades de fazer o *Histórico de Enfermagem*, a *Evolução* e a *Prescrição de Enfermagem* a todos os clientes internados, restando ao enfermeiro do noturno, fazer a supervisão das unidades de internação. Técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem participavam dividindo as tarefas por função.

A assistência de enfermagem era documentada no prontuário, em impressos de uso multidisciplinar (médicos, enfermeiros, nutricionistas) para os registros referentes à *prescrição* e *evolução*, sendo que para o *histórico de enfermagem* e *balanço hídrico* havia um específico para a sua equipe. Com o passar do tempo, foram criados os *carimbos* para facilitar o registro de sinais vitais, glicosúria, curva térmica e volume urinário, culminando, mais tarde, na elaboração do impresso para as *Anotações de Enfermagem*.

Hoje, após vinte e dois anos da sua fundação, o hospital apresenta-se com capacidade planejada de 126 leitos com duas Unidades de Terapia Intensiva (adulto e neonatal) e previsão para expansão de leitos para 243 leitos, além da construção do serviço de hemodiálise. O atendimento ambulatorial cresceu em relação às especialidades, inclusive na enfermagem, exigindo uma reformulação criteriosa do modelo de processo de enfermagem.

Diante deste cenário, foi criado o Comitê *Fênix*, composto por enfermeiros representantes das unidades de internação, as chefias de serviços e docentes da Faculdade de Enfermagem (FAEN/UFMT) para estudarem e apresentarem um nova proposta de processo de enfermagem.

A escolha do nome *Fênix* foi sugestão de uma técnica de enfermagem, trazendo ao processo o significado da vida nova por meio do *mito da ave Fênix, símbolo da alma e da imortalidade e que, segundo a crença dos antigos, vivia muitos séculos e por fim se queimava para depois renascer das suas próprias cinzas* (Aurélio, 2005).

O trabalho para a reestruturação foi realizado em quatro fases: a primeira destinada ao estudo por parte dos membros do Comitê em relação aos conceitos-chaves sobre processo de enfermagem, sistematização da assistência, metodologia assistencial, teorias de enfermagem, marco conceitual e as diferentes linguagens propostas na Taxonomia da NANDA (Associação Norte Americana dos Diagnósticos em Enfermagem), versão beta do CIPESC (Classificação Internacional das Práticas Enfermagem em Saúde Coletiva), Taxonomias das intervenções da NIC (Classificação das Intervenções em Enfermagem) e da Taxonomia da NOC (Classificação dos Resultados em Enfermagem). A segunda aconteceu com a formatação da primeira versão deste manual que foi entregue para a equipe de enfermagem das unidades de internação e ambulatorios para leitura e registro de suas sugestões. A terceira fase ocorreu, novamente, com a consulta a toda equipe para a definição dos impressos a serem usados. A quarta fase culminou com a versão



final do manual e a implantação nos setores.

O grupo optou pelo título do manual como PROCESSO DE ENFERMAGEM pela necessidade de esclarecimento das diferenças entre os termos “processo”, “sistematização” e “metodologia”. A palavra **processo** representa a articulação entre todos os elementos necessários para a organização da assistência, ou seja, o objeto e a finalidade do seu trabalho definidos; a adequação do método (instrumento) para relacionar-se com este objeto e a base de sustentação teórico-conceitual; o dimensionamento da força de trabalho (equipe de enfermagem) bem como as condições (recursos e espaço) necessários para a realização do cuidado (Leopardi, 1999).

**Sistematizar**, segundo Aurélio (2004), significa organizar; correlacionar elementos em uma ordem com concatenação lógica. Na enfermagem a sistematização das ações e dos métodos contribui para a organização do processo, visando alcançar resultados.

**Método** representa o modo de agir e dirigir a ação da enfermagem no caminho escolhido para o desenvolvimento da intervenção. Ele serve para instrumentalizar a ação.

Assim, o modelo de processo de enfermagem que apresentamos aqui, considera todos os elementos, métodos e forma para operacionalização em cada área assistencial. Diante destas considerações e, comprometidos com a necessidade de re-definição das práticas assistenciais, de ensino e de pesquisa na enfermagem desenvolvidas na instituição, a equipe de enfermagem elaborou este manual com objetivos de:

- ✓ Promover a qualidade da assistência de enfermagem no âmbito hospitalar.
- ✓ Servir de referencial para planejamento do trabalho das equipes assistencial e administrativa.
- ✓ Direcionar os trabalhos de educação permanente na enfermagem.
- ✓ Oferecer subsídios para o ensino e a prática dos alunos de enfermagem de cursos de nível médio e superior em atividades curriculares na instituição.
- ✓ Contribuir com o processo de produção de novos conhecimentos bem como a realização de pesquisa no campo da enfermagem assistencial.

## 2. DIRETRIZES PARA A POLÍTICA DE GESTÃO EM ENFERMAGEM

Política representa um sistema de regras; conjunto de objetivos, de ações, destinados a influir nas decisões e execuções de um programa (Aurélio, 2005). Política são *planos reduzidos a declarações ou instruções que direcional as organizações em sua tomada de decisão* (Marquis; Huston, 1999, p.84). Nesse sentido, a equipe de enfermagem adotou um conjunto de regras com o objetivo de direcionar as ações do grupo de trabalho assistencial e administrativo para o processo de liderança, gestão e prestação da assistencial nas unidades de atendimento hospitalar. Resgatar os princípios preconizados na missão, visão, valores da instituição e da enfermagem constituem elementos essenciais para nortear a equipe na reflexão cotidiana sobre o seu trabalho bem como contribuir para o alcance da qualidade da assistência.

---

**MISSÃO DO HUJM**

*Assistir, ensinar e preservar a saúde.*

**MISSÃO DA ENFERMAGEM**

Prestar assistência de enfermagem de qualidade, promovendo a saúde e a vida dos clientes/usuários e seus familiares

---

**VISÃO DO HUJM**

*Ser referência regional na assistência e na construção de conhecimentos*

**VISÃO DA ENFERMAGEM**

Ser referência na assistência e na construção de conhecimentos

---

**VALORES DO HUJM**

*A vida é uma dádiva e em face de isto, tudo o que fazemos e desenvolvemos no HUJM é norteado pelo conhecimento, qualidade e ética.*

**VALORES DA ENFERMAGEM**

A vida do nosso cliente e família deve ser respeitada em todas as suas dimensões.  
Portanto, as ações de enfermagem são planejadas e desenvolvidas com base em saberes técnico, científicos, sustentados em princípios éticos e legais da profissão com vistas à promoção da humanização e qualidade do cuidado

---

**NEGÓCIO DO HUJM**

*Assistência integrada ao ensino e a pesquisa em saúde.*

**NEGÓCIO DA ENFERMAGEM**

Prestar assistência de enfermagem integrada ao ensino e pesquisa com qualidade

---

No planejamento, a *missão* (motivo, razão) da existência do hospital e da enfermagem devem servir de bases para a construção de objetivos, metas, políticas, procedimentos e normas na organização (Marquis; Huston, 1999).

## **2.1. POLÍTICA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

É a política que explica os princípios e as práticas adotadas pela equipe de enfermagem para o desenvolvimento do cuidado ao cliente e família em todas as unidades assistenciais do hospital. Ela serve para direcionar o grupo na definição das bases teórico-conceitual; na divisão do trabalho, na padronização de métodos e instrumentos de registros; no estabelecimento de regras e normas para a sistematização da assistência.

Na UTI NEONATAL a sistematização está estruturada para atender o recém-nascido e família.

**Objetivo:** organizar e direcionar os trabalhos da equipe de enfermagem para o desenvolvimento do cuidado terapêutico com qualidade ao recém-nascido com a participação da família.

**Princípios que orientam as ações da equipe na assistência ao recém-nascido.**

- ✓ A sistematização faz parte do processo de enfermagem pois ela serve para determinar a forma como as ações devem acontecer para a realização do cuidado ao recém-nascido e família.
- ✓ Todo modelo de sistematização da assistência é construído com base em princípios teórico-conceitual que serve para explicar e direcionar as ações do grupo no desenvolvimento do cuidado.
- ✓ O cliente e seu familiar, constituem o foco principal das ações assistenciais da equipe de enfermagem na UTI Neonatal.

**Ações para efetivar a sistematização da assistência ao recém-nascido e família:**

- ✓ Definir recursos humanos e materiais; bases conceitual; os métodos e instrumentos; as normas e rotinas para a organização do trabalho na UTI Neonatal.
- ✓ Preparar a equipe para desenvolver a sistematização com competência e qualidade.
- ✓ Aplicar e avaliar, sistematicamente os resultados da assistência prestada, por meio de auditoria.

## 2.2 POLÍTICA DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A política de qualidade explica os princípios e as práticas adotadas pela equipe de enfermagem, visando assegurar a qualidade da assistência prestada ao cliente e família.

Na UTI NEONATAL a qualidade na assistência tem como:

**Objetivo:** manter alto padrão de qualidade na assistência prestada ao recém-nascido e família.

**Princípios que orientam as ações da equipe de enfermagem em UTI Neonatal:**

- ✓ O recém-nascido e família constituem o foco principal das ações da equipe de enfermagem.
- ✓ Promoção da saúde é trabalhado tanto quanto a manutenção, recuperação e reabilitação da saúde do recém-nascido durante sua internação e até mesmo morte digna.
- ✓ Cuidado com qualidade, seguro e livre de riscos para o recém-nascido.
- ✓ Educação em saúde são fundamentais para o cuidado com qualidade.

**Ações proposta para alcançar a qualidade**

- ✓ Desenvolver o trabalho assistencial articulado, pensado e planejado com as demais áreas de apoio da enfermagem e do hospital como um todo.
- ✓ Padronizar normas, rotinas e procedimentos de enfermagem, de modo a assegurar a qualidade na prestação da assistência ao recém-nascido e família em todos os horários
- ✓ Desenvolver a assistência de forma humanizada, sistemática, fundamentada em base teórica e organizada em métodos e técnicas padronizadas.
- ✓ Realizar e avaliar sistematicamente os registros da assistência prestada ao recém-nascido e família.
- ✓ Aplicar métodos para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem do ponto de vista da família.
- ✓ Buscar e avaliar os benefícios dos programas e das políticas públicas de saúde para a promoção da qualidade na assistência ao recém-nascido e família.

### 2.3. POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA

A política de humanização especifica ações globais a serem realizadas pela equipe de enfermagem para promover a humanização do processo assistencial aos clientes e familiar.

Na UTI NEONATAL ela está voltada para ao recém-nascido e família.

**Objetivos:**

- ✓ Tornar o ambiente hospitalar agradável e acolhedor para o recém-nascido e família.
- ✓ Adotar tecnologias que promovam a realização de procedimentos de forma segura e de qualidade.

**Princípios que orientam:**

- ✓ O recém-nascido e família são focos principais no planejamento da assistência.
- ✓ O respeito e a ética nas relações inter-pessoais são fundamentais na conduta da equipe
- ✓ A estrutura física e de equipamentos devem atender as necessidades da clientela e dos trabalhadores de saúde de forma a promover a segurança e a qualidade em bases técnica e científica.
- ✓ O direito a informação deve ser assegurado ao recém-nascido e família
- ✓ A gestão dos serviços deve favorecer à participação da equipe, estimulando a co-responsabilização pelo processo.

**Ações propostas para alcançar a humanização:**

- ✓ Divulgar e tornar acessível o código de ética profissional e dos direitos do paciente
- ✓ Estimular e participar de iniciativas de humanização do processo assistencial desencadeados ou coordenados pela Comissão de Humanização do Hospital.
- ✓ Oferecer oportunidade aos pais e familiares para expressar suas dúvidas e opiniões visando minimizar a ansiedade e os medos.
- ✓ Preparar os pais ou familiares antes da realização de procedimentos. Usar linguagem adequada e simples e dar informações verdadeiras como no caso de procedimentos dolorosos.
- ✓ Incentivar a participação dos pais no Grupo de Apoio aos familiares de RN prematuro

## **2.4. POLÍTICA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

A política de integração ensino-serviço tem suas bases nas diretrizes da integração docente-assistencial idealizada na reforma universitária de 1968, que considerava elemento importante para a qualificação do profissional a ser formado e também, para a melhoria da qualidade da assistência prestada. No hospital, ela se efetiva através de ações globais realizadas pelos professores e estudantes de enfermagem juntamente com a equipe de enfermagem.

na UTI NEONATAL ela esta dirigida a equipe de enfermagem, aos professores e alunos que, em determinado momento, desenvolvem ações conjuntas voltadas para a promoção do cuidado terapêutico ao recém-nascido, pais e familiares.

#### **Objetivos:**

- ✓ Definir papéis entre a equipe de enfermagem, docentes e alunos visando tornar o trabalho agradável e acolhedor para os pais e familiares do recém-nascido.
- ✓ Proporcionar à equipe de enfermagem, docentes e alunos, oportunidades para refletirem sobre a qualidade da assistência prestada.
- ✓ Favorecer o desenvolvimento do ensino de enfermagem (pós-graduação, graduação e nível médio) proporcionando aos alunos, condições de refletirem sobre a aplicação do conhecimento no campo prático, com a participação da equipe de enfermagem.

#### **Princípios que orientam a integração ensino-serviço:**

- ✓ O cuidado de enfermagem ao recém-nascido precisa ser constantemente avaliado e as ações de integração ensino-serviço contribuem para a qualificação dos profissionais no contexto da prática.
- ✓ As ações de integração ensino-serviço possibilitam a efetivação no campo da prática da Missão, Visão e Valores preconizadas no hospital e na enfermagem.

#### **Ações propostas para a integração ensino-serviço:**

- ✓ Definir normas e rotinas relacionadas a integração ensino-serviço.
- ✓ Instituir reuniões de estudo clínico envolvendo a enfermagem, alunos e professores
- ✓ Desenvolver ações integradas ensino-serviço visando melhorias na qualidade da assistência prestada ao recém-nascido e família.

## **2.5. POLÍTICA DE RECURSOS MATERIAIS**

A política de Recursos Materiais da Gerência de Enfermagem tem como finalidade garantir quali e quantitativamente os materiais necessários para o desenvolvimento do processo de trabalho em enfermagem, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, buscando integrar as potencialidades individuais e coletivas daquele que presta o cuidado como daquele que o recebe.

Na UTI NEONATAL ela deve atender as necessidades da equipe de enfermagem, professores e alunos de enfermagem, no atendimento ao recém-nascido e família promovendo condições favoráveis para o trabalho com qualidade e segurança.

**Objetivo:**

- ✓ Garantir quali e quantitativamente, materiais, equipamentos e mobiliários necessários para o desenvolvimento do processo de enfermagem ao recém-nascido e família, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada.

**Princípio que orienta a política de recursos de materiais:**

- ✓ A qualidade e disponibilidade de recursos materiais, equipamentos e mobiliários são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho de enfermagem com segurança e qualidade.

**As ações propostas para a política de recursos materiais na unidade:**

- ✓ Prever e prover a unidade de materiais, equipamentos e mobiliários necessários para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem ao recém-nascido e família.
- ✓ Monitorar e avaliar a qualidade dos materiais e notificar a Gerencia de Risco aqueles que apresentarem problemas.
- ✓ Levantar e ajustar as necessidades de materiais para a assistência no setor de forma a atender às exigências preconizadas em Portarias Ministeriais.
- ✓ Avaliar as demandas de materiais a partir do perfil dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes.
- ✓ Avaliar, sistematicamente, a integridade e funcionalidade dos recursos materiais e encaminhar a Diretoria de Instrumentação e Informática aqueles que precisarem de reparos
- ✓ Conhecer e acompanhar o programa de manutenção preventiva dos recursos materiais da Diretoria de Instrumentação e Informática.

## **2.6. POLITICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM**

A política de educação permanente em enfermagem no HUJM apóia-se na proposta de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Ela visa capacitar os trabalhadores de enfermagem para alcançar melhor desempenho e qualidade na assistência de enfermagem.

Na UTI NEONATAL ela deve atender às necessidades da equipe para o atendimento ao recém-nascido e família.

**Objetivos:**

- ✓ Estimular a equipe a pensar sua prática, oferecendo meios para estudo e reflexão, visando transformá-la.
- ✓ Instrumentalizar os profissionais de enfermagem para atuar em conformidade aos princípios (universalidade, integralidade, equidade) e diretrizes (descentralização e municipalização) do Sistema único de Saúde.
- ✓ Compartilhar práticas e saberes de modo a permitir, a equipe, o embasamento, autonomia e a segurança no desempenho de seu trabalho
- ✓ Promover a integração de programas, ações, condutas e protocolos a serem desenvolvidos pelos trabalhadores de enfermagem do hospital com a rede de atendimento à saúde;
- ✓ Favorecer a integração ensino e serviço;
- ✓ Melhorar a qualidade do cuidado prestado ao recém-nascido e família.

**Princípio básico que orienta a política de educação permanente em enfermagem:**

- ✓ O desenvolvimento de pessoas deve considerar o seu potencial e a sua capacitação para atuar como sujeitos multiplicadores de ações impactantes nos contextos da assistência de enfermagem, induzindo os trabalhadores de enfermagem a recriarem e reorganizarem os processos de trabalho para a institucionalização de novas práticas de cuidado.

**Ações propostas para efetivar a política de educação permanente em enfermagem:**

- ✓ Identificar necessidades de capacitação da equipe de enfermagem;
- ✓ Criar mecanismos para o desenvolvimento de ações educativas por meio de práticas pedagógicas que possibilitem ao trabalhador recriar e reorganizar o trabalho de forma efetiva.

### **3. BASES TEÓRICA-CONCEITUAL DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**



### 3.1 MARCO CONCEITUAL DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL

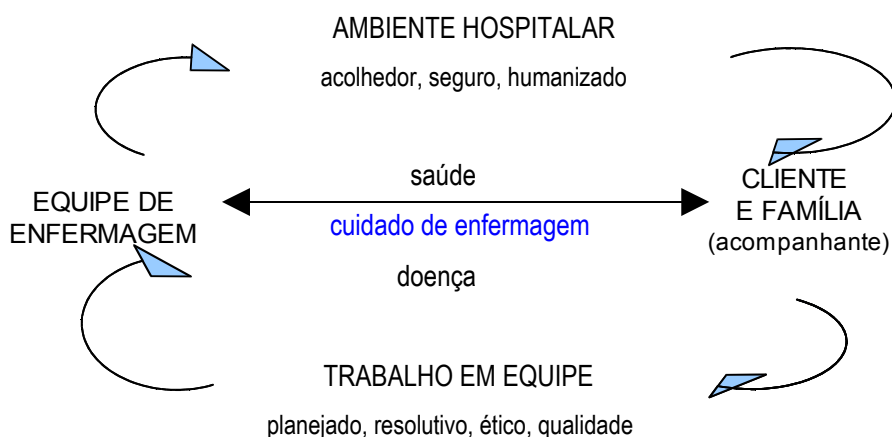
Marco Conceitual constitui numa *construção teórica que sustenta a prática de enfermagem e as decisões no processo de assistir o ser humano, servindo de base para a construção do modelo de metodologia de assistência de enfermagem* (CARRARO, 2001, p.33). A teoria representa *uma forma sistematizada de olhar para o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo. Elas se compõem de conceitos, definições, modelos e proposições. Os conceitos e definições são essenciais à compreensão de uma teoria* (GEORGES, 1993, p.16).

