

**FACULDADE E ESCOLA TÉCNICA DAMA CURSO DE ENFERMAGEM PRÁTICAS DE GESTÃO E GERENCIAMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

**SABRINA TEREZINHA SOUPINSKI**

**FERNANDA MAIESKI**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA REDE HOSPITALAR I – MATERNIDADE HOSPITAL SANTA CRUZ DE CANOINHAS**

**CANOINHAS**

**2022**

**FACULDADE E ESCOLA TÉCNICA DAMA CURSO DE ENFERMAGEM PRÁTICAS DE GESTÃO E GERENCIAMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

**SABRINA TEREZINHA SOUPINSKI**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA REDE HOSPITALAR I – MATERNIDADE HOSPITAL SANTA CRUZ DE CANOINHAS**

Relatório apresentado a Disciplina de Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório I – área Hospitalar do curso de Enfermagem da Faculdade DAMA, desenvolvido na Maternidade do Hospital Santa Cruz de Canoinhas com a supervisão do professora Barbara Ribeiro da Silva.

**CANOINHAS**

**2022**

Sumário

[**1 INTRODUCAO** 4](#_Toc107417837)

[**2 DESENVOLVIMENTO** 5](#_Toc107417838)

[2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL 5](#_Toc107417839)

[2.2 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO 5](#_Toc107417840)

[**3 CARACTERIZAÇÃO DO SETOR** 13](#_Toc107417841)

[3.1 ESTRUTURA FÍSICA DO SETOR 13](#_Toc107417842)

[3.1.2Centro Obstétrico 19](#_Toc107417843)

[**4 GESTÃO DE PESSOAS E RECURSOS HUMANOS** 20](#_Toc107417844)

[**5 ORGANIZAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO** 21](#_Toc107417845)

[**6 SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE E DA ENFERMAGEM** 23](#_Toc107417846)

[**7 INDICADORES DO SETOR E DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E DE ENFERMAGEM** 23](#_Toc107417847)

[**8 INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE E SAÚDE OCUPACIONAL** 25](#_Toc107417848)

[8.1 PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO 25](#_Toc107417849)

[8.2 BIOSSEGURANÇA 27](#_Toc107417850)

[8.3 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES 27](#_Toc107417851)

[9 DESCARTE DE RESÍDUOS 28](#_Toc107417852)

[10 AVALIAÇÃO 28](#_Toc107417853)

[**9 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL** 29](#_Toc107417854)

[**10 ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS DURANTE ESTÁGIO HOSPITALAR SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO I.** 29](#_Toc107417855)

[10.1.1 Sistematização da Assistência em Enfermagem 34](#_Toc107417856)

[10.1.2 Evolução de Enfermagem 36](#_Toc107417857)

[10.1.3 Diagnósticos de Enfermagem 37](#_Toc107417858)

[10.1.4 Planejamento e Prescrição de Enfermagem 37](#_Toc107417859)

[10.1.5 Implementação da Assistência 38](#_Toc107417860)

[**11 PLANOS DE AÇÕES** 39](#_Toc107417861)

[**12 RELATÓRIO DIÁRIO** 40](#_Toc107417862)

[13 MAPA DO SETOR 43](#_Toc107417863)

[**14 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 44](#_Toc107417864)

# **1 INTRODUCAO**

O estágio curricular obrigatório na Rede Hospitalar – Hospital Santa Cruz de Canoinhas teve o principal objetivo de identificar questões assistenciais e gerenciamento de enfermagem com base da rotina do enfermeiro do setor, ao qual teve início dia 18 de maio até 30 de junho 2022.

Foi realizado no Hospital Santa Cruz de Canoinhas, situado na rua João da Cruz Kreiling, nº 1050. Nas Décadas de 1 910 e 1920 Tereza Gobbi possuía um hotel que era próximo da estação de trem, ela atendia os passageiros fornecendo-lhes marmitas ao qual que por seu gesto de caridade se tornou popular.

Após um tempo ocorreu um acidente, com o guarda freios do trem, ao qual acabou tendo que levar para Curitiba, devido a este ocorrido surgiu a ideia em construir um hospital. O terreno acabou sendo doado por Sr. Victor Soares, e para arrecadar recursos foi realizado festas.

O HSCC foi foi inaugurado em 1939 e administrado pelo Dr Osvaldo de Oliveira que deu início de 200m². Hoje, em 2022 o hospital está com aproximadamente 7.000m² com um total de 77 leitos. Estes leitos estão dividido por setores sendo: Ala 300 (SUS), Ala 200 (Convênios e Particular), Maternidade, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, UTI, CDI, Atendimento de Urgência e Emergência, Centro Médico.

Os estágios supervisionados são benéficos para a formação dos alunos como vínculos educacionais profissionais e são considerados experiências relevantes no contexto de aprendizagem por envolver teoria e prática. A enfermagem deve usar Sistematização da Assistência de enfermagem como ferramenta de trabalho, sua finalidade é identificar as necessidades de cada paciente, fazer recomendações para seus cuidados e cuidados, e orientar a equipe a agir (NEGREIROS, LIMA, 2018).

# **2 DESENVOLVIMENTO**

# 2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O Diagnóstico Situacional de Enfermagem e de Saúde (DSES) define-se como um método de identificação e análise da realidade e das suas necessidades com o objetivo de elaborar propostas de organização/reestruturação e incluir as fases iniciais do processo de planeamento. A população atendida por um determinado serviço é caracterizada pelas formas utilizáveis ​​de desenvolvimento da DSES. Dessa forma, os dados podem ser analisados, priorizados e planejados estrategicamente (TIENSOLI, et al. 2014).

É importante lembrar que as características da população que utiliza determinado serviço médico são relevantes, pois definem as prioridades de intervenção e, assim, possibilitam a organização do atendimento a esses pacientes. Entretanto, na literatura nacional, poucos estudos recentes descrevem as características dos pacientes internados em serviços específicos, como a medicina interna (TIENSOLI, et al. 2014).

# 2.2 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o Art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no Art. 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986

Art. 1º – O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Art. 2º – As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de Enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º – A prescrição da assistência de Enfermagem é parte integrante do programa de Enfermagem.

Art. 4º – São Enfermeiros:

I – o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II – o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferidos nos termos da lei;

III – o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV – aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiveram título de Enfermeira conforme o disposto na letra “”d”” do Art. 3º. do Decreto-lei Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 5º. São técnicos de Enfermagem:

I – o titular do diploma ou do certificado de técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

II – o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de técnico de Enfermagem.

Art. 6º São Auxiliares de Enfermagem:

I – o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;

II – o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III – o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do Art. 2º. da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV – o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V – o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI – o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 7º – São Parteiros:

I – o titular de certificado previsto no Art. 1º do nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II – o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 26 de junho de1988, como certificado de Parteiro.

Art. 8º – Ao enfermeiro incumbe:

I – privativamente:

a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;

d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

e) consulta de Enfermagem;

f) prescrição da assistência de Enfermagem;

g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;

f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;

g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;

h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;

i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;

m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;

o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;

q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;

r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º – Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I – prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II – identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III – realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 10 – O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – assistir ao Enfermeiro:

a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;

b) na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;

c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;

d) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;

e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

f) na execução dos programas referidos nas letras “”i”” e “”o”” do item II do Art. 8º.

II – executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto:

III – integrar a equipe de saúde.

Art. 11 – O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II – observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III – executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:

ministrar medicamentos por via oral e parenteral; realizar controle hídrico; fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio;

e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;

h) colher material para exames laboratoriais;

i) prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;

j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

l) executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV – prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;

V – integrar a equipe de saúde;

VI – participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII – executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes:

VIII – participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 12 – Ao Parteiro incumbe:

I – prestar cuidados à gestante e à parturiente;

II – assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III – cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único – As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13 – As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

Art. 14 – Incumbe a todo o pessoal de Enfermagem:

I – cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem;

II – quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de Enfermagem, para fins estatísticos;

Art. 15 – Na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de Enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Parágrafo único – Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 16 – Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 – Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 08 de junho de 1987;

José Sarney

Eros Antonio de Almeida

Dec. nº 94.406, de 08.06.87

publicado no DOU de 09.06.87

seção I – fls. 8.853 a 8.855

# **3 CARACTERIZAÇÃO DO SETOR**

O objetivo deste setor é promover o cuidado à gestante e ao recém-nascido por meio da humanização do parto em ambiente hospitalar um espaço que privilegia o toque humano, cuidar da mãe e de quem a acompanha, criando um ambiente destinado a integrar a família no processo pré-parto, parto e pós-natal (LUNKES; NETTO; FAZOLO, 2018).

No Brasil, a trajetória das organizações de assistência obstétrica determina a hegemonia do modelo tecnocrático, a supermedicalização, não baseada em evidências científicas, a desumanização da enfermagem e a vantagem do uso da tecnologia. A assistência humanizada ao parto representa uma contracultura de modelos hegemônicos que envolvem saberes, práticas e atitudes que promovem o parto e nascimento saudáveis. Garantir a privacidade, autonomia e papéis das mulheres, desenvolvendo procedimentos comprovados e benéficos sem intervenção desnecessária, respeitando a escolha informada e a presença de um parceiro materno escolhido (SILVA, et al. 2017)

No setor da maternidade é realizado parto normal (vaginais) e cesárias, tanto por convênios como pelo SUS, e atendimentos ao recém-nascido e também possui um ponto de coleta de leite. Hoje, a maternidade também atende crianças após o covid-19. Seu setor é composto por profissionais por turno de trabalho/plantão: atuam no período matutino das 7:00h às 13:00h, 4 técnicos de enfermagem e 1 Enfermeiro obstetra; no período vespertino 13:00h as 19:00h, 3 técnicos de enfermagem, 1 escriturário e 1 enfermeira obstetra, no período noturno, das 19:00h as 7:00h, 4 técnicos intercalando as noites e 01 enfermeiro obstetra.

# 3.1 ESTRUTURA FÍSICA DO SETOR

Segundo a RESOLUÇÃO Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008 que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Os itens da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, referentes à atenção obstétrica e neonatal passam a vigorar da seguinte forma: 1. Unidade de Centro de Parto Normal:

1.1 Ambientes Fins

1.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

1.1.2 Sala de exames e admissão de parturientes;

1.1.3 Quarto PPP;

1.1.3.1 Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling.

1.1.4 Banheiro para parturiente

1.1.5 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto.

1.1.6 Área para deambulação (interna ou externa);

1.1.7 Posto de enfermagem; 1.1.8 Sala de serviço;

1.1.9 Área para higienização das mãos.

1.2 Ambientes de apoio

1.2.1 Sala de utilidades;

1.2.2 Sanitário para funcionários (masculino e feminino);

1.2.3 Rouparia;

1.2.4 Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares;

1.2.5 Depósito de material de limpeza;

1.2.6 Depósito de equipamentos e materiais;

1.2.7 Sala administrativa;

1.2.8 Copa;

1.2.9 Sanitário para acompanhantes, visitantes e familiares (masculino e feminino);

1.2.10 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;

1.2.11 Sala de ultrassonografia.

1.3 Os ambientes descritos nos itens

1.2.9; 1.2.10 e 1.2.11 são opcionais, assim como o 1.1.5, caso a puérpera e o recém-nascido, permaneçam no quarto PPP, durante todo período de internação puerperal. 2. Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais) 2.1 Ambientes Fins 2.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante; 2.1.2 Sala de exame e admissão de parturientes;

2.1.2.1 A sala de admissão e os ambientes de apoio podem ser compartilhados com os ambientes do centro de parto normal.

2.1.3 Quarto PPP;

2.1.3.1 Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling.

2.1.3.2 O quarto PPP no centro obstétrico pode ser utilizado como préparto para as pacientes com possibilidade cirúrgica.

2.1.4 Banheiro para parturiente;

2.1.5 Área para deambulação (interna ou externa);

2.1.6 Posto de enfermagem;

2.1.7 Sala de serviço;

2.1.8 Área para prescrição médica;

2.1.9 Área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços;

2.1.10 Sala de parto cirúrgico/curetagem;

2.1.11 Área de recuperação anestésica;

2.1.12 Sala para AMIU;

2.1.13 Área de indução anestésica;

2.2. Ambientes de apoio

2.2.1 Sala de utilidades;

2.2.2 Banheiros com vestiários para funcionários e acompanhantes (barreira);

2.2.3 Sala administrativa;

2.2.4 Rouparia;

2.2.5 Depósito de equipamentos e materiais;

2.2.6 Depósito de material de limpeza;

2.2.7 Agência transfusional, in loco ou não (em conformidade com o item 8.1.5.1 do Anexo I); 2.2.8 Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares;

2.2.9 Sala de preparo de equipamentos/material;

2.2.10 Copa;

2.2.11 Sala de estar para funcionários;

3.3 Os ambientes descritos nos itens 3.2.8; 3.2.9; 3.2.10; 3.2.11; 3.2.12; 3.2.13 e 3.2.14 são opcionais.

4. Características dos ambientes

4.1 Centro de Parto Normal

4.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante: sala com área mínima de 2,00m² por pessoa.

4.1.2 Sala de exame, admissão de parturientes: área mínima de 9,00m² por leito de exame. Instalação de água fria e quente.

4.1.3 Quarto PPP: área mínima de 10,50m² e dimensão mínima de 3,20m, com previsão de poltrona de acompanhante, berço e área de 4,00m2 para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia. Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem.

4.1.4 Banheiro do quarto PPP: O banheiro deve ter área mínima de 4,80m², com dimensão mínima de 1,70m.

4.1.4.1 O box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90 x 1,10m com instalação de barra de segurança.

4.1.4.2 Instalação opcional de banheira com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m. No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível, não deve ser ativado o modo de hidromassagem.

4.1.5 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto, áreas mínimas: quarto de 01 leito, 10,50 m², quarto de 02 leitos, 14,00 m² e enfermaria de 03 a 06 leitos, 6,00 m² por leito. Todos os quartos/ enfermarias devem ter, ainda, área de 4,00m2 para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia.

4.1.5.1 previsão de berço e poltrona de acompanhante, para cada leito de puérpera. 4.1.5.2 O berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.

4.1.5.3 Adotar medidas que garantam a privacidade visual de cada parturiente, seu recém nascido e acompanhante, quando instalado ambiente de alojamento conjunto para mais de uma puérpera

4.1.5.4 Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem.

4.1.6 Banheiro do quarto/enfermaria de alojamento conjunto: pode ser compartilhado por até dois quartos de 02 leitos ou duas enfermarias de até 04 leitos cada.

4.1.6.1 O banheiro comum a dois quartos/enfermaria deve ter um conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro a cada 04 leitos, com dimensão mínima de 1,7 m. Deve prever instalação de água fria e quente e sinalização de enfermagem.

4.1.7 Área para deambulação: a área pode ser interna ou externa, preferencialmente coberta, a fim de ser utilizada em dias de chuva ou sol.

4.1.8 Posto de enfermagem: um a cada 30 leitos. Área mínima de 2,50m², com instalações de água e elétrica de emergência.

4.1.9 Sala de serviço: uma sala de serviços a cada posto de enfermagem. Área mínima de 5,70m², com instalações de água e elétrica de emergência.

4.1.10 Área para higienização das mãos: um lavatório a cada dois leitos. Área mínima de 0,90m² com instalação de água fria e quente.

4.2 Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais)

4.2.1 Quarto PPP: segue as características descritas nos itens 4.1.3 e 4.1.4; 4.2.2 Posto de enfermagem e serviços: um a cada doze leitos de recuperação pós-anestésica com 6,00m². Instalações de água fria e elétrica de emergência.

4.2.3 Área para prescrição profissional: área mínima de 2,00m².

4.2.4 Área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços: prever instalação de duas torneiras por sala de parto cirúrgico. Caso existam mais de duas salas cirúrgicas, prever duas torneiras a cada novo par de salas ou fração. Área de 1,10m² por torneira com dimensão mínima de 1,00m

4.2.5 Sala de parto cirúrgico/curetagem: área mínima de 20,00m² com dimensão mínima de 3,45m. Deve possuir uma mesa cirúrgica por sala. Instalações de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização.