Na construção de um modelos de processo de enfermagem, pode-se optar tanto pela escolha de uma ou mais teorias ou por um marco conceitual (CARRARO, 2001). Diante destas possibilidades, o Comitê *Fênix*, juntamente com a equipe de enfermagem, definiram pelos conceitos de *cliente, família, saúde-doença, enfermagem, cuidado de enfermagem, equipe de enfermagem e ambiente hospitalar*, como suporte para reflexão das ações desenvolvidas pela enfermagem no hospital:

- A equipe de enfermagem do hospital considera **cliente** - o ser humano - ser individual com características sociais, econômicas, culturais, políticas e religiosas próprias do contexto de onde ele se insere; cidadão dotado de direitos e deveres que devem ser consideradas no processo de cuidar.
- Nosso **cliente**, usuário do serviço, saudável ou doente que em um determinado período de sua vida e por diversos fatores, necessita de cuidado de enfermagem. Ele por ser pertencente a uma **família** – representada pelos membros ligados ou não por laços sanguíneos e/ou afetivos com importantes papel terapêutico, portanto, foco das ações de enfermagem durante a internação e/ou no atendimento ambulatorial.
- A **saúde** e a **doença** vistas como estado resultante de um processo, uma expressão do relacionamento do ser humano com o meio em que vive. O estado de saúde do cliente e família são influenciados pelo ambiente, pela cultura, pelo contexto social, econômico, político e religioso.
- A **enfermagem** é uma profissão construída por diversos saberes que visam auxiliar cliente e família no processo de promoção, recuperação, manutenção e reabilitação da saúde e até mesmo a morte digna.
- Nesta perspectiva, o **cuidado de enfermagem** definido como conjunto de ações terapêuticas baseados em saberes técnico-científicos que consideram os aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos e religiosos; são

organizados de forma pensada e planejada para o alcance dos resultados desejáveis no tratamento do cliente com a participação da família.

- O trabalho da **equipe de enfermagem**, definido como trabalho que exigem preparo técnico-científico, conhecimento, competências e habilidades para desenvolver as ações de forma planejadas e compartilhada com o cliente, família e demais membros da equipe de saúde. Cada integrante do grupo é essencial, único e co-responsável pelo estabelecimento do vínculo terapêutico, desenvolvido de forma pensada e planejada, respeitando os princípios éticos e legais da profissão.
- Assim, o **ambiente hospitalar** representado por todos os espaços físico e das relações destinados ao atendimento assistencial do cliente e família, adequados para proporcionar a atenção acolhedora, assistência segura, com qualidade, resolutiva e humanizada <sup>(1)</sup>.



(1) A definição de ambiência serviu de base para elaboração deste conceito. Ela se refere ao *tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações inter-pessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana* (BRASIL, 2006, p.9).

### 3.2. O MODELO BIFOCAL DA PRÁTICA CLÍNICA

O modelo bifocal de práticas clínicas está organizado de forma em que a enfermeira identifica duas situações clínicas nas quais a enfermagem intervém, ou seja os diagnósticos de enfermagem e nos problemas colaborativos.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM** *é um julgamento crítico sobre as respostas do indivíduo, família ou da comunidade aso problemas de saúde/processo de vida, reais ou potenciais. Eles fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando à obtenção de resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 1990).*

**PROBLEMAS COLABORATIVOS** ou Complicação Pontencial representa *certas complicações fisiológicas que as enfermeiras monitoram para detectar o estabelecimento ou a modificação subsequente em seu estado. Estas complicações fisiológicas são, geralmente, relacionadas com a doença, o traumatismo, os tratamentos, os medicamentos ou os estudos diagnósticos (Carpenito, 1999, p.27).* Ex: hemorragia é uma complicação potencial que pode ocorrer no período pós-operatório.

### 3.3. AS ETAPAS DA METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Método representa o modo de agir e dirigir a ação da enfermagem, sendo que ele faz parte do **processo de enfermagem**. Pode ser definido como um *método para sistematizar a assistência de enfermagem, tanto no nível hospitalar, como no ambulatório e no de saúde pública. Ele não pode ser considerado uma modificação apenas no estilo da assistência, mas, principalmente, na forma de se conhecer ou se conceber a enfermagem nos aspectos de ordem legal e técnico-administrativa (CAMPEDELLI et al., 1988, p.17).*

Neste contexto, é importante que o profissional desenvolva competências para lidar com o objeto de trabalho ao qual se propõe atuar, a fim de transformá-lo através do saber e do fazer. As cinco etapas (métodos assistenciais) para a operacionalização do processo de enfermagem são: a investigação, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e avaliação (ALFARO-LeFEVRE, 2000; IYER et al, 1995; CARPENITO, 2003)

#### 3.3.1. ETAPA DA INVESTIGAÇÃO

Investigação ou coleta de dados representa o primeiro passo que ocorre na relação entre o profissional e o

cliente e família para a determinação e avaliação da situação de saúde. Ele compreende cinco atividades-chave:

| Atividades-chave   | Habilidades para desenvolver o pensamento crítico   |
|--|---|
| 1. coleta dos dados subjetivos e objetivos               | Entrevista, exame físico e conhecimentos de exames diagnósticos   |
| 2. validação dos dados                                   | Verificar se a informação é verdadeira, completa.   |
| 3. organização (agrupamento)                             | Agrupar com base em uma lógica. Os instrumentos de investigação auxiliam. Existem modelos holísticos para agrupamento dos dados que podem ser usados conforme preferência. Por exemplo: Necessidades Humanas (Maslow), Padrões Funcionais de Saúde (Gordon) e Padrões de resposta Humana. |
| 4. identificação padrões/testes das primeiras impressões | Determinar o que é relevante e irrelevante e o que os dados podem sugerir para direcionar a investigação visando entender a informação colhida.   |
| 5. comunicação e registro dos dados prontuário           | Envolve decisão, objetividade, relevância e cuidados éticos e técnico-científico. A padronização de registros e siglas favorece a esta etapa.   |

Fonte: Baseado em Alfaro Le-Fevre, 2003

Quando nos reportamos à investigação ou coleta de dados sobre a situação, as condições de vida e saúde do cliente (atuais e do passado) e família, estamos nos referindo ao *Histórico de Enfermagem* levantado através da entrevista. O *Exame Físico* também representa uma parte da investigação e pode ser realizado na admissão, no cotidiano da internação e na consulta de enfermagem. O método *céfalo-caudal* ou *por sistemas* podem ser aplicados como direcionador do o exame físico, contudo, em qualquer um deles, faz-se necessário habilidades para realizar as técnicas da inspeção, ausculta, palpação, percussão. *A entrevista e o exame físico se complementam e esclarecem uma ao outro* (ALFARO-leFEVRE, 2000, p.65).

A investigação ou coleta de dados focalizada são representado pelas informações (subjetivas e objetivas) colhidas para fins de investigar uma determinada situação como, por exemplo, investigar uma queixa de dor.

| Dados subjetivos  | Dados objetivos  |
|---|--|
| São dados afirmados pelo cliente/família – o que a pessoa afirma ter/estar sentido: hábitos de alimentação, eliminação, sono, sexualidade, exercício, lazer e outros referidos pelo cliente/família durante a <u>anamnese</u> . | São dados observados pelo profissional enfermagem – sinais vitais, peso, resultados exames, lesões na pele e mucosa, deambulação, movimentação, alimentação observada, eliminação verificada e outros. As técnicas do <u>exame físico</u> – inspeção, ausculta, palpação e percussão contribui para esta coleta. |
| Ex: “ele ficou pálido e respirando fraco”   | EX: FC150 bpm.   |

Nessa etapa, utilizamos os instrumentos padronizados para coleta de dados do “Histórico de Enfermagem e Evolução”. O impresso da “Anotações de Enfermagem” também representa um banco de dados objetivos e subjetivos, fundamental para a avaliação do plano terapêutico.

### 3.3.2. ETAPA DO DIAGNÓSTICO

Uma vez realizado a investigação (coleta de dados) e processado as cinco atividades-chave, segue a etapa da interpretação

(análise e síntese) para a emissão de um julgamento (opinião), formulando o diagnóstico de enfermagem (DE) e/ou do problema colaborativo (CP). Pode-se ainda chegar a um problema multidisciplinar, que compreende algo complexo *que exige planejamento e controle constante de uma equipe* formada por vários profissionais (enfermagem, médico, fisioterapeuta, assistente social, etc). Por exemplo: reintegrar um adulto ao seu trabalho após uma cirurgia mutiladora. O raciocínio diagnóstico exige conhecimento, habilidades e experiência (ALFARO LEFEVRE, 2003, p.107).

Componentes dos diagnósticos de enfermagem: título, características definidoras (representado pelos sinais e sintomas) e fatores relacionados (de riscos, fatores que podem causar ou contribuir para o problema).

| CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM* |   |
|---|---|
| TIPOS DIAGNÓSTICOS                            | DEFINIÇÃO   |
| REAIS OU VIGENTES                             | A base de dados da pessoa contém evidências de sinais e sintomas ou de características definidoras do diagnóstico<br>Ex: comunicação prejudicada <i>relacionada à barreira da língua evidenciado</i> pela incapacidade da falar e compreender o português |
| DE RISCOS OU POTENCIAIS                       | A base dos dados contém evidências de fatores relacionadas (de risco) com os diagnósticos, mas, sem evidência de características definidoras.<br>Ex: Risco para integridade da pele prejudicada <i>relacionada a</i> confinamento no leito.               |
| POSSÍVEIS                                     | A base de dados da pessoa não demonstra as características definidoras ou fatores de risco, mas sua intuição diz que ele pode estar presente, contudo precisa ser investigado.  |
| SINDROMES                                     | Compreende um conjunto de diagnósticos de enfermagem reais ou de alto risco previsíveis devido a um certo evento ou situação  |
| BEM-ESTAR                                     | É um julgamento clínico do indivíduo, família ou comunidade em transição de um nível específico de saúde para um nível mais elevado (NANDA).  |

Fonte: Alfaro-LeFevre (2000); Carpenito (2003).

Em relação à padronização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem, o Comitê de Taxonomia da NANDA internacional, publicou a segunda versão - 2005-2006 - com alterações em relação as edições anteriores. Existe uma proposta de se criar a Taxonomia NNN da prática da enfermagem, onde se pretende relacionar os diagnósticos, intervenções e resultados *desenvolvida através da aliança NNN da NANDA internacional, Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)* (Diagnósticos de Enfermagem, 2006).

### 3.3.3. ETAPA DO PLANEJAMENTO

Planejamento é a etapa onde é feita uma avaliação das prioridades dos problemas levantados na etapa do

diagnóstico para, então, nortear o enfermeiro na elaboração do *plano de cuidados diário (ou prescrição de enfermagem)*. O planejamento envolve:

- Análise dos problemas (DE e CP) e estabelecimento de prioridades.
- Definição das metas a serem alcançadas (resultados esperados) para cada DE.
- Determina-se a “melhor” intervenção de enfermagem para cada caso.
- Registra-se o plano de cuidados de enfermagem (ou prescrição de enfermagem).

Segundo a Lei do Exercício Profissional em seu Artigo 11º, o *enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: privativamente (...) realizar a prescrição da assistência de enfermagem*. Neste manual, adotamos o termo – PLANO DE CUIDADOS – como sinônimo de prescrição.

**Plano de cuidados de enfermagem** é uma proposta construída pelo enfermeiro com base na avaliação dos dados, onde descreve as intervenções de enfermagem que deverão ser realizadas ao cliente e família, com a finalidade de alcançar resultados. Ele deve ser feito com base na priorização dos problemas levantados na etapa da investigação. Na unidade de internação ele tem validade por 24 horas podendo ser revisados e complementados durante este período. Nos ambulatorios, sua validade vai depender do agendamento da próxima consulta de enfermagem (se individual) ou reunião com o grupo (se for plano coletivo).

**Metas** ou resultados esperados devem estar bem definidos em relação aos diagnósticos de enfermagem e direcionar a tomada de decisão do enfermeiro na escolha da “melhor” intervenção.

**Intervenções de enfermagem** são estratégias específicas, criadas para auxiliar o cliente/usuário e família a alcançarem os resultados esperados (metas). Elas estão diretamente relacionadas ao enunciado dos diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Temos 3 tipos de intervenções:

- *Intervenções independentes*: são aquelas definidas pela enfermeira, desenvolvidas com autonomia pela equipe de enfermagem.
- *Intervenções dependentes*: são aquelas que dependem da recomendação do médico.
- *Intervenções interdependentes*: são aquelas que precisam de avaliação de outros membro da equipe de saúde (nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta) e que a equipe de enfermagem a realiza após avaliação e recomendação.

### 3.3.4 – ETAPA DA IMPLEMENTAÇÃO

Representa a **ação**; a execução do *Plano de Cuidados de Enfermagem* com objetivo de alcançar os resultados (IYER et al, 1993). Nesta etapa cada membro da equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem) deve pensar e planejar seu trabalho de forma organizada seguindo os passos abaixo relacionados:

1. Ler os Plano de Cuidados de Enfermagem e Prescrição Médica, levantar os cuidados a serem feitos em seu período de trabalho.
2. Identificar as prioridades: quais os problemas que exigem atenção imediata?
3. Pensar e analisar os conhecimentos e habilidades exigidas para cada ação.
4. Planejar as ações necessárias para a realização do cuidado: qual deve ser iniciada.
5. De terminar e prover os recursos necessários para a ação.
6. Preparar o cliente (no caso da UTIN, os pais ou familiar) e o ambiente para a realização do cuidado.
7. Realizar o cuidado avaliando os efeitos.
8. Registra no prontuário o que foi feito:
  - Checar o que foi realizado: as ações determinadas no *Plano de Cuidados de Enfermagem* e na Prescrição Médica.
  - Fazer as anotações que se fizerem necessário no prontuário por exemplo: registrar aspecto dos acessos venosos, lesões, eliminações, SSVV e outros.
  - Rubricar e colocar o número do COREn (usar carimbo de preferência).

Nesta etapa é importante a equipe desenvolver suas ações de forma ética e profissional, coerente com a MISSÃO e VALORES declarados na instituição para a condução do trabalho da enfermagem.

---

#### MISSÃO DA ENFERMAGEM

Prestar assistência de enfermagem de qualidade, promovendo a saúde e a vida dos clientes/usuários e seus familiares

---

#### VALORES DA ENFERMAGEM

A vida do nosso cliente e família deve ser respeitada em todas as suas dimensões, portanto, as ações de enfermagem são planejadas e desenvolvidas com base em saberes técnico, científicos, sustentadas em princípios éticos e legais da profissão, visando promover a humanização e a qualidade na assistência e no trabalho

---

### 3.3.5. ETAPA DA AVALIAÇÃO

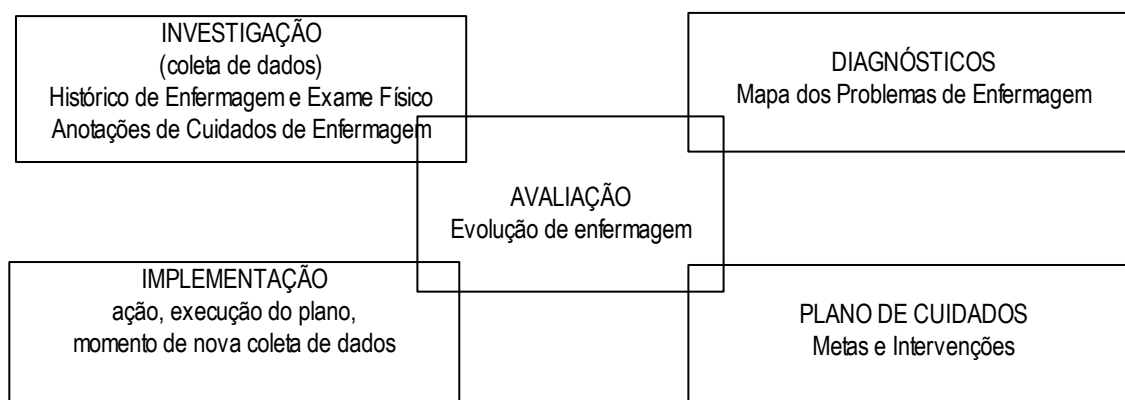
Avaliação é um processo que envolve a comparação e análise e dados antes de se emitir um julgamento. O

enfermeiro precisa coletar dados referentes a um período retrospectivo (que pode ser horas ou dias), analisá-los para então comparar e emitir uma opinião sobre sua evolução.

A evolução de enfermagem compreende o relato diário ou periódico das **mudanças** sucessivas que ocorrem com o recém-nascido e família enquanto estiver sob assistência profissional. Ela deve incluir dados avaliativos e comentários sobre a intervenções prescritas no “Plano de Cuidados” (HORTA, 1979). O processo de avaliar compreende quatro etapas:

1. Levantamento de dados sobre o estado de saúde, ou seja, investigação direcionada.
2. Comparação de dados com os resultados (metas) anteriormente definidas.
3. Elaboração de um juízo acerca da evolução: melhorou, manteve, piorou? Surgiram novas situações (problemas)?
4. Reavaliação do Plano de Cuidado de Enfermagem: o que será mantido, suspenso e/ou e/ou acrescentado?.

#### RELAÇÕES ENTRE AS ETAPAS DA METODOLOGIA



## II – SEGUNDA PARTE: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA UTI NEONATAL

### 1. ESTRUTURA E RECURSOS PARA O ATENDIMENTO DO ADULTO, IDOSO E FAMÍLIA



A UTI Neonatal localiza-se próximo da unidade obstétrica e, nela, estão as unidades de alto e de médio risco. Toda criança tem direito de ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável durante todo o período de internação. No caso do recém-nascido em UTIN também se aplica esse direito. A permanência dos pais deve ser estimulada para que seja possível o estabelecimento de vínculos afetivos entre eles. Também é estimulada a visita dos avós em horário de visitas.

| <b>Estrutura e Recursos</b>                        | <b>Nº</b> | <b>Características</b>  |
|--|-----------|---|
| Número de Leitos <sup>(1)</sup>                    | 10        | 5 leitos de alto risco e 5 de médio risco   |
| Ante-sala  | 01        | Destinada à paramentação para entrar na unidade (avental e pro-pés), lavar mãos, guardar pertences. Possui armários de roupas e para guarda de pertences, pia.  |
| Unidade de alto risco                              | 01        | Destinada a receber os RNs mais críticos, com cuidados intensivos. Conta com equipamentos diversos (respiradores, incubadoras, monitores multiparâmetros, bombas de infusão, aparelhos de fototerapia, aspiradores, carrinho de emergência, rede de gases, etc)   |
| Unidade de médio risco                             | 01        | Destinada a receber os Rns de médio risco, bebês transferidos do alto risco devido à sua melhora, para ganhar peso, observação, com cuidados intermediários. Conta com diversos equipamentos (exceto respiradores), espaço para o manuseio de dieta e para procedimentos. Há também um espaço para uso da equipe médica e de enfermagem, alunos e professores. Neste espaço estão organizados os prontuários, impressos, exames, computador, etc) |
| Sala de preparo de medicações                      | 01        | Destinada ao preparo de medicamentos, manipulação de soluções estéreis (NPP, soros, etc). Conta com armários para a guarda de materiais, medicamentos e soros, pia, geladeira   |
| Sala da Chefia do Serviço de Enfermagem da UTIN    | 01        | Destinado ao trabalho administrativo da UTIN, com computador, banheiro de uso da enfermagem e do secretário de unidade.   |
| Expurgo  | 01        | Destinado a abrigar os hampers com roupas usadas, material da central de material contaminado, traquéias dos respiradores, bacias de banho, etc..   |
| Carrinho de Emergência                             | 01        | Para atendimento de PCR com desfibrilador. Fica na unidade de alto risco  |
| Área de descanso e repouso da equipe de enfermagem | 01        | Espaço para estar e repouso da equipe de enfermagem. Conta com TV, sofá, cadeiras, camas, mesa.   |
| Outros recursos tecnológicos                       | -         | Equipamentos como incubadoras, berços aquecidos, respiradores, bomba de infusão venosa, oxímetro de pulso, multiparâmetro, nebulizador, geladeira, aparelho de fototerapia, glicosímetro cutâneo e outros   |