4.2.6 Área de recuperação pós-anestésica: ambiente com no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m. Distância entre macas e paredes, exceto cabeceiras de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20m. O número de macas deve ser igual ao número de salas de parto cirúrgico. Instalações de água fria, oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo e climatização.

4.2.7 Sala para AMIU: área mínima de 6,00m² com instalações de oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização.

4.2.8 Área de indução anestésica: prever área para no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m e entre as macas e as paredes de 0,60m. Distância entre a cabeceira e a maca de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20m. Instalações de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico, elétrica diferenciada e climatização.

4.3 - Internação Obstétrica (Puérpera ou gestantes com intercorrências)

4.3.1 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto: segue as características descritas nos itens 4.1.5 e 4.1.6. 4.3.2 Posto de enfermagem e prescrição profissional: Cada posto deve atender a no máximo 30 leitos, com a área mínima de 6,00m² e com as instalações de água e elétrica de emergência.

4.3.3 Sala de exames e curativos: Quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos deve ser instalada uma sala a cada 30 leitos. Área mínima de 7,50m² com instalações de água, ar comprimido medicinal e elétrica de emergência.

4.3.4 Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes. Área mínima de 5,00m2

# 3.1.2Centro Obstétrico

O centro obstétrico fica no mesmo setor do centro cirúrgico sendo de fácil acesso. O mesmo possui identificações tanto para profissionais se localizarem como visitantes. Normalmente, as gestantes são levadas deambulando, ou se necessário de maca ou cadeira de roda. A faixada do centro obstétrico é de porta de madeira branca, possuindo duas salas uma de pós operatório e a outra para realizar o parto, sendo que os dois quartos dão acesso ao mesmo banheiro.

1. Vestiário Masculino e feminino: o acesso é por fora, antes de entrar no C.O é necessário estar paramentado com a roupa fornecida pelo próprio hospital, tanto os profissionais quanto o acompanhante da gestante.
2. Copa: exclusiva para o uso dos funcionários que trabalham no setor.
3. Sala de Estar: próximo ao vestiário e à copa, servindo de área de descanso para a equipe que está de plantão.
4. Área de baldeação ou troca-macas: Localizada à entrada do Centro Cirúrgico, onde se dá a transferência do paciente da maca em que veio para a maca privativa do centro.
5. Sala de material cirúrgico: Destina-se à recepção, guarda e redistribuição de todo o material limpo e esterilizado a ser usado no Centro Cirúrgico. Lavabos: Destinados à lavagem e anti-sepsia das mãos e ante-braços, antes da operação. São equipados com recipientes para Antissépticos e torneiras que podem realizar as manobradas sem o uso das mãos.
6. Expurgo: Local equipado com tanque para o despejo de sangue, secreções e outros líquidos provenientes da operação, também de depositam, instrumentos, roupas usadas e outros materiais, para posterior lavagem.
7. Sala de material de limpeza: Área utilizada para a reserva de materiais e de utensílios usados na limpeza do Centro Cirúrgico.
8. Rouparia: Local destinado à guarda roupa limpa não-estéril.
9. Sala de Operação(S.O): Dependência do Centro Cirúrgico destinada à realização das intervenções cirúrgicas. Por isso, o trânsito a ela é restrito e a limpeza é feita com o máximo rigor, pois deve ser a área mais limpa do centro. Comumente, tem a forma retangular.
10. Sala de guarda de medicamentos e materiais estéreis descartáveis: Local onde se armazenam materiais descartáveis como seringas e agulhas, equipos de soro, fios de sutura, frasco de soro, entre outros.
11. Sala de recuperação pós anestésica e observação: onde os pacientes ficam aguardando passar o efeito da anestesia e para observação.
12. Sala de parto: Local onde é realizado partos vaginais.
13. Sala de cuidados com o RN: local onde é realizado todos os cuidados com o RN após o parto.

# 4 GESTÃO DE PESSOAS E RECURSOS HUMANOS

As organizações hospitalares se destacam por ajudar pacientes com condições de saúde cada vez mais desafiadoras que exigem respostas complexas para cada situação. Portanto, o trabalho hospitalar requer habilidades dos profissionais que enfrentam as seguintes questões: mudanças tecnológicas, mudanças nas características epidemiológicas, mudanças demográficas na população brasileira e pacientes cada vez mais exigentes. Os serviços de enfermagem são responsáveis ​​por gerenciar um grande número de profissionais, e tem sido um desafio não apenas determinar o tamanho dos enfermeiros necessários, mas alocá-los (AUED, et al. 2016).

No setor da maternidade, possui uma enfermeira coordenadora ao qual ela é responsável pelo seu setor e com principal objetivo de passar as informações necessárias para todos da sua equipe. Ela também participa das reuniões de gestão do cuidado que geralmente são mensais, para apresentar os resultados das ações anteriores e articular novas estratégias para melhorar o atendimento ao paciente. Os profissionais utilizam uma carteira de identidade com nome e função, é considerada uma carteira de identidade, o que acaba tornando mais prático para o paciente, é uma forma de melhorar a segurança do atendimento da equipe aos pacientes.

Todos os meses, toda a equipe profissional participa de eventos educativos e permanentes organizados pelos enfermeiros para capacitar a equipe. Para uma melhor assistência ao paciente, ressalta-se a interdisciplinaridade da equipe, a prática é utilizada como fonte de conhecimento e os profissionais participam ativamente do processo educativo, realizando procedimentos corretos, atualizando-se conforme planos anuais e atividades de educação permanente. Essas atividades atendem às necessidades da equipe e geralmente são elaboradas com base nas dificuldades percebidas.

Já na equipe multiprofissional estão incluídos médicos obstetras, anestesista, pediatra, enfermeiros, técnicos em enfermagem, escriturário, e o pessoal da higienização, visando a importância na desenvoltura de um trabalho conjunto no qual os profissionais se envolvam em algum momento na assistência, de acordo com seu nível de competência específica, e possam oferecer apoio para ajudar a solucionar os casos mais simples ou mais complexos, visando um ambiente mais harmonioso e melhor qualidade no atendimento ao paciente, respeitando a hierarquia e os conhecimentos científicos de cada profissional

# 5 ORGANIZAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO

A enfermagem não é apenas uma profissão tecnicamente competente, mas também uma prática social, um trabalho, porque estabelece envolver-se em moldar a prática de saúde em relação às dimensões econômicas, culturais e sociais de uma sociedade e de outros trabalhos. O processo de produção de ações saudáveis. O trabalho do homem é a atividade de transformar o que existia anteriormente em algo que satisfaça uma necessidade, essa transformação é intencional, ou seja, o homem concebe e planeja o que vai produzir (CARDOSO, et al. 2011).

No setor, a paciente que é gestante vem com alguma queixa, logo em seguida é realizado a consulta em sua carteirinha de gestante, avaliado os dados, verificado seus SSVV e logo após é avisado a obstetra de plantão que há uma consulta/avaliação. Se necessário internação os técnicos já entram em contanto com a recepção informando e logo em seguida é realizado a sua admissão e entregue a fita de identificação.

O enfermeiro vai até o quarto para realizar ausculta de BCF, realizar testes rápidos (HBSag, sífilis, Hcv, Hiv I e II) coletar PCR, repassar todas as orientações quanto ao internamento. Se a gestante for submetida a cesárea a equipe de enfermagem, orienta para retirar todos os adornos, se dirigir até o banheiro para tomar um banho e lavar bem o local que será a incisão cirúrgica com clorexedina degermante, vestir a camisola com abertura para frente.

Após a comunicação do Centro Cirúrgico da liberação para a cesárea, a equipe de enfermagem acompanha a gestante até o CO de cadeira de roda ou deambulando conforme a condição do paciente, ao chegar ao CO a gestante fica em um dos quartos acompanhada de seu acompanhante aguardando ser chamada. Após o nascimento do RN, a enfermeira obstetra realiza os primeiros cuidados com o RN, curativo com o coto umbilical, administração de kanakion e solução de nitrato de prata a 1%, realização de SSVV e peso.

A enfermeira realiza a inclusão dos dados do RN no sistema utilizado na instituição denominado RN. Após o retorno ao quarto é realizado os cuidados pós operatório como SSVV em 15 em 15 minutos e controle de loquios e auxiliado na amamentação. Se a gestante realizar o parto vaginal, primeiramente é realizado todos os procedimentos citados acima no fluxograma de atendimento. Abertura de partograma.

Encaminhado a gestante para o quarto PPP podendo ser na maternidade ou no CO. Posicionada a gestante no chuveiro para realização de bolaterapia, para auxiliar na dilatação e contração, realizado ausculta do BCF a cada 1 hora e toque vaginal a cada 2 horas ou conforme o tempo de intervalo de cada contração. Acompanhado todo o trabalho de parto, após o nascimento do RN, a enfermeira obstetra realiza os primeiros cuidados com o RN, curativo com o coto umbilical, administração de kanakion e solução de nitrato de prata a 1%, realização de SSVV e peso. A enfermeira realiza a inclusão dos dados do RN no sistema utilizado na instituição denominado RN. O RN é deixado aos cuidados da puérpera para amamentação.

Todos os partos são registrados em dois livros de anotações, que encontram-se no CO é preenchido pela equipe de enfermagem, onde é anotado as seguintes informações, nome do paciente, idade, dia do parto, horário, tipo de parto, sexo do RN, peso do RN, se ocorreu episiotomia, laceração ou fórceps. Os atendimentos ao RN após o nascimento são registrados em um livro que fica arquivado na sala de atendimento ao RN, onde é anotado as seguintes informações, peso do RN, altura, circunferência cefálica e teste do coraçãozinho.

# **6 SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE E DA ENFERMAGEM**

Segundo BARBOSA; MARIN (2004), os sistemas de informação revolucionam o processo de comunicação na área da saúde e, como consequência, provocam mudanças significativas, até mesmo no mercado de trabalho da enfermagem.

- SISPRO, para lançamento de atendimento ao RN denominado pela instituição de RN e outro para realização de sistematização e evolução.

Os prontuários são preenchidos com letras legíveis e de forma adequada, como nome, idade, tipo de parto, exames, evoluções médicas e de enfermagem. O mesmo apresenta todos os SSVV, local do acesso venoso, condições do acesso, todos os dados que forem necessários para colocar no prontuário. Partograma, carteirinha de pre-natal, check list seguro (em caso de cesárea).

# 7 INDICADORES DO SETOR E DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E DE ENFERMAGEM

No setor, ocorre uma médica de 6 a 8 consultas por dia, 80 partos mensal, mas na maioria das vezes é realizado parto césaria. Cada paciente fica no setor em média de 42horas seguindo o protocolo do HSCC.

A Unidade Básica de Saúde e o HSCC possuem um bom contato entre eles quando necessário que na maioria das vezes é a respeito do uso incorreto da carteirinha, ou consultas de pré-natal em quantidades inadequadas. Em casos de necessidade de algum paciente ou que a equipe acabe tendo alguma suspeita, o hospital possui assistente social e psicóloga que entra em contato com a paciente para realizar o acompanhamento.

Segundo GABRIEL et al (2011), para que os enfermeiros possam elaborar instrumentos que avaliem esses resultados, necessitam estar embasados em informações que traduzam a realidade dessa assistência de forma direta ou indireta. Nessa ótica, cabe ressaltar a importância de trabalhar com avaliação dos resultados do cuidado ao paciente, objetivando aferir a qualidade da assistência de maneira precisa, consistente e abrangente, possibilitando análises nos âmbitos intra e extra institucional e reflexões sobre os diferentes contextos de sua prática profissional.

Segundo A RESOLUÇÃO Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008 Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. 15. AVALIAÇÃO 15.1 O responsável técnico deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade.

15.2 A avaliação deve ser realizada levando em conta os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e as demais disposições estabelecidas na Instrução Normativa (IN) n. 02, de 03 de junho de 2008, da Anvisa.

15.3 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar à vigilância sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos.

15.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve encaminhar à vigilância sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior, nos meses de janeiro e julho.

15.5 O consolidado do município deve ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à Anvisa. A assistência de enfermagem prestada aos pacientes é de excelência, todos são tratados com equidade e empatia, sempre buscando melhoria e novas atualizações.

# 8 INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE E SAÚDE OCUPACIONAL

Cuidados de saúde inseguros, que resultam em morbidade e mortalidade evitáveis ​​significativas, bem como custos adicionais para manter os sistemas de saúde, são uma grande preocupação hoje. Estudos realizados em hospitais de diversos países têm demonstrado que a ocorrência de eventos adversos, incidentes que causam danos aos pacientes e tempo de internação, mortalidade e custos hospitalares. Os hospitais são responsáveis ​​por uma parte importante e complexa dos cuidados de saúde prestados aos doentes. A incorporação de métricas de segurança em programas de monitoramento de qualidade é uma estratégia para orientar as medidas de segurança do paciente internado (GOUVEA; TRAVASSOS, 2010).

Segundo a RESOLUÇÃO Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008 Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

# 8.1 PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir manual de normas e rotinas técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização, quando aplicável, das superfícies, instalações, equipamentos e produtos para a saúde.

O manual de normas e rotinas técnicas dos procedimentos deve estar atualizado e disponível em local de fácil acesso.

O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para as práticas de higienização das mãos de profissionais de saúde, mulher, acompanhantes e visitantes.

O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir um lavatório/pia por quarto.

Os lavatórios para higienização das mãos podem ter formatos e dimensões variadas, porém a profundidade deve ser suficiente para que se lavem as mãos sem encostá-las nas paredes laterais ou bordas da peça e tampouco na torneira.

Os lavatórios para higienização das mãos devem possuir provisão de sabonete líquido, além de papel toalha que possua boa propriedade de secagem.

As preparações alcoólicas para higienização das mãos devem estar disponibilizadas na entrada da unidade, entre os leitos e outros locais estratégicos definidos pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

O RT do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde e demais usuários.

Os saneantes para uso hospitalar e os produtos usados nos processos de limpeza e desinfecção devem ser utilizados segundo as especificações do fabricante e estar regularizados junto à Anvisa, de acordo com a legislação vigente.

O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve cumprir as medidas de prevenção e controle de infecções definidas pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve orientar os familiares e acompanhantes dos pacientes sobre ações de controle de infecção e eventos adversos.

Os Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal que realizam processamento de produtos para a saúde devem atender às seguintes regulamentações: a) RE/Anvisa n. 2.606/2006, que dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos; b) RE/Anvisa n. 2.605/2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, proibidos de serem reprocessados; c) RDC/Anvisa n. 156/2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

# 8.2 BIOSSEGURANÇA

O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve manter normas e rotinas técnicas escritas de biossegurança, atualizadas e disponíveis a todos os trabalhadores, contemplando os seguintes itens:

Condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;

Instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC);

Procedimentos em caso de acidentes;

Manuseio e transporte de material e amostra biológica.

# 8.3 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES

A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e implementar ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância do controle de infecção e de eventos adversos.

O monitoramento dos eventos adversos ao uso de sangue e componentes deve ser realizado em parceria e de acordo com o estabelecido pelo serviço de hemoterapia da instituição ou serviço fornecedor de sangue e hemocomponentes.

A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve notificar os casos suspeitos, surtos e eventos adversos graves à coordenação do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde

O coordenador do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde deve notificar surtos e casos suspeitos de eventos adversos graves à vigilância sanitária local, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

A notificação não isenta o coordenador pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde da investigação epidemiológica e da adoção de medidas de controle do evento.

A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve colaborar com a equipe de Controle de Infecção em Serviços de Saúde e com a vigilância sanitária na investigação epidemiológica e na adoção de medidas de controle.

# 9 DESCARTE DE RESÍDUOS

O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar as ações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), atendendo aos requisitos da RDC/Anvisa n. 306, de 07 de dezembro de 2004, e Resolução Conama n. 358, de 29 de abril de 2005.