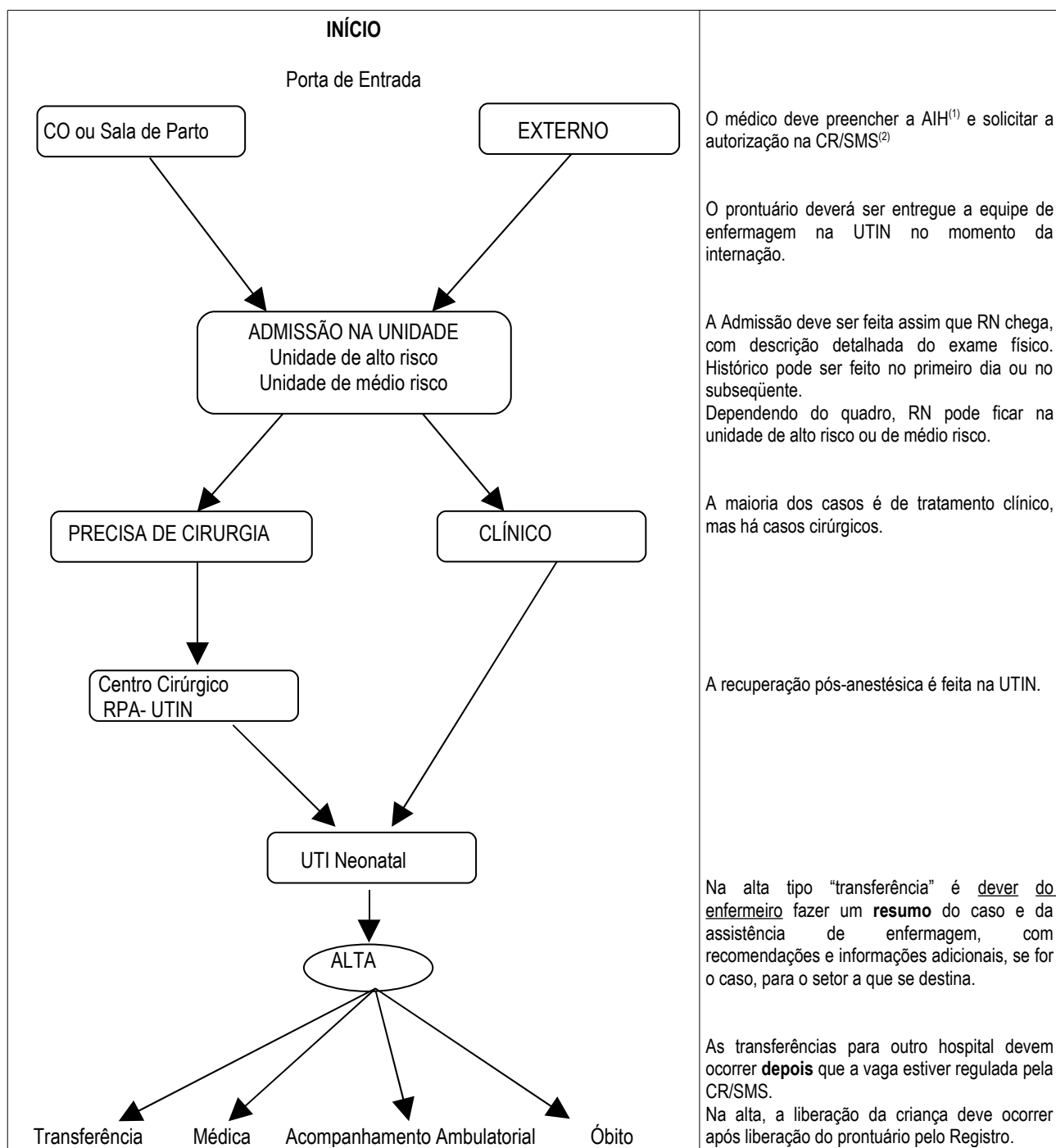
(1) Segundo o Convênio 001/GAB/SMS/2005 a capacidade planejada para a médica é de 36 leitos

## PROJETOS DE APOIO ASSISTENCIAL AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA

- Grupo de Apoio à família de Recém-nascidos prematuros

## 2. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DO RECÉM-NASCIDO NA UTIN

E suas relações com a Sistematização da Assistência de Enfermagem



<sup>(1)</sup> AIH : Autorização de Internação Hospitalar

<sup>(2)</sup> CR/SMS: Central de Regularização da Secretaria Municipal de Saúde.  
Telefones da CR Urgência: 3616:9120  
CR Internação: 3616: 7254

### 3. O PRONTUÁRIO E AS REGRAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA SAE

**Prontuário** é um documento único constituído por um *conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo* (CFM, Resolução nº 1638/2002 apud POSSARI, 2005, p.17).

As ações realizadas pela equipe de enfermagem na assistência devem ser documentadas no prontuário de forma a respeitar as normas técnica-científica, da língua portuguesa e atentar para as questões ético e legal. O prontuário é um documento legal, portanto ele **não** pode conter rasuras.

### 3.1 REGRAS GERAIS PARA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO

#### NORMA GERAL PARA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Toda equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, devem colocar o número do COREN em suas anotações conforme preconiza o Código de Ética Profissional, Capítulo IV – das obrigatoriedades, Artigo 75: *Apor o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem em sua assinatura, quando no exercício profissional.* Usar **carimbo**.
- Anotações de enfermagem devem ser feitas com letra legível e atentar para as regras gramaticais da língua portuguesa e da norma técnica científica.
- Professores e alunos de enfermagem de curso médio e superior devem assinar suas anotações e colocar os dados referente a escola, número da matrícula e do curso e do COREN para o professor. Usar **carimbo**.
- Plano de Cuidado de Enfermagem elaborado pelo aluno de graduação deve conter a assinatura e carimbo do mesmo e do professor responsável Usar **carimbo**.
- Anotações de cuidados de enfermagem realizadas por alunos de técnico em enfermagem e de graduação devem ser avaliadas pelo professor antes de serem registradas no prontuário.
- Escrever no prontuário usando CANETA AZUL no período diurno e VERMELHA no noturno.

- Quando ocorrer erros ao escrever uma palavra ou frase, coloque-a entre parênteses, seguido pelo termo “*digo*” precedido da palavra corrigida. O prontuário **não** pode ser rasurado. Nunca use corretivos, fitas adesivas ou riscar o texto. Rasurar anotações tem implicações frente ao Código de Ética em Enfermagem, Código Penal Brasileiro e Código Civil Brasileiro.
- Usar abreviaturas padronizadas e reconhecidas pelas normas técnicas. Consultar a lista neste manual.
- Checar todas os cuidados de enfermagem e da prescrição médica usando a rubrica e, circular aqueles que não forem realizados, justificando o motivo.
- Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem devem cadastrar, junto a chefia imediata, a rubrica utilizada nas anotações juntamente com o número do COREN. Caso mude, deverá atualizar.

### 3.2. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

**Definição:** histórico de enfermagem representa um roteiro direcionado para a coleta de informações sobre a história de vida do cliente e família e condição atual de saúde. Ele agrega, também, dados identificados no exame físico e resultados de exames laboratoriais apresentados na internação. Varias maneiras podem ser usadas para documentar esta ação, o que precisa ser esclarecido que ele faz parte da Etapa da Investigação.

**Norma específica :**

- É atribuição privativa e dever do enfermeiro, fazer e registrar no prontuário o Histórico de Enfermagem.
- A coleta dos dados histórico deve ser feita nas primeiras 48 horas de admissão.
- O enfermeiro deve seguir a distribuição do número de históricos a serem feitos conforme decisão, ou seja, seguindo a proporção em relação ao total de leitos ocupados:
  - 40% de manhã
  - 40% de tarde
  - 20% a noite.

Quando houver mais de um enfermeiro no mesmo horário, **todos** os históricos deverão ser feitos no período diurno.

- Deverá ser usado o impresso padronizado pelo serviço de enfermagem do hospital.
- Outros modelos de histórico de enfermagem de interesse acadêmicos deverão ser apresentado formalmente ao Comitê Fênix da Gerencia de Enfermagem para avaliação e liberação para uso na unidade e afixação no prontuário.

| Descrição da Rotina para elaboração histórico |  |   |
|---|--|---|
| Agente  | Procedimento   | Observação  |
| Secretário da unidade                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Desmembra o prontuário em duas pastas: uma para enfermagem e outra para medicina. Na pasta da enfermagem coloca os impressos de HE, Mapa de Problemas, Evolução, Plano de Cuidados de enfermagem, Anotações de Enfermagem.</li> </ul>   | É rotina no hospital “desmembrar” o prontuário em duas pastas para facilitar o trabalho da medicina e da enfermagem             |
| Enfermeiro                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Separa os materiais necessário: caneta, impresso, estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro e outros.</li> <li>Avalia as informações já contidas no prontuário</li> <li>Lava as mãos e dirige-se a enfermaria.</li> <li>Preparar o recém nascido</li> <li>Colhe os dados de anamnese e exame físico</li> <li>Registra e avalia os dados</li> <li>Documenta no “Mapa de Problemas” os DE e CP evidenciados</li> </ul> | Usar o Impresso padrão.<br>Seguir a distribuição das tarefas entre os enfermeiros:<br>Manhã – 40%<br>Tarde – 40%<br>Noite – 20% |

---

## HISTÓRICO ENFERMAGEM

**Genograma** é um esquema representando a estrutura da família. **Ecomapa** é a representação uma visão geral da situação da família , retrata as relações importantes de educação, demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações ( Wright; Leahey, 2002).

### 3.3. MAPA DOS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM

**Definição:** o Mapa de Problemas de Enfermagem é o impresso que o enfermeiro utiliza para registrar os Diagnósticos de Enfermagem e Problema Colaborativo identificados e do cliente e família e, também, Procedimento Invasivos realizado durante a internação. Sua finalidade é agrupar os problemas, facilitar o processo de priorização e acompanhamento dos mesmos pela enfermagem e, contribuir com busca ativa realizada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar no processo de vigilância epidemiológica das infecções.

**Norma específica:**

- É atribuição privativa e dever do enfermeiro fazer e atualizar o Mapa dos Problemas de Enfermagem.
- O Diagnóstico de enfermagem deverá ser registrado no mapa, usando a sigla “DE:”.

Por exemplo: *DE: risco para traumatismo relacionado à desorientação.*

Seguir as regras para elaboração do diagnóstico conforme sua classificação:

- diagnósticos reais ou vigentes: *título + fator relacionado + evidenciado por*
- diagnósticos riscos ou potenciais: *título + fator relacionado*

- O Problema Colaborativo ou Complicação Potencial deverá ser escrito usando as siglas “CP:”

Por exemplo: *CP: risco para hemorragia* (quando houver o *risco de desenvolver* o quadro)

*CP: hemorragia* (quando o quadro estiver instalado).



- O procedimento deverá ser escrito usando a sigla “P”:

Por exemplo: *P: dissecação venosa no MMSS esquerdo*

- Diariamente deverá ser avaliado a evolução dos DE(s) e CP(s), contudo, a anotação no impresso poderá ser feita a cada dois dias conforme avaliação do enfermeiro.
- Recomendamos a utilização da TAXONOMIA II da NANDA como padrão na linguagem dos diagnósticos.

| Descrição da Rotina para elaboração Mapa |  |   |
|--|--|---|
| Agente                                   | Procedimento   | Observação  |
| Secretário da unidade                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prepara as pastas da enfermagem com os impressos de HE, <b>Mapa dos Problemas de Enfermagem</b>, Evolução, Plano de Cuidados e Anotações de Enfermagem.</li> </ul>  | É rotina no hospital “desmembrar” o prontuário em duas pastas para facilitar o trabalho da medicina e da enfermagem |
| Enfermeiro                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Levanta dados e avalia.</li> <li>Identifica os fatores relacionados ou as características definidoras e faz a inferência diagnóstica</li> <li>Registra os Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos</li> </ul> |   |

### EXEMPLO

| <br>UFMT/HUJM |  | HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER<br>Gerencia de Enfermagem<br><br><b>MAPA DOS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM</b> |  |      |      |      | <br>cuidado<br>humanizado |      |
|--|--|--|--|------|------|------|--|------|
| Nº.  | PROBLEMAS DE ENFERMAGEM<br><b>DE:</b> Diagnóstico Enfermagem<br><b>CP:</b> Problema Colaborativo<br><b>P:</b> procedimento | INÍCIO<br>Data<br>Iniciais<br>COREN  | EVOLUÇÃO<br>códigos<br>E=Existente R=Resolvido M=melhorou P=Piorou |      |      |      |  |      |
|  |  |  | 13/6   | 14/6 | 15/6 | 16/6 | 17/6   | 18/6 |
| 01   | DE: Déficit de volume de líquidos relacionado à má ingestão oral evidenciado por vômitos, náuseas e falta de oferta        | 13/6/9<br>R.M.V<br>Coren<br>22.000   | E  | E    | R    | -    | -  |      |
| 02   | CP: arritmia relacionada ao potássio sérico baixo  | 15/6/9<br>R.M.V<br>Coren<br>22.000   | -  | -    | E    | R    | --   |      |
| 03   | P: sondagem vesical de demora  | 15/6/9<br>K.L.M.<br>Coren<br>67.000  | -  | -    | E    | E    | R  |      |
| 04   | DE: Risco para queda relacionado a hipóxia tecidual  | 16/6/9<br>K.L.M.<br>Coren<br>67.000  | -  | -    | -    | E    | R  |      |
|  |  |  |  |      |      |      |  |      |

#### Orientações para preenchimento

- Procurar usar a classificação da Taxonomia II da NANDA para os Diagnósticos de Enfermagem
- Colocar o título do diagnóstico seguido pelo fator relacionado e, se for um diagnóstico do grupo dos reais, incluir as evidências.
- Avaliar os problemas diariamente, contudo, o registro da evolução pode ser dois em dois dias.
- Colocar somente as iniciais do nome ou usar a rubrica, seguida do número do COREN.
- Quando precisar de abrir um novo impresso para incluir novos problemas ou evoluir, não é necessário escrever todo o enunciado, pode-se colocar somente o número a que ele corresponde no impresso anterior.



### 3. 4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**Definição:** Plano de Cuidados de Enfermagem ou prescrição de enfermagem, representa o conjunto de medidas (intervenções de enfermagem) definidas pelo enfermeiro para alcançar os resultados esperados diante dos problemas levantados. Ele direciona e coordena o trabalho da equipe de enfermagem na assistência ao cliente e família de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. Existe várias maneiras de elaborar o plano. Ele faz parte da etapa do planejamento.

#### **Norma específica**

- É atribuição privativa e dever do enfermeiro fazer e registrar no prontuário o Plano de Cuidados.
- Todo o cliente internado deverá ser avaliado diariamente pelo enfermeiro e junto à família, estabelecer um plano de cuidados.
- É obrigatório a colocação da data, hora, assinatura e número do COREN em todas os planos. Usar **carimbo**.
- Deverá ser seguido por todos enfermeiros, a seqüência abaixo relacionada para a prescrição dos cuidados:

SINAIS VITAIS. Incluir a curva térmica se houver indicação.

HIGIENE CORPORAL. Só incluir cuidados quando houver algum problema que o justifique. Por exemplo: *DE: déficit de autocuidado: banho e higiene oral* ou *CP: insuficiência cardíaca congestiva descompensada*. Se não houver problema que o justifique, passar para o próximo item.

ALIMENTAÇÃO. Idem a explicação anterior.

CUIDADOS COM PROCEDIMENTOS. Neste item entra preparo para cirurgias, sondagens, curativos, exames diagnósticos (punções, biópsias, endoscopias) e outros. Só inclua cuidados quando necessário.

CUIDADOS COM MEDICAMENTOS. Os cuidados com diluição de medicamentos e efeitos, devem ser prescritos quando necessário ou em casos de introdução de nova droga, caso contrário, a equipe deve estar capacitada para tal ação. Pode-se incluir, também neste item, cuidados para problemas colaborativos decorrentes ao uso de drogas, como por exemplo, anticoagulante que aumenta o risco de sangramento.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE. Incluir neste item, as orientações realizadas á família e acompanhantes além das específicas para o cliente.


- Ao escrever, usar verbo no infinitivo que indique a ação desejada. Exemplos:
  - Fazer, dar, realizar.
  - Auxiliar, ajudar, facilitar, propiciar.
  - Monitorar, controlar.
  - Encaminhar, levar, conduzir
- Abrir os horários usando “M” - manhã, “T” - tarde e “N” - noturno. Colocar hora exata somente quando houver necessidade de realização de uma ação com precisão.
- Cuidados de rotina referentes a admissão do adulto, idoso e acompanhante; alimentação e hidratação; sono e repouso poderão ser prescritos como – Fazer cuidados de rotina para .... - conforme a padronização do setor. (Consulte a quarta parte deste manual).
- Deverá ser dividir as responsabilidades entre os enfermeiros, de fazer o Plano de Cuidados de Enfermagem diário a todos os clientes internados. Recomenda-se seguir a proporção de 40% manhã, 40% tarde e 20% noturno definida para o Histórico.
- O prazo de validade do Plano de Cuidados de Enfermagem é de 24h. Porém, num prazo menor, este poderá ser alterado e/ou implementado conforme avaliação das necessidades.
- Quando o cliente for encaminhado para o Centro Cirúrgico, este terá um Plano de Cuidados de Enfermagem específico para o período de Recuperação Anestésica.
- Todas ações prescritas enfermeiro e medico, deverão ser CHECADOS pelo profissional que a realizou usando a seguinte regra:
  - **Ação realizada** – fazer um “V” em cima do horário prescrito e rubricar. Não precisa colocar o número do COREN. Ex: Pesar em jejum .....6:00 **LDM** .
  - **Ação não realizada** – fazer um círculo o redor do horário prescrito, rubricar e, descrever os motivos no impresso de anotações. Ex: Pesar em jejum ..... **6:00** Acompanhante deu comida ao cliente. **LDM**


| Descrição da Rotina para elaboração do Plano de cuidados de enfermagem                      |   |  |
|---|---|--|
| Agente  | Procedimento  | Observação   |
| Secretário da unidade   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prepara as pastas da enfermagem com os impressos de HE, Mapa de Evolução dos Problemas, Evolução, <b>Plano de Cuidados</b> e Anotações de Enfermagem.</li> </ul>   | É rotina no hospital “desmembrar” o prontuário em duas pastas para facilitar o trabalho da medicina e da enfermagem  |
| Enfermeiro ou o acadêmico do curso de graduação em enfermagem sob a supervisão do professor | <ul style="list-style-type: none"> <li>Levanta os dados e avalia as prioridades em relação aos problemas levantados no Mapa</li> <li>Estuda a “melhor” intervenção para prevenir, melhorar, resolver e/ou controlar o problema</li> <li>Considera as condições (recursos e pessoal) para a realização da proposta</li> <li>Prescreve os cuidados</li> </ul> | <p>O enfermeiro aplica os métodos e técnicas para anamnese e exame físico</p> <p>Seguir a distribuição das tarefas entre os enfermeiros:<br/>Manhã – 40%<br/>Tarde – 40%<br/>Noite – 20%</p> |
| Enfermeiro da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Levanta dados e avalia as prioridades em relação a recuperação pós-anestésica imediata</li> <li>Prescreve os cuidados</li> <li>Acompanha a evolução até a alta do RPA</li> <li>Destaca, quando necessário, os cuidados que deverão ser mantidos na unidade de internação.</li> </ul>                                 | <p>Usar o impresso específico do setor de RPA</p> <p>Consultar o Manual Administrativo em relação as atribuições da equipe</p>   |

### MODELO DO IMPRESSO

|                                 |         |                         |                 |
|---------------------------------|---------|-------------------------|-----------------|
| MEU NOME É:                     |         | MINHA MÃE É:            | DATA:    /    / |
| PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM |         |                         |                 |
| Intervenções de Enfermagem      | Horário | Relatório de Enfermagem |                 |
|                                 |         |                         |                 |
|                                 |         |                         |                 |
|                                 |         |                         |                 |
|                                 |         |                         |                 |
|                                 |         |                         |                 |
|                                 |         |                         |                 |