# 10 AVALIAÇÃO

O responsável técnico deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade.

A avaliação deve ser realizada levando em conta os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e as demais disposições estabelecidas na Instrução Normativa (IN) n. 02, de 03 de junho de 2008, da Anvisa.

O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar à vigilância sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos.

O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve encaminhar à vigilância sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior, nos meses de janeiro e julho.

O consolidado do município deve ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à Anvisa.

# 9 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

# **10 ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS DURANTE ESTÁGIO HOSPITALAR SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO I.**

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Etapas a serem desenvolvidas:

1. Investigação

2. Diagnóstico de Enfermagem

3. Planejamento (resultados esperados)

4. Implementação da Assistência

5. Avaliação dos Resultados (não é obrigatório pois não há tempo hábil para análise do mesmo)

**II. Desenvolvimento de Escala de Trabalho de Enfermagem de Hospital Hipotético de Pequeno Porte.**

O mesmo possui Centro Cirúrgico com demanda apenas de cirurgias eletivas e agendadas previamente (funcionando apenas em período diruno), Maternidade com baixa demanda (20 partos mensais), Clinica Cirúrgica com média de 03 pacientes/dia de segunda a sexta, Clínica Médica com média de 20 pacientes/dia.

Profissionais a disposição para distribuição entre os setores: - 07 enfermeiras, sendo 01 coordenador de enfermagem que realiza 08h diárias, 01 enfermeira no CC (que dá suporte para CME e clinica cirúrgica) e 01 na maternidade realizando 08h diárias, 04 enfermeiras na clínica médica, sendo que uma estará em férias; - 23 técnicos de enfermagem, sendo que 02 técnicos estarão de férias, distribuídos da seguinte forma: Maternidade - 04 técnicos de enfermagem na maternidade (01 por período); Clínica Médica - 08 técnicos de enfermagem (02 por período); Clinica Cirúrgica – 04 técnicos de enfermagem (01 por período, sendo 02 em férias);

Centro Cirúrgico – 05 técnicos de enfermagem (02 técnicos de enfermagem por período, 01 técnico de enfermagem dando suporte no CC 08h diárias e responsável pela CME).

**III. Cálculos de Dimensionamento de Enfermagem**

Conforme Resolução do COFEN nº 293/2004: Art. 2º - O dimensionamento e a adequação quantiqualitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas: I - à instituição/empresa: missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.

II - ao serviço de Enfermagem: - Fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87); - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções COFEN e Decisões dos CORENs; - Aspectos técnico-administrativos: dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; padrões de desempenho dos profissionais; índice de segurança técnica (IST); taxa de absenteísmo (TA) e taxa ausência de benefícios (TB) da unidade assistencial; proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio, e indicadores de avaliação da qualidade da assistência.

III - à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), realidade sóciocultural e econômica. Art. 3º - O referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, incluindo todos os elementos que compõem a equipe, referido no Art. 2º da Lei nº 7.498/86, para as 24 horas de cada Unidade de Internação, considera o SCP, as horas de assistência de Enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito.

Art. 4º - Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas: 1. 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado; 2. 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária; 3. 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva; 4. 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva. § 1º - Tais quantitativos devem adequar-se aos elementos contidos no Art. 2º desta Resolução. § 2º - O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15% do total.

§ 3º - Para o serviço em que a referência não pode ser associada ao leitodia, a unidade de medida será o sítio funcional, com um significado tridimensional: atividade(s), local ou área operacional e o período de tempo ( 4, 5 ou 6 horas ).

§ 4º - Para efeito de cálculo deverá ser observada a cláusula contratual quanto à carga horária. § 5º - Para unidades especializadas como psiquiatria e oncologia, deve-se classificar o cliente tomando como base as características assistenciais específicas, adaptando-as ao SCP.

§ 6º - O cliente especial ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada, deve ser classificado um nível acima no SCP, iniciandose com cuidados intermediários.

§ 7º - Para berçário e unidade de internação em pediatria, caso não tenha acompanhante, a criança menor de seis anos e o recém-nascido devem ser classificados com necessidades de cuidados intermediários.

§ 8o - O cliente com demanda de cuidados intensivos deverá ser assistido em unidade com infraestrutura adequada e especializada para este fim.

§ 9º - Ao cliente crônico com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado pelo SCP com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva deverá ser acrescido de 0,5 às horas de Enfermagem especificadas no Art.4º.

Art. 5º - A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem deve observar as seguintes proporções e o SCP: 1 - Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem; 2 - Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem; 3 - Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem. Parágrafo único - A distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência.

Unidade Especial – Centro Cirurgico A RESOLUÇÃO COFEN-293/2004 – Revogada pela Resolução COFEN nº 543/2017 - Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados e possui o incremento de recomentar o dimensionamento na totalidade do bloco operatório. Esta Resolução traz a dimensão do Enfermeiro como gestor da assistência, dos recursos materiais, dos espaços ocupados por pacientes e por todas as áreas que a enfermagem atua no Perioperatório e nos espaços de processamento de artigos para saúde.

A Resolução traz fórmula descomplicada e multifuncional, mas para que atendam as expectativas e particularidades de cada instituição é indispensável que o enfermeiro conheça as rotinas, realidades da unidade a ser dimensionada, como sítios funcionais (transporte do paciente, arsenal/farmácia, RPA entre outros), horário de funcionamento e jornada de trabalho. Em relação ao centro cirúrgico e recuperação anestésica é indispensável o histórico da produção cirúrgica, ao menos um trimestre, que contemple: quantidade de procedimento eletivos e emergência, classificação segundo o porte cirúrgico, o tempo de limpeza das salas e o tempo de espera das cirurgias. Já para o centro de material e esterilização deve fundamentar se na produção da unidade (quantidade de kits recebidos, processados, conferidos e devolvidos, carga/ciclos realizados, carros montados) multiplicada pelo tempo padrão, oferecido pela resolução, das atividades realizadas nas diferentes áreas.

Para o cálculo do dimensionamento em CC, é fundamental que seja classificado as cirurgias realizadas de 3 meses mais representativos dessa unidade e separa-las em cirurgias realizadas de urgência/emergência e eletivas. Após a separação por porte, obedecendo o descrito na Resolução 543/2017, no seu Artigo 6, deve-se iniciar a classificação das cirurgias eletivas mensal e calcular a média para cada porte cirúrgico, desta forma o cálculo retratará com segurança o perfil cirúrgico da instituição:

P1 – 1,4 horas de enfermagem por cirurgia + 0,5 (30’tempo de limpeza SO) + 0,2 (12’de espera da SO) = 2,1 hs

P2 – 2,9 horas de enfermagem por cirurgia + 0,5 (30’tempo de limpeza SO) + 0,2 (12’de espera da SO) = 3,6 hs

P3 – 4,9 horas de enfermagem por cirurgia + 0,5 (30’tempo de limpeza SO) + 0,2 (12’de espera da SO) = 5,6 hs

P4 – 8,4 horas de enfermagem por cirurgia + 0,5 (30’tempo de limpeza SO) + 0,2 (12’de espera da SO) = 9,1 hs

O mesmo processo de classificação deve ser feito com as cirurgias de urgência/emergência por porte cirúrgico e somado as cirurgias eletivas. O número encontrado deverá ser substituído na fórmula:

**THE = [(P1eletiva x 2,1) +(P2e x 3,6)+(P3e x 5,6)+(P4e x 9,1)] + [(P1emerg x 3,6) +(P2e x 6,6)+(P3e x 10,6)+(P4e x 17,6)]**

P1 – 1,4 horas de enfermagem por cirurgia + 0,6 (36’ tempo de limpeza SO) + 0,2 (12’de espera da SO SO) = 2,2 hs

P2 – 2,9 horas de enfermagem por cirurgia + 0,6 (36’ tempo de limpeza SO) + 0,2 (12’de espera da SO SO) = 3,7 hs

P3 – 4,9 horas de enfermagem por cirurgia + 0,6 (36’ tempo de limpeza SO) + 0,2 (12’de espera da SO SO) = 5,7 hs