- ✓ Este impresso encontra-se no “verso” da folha de “Evolução de Enfermagem”
- ✓ Quando houver necessidade de usar mais de um impresso para registrar o plano, poderá recorrer ao impresso avulso ou o impresso da “Prescrição Diária” padronizado no hospital e de uso multidisciplinar.

|   |              |         |
|---|--------------|---------|
|  UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO<br>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOSÉ WALKER | Nº REGISTRO  |         |
|   | FOLHA        |         |
| PRESCRIÇÃO DIÁRIA   |              |         |
| NOME DO PACIENTE  | IDADE        | CLÍNICA |
| ENFERMARIA  |              | LEITO   |
| DATA  | TERAPÊUTICAS | HORÁRIO |
| RELATÓRIO ENFERMAGEM  |              | ASS.    |

|   |                                |                                   |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|
|  <p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO</b><br/>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER</p> | <b>MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE</b> | <b>Nº</b> _____                   |
| <input type="checkbox"/> REQUISIÇÃO<br><input type="checkbox"/> DEVOLUÇÃO<br><input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA   | <b>CENTRO DE CUSTO</b>         | <b>DATA</b><br>____ / ____ / ____ |

| ITEM | CÓDIGO | DISCRIMINAÇÃO | UNIDADE | QUANTIDADE |          |
|------|--------|---------------|---------|------------|----------|
|      |        |               |         | SOLICITADA | ENTREGUE |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |
|      |        |               |         |            |          |

|                                       |                             |                           |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <b>REQUISITANTE - VISTO - CARIMBO</b> | <b>ALMOXARIFADO - VISTO</b> | <b>RECBIMENTO - VISTO</b> |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|

### 3.5. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

**Definição:** evolução é um processo que representa desenvolvimento de um estado a outro. O enfermeiro ao evoluir, precisa levantar dados sobre as condições anterior e atuais do cliente e família para, mediante análise, emitir um julgamento. Mudanças para piora ou melhora do quadro; manutenção das situação; ou surgimento de novos problemas são constatados neste processo

#### Norma Específica

- É atribuição privativa e dever do enfermeiro fazer e registrar no prontuário a *Evolução de Enfermagem* diária.
- Deverá ser dividir as responsabilidades entre os enfermeiros, de fazer a Evolução de Enfermagem diária a todos os clientes internados. Recomenda-se seguir a proporção de 40% manhã, 40% tarde e 20% noturno definida para o Histórico e Plano de Cuidados.
- O prazo para de validade da evolução deverá ser de 24h para cliente internados em unidades, podendo ser reduzido nos casos graves em que for necessário uma reavaliação antes do estabelecimento de nova conduta.

| Descrição da Rotina para elaboração da Evolução de Enfermagem                          |   |   |
|--|---|---|
| Agente   | Procedimento  | Observação  |
| Secretário da unidade  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prepara as pastas da enfermagem com os impressos de HE, Mapa de Evolução dos Problemas, <b>Evolução</b>, Plano de Cuidados de enfermagem e Anotação de Enfermagem.</li> </ul>  | É rotina no hospital “desmembrar” o prontuário em duas pastas para facilitar o trabalho da medicina e da enfermagem   |
| Enfermeiro e acadêmico do curso de graduação em enfermagem sob supervisão do professor | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prepara o material: impressos da evolução e do SCP, estetoscópio, esfigmomanômetro e caneta.</li> <li>Consulta os últimos dados anotados no prontuários referente a exame laboratorial, procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, prescrição médica e anotações de enfermagem.</li> <li>Lava as mãos e dirige-se a enfermagem.</li> <li>Examinar a criança</li> <li>Conversa com a família.</li> <li>Registra no prontuário no impresso próprio.</li> </ul> | <p>A evolução tem validade por 24 horas</p> <p>Seguir a distribuição das tarefas entre os enfermeiros:</p> <p>Manhã – 40%</p> <p>Tarde – 40%</p> <p>Noite – 20%</p> |

MODELO DO IMPRESSO UTI NEONATAL – EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

|  |                  |  |  |  |       |
|--|------------------|--|--|--|-------|
| MINHA MÃE É:   |                  | MEU NOME É:  |  | DATA:  | HORA: |
| # ___ dias de vida   |                  | Diagnóstico:   |  |  |       |
| # ___ dias de internação   |                  |  |  |  |       |
| <b>EQUIPAMENTO EM USO</b>  |                  |  |  |  |       |
| <input type="checkbox"/> Incubadora aquecida 32°C<br><input type="checkbox"/> Berço aquecido ___°C<br><input type="checkbox"/> Berço comum<br><input type="checkbox"/> Fototerapia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                  | <input type="checkbox"/> Monitor multiparâmetro<br><input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso<br><input type="checkbox"/> Capnógrafo<br><input type="checkbox"/> Bomba de infusão<br><input type="checkbox"/> Bomba de seringa |  | <input type="checkbox"/> Respirador<br><input type="checkbox"/> VM ___% FiO2<br><input type="checkbox"/> CPAP Nasal ___% FiO2<br><input type="checkbox"/> HOOD ___% FI l/min<br><input type="checkbox"/> com tampa ( ) sem tampa<br><input type="checkbox"/> Ar Ambiente |       |
| SSVV:  | Fr:              | Fc:  | Tax:   | Sat O2:  |       |
| Estado geral:  |                  |  |  |  |       |
| Atividade: Reatividade:  |                  |  |  |  |       |
| Pele:  |                  |  |  |  |       |
| Edema:   |                  |  |  |  |       |
| Olhos:   |                  |  | Nariz:   |  |       |
| Cavidade oral:   |                  |  |  |  |       |
| Fontanelas:  |                  |  |  |  |       |
| Reflexos:  |                  |  |  |  |       |
| Tórax:   |                  |  |  |  |       |
| Abdome:  |                  |  | Dieta:   |  |       |
| Coto umbilical:  |                  |  | <input type="checkbox"/> Dieta zero (SOG aberta)   |  |       |
| Genitália:   |                  |  | <input type="checkbox"/> Dieta por SOG (20ml)      |  |       |
| Anus: Pérvio   |                  |  | <input type="checkbox"/> Dieta por SNE (___ml)     |  |       |
| MMSS e MMII:   |                  |  | <input type="checkbox"/> Seio materno              |  |       |
|  |                  |  | <input type="checkbox"/> Seringa ( complementação) |  |       |
|  |                  |  | <input type="checkbox"/> Copinho                   |  |       |
| Perfusão periférica:   |                  |  | Tolerância:  |  |       |
|  |                  |  | Resíduo gástrico: ___ ausente ml                   |  |       |
| Acesso venoso:   |                  |  |  |  |       |
| Visita familiar:   |                  |  |  |  |       |
| <b>DADOS VITAIS DAS 12Hs</b>   |                  |  |  |  |       |
| Fc:  | Fr:              | Tax:   | PA: X  | mmhg   |       |
| Sat O2:  | Peso: ( )        | Dextro:  |  |  |       |
| BH das 12hs:   | Diurese da 12hs: | Eliminação intestinal:   |  |  |       |
| Análise:   |                  |  |  |  |       |
|  |                  |  |  |  |       |
| Condução de enfermagem:  |                  |  |  |  |       |
|  |                  |  |  |  |       |
| ASSI. / COREN  |                  |  |  |  |       |

### 3.6. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

**Definição:** representa os registros anotados pela equipe de enfermagem no prontuário de forma sistematizada, referentes as alterações subjetivas e objetivas constatadas, observadas e/ou referidas pelo cliente e acompanhante (CIANCIARULO, apud POSSARI, p.132). Temos três impressos padronizados com esta finalidade: o impresso do Plano de Cuidados de Enfermagem com o espaço destinado as anotações de cuidados e intercorrências; o impresso específico para Anotações de Cuidados de Enfermagem e o impresso do Balanço Hídrico.

**Relatório de Enfermagem** constitui-se no conjunto de anotações realizadas pelo profissional, referentes a condições do clientes observadas num determinado período, tais como, sinais vitais, eliminação, alimentação, queixas e outros dados. O impresso de Anotação de Cuidados de Enfermagem, quando devidamente preenchido, assinado e identificado com o número do COREN, é considerado Relatório de Enfermagem.

#### **Norma específica:**

- É atribuição do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem fazer, diariamente, as anotações dos clientes sob sua responsabilidades, no impresso de “**Anotações de Cuidados de Enfermagem**” e as do **Balanço Hídrico**.
- É atribuição do Enfermeiro fazer o fechamento do Balanços Hídricos, calcular as perdas e ganhos.
- Escrever no prontuário usando CANETA AZUL no período diurno e VERMELHA no noturno.
- As anotações de enfermagem não podem conter rasuraras ou ser inventadas. Tal conduta é considerada anti-ética e crime, estando sujeito a punições perante processos judiciais.
- Em relação as anotações referentes ao cumprimento de prescrições medicamentosa, é *vedado ao profissional de enfermagem, aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêuticas, oriundas de qualquer profissional da área de saúde, através de rádio, telefonia ou meio eletrônico, onde não conste a assinatura dos mesmos* (Resolução COFEN-225/2000).
- Todas ações prescritas pelo enfermeiro e medico, deverão ser CHECADAS pelo profissional que a realizou aplicando a seguinte regra:
  - **Ação realizada** – fazer um “V” em cima do horário prescrito e rubricar. Não precisa colocar o número do COREN. Ex: Pesar em jejum .....6:00 **LDM**
  - **Ação não realizada** – fazer um circulo o redor do horário prescrito, rubricar e, descrever os motivos no impresso de anotações. Ex: Pesar em jejum .....6:00 Cliente comeu antes de pesar. **LDM**

[illegible]

- ✓ Colocar a data e anotar a hora dos cuidados realizados tais como:
  - verificação dos sinais vitais conforme horários definidos no plano de cuidados de enfermagem
  - eliminações fisiológicas, drenos e sondas
  - as seis refeições: desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia
- ✓ Incluir os desconfortos observados da criança e/ou as queixas do da mãe na ultima coluna. Assinar e colocar COREN.  
Exemplo: Amamentou a criança. **KLM**- COREN-MT 00.000
- ✓ Este conjunto de informações é considerado o **Relatório de Enfermagem**.





### 3.8 ADMISSÃO

**Definição:** é entrada do cliente e família/acompanhante na unidade de internação, por internação, incluindo s transferências externas ou por transferências internas (BRASIL, 2002).

**Norma específica:**

- É atribuição do profissional do Registro conduzir o cliente e família/acompanhante até a unidade munido do prontuário, estando a vaga regularizada frente a Central de Regularização do SUS, pelo médico responsável.
- É atribuição do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem recepcionar o cliente e família/acompanhante na unidade e conferir o prontuário, fazer a admissão e registrar os seguintes dados:
  - Data e horário da admissão
  - Como se deu a entrada: no colo? berço? Acompanhado por quem?
  - Motivo da internação
  - Queixas principais relatada pela família.
  - Condições gerais: estado geral, nível de consciência, à presença de soro, curativos, sondas, etc.
  - Sinais Vitais: colocar a PA, P, R, T.
  - Peso, altura: se possível
  - Assinatura e número do COREN. Usar **carimbo**.
- É atribuição do secretário de unidade na admissão fazer:
  - registrar o cliente no livro de admissão;
  - Identificar o leito do cliente
  - colocar o nome no quadro do posto de enfermagem;
  - desmembrar o prontuário em duas pastas e montar a pasta da enfermagem;
  - comunicar o Serviço de Nutrição e Dietética.
- É atribuição do enfermeiro fazer o Histórico de Enfermagem e Plano de Cuidados.
- É atribuição da Recepção e Portaria, orientar e encaminhar a família para a guarda de pertences no armário do hospital.

| Descrição da rotina de Admissão             |  |   |
|---|--|---|
| Agente                                      | Procedimento   | Observação  |
| Serviço de registro                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Abre o prontuário</li> <li>Comunica a enfermaria que vai haver internação.</li> <li>Confirma a organização do leito.</li> <li>Encaminha o cliente e família acompanhante até a unidade</li> </ul>   | Levar o prontuário com a vaga regulada na CR/SMS  |
| Recepção                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recepção encaminha a família até o guarda.</li> </ul>   | Não é permitido a admissão com malas e bolsas.  |
| Guarda da portaria                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega a chave do armário a família/acompanhante para a guarda de pertence. ; entrega a chave novamente ao guarda e fica, somente, com o número do armário.</li> </ul>   | Não é permitido a entrada de alimentos.   |
| Cliente e Família                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Guarda os pertences e entrega a chave ao guarda e fica comente com a identificação do número do armário.</li> </ul>   | O hospital não se responsabiliza por celular e demais pertences que ficarem com o cliente na enfermaria.  |
| Técnico Enfermagem e/ou Auxiliar Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prepara a incubadora</li> <li>Recepciona a criança e família</li> <li>Confere o prontuário</li> <li>Levanta os dados de admissão</li> <li>Explica as rotinas da unidade a família</li> <li>Pesa e mede (se possível)</li> <li>Registra os dados no prontuário</li> </ul>  | Recomendamos anotar no prontuário o uso de celular e outros pertences que ficarem junto ao cliente. Explicar a família que o hospital não se responsabiliza por perda ou danos. |
| Secretário da unidade                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prepara as pastas da enfermagem com os impressos de HE, Mapa de Evolução dos Problemas, Evolução, Plano de Cuidados, <b>Anotações de Enfermagem</b>.</li> <li>Identificar a incubadora com o primeiro nome do cliente.</li> <li>Atualiza o quadro de clientes do posto de enfermagem</li> <li>Registra a entrada no "Livro de Admissão" da unidade.</li> <li>Manter atualizado os dados no Sistema HOS PUB</li> </ul> | Incluir o impresso para "Balanço Hídrico" se a situação exigir  |
| Enfermeiro                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conversa com a família</li> <li>Faz o Histórico de Enfermagem</li> <li>levantar os problemas de enfermagem e registra no Mapa</li> <li>Elaborar o Plano de cuidados de enfermagem</li> </ul>  |   |

**ATENÇÃO:**

- Para evitar transtornos à equipe, oriente a família quanto ao uso de pertencer pessoais durante a internação do recém nascido na UTIN. Evitar trazer celular, óculos, carteira com documentos, adornos e outros. Utilize o armário disponível na portaria ou estimule o familiar levar para casa. O hospital não se responsabiliza por perda ou danos.

### 3.9. ALTA

**Definição:** ou saída do cliente por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito (BRASIL, 2002).

**Norma específica:**

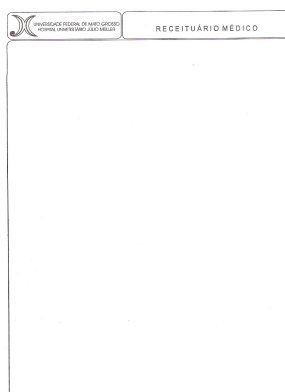
- É atribuição da equipe de enfermagem: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem registrar a alta do cliente na unidade conforme o roteiro abaixo:
  - Data, horário e tipo da alta: médica, desistência, transferência (local) ou óbito.
  - Como saiu: no colo? incubadora? Acompanhado? Por quem? Em que condições?
  - Assinatura e número do COREN: Use **carimbo**.
- No caso da evasão, registrar a ocorrência dos fatos, horário da constatação e encaminhamentos realizados.
- Quando houver necessidade de orientações pós-alta, estas deverão ser feita por escrito, pelo enfermeiro e entregues ao cliente e família.

| Descrição da Rotina para alta            |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| Agente                                   | Procedimento   | Observação                         |
| Médico                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Efetua a Alta no prontuário</li> <li>Recompõe o prontuário</li> </ul>   |                                    |
| Secretário da Unidade                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Preenche o aviso de ALTA da unidade</li> <li>Leva o prontuário e o aviso de ALTA para o registro carimbar</li> <li>Entrega o aviso de ALTA carimbado a família e orientar para que este entregue ao guarda da portaria no momento da saída</li> </ul> | Manter o sistema HOSPUB atualizado |
| Enfermeiro                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Faz as orientações em saúde e registra no prontuário. Entrega por escrito quando necessário.</li> <li>Elabora o resumo da assistência prestada e entrega para a família, quando necessário</li> </ul>   |                                    |
| Técnico Enfermagem e Auxiliar Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> <li>Preparar a criança para alta.</li> <li>Orienta a família para retirar os pertences arquivados no armário do hospital</li> <li>Desmonta a incubadora, retira a identificação</li> <li>Realiza a limpeza terminal</li> </ul>                            |                                    |
| Equipe de Higienização                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminha material para a CME realizar a limpeza e desinfecção</li> </ul>   |                                    |

### ATENÇÃO:

Quando for necessário entregar a família orientações por escrito, usar o impresso Receituário Médico e colocando os dados abaixo:

- ➔ Data e horário da alta
- ➔ Nome da criança e o número do prontuário
- ➔ Breve resumo do caso: dias de internação, motivo, tratamento e cuidados terapêuticos de enfermagem, exames realizado e outras informações pertinentes.
- ➔ Redigir de forma clara e objetiva as orientações para o pós-alta: o que, por que, como fazer, quando e outras que se fizerem necessárias.
- ➔ Assinar e colocar número do COREN. Use **carimbo**.



Formulário para AVISO DE ALTA

|   |              |   |
|---|--------------|---|
| FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO<br>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER |              | SERVIÇO REGISTRO E<br>DOCUMENTAÇÃO<br>- S R D - |
| AVISO DE ALTA   |              | REGISTRO : _____                                |
| NOME DO PACIENTE : _____  |              |   |
| CLÍNICA : _____   | DATA : _____ | HORÁRIO : _____                                 |
| TIPO DE ALTA :  |              |   |
| Médica ( )  | A pedido ( ) | Evasão ( )                                      |
| DATA RETORNO PÓS-ALTA : _____   |              | CLÍNICA : _____                                 |
| ASS. DO FUNCIONÁRIO : _____   |              |   |

Este papel, após carimbado pelo Registro, será entregue ao cliente que apresentará ao porteiro no momento da sua saída do hospital.