P4 – 8,4 horas de enfermagem por cirurgia + 0,6 (36’ tempo de limpeza SO) + 0,2 (12’de espera da SO SO) = 9,2 hs

**FÓRMULAS E VALORES QUE DEVERÃO SER USADAS:**

TAXA DE OCUPAÇÃO (TO): TO = total de leitos ocupados no período x 100

total de leitos disponíveis no período

**TOTAL DE HORAS DE ENFERMAGEM (THE) THE** = (nº PCM x 3,8) + (nº PCI x 5,6) + (nº PCSI x 9,4) + (nº PCSIt x 17,9)

**Índice de Segurança Técnica (IST) = 15%**

**Jornada Semanal de Trabalho (JST) = 42h/semanais**

**Constante de Marinho (KM)**

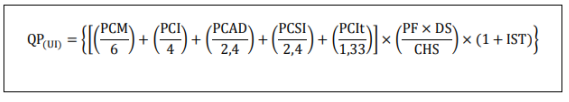
KM = DS (dias da semana) x IST/JST

**Quantidade de Pessoal (QP)**

Fórmula I:

QP = THE x KM

Fórmula II:



REALIZADO COLETA DE DADOS DO DIA 24/05 À 29/06 PARA REALIZAÇÃO DO CALCULO DE DIMENSIONAMENTO. Na maternidade há 19 leitos, tendo a ocupação de 0,60 no período.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Leitos Ocupados | PCM (azul) | PCI (ama) | PCI s/acomp | PCSI (lara) | PCSI s/acomp | PCIt (ver) |
| 24/05/2022 | 15 | 5 | 10 |  |  |  |  |
| 25/05/2022 | 16 | 5 | 11 |  |  |  |  |
| 26/05/2022 | 14 | 5 | 9 |  |  |  |  |
| 27/05/2022 | 14 | 5 | 9 |  |  |  |  |
| 30/05/2022 | 10 | 3 | 7 |  |  |  |  |
| 31/05/2022 | 11 | 4 | 7 |  |  |  |  |
| 01/06/2022 | 15 | 6 | 9 |  |  |  |  |
| 02/06/2022 | 15 | 6 | 9 |  |  |  |  |
| 03/06/2022 | 13 | 5 | 8 |  |  |  |  |
| 06/06/2022 | 14 | 7 | 7 |  |  |  |  |
| 07/06/2022 | 11 | 7 | 4 |  |  |  |  |
| 08/06/2022 | 9 | 5 | 4 |  |  |  |  |
| 09/06/2022 | 9 | 4 | 5 |  |  |  |  |
| 10/06/2022 | 7 | 2 | 5 |  |  |  |  |
| 20/06/2022 | 8 | 5 | 3 |  |  |  |  |
| 21/06/2022 | 10 | 6 | 4 |  |  |  |  |
| 22/06/2022 | 8 | 4 | 4 |  |  |  |  |
| 23/06/2022 | 6 | 4 | 2 |  |  |  |  |
| 24/06/2022 | 6 | 4 | 2 |  |  |  |  |
| 27/06/2022 | 9 | 3 | 6 |  |  |  |  |
| 28/06/2022 | 11 | 3 | 8 |  |  |  |  |
| 29/06/2022 | 11 | 3 | 8 |  |  |  |  |
| TOTAL | 245 |  |  |  |  |  |  |

# 10.1.1 Sistematização da Assistência em Enfermagem

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

**Identificação:**

Nome: T.D Sexo:F DN: 10/03/1995 Idade:27anos Estado Civil: Casada

Escolaridade: ensino fundamental incompleto

Profissão: Autônoma (lavoura) Data de Internação: 18/05/2022 Quarto:100 Leito: 0001

**Padrão Manutenção da Saúde:**

Motivo da Internação: cesária de 37 semanas, sendo gemelar por diferença de peso entre os fetos

Doenças Crônicas: não

Tratamentos anteriores/medicação de uso contínuo: pneumonia tratada, cirurgias de cateterismo cardíaco e angioplastia / Carvedilol; Somalgin cardio.

Fatores de risco: ( )tabagismo ( )etilismo ( )medicação neoplásicas ou imunossupressoras ( )radioterapia ( )outros:

Antecedentes familiares: não relata

Alergias:

**Padrão Nutricional - Metabólico:**

Hábitos Alimentares: Normal

Via de administração: Via oral Apetite: normal

Dificuldade de deglutição: não Dentaduras: não

História de pele/Problemas de cicatrização: (x)nenhuma ( )cicatrização anormal ( )ressecamento ( )lesões ( )sudorese

**Padrão de Eliminações:**

Hábitos intestinais (em casa): nº de evacuações p/ dia: 1 x ao dia;

Eliminações intestinais: ( ) normais (x)ausentes

Eliminações urinárias: (x) normais ( )anúria ( )disúria ( )hematúria ( )retenção ( )incontinência

**Padrão de Sono e Repouso:**

Problemas: nenhum.

Observações: Dorme bem a noite, período de seis a sete horas por noite.

**Padrão Cognitivo e Perceptivo:**

Estado Mental: ( ) alerta (x)orientada ( )confuso ( )sem reação ( )sedação Comunicação: (x)verbal ( )não verbal ( )ausente ( )dificultosa

Ansiosa: Não Deprimida: Não Nervosa: Não Dor: Não

**Circulatório:**

Pulso: ( )irregular (x)regular ( )taquicárdico ( )bradicárdico ( )normocárdico ( )fino ( )cheio

Ausculta cardíaca: (x)normal ( )anormal

arritmias: ( )sim (x)não FC:64 bpm

**Respiratório:**

Tipo respiratório: (x)espontâneo

Modalidade Respiratória: ( )cateter nasal ( )máscara de venturi ( )névoa úmida ( )CPAP ( )CMV ( )SIMV

Frequência respiratória: ( )eupneia (x)dispneia ( )taquipneia ( )bradipneia FR: 12 mpm

Ausculta pulmonar: (x)MV bilateral ( )MV diminuído bilateralmente em bases ( )MV diminuído a D ( )MV diminuído a E( )roncos ( )sibilos ( )estertores

Sat O2: 98% Secreção: ( ) sim (x)não ( )expectoração espontânea ( )aspiração traqueal

**Metabolismo/Tegumentar:**

Pele - MMSS/MMII

Cor: (x) dentro da normalidade ( )hipocorada (x)cianótica ( )ictérica ( )outra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Temperatura: (x)dentro da normalidade ( )quente (x)fria

Turgor: (x) dentro da normalidade ( )diminuído

Edema: (x) sim ( )não Descrever/localizar: MMII

Leões: ( )sim (x)não

Hematomas: ( ) sim (x)não Descrever/localizar: Rubor: ( ) sim (x)não Descrever/localizar: Prurido: ( )sim (x) não Descrever/localizar: Acesso venoso periférico: mantém acesso salinizado.

**Tórax:**

Expansibilidade: (x)preservada bilateralmente ( )diminuída a E ( )diminuída a D ( )superficial ( )profunda ( )tiragem

**Abdome:** Aspecto: (x)globoso ( )plano ( )timpânico ( )distendido ( )doloroso à palpação ( ) rígido ( ) outros:

Dor a palpação: (x)sim ( )não

RHA: (x)presente ( )ausente ( )diminuído ( )aumentado

Lesões: ( )sim (x)não Descrever/localizar:

**Neurossensorial:**

Pupilas: (x)isocóricas ( )anisocóricas (E)/(D) ( )midriáticas ( )mióticas 13 ( )desvio conjugado (x)fotorreagentes

Escala de Glasgow: 15

# 10.1.2 Evolução de Enfermagem

19/05/2022 T.D, sexo feminino, 27 anos, parda, casada, residente em Canoinhas Santa Catarina, no interior, autônoma trabalha na lavoura. Internada no setor de maternidade do HSCC ao qual teria agendado cesária de 37 semanas, sendo gemelar por diferença de peso entre os fetos (G2C1). Paciente orientada, lúcida, em pé ao lado do leito, nega dor, com memória preservada e relata fadiga. Deambula sem auxilio, pele fria. Paciente nega ser alérgica a medicamentos e possuir doenças crônicas. Não pratica atividade física; nega etilismo com uso de bebidas alcoólicas apenas aos finais de semana. Eliminações vesicais e loquios fisiológicos presentes em pouca quantidade, não apresenta ansiedade, nervosismo ou sinais de depressão. Ao exame físico verificado SSVV: PA: 110x70, P: 64 bpm, R: 12 mrpm e T: 36,2 º C. A Ausculta cardíaca normofonética, Sat O2 98%, ventila em ar e ambiente, ausculta pulmonar normocardica, expansão pulmonar MV+bilateral, mamas sp, pele corada, turgor normal, edema em região MMII esquerdo e direito, mantém acesso salinizado em MMSS esquerdo, Abdome RHA+, pupilas isocóricas e fotorreagentes, escala de Glasgow 15, escala de Ramsay grau II, apresenta forças aos MMSS e MMII.

# 10.1.3 Diagnósticos de Enfermagem

- Fadiga;

- Amamentação;

- Autoestima;

- Bem-estar Espiritual;

- Saúde;

- Autocuidado para banho;

- Pele Fria;

- Edema de MMII;

- Sedentária;

# 10.1.4 Planejamento e Prescrição de Enfermagem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prescrição de Enfermagem** | **Frequência** |  | **Aprazamento** |
| Monitorizar SSVV e registrar valores em prontuário, alterações devem ser informadas ao enfermeiro responsável. |  |  | T N M |
| Realizar desinfecção beira de leito com álcool 70% após o banho | 24/24h |  | T N M |
| Supervisionar eliminações vesicais e intestinais, observar e anotar aspecto e quantidade. |  |  | T N M |
| Administrar medicação conforme prescrição médica, realizando os nove certos da administração de medicação. |  |  | T N M |
| Promover ambiente tranquilo com diminuição de ruídos, principalmente a noite. | 24/4h e SN |  | 🡪 |
| Higienizar as mãos antes e após cada procedimento, utilizando álcool em gel 70%. |  |  | ATENÇÃO |
| Auxiliar no banho de aspersão. | SN |  | 🡪 |
| Orientar durante toda a internação sobre o aleitamento materno, massagem e ordenha. | 24/24h |  | 🡪 |
| Auxiliar na amamentação e orientar nos cuidados ao recém-nascido. | SN |  |  |
| Disponibilizar jarra de água, e incentivar a ingerir. |  |  | T N M |
| Troca de curativo em região da incisão de Pfannenstiel e manter sempre seco. | 24/24h |  | T N M |
| Manter a paciente aquecida, oferecer manta. | 24/24h |  | T N M |
| Anotar quantidade de lóquios. |  |  | T N M |

# 10.1.5 Implementação da Assistência

Jarra com água a disposição na cômoda ao lado do leito da cliente; oferecido elevação de MMII (cliente negou); dieta com pouco sódio CPM (aceitando dieta V.O ), indagando-a se estava satisfeita com a dieta oferecida. Cliente em ambiente limpo, arejado e silencioso, observando-se que a limpeza foi realizada no quarto em período matutino, após a administração da dieta. Materiais estéreis para curativos, roupas e produtos de higiene da própria cliente. Oferecido ajuda quando necessário a amamentação, e explicado a importância do aleitamento materno ao qual demonstrou interesse. Conferição dos 09 certos antes da administração medicamentosa: medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo. Monitoramento dos SSVV realizado 2 vezes no período matutino e descritos em gráfico no prontuário da paciente. No leito, proporcionado conforto á cliente, oferecendo cobertores e travesseiros da instituição, roupas de leito e mantendo as grades sempre elevadas para a segurança da mesma. Oferecido à cliente ajuda quando fosse tomar banho de aspersão, hidratação e massagem na pele da cliente. Realizou-se a antissepsia no local da lesão cirúrgica região Pfannenstiele e manteve seco. Elevou-se a cabeceira à 15º.

10.1.6 Resultados esperados

Controle de riscos, estabelecimento da amamentação, cicatrização de feridas: primeira intenção, eliminação urinária e nível de dor;

ESTABELECIMENTO DA AMAMENTAÇÃO

Alinhamento e pega adequado

Pega areolar adequada

ELIMINAÇÃO URINÁRIA Cor da urina

Quantidade da urina

Sangue visível na urina

NÍVEL DE DOR

Dor relatada

Duração dos episódios de dor

Inquietação

TEMPERATURA DA PELE

Pele aquecida

Relato da paciente

Mantas disponíveis

AUTOESTIMA

Observando as atitudes, maneira de se expressar, a aceitação das modificações do seu corpo atual.

SEDENTÁRIA

Paciente realize caminhada na área de lazer proporcionada pelo HSCC.

# 10.2.1 Sistematização da Assistência em Enfermagem

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

Gemelar (1), um dia de vida. Cesárea de emergência devido à restrição de crescimento (37s+1d). Mãe sem morbidades prévia, realizou o pré-natal corretamente e sem alterações. Puérpera calma, lúcida, comunicativa. Relata que foi bem orientada durante a sua gestação e aos cuidados que deveria tomar, bem como as orientações se houvesse alguma alteração durante a gestação. No dia anterior procurou imediatamente o HOSPITAL SANTA CRUZ DE CANOINHAS devido a sentir movimentos fetais diminuído nos últimos dias, após consultar com obstetra a mesma à informou que seria necessário realizar uma cesárea de emergência. Ficou no período de seis horas em jejum, recebeu orientações no pré-operatório e foi encaminhada para Centro Obstétrico. Na sequência foi encaminhada para sala nº2 no Centro Cirúrgico onde seria realizada sua cesariana, após anestesia raquidiana foi posicionada de barriga para cima e colocado campos sobre o seu corpo. Trouxeram seu familiar para acompanhar o procedimento cirúrgico de cesariana, sendo acomodado em um banco ao lado da paciente. Às 14:10 nasce RN1 masculino e às 14:12 nasce RN2 masculino, encaminhados imediatamente para a sala de RN, acompanhado por pediatra, enfermeira e pelo familiar que acompanha os primeiros cuidados prestados. RN1 nasce pesando 2.045g e RN2 pesando 1.810g. Devido estar muito frio, RN’s foram acomodados em incubadora aquecida com suporte do 02 para conforto respiratório e encaminhados para neonatologia. Seguem cuidados semi-intensivos e observação contínua da equipe. Monitorizados com oximetria de pulso, sem alterações nas primeiras 24hrs de vida.

# 10.2.2 Evolução de Enfermagem.

Puérpera relata que recém-nascido (1) “*dormiu bem durante o período, apresenta dificuldade na pega do seio materno e com isso dificulta na amamentação. Xixi e coco presente em fralda em pouca quantidade*.” Recém Nascido (1), um dia de vida, em neonatologia na incubadora aquecida acompanhado pelo recém-nascido (2) e com suporte de O2 em 2l/min para conforto respiratório. Pré termo tardio, pequeno para idade gestacional (PIG). Peso atual 1.975g, sendo 3,4% do peso do nascimento (2,045g). Sinais vitais dentro dos parâmetros FC: 144bpm, FR: 43rpm, T: 36,6ºC. Tônus muscular preservado, bom estado geral, anictérico, acianótico, hidratado, ativo, reativo e afebril. Fontanela anterior plana, crânio sem alterações, couro cabeludo integro com ausência de lesões. Face simétrica, mucosas coradas e hidratadas. Pupilas iso/fotorreagentes, eupneico, sem batimento de aletas nasais, sem retração. Ausência de fenda palatina/lábio leporino, boa pega e mantendo a sucção. Extremidade superior do pavilhão auricular na altura dos olhos, sem alterações visíveis. Região cervical sem alterações com boa mobilidade. Coluna vertebral integra. Região torácica com boa expansibilidade bilateral, murmúrio vesicular presente e sem alterações. Na ausculta cardíaca, presença de bulhas cardíacas normofonéticas e ausência de sopro. Abdômen globoso, ruídos hidroaéreos presente, sem massas palpáveis, coto umbilical com bom aspectos, presença de 2A + 1V em processo de mumificação. Genitália masculina, testículos tópicos e sem alterações. MMSS E MMII normoperfundidos, pulsos palpáveis. Moro presente, ortolani negativo, com reflexos primitivos presente. Eliminações vesicais presente em quantidade moderada e eliminação de mecônio presente em fralda. Havendo ainda presença de vernix na região inguinal e axilar. Seguem cuidados semi-intensivos e observação contínua da equipe. Monitorizados com oximetria de pulso, sem alterações nas primeiras 24hrs de vida.