### 3.10. TRANSFERÊNCIA EXTERNA

**Definição:** é a mudança de um cliente de um hospital para outro (BRASIL, 2002).

**Norma específica:**

- Todo cliente transferido deverá sair do hospital com **resumo** sobre os cuidados de enfermagem feito pelo Enfermeiro da seguinte forma:
  - Data, horário e destino do cliente.
  - Resumo do caso: motivo da internação, quantos dias ficou na unidade, problemas de enfermagem levantados e a terapêutica adotada.
  - Condições no momento da transferência: nível consciência, orientação, soro, curativos, acompanhante e pertences
  - Anotar os pertences enviados junto a criança e/ou que foram entregues a família.
  - Assinatura e número do COREN. Usar **carimbo**.
- É dever do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem fazer as anotações no prontuário referentes a:
  - Data, horário e destino da criança.
  - Condições do cliente no momento da transferência: nível consciência, orientação, soro, curativos, acompanhante e pertences.
  - Assinatura e número do COREN. Usar **carimbo**.

| Descrição da Rotina para transferência |  |  |
|--|--|--|
| Agente                                 | Procedimento   | Observação   |
| Médico                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicita a transferência na CR/SMS</li> </ul>   |  |
| Secretário da Unidade                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Preenche o formulário de ALTA da unidade</li> <li>Leva o prontuário e o formulário de alta para o registro dar "baixa" no sistema HOS PUB</li> </ul>                      | Recompor o prontuário na capa original do hospital   |
| Enfermeiro                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Elabora o resumo do caso para ser enviado a instituição a ser transferida a criança</li> <li>Prepara o adulto, idoso e acompanhante para a transferência.</li> </ul>      | Efetua os registros no prontuário e o resumo para ser entregue a instituição que o receberá. |
| Técnico e/ou Auxiliar de enfermagem    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Preparar a criança e família para a transferência</li> <li>Entrega pertencer a família e registra no prontuário</li> <li>Solicita o condutor quando necessário</li> </ul> |  |
| Condutor                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza o transporte da criança ambulância</li> </ul>   | Geralmente é realizado pela UTI móvel ou SAMU  |

### 3.11. ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO CIRÚRGICO

**Definição:** é o transporte do cliente ao centro cirúrgico do hospital em condições segura.

**Norma específica:**

- Toda criança encaminhada ao centro cirúrgico tem o direito de ser acompanhada por um membro da familiar até à sala operatória e na unidade de recuperação pós-anestésica.
- É responsabilidade da equipe de enfermagem assistencial da UTIN, conferir as condições do cliente **antes** da criança ser conduzida ao centro cirúrgico:
  - Conferir e chegar a administração de drogas pré-anestésica e o cumprimento do jejum.
  - Conferir o preparo pré-operatório prescrito pelo médico e enfermeiro.
  - Conferir a identificação da criança na pulseira.
- O prontuário do cliente deverá ser encaminhado junto a criança incluindo os exames de imagem e outros não fixados no mesmo (enviar as duas pastas: das prescrições e dos exames).
- É responsabilidade da equipe de enfermagem assistencial do Centro Cirúrgico receber a criança e o prontuário, conferir o nome com os dados da pulseira e o preparo.

| Descrição da Rotina de encaminhamento ao Centro Cirúrgico |   |  |
|---|---|--|
| Agente  | Procedimento  | Observação                                     |
| Enfermeiro da UTIN  | Antes solicitar o transporte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confere o preparo e a checagem dos cuidados pré-operatório</li> <li>• Acompanha no transporte se necessário.</li> </ul>  |  |
| Técnico Enfermagem e Auxiliar Enfermagem                  | Antes de solicitar o condutor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prepara a criança.</li> <li>• Orienta a família</li> <li>• Organiza o prontuário</li> <li>• Desmonta a incubadora e realiza a limpeza se necessário.</li> </ul> |  |
| Condutor  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recebe a criança e prontuário.</li> <li>• Transporta até o centro cirúrgico, munido do prontuário.</li> </ul>  | O pediatra e residente, geralmente acompanham. |
| Equipe Enfermagem do Centro Cirúrgico                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recebe a criança e o prontuário (as duas pastas) do condutor</li> </ul>  |  |

### 3.12. ÓBITO

**Definição:** é aquele que ocorre após o cliente ter dado entrada no hospital independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não. Óbito institucional é aquele que ocorre em até 24 horas após a internação hospitalar (BRASIL, 2002).

#### **NORMA ESPECÍFICA**

- Todo óbito deverá ser comunicado ao Serviço Social para os encaminhamentos que se fizerem necessários junto à família.
- Compete ao médico preencher o atestado de Óbito e entregar para a família ou serviço social.
- Compete ao enfermeiro fazer o relatório da assistência prestada até a constatação do óbito e os encaminhamentos pós-morte.
- Compete aos técnicos e auxiliares de enfermagem preparar o corpo, reorganizar o ambiente e relacionar os medicamentos, soluções e materiais descartáveis utilizado para serem repostos no carrinho de emergência.
- Compete ao secretário da unidade receber a relação (ou as embalagens) dos materiais utilizados e providenciar a reposição junto a farmácia e central de kits.
- Toda equipe de enfermagem e de saúde deve manter atitude de respeito e promover conforto aos familiares



| Descrição da Rotina em casos de ÓBITO    |   |   |
|--|---|---|
| Agente                                   | Procedimento  | Observação  |
| Médico                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Comunica à família o falecimento</li> <li>Registra no prontuário</li> </ul>  |   |
| Enfermeiro                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Faz o relatório da assistência prestada ao cliente até a constatação do óbito e os encaminhamentos pós-morte no prontuário.</li> <li>Auxilia os técnicos e auxiliares nos encaminhamentos</li> <li>Conforta a família e orienta quanto aos encaminhamentos</li> </ul>  |   |
| Técnico Enfermagem e Auxiliar Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prepara o corpo</li> <li>Separa os pertences, identifica e entrega a família.</li> <li>Solicita o condutor</li> <li>Desmonta a incubadora e realiza a limpeza terminal.</li> <li>Relaciona todos os medicamentos, soluções e materiais descartáveis utilizados para serem repostos no carrinho de emergência.</li> </ul> | Se não houver nenhum familiar presente no momento, os pertences deverão ser entregues ao guarda da recepção que irá depositá-lo no armário do hospital. |
| Condutor                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminha o corpo até o necrotério</li> </ul>  |   |
| Secretário da unidade                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Providencia a reposição dos medicamentos e materiais do carrinho de emergência.</li> <li>Atualiza o sistema HOSPUB</li> </ul>  |   |
| Assistente Social                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza os encaminhamentos de rotina junto a família.</li> </ul>   |   |

### 3.13. NORMA REFERENTE A PARTICIPAÇÃO ALUNOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA

**Definição:** estudante de enfermagem são todos aqueles que estiverem regularmente matriculado em curso de nível médio, de graduação ou de pós-graduação, inserido na prática assistencial mediante Termo de Cooperação Técnica firmado entre o hospital, Gerência de Enfermagem e a escola de envolvida

#### **Norma específica;**

- A escola que pretende desenvolver estágio/prática assistencial no hospital, deverá encaminhar solicitação ao SEPEnf que desencadeará o processo (Consultar o MANUAL ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM)
- Após firmar o acordo entre a escola e o hospital, o professor e o aluno de enfermagem poderão adentrar as áreas solicitadas para estágio:
  - ➔ Aluno e professor deverão apresentar-se à unidade assistencial portando jaleco, portando identificação da escola e o curso.
  - ➔ O hospital emitirá o “crachá” somente aluno matriculados em cursos na FAEN /UFMT.
  - ➔ O aluno deverá trazer seu material: caneta azul e vermelha, termômetro, estetoscópio e esfigmomanômetro.
  - ➔ O aluno da graduação, poderá elaborar o Plano de Cuidados de Enfermagem ao cliente, contudo, este deverá conter, além da sua assinatura, a do professor responsável devidamente identificado com o número do COREN .
  - ➔ Todas as anotações e cuidados realizados pelos alunos de nível médio e de graduação, deverá ser acompanhadas e avaliadas pelo professor responsável.
  - ➔ Quando os horários de estágio forem diferentes do horário dos turnos, aluno e professor deverão fazer a **finalização do plantão** referente as suas atividades antes de passar o plantão para a equipe de enfermagem, devendo:
    - Conferir todas as anotações e checar prescrições realizadas no prontuário.
    - Reorganizar a sala de prescrição
    - Colaborar no sentido de manter a organização do posto de enfermagem, das enfermarias e da sala de lanche.
    - Passar o plantão a equipe junto com o prontuário.

| Descrição da Rotina de participação de alunos de enfermagem                      |   |  |
|--|---|--|
| Agente   | Procedimento  | Observação   |
| Secretário SEPEnf  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recebe e protocola os pedidos de estágio</li> </ul>  |  |
| SEPEnf   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Analisa os pedidos</li> <li>Elabora uma minuta de Termo de Cooperação Técnica entre a escola e o hospitalar</li> <li>Encaminha para o Comitê Executivo de Enfermagem para avaliação e decisão</li> </ul>   | A avaliação deve considerar a vários aspectos, inclusive a capacidade do setor em receber alunos, o horário, a definição dos papéis entre equipe de enfermagem e escola (alunos e professores) |
| Comitê Executivo Enfermagem  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Avalia e delibera sobre a proposta</li> <li>Encaminha a minuta do TCP para aprovação na DA</li> </ul>  |  |
| Diretoria Administrativa   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Avalia e delibera</li> </ul>   |  |
| SEPEnf   | <p>Se aprovado o TCT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Elabora o mapa de distribuição dos alunos de enfermagem no hospital como um todo.</li> <li>Distribui o mapa para as chefias de enfermagem</li> <li>Encaminha lista dos alunos para para emissão dos Crachás</li> <li>Recebe os alunos e ministra aula sobre a instituição, a enfermagem, norma e rotinas em geral e uso da biblioteca.</li> <li>Encaminha pedido ao SCIH para ministrar aula sobre biossegurança a turmas novatas.</li> </ul> | Crachás serão fornecidos somente para alunos da FAEN/UFMT  |
| Chefia dos Serviço de Enfermagem   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Reune com a equipe, discute a participação de todos no processo de integração docente-assistencial e preparo para o acolhimento do aluno</li> </ul>  | SEMC, SEMI, SECC/CO/CME/SE, SEAMB, UTIA, UTIN  |
| Secretário do serviço  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Afixa o mapa dos estágios com o cronograma no mural da unidade</li> </ul>  |  |
| Professores e alunos   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Participam da aula com o SEPENF e SCIH</li> <li>No primeiro dia, se apresentam equipe de enfermagem e, juntos, definem ações do cotidiano.</li> </ul>  |  |
| Equipe de Enfermagem, Secretário da unidade, Equipe de higienização e condutores | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recebem os alunos e professores</li> <li>Colabora com o processo de aprendizagem e desenvolve as ações previamente pactuadas</li> </ul>  |  |

### 3.13 USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS NAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

**Definição:** a elaboração da escrita no prontuário exige atenção em relação ao uso das regras gramaticais, abreviaturas, siglas e sinais. Apresentamos a seguir, uma relação das mais utilizadas e que, ao serem usadas, facilitam o processo de comunicação e otimização do tempo.

| <b>Sigla</b>    | <b>Sinais vitais / Controles</b>       | <b>Sigla</b> | <b>Medidas / administração</b> | <b>siglas</b> | <b>Terapia / Procedimentos</b> |
|-----------------|--|--------------|--------------------------------|---------------|--------------------------------|
| CT              | Curva Térmica                          | m.           | Metro                          | HO            | Higiene Oral                   |
| SSVV            | Sinais Vitais                          | cm.          | Centímetro                     | BL            | Banho no leito                 |
| T               | Temperatura                            | cc.          | Centímetros cúbico             | CVP           | Cateter Venoso Profundo        |
| PA              | Pressão Arterial                       | mm.          | Milímetros Cúbicos             | IC            | Incisão Cirúrgica              |
| P               | Pulso                                  | ml.          | mililitros                     | ATB           | Antibioticoterapia             |
| R               | Respiração                             | L.           | litros                         | DVA           | Drogas Vaso Ativas             |
| SO <sup>2</sup> | Saturação Percutânea de O <sub>2</sub> | kg.          | Quilogramas                    | SVD           | Sonda Vesical de Demora        |
| FR              | Frequência Respiratória                | mg.          | Miligramas                     | SNG           | Sonda Nago Gástrica            |
| FC              | Frequência Cardíaca                    | EV           | Endovenoso                     | SNE           | Sonda Naso Enteral             |
| PCV             | Pressão Venosa Central                 | IM           | Intramuscular                  | TOT           | Tubo Oro Traqueal              |
| PAM             | Pressão Arterial Média                 | SC           | Subcutânea                     | TRAQ.         | Traqueostomia                  |
| PANI            | Pressão Arterial Não Invasiva          | ID           | Intradérmico                   |               |                                |
| MCC             | Monitorização Contínua                 | SL           | Sublingual                     |               |                                |
| BH              | Balanco Hídrico                        | NPP          | Nutrição Parenteral Parcial    |               |                                |

| <b>Sigla</b>      | <b>Soluções</b>       | <b>Sigla</b> | <b>Uso específico em Pediatria e Neonatologia</b> | <b>Siglas</b> | <b>Uso específico para Mulher</b> |
|-------------------|-----------------------|--------------|---|---------------|-----------------------------------|
| SF                | Soro Fisiológico      | CU           | Cicatriz Umbilical                                | DUM           | Data Última Menstruação           |
| RL                | Ringer Lactato        | RN           | Recém Nascido                                     | TM            | Tampão Mucoso Vaginal             |
| SG                | Soro Glicosado        |              |   | LC            | Leucorréia                        |
| PVPI              | PolivinilPirrolidona  |              |   | IU            | Involução Uterina                 |
| Al.70%            | álcool 70%            |              |   | UTCT          | Útero Contraído                   |
| Kmno <sub>4</sub> | Permanganato Potássio |              |   | UTHT          | Útero Hipotônico                  |
|                   |                       |              |   | LAC           | Líquido Amniótico Claro           |
|                   |                       |              |   | LAM           | Líquido Amniótico Meconial        |

### SIGLAS, SINAIS E ABREVIATURAS EM ORDEM ALFABÉTICA

|  |   |
|--|---|
| <p><b>A</b> - ACM = a critério médico<br/>A/K = índice de Aldret e Kroulic<br/>AP = aparelho pulmonar</p> <p><b>B</b> - BEG = bom estado geral<br/>BAV = bloqueio atrioventricular</p> <p><b>C</b> - CC = centro cirúrgico<br/>CE = corpo estranho<br/>CO = centro obstétrico<br/>CH = concentrado de hemácias<br/>CV = cardioversão<br/>CPRE = colangio pancreatômia retrógrada endoscópica</p> <p><b>D</b> - DC = débito cardíaco<br/>DLD = decúbito lateral direito<br/>DD = decúbito dorsal<br/>DP = diálise peritoneal</p> <p><b>E</b> - ECG = eletrocardiograma<br/>EF = exame físico<br/>ETO = esterilização por óxido de etileno</p> <p><b>F</b> - FA = fibrilação atrial<br/>FIO2 = fração inspiratória de oxigênio</p> <p><b>G</b> - G<sup>+</sup> = bactérias gram positiva<br/>G<sup>-</sup> = bactérias gram negativa<br/>ECS = Escala de Coma de Glasgow</p> <p><b>H</b> - h = horas<br/>Hb = hemoglobina<br/>Htc = hematócrito<br/>HD = hemodiálise<br/>HTD = hemitórax direito</p> <p><b>I</b> - IAM = infarto agudo do miocárdio<br/>IRA = insuficiência renal aguda<br/>ISCD = subclávia direita.<br/>i.e. = isto é</p> <p><b>J</b> -</p> <p><b>K</b> - KMnO4 = permanganato de potássio<br/>KCL = cloreto de potássio</p> | <p><b>L</b> - LCR = liquor cefalorraquidiano<br/>LES = lúpus eritematoso</p> <p><b>M</b> - MEG = mal estado geral<br/>MMII = membros inferiores<br/>MMSS = membros superiores<br/>MSE = membro superior esquerdo<br/>MVP = murmúrios vesicular presente</p> <p><b>N</b> - NTG = nitroglicerina<br/>NaCl = cloreto de sódio<br/>ndn = nada digno de nota</p> <p><b>O</b> - O<sup>2</sup> = oxigênio</p> <p><b>P</b> - PACO2 = pressão alveolar de gás carbônico<br/>PaCO2 = pressão arterial de gás carbônico<br/>PIC = Catéter de Inserção Periférica<br/>POI = pós-operatório imediato<br/>POT = pós-operatório tardio</p> <p><b>Q</b> - QT = quimioterapia</p> <p><b>R</b> - REG = regular estado geral<br/>RHA = ruídos hidroaéreos<br/>RFM = reflexos fotomotor<br/>N = recém nascido<br/>RPA = recuperação pós-anestésica</p> <p><b>S</b> - s/n = se necessário<br/>SO2 % = saturação percutânea de oxigênio<br/>sic = segundo informações colhidas<br/>s/q = sem queixas</p> <p><b>T</b> - TVP = trombose venosa profunda<br/>TU = tumor</p> <p><b>U</b> - USA = ultra-sonografia abdominal</p> <p><b>V</b> - VAS = vias aéreas superior<br/>VM = ventilação mecânica<br/>VSCD = veia subclávia direita</p> <p><b>X</b> -</p> <p><b>Z</b> -</p> |
|--|---|

### III – TERCEIRA PARTE: INTERFACE DA ASSISTÊNCIA COM A ADMINISTRAÇÃO

#### 1. PASSAGEM DE PLANTÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

**Definição:** a passagem de plantão representa a entrega do seu trabalho a equipe subsequente. Ela é um instrumento de comunicação importante pois transmite informações sobre a os cuidados realizados aos cliente e família e, também favorece a organização do trabalho (SIQUEIRA, KURCGANT, 2005). Diversas maneiras podem ser adotadas pela equipe para passar o seu plantão, contudo, ela deve ser instituída dentro de critérios ético, legais e que possibilite garantir a continuidade do trabalho.

**Norma específica:**

- É dever da equipe de enfermagem: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, realizar a passagem de plantão conforme regras estabelecidas pelo grupo e formalizada junto a chefia imediata.
- **Antes** da passagem de plantão, toda equipe deverá fazer a “**finalização**” do turno, ou seja:
  - Organizar os banheiros das enfermarias recolhendo as roupa usadas, vidros de diurese, comadres, papagaios, banheira, e outros materiais usado na assistência.
  - Organizar os prontuários, verificando as anotações e checando as prescrições médicas e de enfermagem
  - Checar se todos os cuidados de enfermagem foram anotados no impresso de Anotações de Enfermagem – dietas, eliminações e queixas.
  - Organizar a sala de procedimentos e posto de enfermagem.
  - Organizar o carrinho de emergência e comunicar o secretário da unidade para reposição.
  - Organizar o repouso da equipe, retirar os lençóis da cama.
  - Organizar a roupa e o local usado para pequenos lanches.
- **Antes** de passar o plantão, é dever do secretário da unidade e da equipe de enfermagem registrar no livro de protocolos o envio ao equipamento ao conserto ou emprestado a outro setor.
- É responsabilidade da enfermeira do turno da manhã abrir o impresso de Passagem de plantão.
- É responsabilidade do enfermeiro do turno da tarde e noturno, completar as anotações no impresso de Passagem de Plantão.
- É responsabilidade do secretário da unidade, recolher os impressos de Passagem de Plantão devidamente preenchidos pelos enfermeiros da M,T e N e entregara ao secretário do serviço que efetuará o levantamento estatístico e dos indicadores assistenciais.

- Para otimizar o tempo gasto nas anotações no impresso de Passagem de Plantão, realizada pelo enfermeiro, poderá ser usado os códigos abaixo relacionados:

DE = deambula ML = mudança decúbito CR = cadeira de rodas  
BL = banho leito HO = higiene oral AA = ajuda alimentar SNE = sonda nasoenteral SNG = Sonda nasogástrica  
C = curativo DT = dreno tórax DK = dreno keel DV = dreno vácuo DP = dreno penrose  
VO = via oral EV = endovenosa IM = Intra-muscular SC = subcutânea PSCL = punção subclávia  
DV = dissecação venosa NPP/NPT = nutrição parenteral parcial/ total PVC = pressão venosa central  
TOT = tubo oro traqueal TRA = traqueostomia NE = nebulização RE = respirador BI = bomba infusão  
SO2 = oxímetro MC = monitor cardíaco  
SVD = sonda vesical demora SA = sonda vesical alívio VD = volume diurese  
GII = glicemia BH = balanço hídrico AC = acompanhante ES = educação saúde CT = curva térmica

- É dever do enfermeiro fazer o Relatório do Plantão no livro estabelecido pela chefia de serviços de enfermagem ao final do turno.
- É dever do aluno e professor de enfermagem, acompanharem a equipe de enfermagem na passagem de plantão ou, quando os horários de estágio for menor do que o da enfermagem, a equipe de enfermagem deverá receber o plantão antes.

| UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO<br>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER |                | GERÊNCIA DE ENFERMAGEM |       | DATA  |  |
|--|----------------|------------------------|-------|-------|--|
| PASSAGEM DE PLANTÃO = CLÍNICA :  |                |                        |       |       |  |
| ENF / LEITO<br>NOME  | RESUMO DO CASO | MANHÃ                  | TARDE | NOITE |  |
|  |                |                        |       |       |  |
|  |                |                        |       |       |  |
|  |                |                        |       |       |  |
|  |                |                        |       |       |  |
|  |                |                        |       |       |  |
|  |                |                        |       |       |  |

Consultar o MANUAL ADMINISTRATIVO DA ENFERMAGEM para esclarecimentos quanto as atribuições das equipes de enfermagem assistência e administrativas.

## 2. INDICADORES ASSISTÊNCIAIS DE ENFERMAGEM

**Definição:** indicadores são formas de representação quantificáveis das características de produtos e processos. A *Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO)* define indicadores clínicos como “uma medida quantitativa que pode ser utilizada como guia para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados importantes ao paciente”. Os indicadores não são medidas diretas de qualidade, mas podem servir como sinalizador para pontuar problemas específicos que requerem revisão mais intensiva (DENSER, 2003, p.93).

Com a finalidade de auxiliar o processo de gestão dos serviços de enfermagem, foram definidos como indicadores prioritários os seguintes:

|   |   |
|---|---|
| <p>ESTRUTURA em relação a enfermagem e aos demais serviços hospital</p> | <p>Absenteísmo e perfil do motivos<br/>Índice de troca de plantão e perfil do motivos<br/>Índice de licenças médicas<br/>Índice de horas extras e perfil dos motivos<br/>Índice de resolução dos consertos/aquisição de materiais para a assistência<br/>Índice de reuniões realizadas com a equipe enfermagem<br/>Índice de treinamento/capacitação realizada com a equipe</p>   |
| <p>PROCESSO assistenciais na enfermagem</p>                             | <p>Índice de cliente com respirador na unidade de internação<br/>Índice de cliente com acompanhante<br/>Risco do cliente sofrer quedas<br/>Risco do cliente desenvolver úlcera de decúbito<br/>Índice de cliente com grau mínimas de cuidados pelo SCP<br/>Índice de cliente com grau intermediário de cuidados pelo SCP<br/>Índice de cliente com grau semi-intensivo de cuidados pelo SCP<br/>Índice de cliente com grau intensiva de cuidados pelo SCP</p> |
| <p>RESULTADOS da assistência de enfermagem</p>                          | <p>Índice de clientes com histórico de enfermagem, problemas, evolução e plano de cuidados realizados diariamente<br/>Índice de adesão do enfermeiro ao modelo de processo de enfermagem<br/>Índice de satisfação dos clientes e familiares em relação a assistência de enfermagem</p>  |

A anotação da equipe de enfermagem é fundamental para a elaboração e monitoração destes indicadores. Sua identificação serve para direcionar os trabalhos do enfermeiro administrador dos serviços em relação a previsão e provisão de recursos materiais e humanos para o desenvolvimento da assistência e a busca de novas tecnologias para o cuidado com qualidade.

Consultar o MANUAL ADMINISTRATIVO DA ENFERMAGEM e conhecer os outros indicadores que já são levantado e monitorados pela enfermagem e os que ainda estão em construção.



### 3. SERVIÇOS DE REREFERENCIAS NOS AMBULATÓRIOS DO HOSPITAL

|   |   |
|---|---|
| <p><u>SERVIÇO ESPECIALIZADOS DE ATENÇÃO BÁSICA ::</u></p> <p>Atendimento Médico</p> <p>:: Pronto Atendimento de Ginecologia/ Obstétrica</p> <p>:: Pronto Atendimento Adulto</p> <p>:: Pronto Atendimento Pediátrico</p> <p>:: Enfermagem Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento e Acompanhamento aos Programas Multidisciplinares</p> <p>:: Puericultura</p> <p>:: Estomia</p> <p>:: Incontinência Urinária (sondas vesicais)</p> <p>:: Curativos em feridas em geral</p> <p>:: Curativo com Bota de Unna</p> <p>:: Serviço Social Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento e Acompanhamento aos Programas Multidisciplinares</p> <p>:: Psicologia Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento e Acompanhamento aos Programas Multidisciplinares</p> <p><u>SERVIÇO ESPECIALIZADOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE</u></p> <p>Clínica Médica</p> <p>:: Clínica Médica Geral</p> <p>:: DIP Adulto</p> <p>:: Endocrinologia</p> <p>:: Hepatologia</p> <p>:: Nefrologia</p> <p>:: Dermatologista</p> <p>:: Lupus- Reumatologia</p> <p>:: Cardiologia</p> <p>:: Coronariopatia</p> <p>:: Hipertensão</p> <p>:: Pneumologia</p> <p>:: Risco- Cirúrgico</p> <p>:: Geriatria</p> <p>:: Tuberculose</p> <p>:: Hanseníase</p> <p>:: Leishmaniose (LTA)</p> <p>:: Neurologia</p> <p>Clínica Cirúrgica</p> <p>:: Cirurgia Geral</p> <p>:: Cirurgia Torácica</p> <p>:: Cirurgia Vascular</p> <p>:: Urologia</p> <p>:: Cirurgia Oncológica</p> <p>:: Cirurgia Buco – Maxilo</p> <p>:: Cabeça e Pescoço</p> <p>:: Anestesiologia</p> | <p>Cirurgia Plástica</p> <p>:: Proctologia</p> <p>:: Ortopedia Geral</p> <p>:: Dor Crônica</p> <p>:: Otorrinolaringologia</p> <p>:: Oftalmologia</p> <p>:: Cirurgia Pediátrica</p> <p>Clínica Pediátrica</p> <p>:: Pediatria Geral</p> <p>:: Pronto Atendimento Infantil</p> <p>:: DIP Infantil</p> <p>:: Nefrologia Infantil</p> <p>:: Desvio de Crescimento</p> <p>:: Infecção de Repetição</p> <p>:: Asma Alérgica</p> <p>:: Gastroenterologia Infantil</p> <p>:: Neonatologia</p> <p>:: Neurologia Infantil</p> <p>:: Oncologia Pediátrica</p> <p>:: Endocrinologia</p> <p>:: Hematologia</p> <p>:: Triagem Neonatal (teste do pezinho- teste do olhinho)</p> <p>Clínica Ginecológica/ Obstétrica</p> <p>:: Triagem Obstétrica</p> <p>:: Ginecologia Geral</p> <p>:: Ginecologia Infanto Juvenil</p> <p>:: Oncologia Ginecológica</p> <p>:: Pré natal Infanto Juvenil</p> <p>:: Oncologia Ginecológica</p> <p>:: Pré- Natal Normal</p> <p>:: Pré – Natal de Auto risco</p> <p>:: Pré – Natal Infanto Juvenil</p> <p>:: Orientação e Amamentação</p> <p>:: Climatério</p> <p>:: Ano- Ovulação</p> <p><u>SERVIÇO ESPECIALIZADOS DE ALTA COMPLEXIDADE ::</u></p> <p>Oftalmologia</p> <p>:: Oncologia</p> <p>:: Tratamento de AIDS</p> <p>:: Videolaparoscopia</p> <p>:: Esterilização</p> <p>:: UTI Especializada</p> <p>:: Gestante de Auto Risco</p> <p>:: Gastropastia</p> <p>:: Suporte Nutricional (EMTN)</p> <p>:: Lipodistrofia</p> |
|---|---|

#### 4. SERVIÇOS DE REFERÊNCIA NO SUS E OUTROS

| SERVIÇO  | TELEFONE |
|--|----------|
| PRONTO SOCORRO MUNICIPAL.....                                |          |
| POLICLINICAS.....  |          |
| CENTRO DE SAÚDE.....   |          |
| CERMAC – Centro Estadual de Regulação .....                  |          |
| CRU – Central de Regulação de atendimento Urgência.....      |          |
| CRI – Central de Regulação de atendimento de Internação..... |          |
| HOSPITAL SANTA HELENA.....                                   |          |
| HOSPITAL ADAUTO BOTELLO.....                                 |          |
| CAPS.....  |          |
| OUVIDORIA ESTADUAL DO SUS.....                               |          |
| OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS.....                              |          |
| ASSOCIAÇÃO DE DOENTES ESTOMIZADOS.....                       |          |
| ASSOCIAÇÃO DE ESPINHA BÍFIDA DE MATO GROSSO.....             |          |

## IV – QUARTA PARTE: PADROES DE CUIDADOS ASSISTENCIAIS

### 1. PADRÕES DE CUIDADOS

**Definição:** são *diretrizes detalhadas que representam o atendimento indicado para uma situação específica*. Eles englobam o *atendimento genérico necessário para todos os clientes e familiar ou a maioria deles*, durante o período de internação na unidade (CARPENITO, 1999).

**Norma específica:**

- Os padrões de cuidados deverão ser prescritos pelo enfermeiro, após a investigação, somente para os casos em que exigir assistência de rotina.
- Os técnicos e auxiliares de enfermagem deverão ser treinados e preparados para desenvolverem as rotinas preconizadas (intervenções) sem a necessidade de estarem descrita no “Plano de cuidados”.
- Para facilitar o trabalho da equipe de enfermagem o Manual do Processo de Enfermagem deverá ficar disponível na unidade nas 24h/dia/ano. Os interessados em reproduzir este manual, entrar em contato com a chefia de serviço ou a gerência

- É atribuição do SEPEnf, capacitar a equipe para o uso dos “Padrões”
- É atribuição do Chefe do Serviço, encaminhar a equipe para capacitação e, para fins de garantir a qualidade das ações e a legalidade do processo, alguns critérios deverão ser seguidos:
  - Capacitação de toda equipe (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) para o uso dos padrões.
  - Os profissionais deverão emitir um “recibo” de que foram capacitados.
  - Manter o Manual do Processo de Enfermagem na unidade 24 horas/dia/ano.
  - Repetir este processo toda vez que o Manual for revisado, atualizado e/ou ampliado.

| Descrição da Rotina para uso dos padrões |  |  |
|--|--|--|
| Agente                                   | Procedimento   | Observação   |
| SEPEnf                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza o treinamento e capacitação da equipe para desenvolver a metodologia usando os “Padrões”.</li> <li>• Colher e arquiva o “recibo” do participante.</li> <li>• Mantém uma cópia do Manual no serviço para consulta.</li> <li>• Desenvolve o sistema de Avaliação do Desempenho do profissional tendo como suporte as normatizações e condutas estabelecidas nos manuais do processo de enfermagem e administrativo.</li> <li>• Auxilia a equipe de enfermagem na elaboração dos padrões assistenciais.</li> </ul> | O MANUAL DO PROCESSO DE ENFERMAGEM é o referencial para o treinamento. |
| Enfermeiro                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faz o levantamento de dados - investigação</li> <li>• Analisa e estabelece os problemas e separa aqueles que podem ser tratados com o uso de “padrões”</li> <li>• Registra no Plano de Cuidados o padrão escrevendo somente o título.<br/>Exemplo: <i>Cuidados de rotina admissão</i>. Para os clientes internados.</li> </ul>  |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A suspensão deste cuidado deverá ser justificada no impresso da “Evolução”.</li> <li>• Reune com a equipe de enfermagem e, juntos, desenvolvem estudos.</li> </ul>   |  |
| Técnico Enfermagem e Auxiliar Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolve as intervenções de enfermagem preconizadas no padrão de cuidados.</li> <li>• Participa na elaboração dos padrões junto a equipe de enfermagem.</li> </ul> |  |

|   |  |
|---|--|
| <p align="center"><b>PADRÕES DE CUIDADOS PARA SITUAÇÃO 1.</b><br/><b>ADMISSÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA NA UTIN</b></p>  |  |
| <p><b>DE:</b> POSSIVEL ANSIEDADE RELACIONADA AO AMBIENTE DESCONHECIDO, AS ROTINAS, AOS EXAMES, AO TRATAMENTO E A PERDA DE CONTROLE E CONVÍCIO NO AMBIENTE FAMILIAR.</p>   |  |
| <p><b>RESULTADOS ESPERADOS</b><br/>METAS: FAMÍLIA IRÁ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentar comportamento favorável à ambientação e segurança em relação às condições terapêuticas e à hospitalização.</li> <li>✓ Verbalizar, se solicitado, o que esperam em relação aos procedimentos, as rotinas e ao tratamento.</li> </ul>  |  |
| <p><b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Condição física: dor, fadiga, dispnéia, fome, lesões pele e outros sintomas que podem perturbar ou dificultar a capacidade de concentração, aprendizagem e integração no ambiente hospitalar.</li> <li>✓ Estado sensorial: visão, audição, paladar, tato.</li> <li>✓ Inteligência e capacidade para aprender: educação, ocupação, deficiência de aprendizagem e de linguagem.</li> <li>✓ Nível de ansiedade: leve, moderada, severa ou pânico.</li> <li>✓ Experiências anteriores com hospitalização.</li> <li>✓ Estressores específicos: natureza da preocupação</li> <li>✓ Sistema de apoio: disponibilidade e qualidade</li> </ul> |  |

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Apresentar às outras família com crianças internadas.
- Explicar a política e as rotinas do hospital:
  - ➔ Áreas permitidas para circulação durante a internação.
  - ➔ Direito do acompanhante á refeições, guarda dos pertences, local para repouso para higiene.
  - ➔ Uso do telefone, área verde.
  - ➔ Participação diária do acompanhante nos cuidados de enfermagem
  - ➔ Projetos de apoio.
- Explicar o procedimento e exame ao recém-nascido e família antes de ser realizado.
- Explicar e discutir todas as medicações, dietas e intervenções de enfermagem prescritas
- Proporcionar ao recém-nascido e acompanhante, oportunidades para tomar decisões sobre o seu atendimento.
- Proporcionar tranquilidade e conforto a criança e acompanhante.
- Permitir que o acompanhante expresse seus medos e preocupações.
- Explicar e proporcionar uma cópia dos “direitos do paciente” se necessário.
- Reforçar e suplementar (se necessário) as explicações do médico e demais profissionais da saúde.

Observações: estas intervenções deverão ser iniciadas no primeiro dia de internação e poderão ser prescritas por mais de um dia para que as metas sejam alcançadas.

### PADRÕES DE CUIDADOS PARA SITUAÇÃO 2. ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO DA CRIANÇA NA UTIN

**DE:** POSSÍVEL RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA

#### RESULTADO ESPERADO

META: A CRIANÇA IRÁ:

- ✓ Manter o estado nutricional
- ✓ Ser alimentada (bebês) ou ingerir as exigências nutricionais diárias de acordo com a sua idade, nível de atividade e necessidades metabólicas.

#### CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO

- ✓ Padrões dietéticos e hidratação habitual
- ✓ Altura; peso diário; e outros dados antropométricos
- ✓ Presença de: ruídos intestinais, náuseas e vômitos, flatulência.

#### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Pesar e medir altura na admissão e calcular o IMC (índice de massa corpórea)
- Registrar a aceitação das dietas.
- Clientes com acompanhante: explicar a importância de informar a equipe os alimentos e líquidos ingeridos (quantidade e

qualidade).

- Observar o adulto, idoso com ou sem acompanhante, nos horários das alimentações oferecidas pelo hospital.
- Orientar adulto, idoso e acompanhante sobre importância da alimentação e hidratação saudável.
- Orientar adulto, idoso e acompanhante sobre a rotina do hospital em relação a proibição de entrada de alimentos.
- Favorecer ambiente agradável e confortável para o adulto, idoso nos horários para alimentação.
- Orientar acompanhante sobre os horários de refeição no hospital.

### **PADRÕES DE CUIDADOS PARA SITUAÇÃO 3. SONO E REPOUSO CRIANÇA**

**DE:** POSSÍVEL ALTERAÇÃO NO PADRÃO DE SONO E REPOUXO, RELACIONADO COM O AMBIENTE DESCONHECIDO, ESTRESSE, MUDANÇA NO RITMO CICARDIANO E A PRÓPRIA EVOLUÇÃO DA DOENÇA.

**RESULTADO ESPERADO:**

**META:** A CRIANÇA IRÁ:

- ✓ Apresentar padrão de sono e repouso suficiente às exigências diárias de acordo com a sua idade e nível de atividade.

**CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO**

- ✓ Exigências habituais de sono e repouso conforme a idade

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

- Registrar a qualidade do sono e repouso em relação a horário e duração.
- Estimular e favorecer ambiente que promova sono e repouso com qualidade

## V – QUINTA PARTE: INFORMAÇÕES GERAIS

### 1. PARÂMETROS DE REFERÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DO RECÉM NASCIDO NA UTIN

Esta parte do manual agrupa alguns dados para auxiliar a equipe de enfermagem no dia a dia do trabalho assistencial, contudo, vale ressaltar que, o Código de Ética Profissional, Capítulo II, referente as Responsabilidades toda a equipe de enfermagem, esta deve estar atenta para o Artigo nº 18 que afirma ser obrigação do profissional (...) *Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão* (COFEN, 240/2000). Apresentamos a seguir, uma relação de dados com objetivo de contribuir com o planejamento e organização da sistematização da assistência de enfermagem.

#### 1. 1. Tamanhos de tubos traqueal e de aspiração pediátrico e adulto.

| Tamanho Aproximado para Idade (Peso) | Diâmetro Interno Tubo Traqueal/mm | Tamanho Cateter Aspiração, F |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Bebês Prematuros (<1 kg)             | 2,5                               | 5                            |



|  |                  |          |
|--|------------------|----------|
| Bebês Prematuros (1–2 kg)                  | 3,0              | 5 ou 6   |
| Bebês Prematuros (2–3 kg)                  | 3,0 a 3,5        | 6 ou 8   |
| 0 meses a 1 ano/lactentes (3–10kg)         | 3,5 a 4,0        | 8        |
| 1 ano/criança pequena (10–13 kg)           | 4,0              | 8        |
| 3 anos/criança (14–16 kg)                  | 4,5              | 8 ou 10  |
| 5 anos/criança (16–20 kg)                  | 5,0              | 10       |
| 6 anos/criança (18–25 kg)                  | 5,5              | 10       |
| 8 anos/criança adultos pequenos (24–32 kg) | 6,0 com cuff     | 10 ou 12 |
| 12 anos/adolescente (32–54 kg)             | 6,5 com cuff     | 12       |
| 16 anos/adulto (50+ kg)                    | 7,0 com cuff     | 12       |
| Mulher adulta                              | 7,0–8,0 com cuff | 12 ou 14 |
| Homem adulto                               | 7,0–8,0 com cuff | 14       |

Fonte: [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br) (online) consultado dia 06/10/2006.

## 1.2 CÁLCULO PARA GOTEJAMENTO DE SORO (GIOVANI, 1999).

Gotejamento com equipe macrogotas: nº de gotas/minutos = Volume : Tempo em horas X 3

Gotejamento com equipo microgotas: nº de microgotas/minutos = Volume : Tempo em horas

Gotejamento de pequenos volumes: nº de gotas/minutos = Volume X 20 : nº de minutos

## 1.3 CÁLCULO DA PAM: PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA (Talbot; Meyers-Marquardt, 2001).

PAM = 2 x (pressão arterial diastólica + pressão arterial sistólica) : 3  
Sendo que os alçados mais comuns em adultos são: 60 a 80 mmHg.

## 1.4 CÁLCULO PARA DILUIÇÃO KMnO<sub>4</sub> (PERMANGANATO POTÁSSIO) (Giovani, 1999)

Em geral o KMnO<sub>4</sub> é usado na proporção de 1: 20.000ml, ou seja, um grama (ou 1.000mg) de KMnO<sub>4</sub> para 20.000ml de solvente (água). Então, para prepararmos um litro de uma solução de KMnO<sub>4</sub> a 1:20.000 sabendo que o comprimido é de 100mg, devemos proceder da seguinte forma:

Primeiro passo: aplicar a regra de três simples para saber quantas gramas de comprimido de 100mg devo usar.

1.000mg .....20.000 ml

X mg.....1.000 ml

Resposta: X = 50mg ou seja, metade do comprimido de 100mg.

Segundo passo: cortar o comprimido de 100mg pela metade e diluir em 1litro de água destilada, resultando, assim, numa solução de um litro de KMnO<sub>4</sub> na proporção de 1:20.000.

Observação: deve-se usar luvas ao manusear o comprimido para evitar queimaduras na pele.

### 1.5 ESCALA DE GLASGOW – GCS

| AVALIAÇÃO                                  | PONTUAÇÃO |  |
|--|-----------|--|
| <b>MELHOR RESPOSTA MOTORA</b>              |           |  |
| Segue os comandos                          | 6         | A pessoa é avaliada em cada sub-escala, sendo somados os totais.   |
| Movimento proposital com estímulo doloroso | 5         |  |
| Retira a região com o estímulo doloroso    | 4         |  |
| Flexão anormal com o estímulo doloroso     | 3         |  |
| Extensão anormal com o estímulo doloroso   | 2         |  |
| Flácido                                    | 1         | As pontuações da escala variam de: 15 (melhor pontuação) 3 (pior pontuação).   |
| <b>MELHOR RESPOSTA VERBAL</b>              |           |  |
| Orientado pra pessoa, espaço e tempo       | 5         |  |
| Confuso                                    | 4         |  |
| Palavras impróprias                        | 3         |  |
| Sons incompreensíveis                      | 2         | Um tubo endotraqueal ou de traqueotomia deve ser levado em consideração quando se classifica a resposta verbal.                    |
| Nada                                       | 1         |  |
| <b>ABERTURA DOS OLHOS</b>                  |           |  |
| Abertura espontânea dos olhos              | 4         |  |
| Abre os olhos ao ouvir a voz               | 3         |  |
| Abre os olhos ao sentir dor                | 2         | Além disso, os aparelhos de imobilização (talas, tração) interferirão na pontuação motora (Talbot; Meyers-Marquardt, 2001, p.203). |
| Nada                                       | 1         |  |

## 1.6 ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA PARA AVALIAÇÃO NO RPA

| ESCALA DE ALDRET E KROULIK REVISADA (Fonte: Manica, 1997, p.734)                  |                  |   |
|---|------------------|---|
| <b>ATIVIDADE:</b>   | <b>PONTUAÇÃO</b> | Os pacientes devem somar mais de 7 pontos antes de receberem alta da unidade de recuperação pós-anestésica. |
| Movimentos voluntários de todas as extremidades                                   | 2                |   |
| Movimento voluntário de duas extremidades apenas                                  | 1                |   |
| Incapaz de se mover   | 0                |   |
| <b>RESPIRAÇÃO</b>   |                  |   |
| Respira profundamente e tosse   | 2                |   |
| Dispnéia, hipoventilação  | 1                |   |
| Apnéia  | 0                |   |
| <b>CIRCULAÇÃO</b>   |                  |   |
| PA normal ou até 20% menor que no pré-anestésico                                  | 2                |   |
| PA menor em 20 a 50% do que no pré-anestésico                                     | 1                |   |
| PA igual ou menor que 50% do nível pré-anestésico                                 | 0                |   |
| <b>CONSCIÊNCIA</b>  |                  |   |
| Totalmente desperto   | 2                |   |
| Desperta quando chamado   | 1                |   |
| Não responde  | 0                |   |
| <b>SATURAÇÃO DO OXIGÊNIO</b>  |                  |   |
| Capaz de manter a SaO <sub>2</sub> maior 92% respirando ar ambiente               | 2                |   |
| Necessita de suplementação de O <sub>2</sub> para manter a SaO <sub>2</sub> > 90% | 1                |   |
| SaO <sub>2</sub> < 90% mesmo com O <sub>2</sub> suplementar                       | 0                |   |

## 1.7 TABELA DE SEDAÇÃO MODIFICADA DE RAMSAY (CHUNG;COOB, 2005).

| PONTOS | CARACTERÍSTICAS  |
|--------|--|
| 1      | Ansioso e agitado ou instável, ou ambos.                       |
| 2      | Cooperativo, orientado e tranquilo.                            |
| 3      | Respondendo apenas às ordens                                   |
| 4      | Dormindo, porém responde a estímulos físicos ou auditivos.     |
| 5      | Dormindo, porém responde mal a estímulos físicos ou auditivos. |
| 6      | Ausência de respostas.   |

## 1.8 TABELA DA COMPOSIÇÃO DAS SOLUÇÕES VENOSAS (Mânica, 1997, p.220)

### COMPOSIÇÃO DOS CRISTALÓIDES

| Produto          | Na<br>(mEq.L <sup>-1</sup> ) | K<br>(mEq.L <sup>-1</sup> ) | Cl<br>(mEq.L <sup>-1</sup> ) | Osm<br>(mOsm.L <sup>-1</sup> ) | Glicose<br>(g.L <sup>-1</sup> ) | Lactato<br>(mEq.L <sup>-1</sup> ) |
|------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Soro Fisiológico | 154                          | 0                           | 154                          | 309                            | 0                               | 0                                 |

|                        |     |   |     |     |    |     |
|------------------------|-----|---|-----|-----|----|-----|
| Soro glicosado         | 0   | 0 | 0   | 0   | 50 | 0   |
| Soro glico-fisiológico | 77  | 0 | 77  | 327 | 50 | 0   |
| Ringer                 | 147 | 4 | 156 | 309 | 0  | 28  |
| Ringer lactato         | 130 | 4 | 109 | 273 | 0  | 250 |

#### COMPOSIÇÃO DE COLÓIDES

| Produto  | Na <sup>+</sup> | Cl <sup>-</sup> | K <sup>+</sup> | Ca <sup>++</sup> |
|----------|-----------------|-----------------|----------------|------------------|
| Albumina | 130 - 160       | 130 - 160       | < 1            | 0                |
| Hisocel  | 134 - 156       | 151 - 175       | 4,7 - 5,5      | 11,6 - 12,6      |

### 1.9 PARAMETROS LABORATORIAIS

| SANGUE, PLASMA E QUÍMICA DO SORO                |   |   |
|---|---|---|
| DETERMINAÇÃO                                    | FAIXA DE REFERÊNCIA   | SIGNIFICADO CLÍNICO   |
|   | Unidade Convencional UC   |   |
| Contagem de hemácia                             | homem<br>4.600.000 – 6.200.000/mm <sup>3</sup><br>mulher<br>4.200.000 – 5.400.000/mm <sup>3</sup>               | Aumenta em casos graves de diarreia e desidratação, policitemia, intoxicações aguda, fibrose pulmonar.  |
| Contagem de leucócitos                          | 5.000 – 10.000/mm <sup>3</sup>  | Elevada em doenças infecciosas agudas   |
| Eosinófilo<br>Basófilo<br>Linfócito<br>Monócito | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 – 4 %</li> <li>0 – 0,5 %</li> <li>20 – 30 %</li> <li>2 – 6%</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Neutrofílica – doenças bacterianas</li> <li>Linfocítica e monocítica - doenças viróticas.</li> <li>Eosinófilos – doenças do colágeno, alergias, parasitose intestinal.</li> </ul>  |
| Contagem de plaquetas                           | 100.000 – 400.000/ mm <sup>3</sup>  | Aumentada em condições malignas, doenças mieloproliferativas, artrite reumatóide e pós operatória; cerca de 50% pacientes com aumento inesperado das plaquetas apresentam condição maligna<br>Diminuída na púrpura trombocitopênica, leucemias aguda, anemia aplásica e durante a quimioterapia do câncer, infecções e reações a drogas |
| Fosfatase alcalina                              | Escore de 40 – 100  | Aumentada na policitemia Vera, mielofibrose e em  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| leucocitária                           |   | infecção.<br><br>Diminuída na leucemia granulocítica crônica, hemoglobinúria paroxística noturna, hipoplasia da medula óssea e infecções viróticas, especialmente a mononucleose infecciosa.  |
| Hematócrito<br>hct                     | Homem = 42 – 50%<br>Mulher = 40 – 48%         | Aumentado na eritrocitose de qualquer etiologia e na desidratação ou hemoconcentração associada ao choque<br>Diminuída nas anemias graves, anemia da gravidez, perdas de sangue maciças e agudas.   |
| Hemoglobina<br>Hg                      | Homem = 13 – 18 g/dl<br>Mulher = 12 – 15 g/dl | Aumentada na policitemia, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, oxigenação insuficiente devida a uma ICC e, normalmente, em pessoas que vivem em altitudes elevadas<br><br>Diminuída em diversas anemias, gravidez, hemorragias graves ou prolongadas e na ingestão excessiva de líquidos. |
| Volume corpuscular<br>médio<br><br>VCM | 80 – 94 ( $\mu\text{m}^3$ )                   | Aumentado nas anemias macrocíticas<br><br>Diminuído na anemia microcítica   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Concentração de hemoglobina corpuscular<br>média CHCM | 33 – 38%  | Diminuída nas anemias hipocrômicas graves   |
| Hemoglobina corpuscular<br>média HCM                  | 27 – 32%  | Aumentada nas anemias macrocíticas<br>Graves; Diminuída nas anemias microcíticas  |
| Tempo de coagulação                                   | 1 – 9 min.  | Prolongado na trombocitopenia, função plaquetária deficiente e terapia com aspirina   |
| Tempo de protombina<br><br>INR                        | 9,5 – 12 s<br><br>1,0   | Prolongado pelas deficiências dos fatores I, II, V, VII e X, má absorção graves, terapia anticoagulante cumarínica.<br><br>INR (índice ) é utilizado para padronizar o tempo de protombina e a terapia de anticoagulante; |
| Velocidade de hemossedimentação<br>VHS                | Homens menos de 50 anos <15mm/h<br>Homens mais 50 anos <20mm/h<br><br>Mulheres menos 50 anos < 20mm/h<br>Mulheres mais 50 anos < 30mm/h | Aumentada na destruição tecidual, seja de caráter inflamatório, seja degenerativo;<br>durante a gravidez; e em doenças febris aguda.  |
|   | 60 – 160 U Somogy/dl  | Aumentado nas pancreatite aguda, caxumba, úlceras   |

|             |  |   |
|-------------|--|---|
| Amilase     |  | duodenais, carcinoma de cabeça do pâncreas.<br>Aumentado por drogas que contraem os esfíncteres<br>ductais pancreáticos: morfina, codeína, agentes<br>colinérgicos<br><br>Diminuída pancreatite crônica, fibrose e atrofia<br>pancreática, cirrose hepática, gravidez (2º e 3º trimestre) |
| Bilirrubina | Total: 0,1 – 1,2 mg/dl<br><br>Direta: 0,1 – 0,2 mg/dl<br><br>Indireta: 0,1 – 1 mg/dl | Aumentado na anemia hemolítica (indireta), nas<br>obstruções das vias biliares e doenças biliares, danos<br>hepatocelular (hepatite), anemia perniciosa, doença<br>hemolítica dos recém-nascidos.   |
| Glicose     | Jejum: 60 – 110 mg/dl<br><br>Pós-prandial (2h): 65 – 140 mg/dl                       | Aumentada na diabetes mellitus, nefrite, hipertireoidismo,<br>hiperpituitarismo inicial, lesões cerebrais, infecções,<br>gravidez, uremia<br><br>Diminuído hiperinsulinismo, hipotireoidismo,<br>hipertituitarismo, vômitos persistentes, doença de<br>Addison, lesões hepáticas extensas |

## 1. LISTA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - TAXONOMIA II DA NANDA

A forma usada para documentar um diagnóstico de enfermagem vem sendo construída mediante a participação de enfermeiras de diversos países do mundo. A Associação Norte Americana de Enfermagem (NANDA) publicou a versão 2005/2006, da Taxonomia versão II dos diagnósticos, que já se encontra traduzido no livro editado pela Artmed, Porto Alegre, ano de 2006.

### A

Adaptação prejudicada  
Adaptativa intracraniana diminuída, capacidade  
Alérgica ao látex, resposta, risco de,  
Alimentação do lactente,  
padrão ineficaz de,  
Amamentação  
eficaz  
ineficaz  
interrompida  
Ansiedade  
relacionada à morte

Aspiração, de risco  
Atividade,  
intolerância à  
risco de  
Auto conceito  
melhorado,  
disposição para,  
Autocuidado  
para alimentação, déficit no,  
para banho/higiene, déficit no,  
para higiene íntima. Déficit,  
para vestir-se/ arrumar-se, déficit no,

*Auto-estima*

*crônica, baixa,  
situacional, baixa,  
situacional, risco de baixa,*

*Automutilação,  
risco de,*

**C**

*Campo de energia perturbado,*

*Comportamento infantil  
desorganizado,  
desorganizado, risco de,  
organizado aumentado, disposição para,*

*Comunicação  
aumentada, disposição para,  
verbal prejudicada,*

*Confusão*

*aguda,  
crônica,*

*Conhecimento*

*aumentado,  
disposição para,  
deficiente,*

*Constipação,*

*percebida,  
risco de,*

*Controle*

*aumentado do regime terapêutico,  
disposição para,  
familiar ineficaz,  
comunitário ineficaz,*

*Crescimento*

*desproporcional, risco de,*

*Crescimento e no desenvolvimento, atraso no,*

**D**

*Deambulação prejudicada,*

*Débito cardíaco diminuído,*

*Decisão, de conflito,*

*Deglutição prejudicada,*

*Dentição prejudicada,*

*Desenvolvimento, risco de atraso no,*

*Desesperança,*

*Desobediência,*

*Desobstrução de vias aéreas, ineficaz,*

*Desuso, risco de síndrome do,*

*Diarréia,*

*Disreflexia autonômica,*

*risco de,*

*Dor*

*aguda,  
crônica,*

**E**

*Eliminação urinária*

*prejudicada,  
melhorada,  
disposição para,*

*Enfrentamento*

*aumentado,  
disposição para,  
comunitário aumentado, disposição para,  
comunitário ineficaz,  
defensivo,  
familiar aumentado, disposição para,  
familiar comprometido,  
familiar incapacitado,  
ineficaz,*

*Envenenamento, risco, de*

*Equilíbrio de líquidos*

*aumentado,  
disposição para,*

*Espiritual,*

*angústia,  
risco de,*

*disposição para bem-estar,*

*Estilo de vida sedentário,*

*Estresse por mudança síndrome do,  
risco de síndrome do,*

**F**

*Fadiga,*

*Familiares, processos*

*disfuncionais: alcoolismo,  
interrompidos,*

*melhorados, disposição para,*

**H**

*Hipertemia,*

*Hipotermia,*

**I**

*Identidade pessoal, distúrbios da,*

*Imagem corporal, distúrbio na,*

*Impotência, sentimento de,  
risco de,*

*Incontinência*

*intestinal,  
urinária de esforço,  
urinária de urgência,  
urinária de urgência, risco de,  
urinária funcional,  
urinária reflexa,  
urinária total,  
Infecção, de risco de,*

*Insuficiência para melhorar, do adulto,  
Integridade da pele  
prejudicada,  
prejudicada, risco de,  
Integridade tissular prejudicada,  
Interação social prejudicada,  
síndrome da,  
Isolamento social,*

## **L**

*Lar prejudicada, manutenção do,  
Lesão  
risco de,  
preparatória de posicionamento, risco de,*

## **M**

*Medo,  
Memória prejudicada,  
Mobilidade com cadeira de rodas  
prejudicada,  
física prejudicada,  
no leito prejudicada,  
Morte súbita de criança, risco de síndrome da,  
Mucosa oral prejudicada,*

## **N**

*Náusea,  
Negação ineficaz,  
Negligência unilateral,  
Neurovascular periférica, risco de síndrome da,  
Nutrição desequilibrada:  
mais do que as necessidades corporais,  
corporais, risco de,  
menos do que as necessidades corporais,  
melhorada, disposição para,*

## **P**

*Papel  
conflito no desempenho,  
pai/mãe,  
desempenho, ineficaz,  
tensão, cuidador,  
risco de tensão, cuidador,  
Paternidade ou maternidade  
melhorada, disposição para,  
prejudicada,  
prejudicada, risco de,  
Pensamento perturbado, processos do,  
Percepção sensorial perturbada,  
Perfusão tissular ineficaz,  
Pesar, sentimento de  
antecipado,*

*disfuncional,  
disfuncional, risco de,  
Pós-trauma síndrome,  
risco de síndrome,  
Proteção ineficaz,*

## **Q**

*Quedas, risco de*

## **R**

*Recreação deficientes, atividades de,  
Recuperação cirúrgica retardada,  
Religiosidade  
aumentada, disposição para,  
prejudicada,  
prejudicada, risco de,  
Respiratório ineficaz, padrão,  
Retenção urinária,*

## **S**

*Saúde, comportamento de busca de,  
Saúde, manutenção ineficaz da,  
Sexual, disfunção,  
Sexualidade ineficazes, padrões de,  
Solidão, risco de,  
Sono  
melhorado, disposição para,  
Sono perturbado, padrão de  
Sono, privação de,  
Sufocação, risco de  
Suicídio, risco de*

## **T**

*Temperatura corporal, risco de desequilíbrio na,  
Termorregulação ineficaz,  
Transferência prejudicada, capacidade,  
Trauma*

*risco de,  
risco de síndrome pós,  
Trauma de estupro  
Síndrome do ,  
Síndrome do, reação silenciosa,  
Tristeza crônica,  
Troca de gases prejudicada,*

## **V**

*Ventilação espontânea prejudicada,  
Ventilatório, resposta disfuncional ao desmame, Vínculo pais/filho  
prejudicado, risco de ,  
Violência  
direcionada a outros, riscos de ,*



*Violência direcionada a si mesmo.  
Risco de  
Volume de líquido  
deficiente,*

*deficiente risco de,  
desequilíbrio, risco de,  
excessivo,*

### 3. SITES DE INTERESSE E APOIO PARA ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA

[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br) – Agência Nacional de Vigilância Saúde

[www.sbc.com.br](http://www.sbc.com.br) – Sociedade Brasileira de Cardiologia

[www.bireme.br](http://www.bireme.br) – Biblioteca Virtual em Saúde

[www.scielosp.org](http://www.scielosp.org) – Coleção Scielo de Saúde Pública

[www.scielo.br](http://www.scielo.br) – Scientific Eletronic Library Online

[www.sbtox.org.br](http://www.sbtox.org.br) – Sociedade Brasileira de Toxicologia

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO-LeFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

AURÉLIO. **Dicionário eletrônico**. CD-room. São Paulo: Nova Fronteira, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do Ensino Superior. **Programa de integração docente – assistencial**. IDA. Brasília: MEC/SESU-CCS, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 1ª ed. Brasília:MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2ª ed., Brasília: Editora Ministério Saúde, 2006.

CARPENITO, Jynda J. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação**. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médica, 1999.

CARPENITO, Lynda J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CASTILHO, Valéria; GAIDIZINSKI Raquel R. **Planejamento da assistência de enfermagem**. In: Administração em enfermagem. Cap. 16, p.207-214, São Paulo: EPU, 1991.

CHUNG, T. Philip; COOB, J. Perren. Terapia intensiva. In: Washington. **Manual de cirurgia**. Capítulo 11, p.81-203, Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan, 2005.

COFEN. **Decreto 94.406/1987**. Regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Brasília, 8 de junho de 1987.

COFEN. **Resolução 204/2000**. Aprova o Código de Ética em Enfermagem. Rio de Janeiro, 30 agosto de 2000.

COFEN. **Resolução 272/2002**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro, 27 agosto de 2002.

DENSER, Carla P.A.C. Indicadores: instrumentos para a prática de enfermagem com qualidade. In.: cap. 6, p.91-100, **Enfermagem de excelência: uma visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

FUGULIN, Fernanda M.T.; Gaidzinski, Raquel R.; KURCGANT, Paulina. **Sistema de classificação de pacientes**: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev. Latino-am Enfermagem. 2005, janeiro-fevereiro, 13(1):72-8.

GIOVANI, Arlete M.M. Enfermagem. **Cálculo e administração de medicamento**. 3ª ed. São Paulo: Legmar Informática & Editora, 1999.

GOLDENBERG, Saul. **Bases da cirurgia**. São Paulo: EPU, 1981.

HORTA, Vanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IYER, Patrícia W.; TAPTICH, Bárbara J.; BERNOCCHI-LOSEY, Donna. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LEOPARDI, Maria Teresa. **Teorias em enfermagem**. Instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC; Florianópolis: Papas livros, 1999.

MANICA, James T. **Anestesiologia**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médica, 1997.

MENEZHIN, Paolo. A utilização da escala de Braden como instrumento para avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão em pacientes de serviços de emergência. **Rev. Nursing**, ano 1, nº 4, setembro, 1998. Edição brasileira.

PENETA, Cesar. **Semiologia pediátrica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

POSSARI, João Francisco. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2005.

SIQUEIRA, Ivana L.C.P.; KURCGANT, Paulina. **Passagem de plantão**: falando de paradigmas e estratégias. Acta Paulista Enfermagem. 2005, v.18, n.4, p.446-51.

SMLETZER, S. C.; BARE, B. G. **Apêndices: estudos diagnósticos e seus significados**. In: Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. Vol. 2, p. 1746-1768, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

TALBOT, Laura; MEYERS-MARQUARDT, Mary. **Cuidados críticos**. 3ª ed. Rio de Janeiro; Reichman & Affonso Ed., 2001.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias**. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002.

---

OUTRAS RESOLUÇÕES DO COFEN RECOMENDADAS E DISPONÍVEIS NO SITE  
[www.portalcofen.com.br/legislações/resoluções](http://www.portalcofen.com.br/legislações/resoluções).  
(consulta o MANUAL ADMINISTRATIVO DE ENFERMAGEM)

RESOLUÇÃO COFEN nº 302/2005 – estabelece normas para Responsabilidade Técnica Enfermagem  
RESOLUÇÃO COFEN nº 294/2004 – trata do uso de brinquedos com crianças hospitalizadas.  
RESOLUÇÃO COFEN nº 288/2003 – referente ao atendimento a idosos  
RESOLUÇÃO COFEN nº 280/2003 – proíbe a equipe de enfermagem de auxiliar em cirurgias  
RESOLUÇÃO COFEN nº 278/2003 – proíbe a equipe de enfermagem de realizar sutura.  
RESOLUÇÃO COFEN nº 277/2003 – referente a nutrição parenteral e enteral.  
RESOLUÇÃO COFEN nº 271/2002 – trata da consulta de enfermagem, prescrição e solicitação de exames.  
RESOLUÇÃO COFEN nº 258/2001 – trata da inserção de catéter periférico central – PIC.  
RESOLUÇÃO COFEN nº 225/2000 – proíbe o cumprimento medicamentoso à distância.  
RESOLUÇÃO COFEN nº 223/1999 – atuação do enfermeiro à mulher no ciclo gravídico e puerperal.  
RESOLUÇÃO COFEN nº 213/1988 – instrumentação cirúrgica  
RESOLUÇÃO COFEN nº 210/1988 – administração de quimioterápicos anti-neoplásicos.

## **ANEXO 1: RESOLUÇÃO COFEN-272/2002**

### **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988 nos artigos 5º, XII e 197;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498/86 c.c. o Decreto nº 94.406/86, respectivamente no artigo 11, alíneas c, i e j e artigo 8º, alíneas c, e e f;

CONSIDERANDO o contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN 240/2000;

CONSIDERANDO o disposto nas Resoluções-COFEN nºs 195/1997, 267/2001 e 271/2002;

CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

CONSIDERANDO a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

CONSIDERANDO que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO os estudos elaborados pela CTA/COFEN, nos autos do PAD-COFEN Nº 48/97;

**RESOLVE:**

**Art. 1º - Ao Enfermeiro incumbe: I – Privativamente:**

A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas:

Consulta de Enfermagem: Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

Histórico: Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

Exame Físico: O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de Enfermagem: O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduos, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

Prescrição de Enfermagem: É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de Enfermagem: É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subseqüentes.

**Artigo 2º -** A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

**Artigo 3º -** A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por:

- Histórico de enfermagem
- Exame Físico
- Diagnóstico de Enfermagem
- Prescrição da Assistência de Enfermagem
- Evolução da Assistência de Enfermagem
- Relatório de Enfermagem

Parágrafo único: Nos casos de Assistência Domiciliar - HOME CARE - este prontuário deverá permanecer junto ao paciente/cliente/usuário assistido, objetivando otimizar o andamento do processo, bem como atender o disposto no Código de Defesa do Consumidor.

**Artigo 4º -** Os CORENS, em suas respectivas jurisdições, deverão promover encontros, seminários, eventos, para subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de Enfermagem, na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE;

**Artigo 5º -** É de responsabilidade dos CORENS, em suas respectivas jurisdições, zelar pelo cumprimento desta norma.

**Artigo 6º** - Os casos omissos, serão resolvidos pelo COFEN.

**Artigo 7º** - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.  
Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.

GILBERTO LINHARES TEIXEIRA  
COREN-RJ Nº 2.380  
PRESIDENTE  
CARMEM DE ALMEIDA DA SILVA  
COREN-SP Nº 2.254  
PRIMEIRA SECRETÁRIA

## ANEXO 2: PRECAUÇÕES PADRÃO

**Definição:** precauções padrão são todas as ações utilizadas com o objetivo de prevenir, eliminar e/ou minimizar os riscos de exposição às infecções causadas por agentes biológicos. Todos os profissionais da saúde, apoio e alunos estão expostos aos riscos de contaminação.

### Medidas de precaução padrão

- ✓ Qualquer pessoa pode ser um portador assintomático de doença infecto contagiosa, portanto, adote os cuidados de precaução padrão sem discriminação.
- ✓ Lave as mãos **antes e depois** de: ir ao banheiro; comer; usar luvas; realizar cuidados; etc.
- ✓ Não reencape agulhas usadas. Despreze as agulhas, scalp, cateter venoso usados em recipiente adequado.
- ✓ Use as caixas de perfuro-cortantes até o limite de sua capacidade. Não sobrecarregue.
- ✓ Pense na pessoa que recolher o LIXO da unidade. Ela corre risco de acidentar-se com material perfuro cortante jogado inadvertidamente (ex: agulhas e lâmina de bisturi).
- ✓ Mantenha o expurgo da unidade organizado.
- ✓ Coloque as caixas de instrumental usada no expurgo de forma organizada: despreze as gases usadas no lixo

e os campos no hamper. Cuidado de não desprezar pinças junto com a roupa. Pense na pessoa que trabalha na lavanderia e o risco que ela corre.

- ✓ Use E.P.I (equipamento de proteção individual) sempre que o caso exigir.
- ✓ Os óculos de proteção devem ser lavados e desinfetados antes de serem guardados garantindo assim a segurança da próxima pessoa que for usar.
- ✓ Use luvas sempre que houver risco de contato com líquidos corpóreos (punção veia, banho de leito, aspiração oral, higiene oral, etc.).
- ✓ Mantenha o ambiente de trabalho limpo e organizado.
- ✓ Planeje e organize o que vai fazer antes de realizar o cuidado de enfermagem.
- ✓ Não submeta-se a longas jornadas de trabalho pois aumenta os riscos de acidentes.
- ✓ Procure o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) e atualize suas vacinações: hepatite, tétano, gripe, etc.
- ✓ Pegue sua máscara N95, específica para risco de contaminação pelo agente da Tuberculose no SSO.
- ✓ Oriente os clientes e familiares (acompanhante) quanto a permanência no hospital e os cuidados voltados para controle de infecção.
- ✓ Participe dos cursos e treinamentos oferecidos pelo SEPEnf e demais eventos científicos. Estude.
- ✓ Participe das ações promovidas pela CIPA – comissão interna de prevenção de acidentes.

Consulta o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e o Serviço de Saúde Ocupacional do HU

### **ANEXO 3: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ACIDENTE DE TRABALHO NO HUJM**

(em fase de reformulação)

## ANEXO 4: DESENHANDO O GENOGRAMA E ECOMAPA

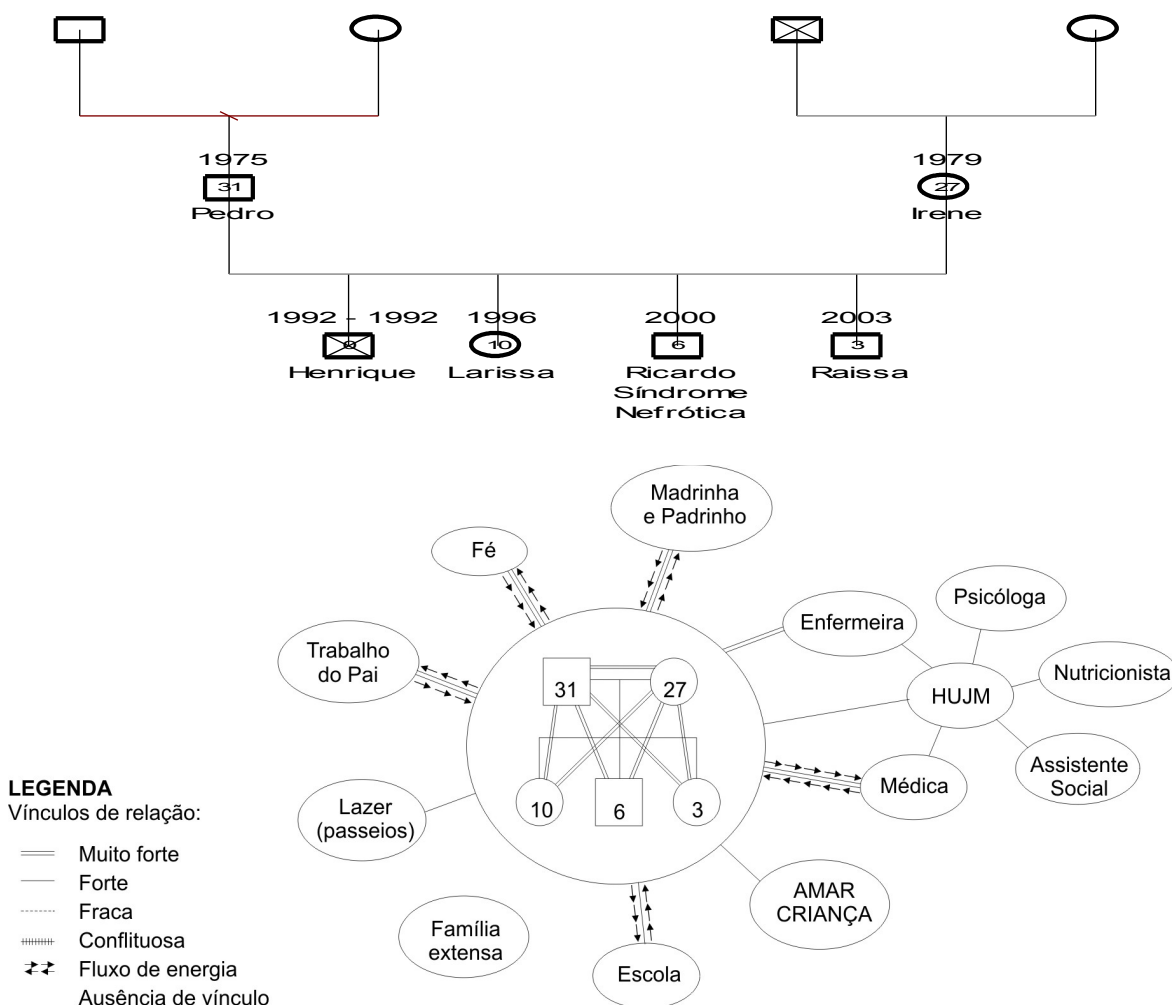
O genograma e o ecomapa são instrumentos importantes para a enfermagem visualizar e compreender o cliente e sua família.

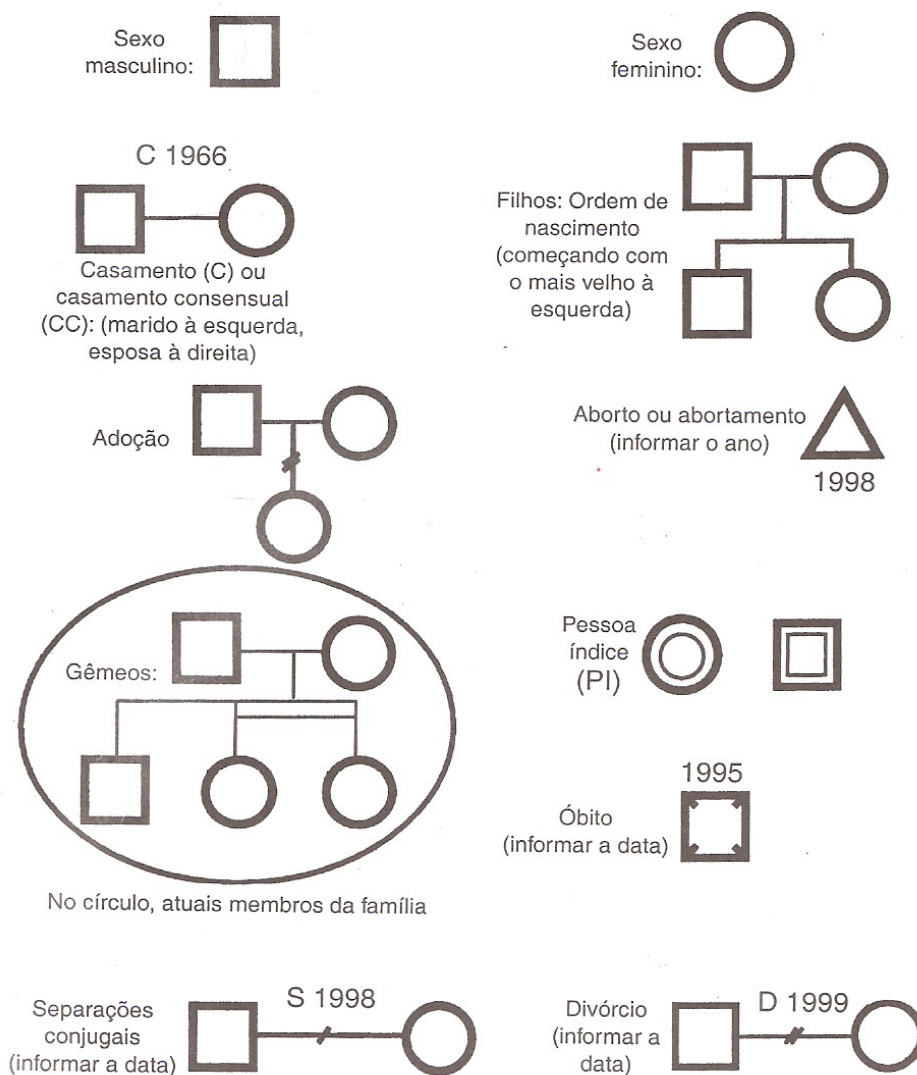
O **genograma** é uma árvore familiar que detalha a sua estrutura interna. Através de símbolos convencionados, os membros da família, as diferentes gerações, os papéis e as relações podem ser representados graficamente e visualizados. O genograma possibilita a discussão e análise das interações familiares.

O **ecomapa** é a representação das relações entre a família e a comunidade através de um diagrama. Através dele, é possível avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. Ele representa uma visão geral da situação da família. Os membros da família são mostrados no centro do círculo.

Ao concluir o histórico de enfermagem do cliente, procure realizar este procedimento com a participação da família. Diga a eles que gostaria de desenhar o mapa da sua família e peça a sua ajuda. Informe o cliente ou acompanhante sobre os símbolos básicos e inicie o genograma sempre pelo cliente. Desenhe no máximo 3 gerações.

Abaixo estão apresentados os símbolos mais usados e exemplificados o genograma e o ecomapa de uma família.



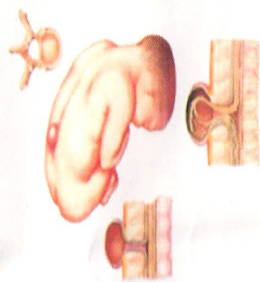


Fonte: WRIGHT; L.M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.



## O que é Espinha Bífida?

Espinha Bífida é um defeito congênito caracterizado por formação incompleta da medula espinal e das estruturas que protegem a medula. O defeito ocorre no primeiro mês de gravidez e engloba uma série de malformações. A mais comumente observada é a mielomeningocele, na qual há uma protrusão cística contendo tecido nervoso exposto não coberto por pele.



O nome espinha bífida relaciona-se ao fechamento inadequado de ossos da coluna (espinha).

## Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas são variáveis dependendo do grau e do nível de envolvimento das estruturas nervosas. As consequências mais frequentes são: paralisia de membros inferiores, distúrbios da sensibilidade cutânea, úlceras de pele por pressão, ausência de controle urinário e fecal e deformidades músculo-esqueléticas.



## Causas

O defeito ocorre como consequência da associação de fatores genéticos e ambientais sendo que muitas causas têm sido propostas tais como deficiência de folato (forma natural de ácido fólico), diabetes materno, deficiência de zinco e ingestão de álcool durante os primeiros três meses de gravidez. A incidência da doença é estimada em 3,3 em cada 1.000 recém-nascidos.

## Risco de Ocorrência

Para um casal que tem uma criança com espinha bífida, o risco de recorrência é de 1% a 5%. Para um adulto com espinha bífida, a probabilidade de recorrência em um de seus filhos é também 1% a 5%. Se os dois pais têm espinha bífida, as chances de terem uma criança com espinha bífida aumentam para 15%.



## Problemas Associados

A associação do defeito da medula com a hidrocefalia determina problemas secundários de gravidade variável dependendo do nível da lesão e do grau envolvimento neurológico.

**HIDROCEFALIA** - Aumento de líquido céfalo-raquiano nas cavidades cerebrais.

**BEXIGA NEUROGÊNICA** - Perdas constantes de urina e muitas vezes não conseguem esvaziar todo o conteúdo da bexiga.

**INTESTINO NEUROGÊNICO** - Alterações do controle intestinal.

**ÚLCERAS POR PRESSÃO** - Na grande maioria das crianças, as áreas de apoio do peso do corpo como pés e região glútea são insensíveis as dores, portanto, suscetíveis ao desenvolvimento de úlceras por pressão.

**PROBLEMAS ORTOPÉDICOS** - As deformidades articulares são decorrentes do desequilíbrio muscular determinado pelas paralisias totais ou parciais.

**DEFICIÊNCIA COGNITIVA** - A criança com mielomeningocele e hidrocefalia operada precocemente têm melhor prognóstico cognitivo.

**PROGRAMA DE REABILITAÇÃO** - Todas as crianças com espinha bífida, por causa da lesão congênita dos nervos e da medula, apresentam alterações da força muscular em membros inferiores, podendo haver, ainda, algum comprometimento da musculatura do abdome e da coluna.



## Prevenção

Várias pesquisas demonstram que o ácido fólico (uma vitamina B) desempenha papel importante na redução da ocorrência de todos os tipos de espinha bífida.

Por isto, a Associação Americana de Espinha Bífida recomenda a administração oral de 0,4 mg de ácido fólico por dia para toda mulher em idade fértil e 4 mg por dia para as com risco aumentado para espinha bífida, iniciando um a três meses antes da gravidez mantendo durante o primeiro trimestre.

O ácido fólico é normalmente encontrado nos vegetais de folhas verdes (espinafre ou brócolis), feijão, frutas cítricas, fígado, castanhas e alimentos integrais.



**SE VOCÊ DESEJA PARTICIPAR DE NOSSA LUTA OU  
OBTER MAIORES INFORMAÇÕES,  
ENTRE EM CONTATO COM:**

**AEB/MT**

Associação de Espinha Bífida do Estado de Mato Grosso

Site: [www.aebmt.org.br](http://www.aebmt.org.br)

Email: [aeb\\_mt@terra.com.br](mailto:aeb_mt@terra.com.br)

Tel.: (65) 663-1686 / 9634-2733

End.: Rua 21 Lotes 06 e 07 Quadra 40

Bairro: Recanto dos Pássaros

CEP: 78000-000

Cuiabá-MT