# 10.2.3 Diagnósticos de Enfermagem

* Risco de queda;
* Disposição para amamentação melhorada;
* Padrão ineficaz de alimentação do lactente;
* Risco de glicemia instável;
* Risco de hiperbilirrubinemia neonatal;
* Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional;
* Disposição para paternidade ou maternidade melhorada;
* Disposição para comportamento organizado melhorado do lactente;
* Risco de aspiração;
* Risco de integridade tissular prejudicada;
* Risco de lesão;
* Risco de lesão por pressão;
* Risco de morte súbita do lactente;
* Risco de sufocação;
* Risco de hipotermia;
* Conforto prejudicado;
* Risco de contaminação;
* Integridade da pele prejudicada;
* Risco de sangramento;
* Risco de Infecção;
* Risco de volume de líquidos deficiente;
* Risco de desequilíbrio eletrolítico.

# 10.2.4 Planejamento e Prescrição de Enfermagem

|  |  |
| --- | --- |
| **Assistência** | **Aprazamento** |
| Verificar SSVV e glicemia capilar, comunicar imediatamente o enfermeiro em casos de alterações | **2/2hrs** |
| Manter RN com oximetro de pulso, comunicar o enfermeiro em caso de alterações | **M T N** |
| Realizar lavagem das mãos antes e após contato direto com RN | **M T N** |
| Realizar aspiração de secreções orais quando necessário, comunicar o enfermeiro em caso de alterações | **S/N** |
| Promover aleitamento materno, em caso de mamada ineficaz, oferecer complemento de leite materno e supervisionar a aceitação do RN | **M T N** |
| Manter incubadora sempre fechada para evitar risco de queda | **Contínuo** |
| Observar constantemente o funcionamento da incubadora e da oxigeno terapia, comunicar o enfermeiro em caso de alterações | **M T N** |
| Controle diário do peso do RN, antes do banho | **M** |
| Realizar/ Encorajar os pais a realizarem o banho do RN | **M** |
| Manter a cabeceira da incubadora elevada | **M T N** |
| Inspecionar o interior da boca do RN, verificando se todo o alimento foi deglutido e promover a eructação a cada mamada | **M T N** |
| Seguir rigorosamente a prescrição médica e a quantidade de litros de O2 a serem administrado | **M T N** |
| Se houver vômito ou náuseas, suspender o aleitamento e comunicar o enfermeiro. | **Atenção** |
| Manter RN aquecido, evitando hipotermia | **M T N** |
| Explicar aos pais os cuidados realizados e importância | **S/N** |
| Promover a redução de ruídos e luminosidade | **M T N** |
| Manter RN com pulseira de identificação | **Contínuo** |
| Realizar antissepsia do coto umbilical com álcool 70% e observando o aspecto do mesmo, sempre que for realizar a troca de fralda. Em caso de alterações comunicar o enfermeiro. | **S/N** |
| Realizar troca de fralda quando necessário, sempre estar atento a coloração das eliminações e anotar em prontuário | **M T N** |

10.2.6 Resultados esperados

* Com a amamentação efetiva e exclusiva no peito conseguimos promover o contato pele a pele mãe e RN, esperando evitar hipoglicemia, a necessidade de complementação, consequentemente ganho de peso e um bebê mais saudável;
* Estimular orientações aos pais. Com os mesmos bem orientados quanto aos cuidados que devem ser prestado ao RN esperamos evitar uma série de danos, assim ficando alerta a alterações que possam vir a ocorrer com o RN de forma precoce e saber como proceder;
* Com a verificação de sinais vitais esperamos identificar precocemente alterações que possam ser revertidas a tempo;
* Com a incubadora fechada esperamos evitar quedas;
* Com a lavagem das mãos esperamos evitar o contágio e de prevenção de doenças;
* Observando o funcionamento da incubadora conseguimos saber quando algo não está certo, esperamos conseguir uma manutenção imediata sem riscos ao RN e para que permaneça um bom funcionamento;
* Com o banho e encorajamento dos pais esperamos manter o RN sempre limpo e confortável;
* Com a mudança de decúbito esperamos evitar lesões por pressão;
* A promoção de um ambiente livre de ruídos e iluminado serve para adaptar o RN ao máximo e promover um ambiente tranquilo para recuperação do mesmo, promovendo melhoria do padrão do sono e também evitando que o RN troque o ‘dia pela noite’;
* Manter RN aquecido, assim esperando evitar que possa vir a ter hipotermia;
* Manter RN com pulseira de identificação, evitando a troca de bebês na maternidade;
* Orientar os pais quanto o uso continuo da máscara no ambiente intra-hospitalar, servindo para evitar que possa contrair ou transmitir alguma doença infecto contagiosa;
* Inspecionar o interior da boca do RN, verificando se todo o alimento foi deglutido e promover a eructação a cada mamada. Mantendo a cabeceira da incubadora elevada e RN em decúbito lateral na primeira hora. Esperando evitar que o mesmo boncoaspire o leite materno;
* Realizar troca de fralda quando necessário, sempre estar atento a coloração das eliminações e anotar em prontuário. Realizar antissepsia de coto umbilical com álcool 70%. Esperando identificar alterações precoce.

# **11 PLANOS DE AÇÕES**

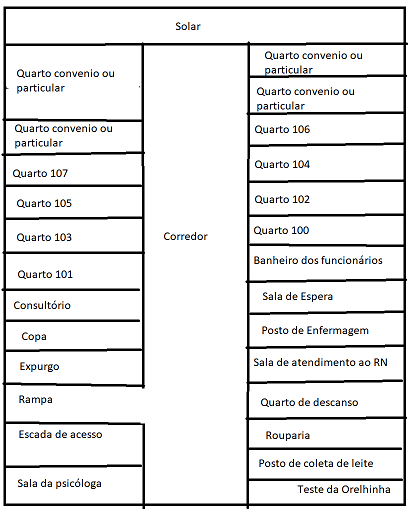
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **O QUE** | **ONDE** | **POR QUE** | **QUANDO** | **COMO** | **QUEM** |
| Identificação da paciente/RN | Em cima do leito | Para que o profissional identifique com mais facilidade | Imediato | Impresso na folha A4 | Enfermeira do setor |
| Panfleto para as puérperas | Maternidade / leito | Benefícios do aleitamento materno e auxilia na amamentações | Na alta | Formato de panfleto, ao qual deverá ser beneficiado a puérpera, de forma clara e objetiva. | Enfermeira |
| Quadro sempre atualizado | Maternidade | Importante saber quem são os profissionais de plantão e pacientes diários. | Imediato | Apagando os nomes do quadro e colocando quem estão no setor. | Enfermeira e técnica de enfermagem. |
| Realizar palestra | Maternidade | Para que as mães aprendam a realizar a amamentação e a sua importância no primeiro ano de vida. E como a presença do pai é fundamental neste processo. | Quando tiver mais de 3 puérperas. | Juntar todas as puérperas e pais que estão no setor. | Enfermeira |
| Compra de novas pranchetas | Maternidade | Para melhorar a organização do setor | Imediato | Realizando orçamento e formas para custear | Setor de compras |
|  |  |  |  |  |  |

# 

# **12 RELATÓRIO DIÁRIO**

|  |  |
| --- | --- |
| DATA | Descrição das Atividades desenvolvidas |
| 11/05/2022 | Realizado rotatividade nos setores para conhecer a rotina e acompanhar a enfermeira em suas atividades. |
| 12/05/2022 | Realizado rotatividade nos setores para conhecer a rotina e acompanhar a enfermeira em suas atividades. |
| 13/05/2022 | Realizado rotatividade nos setores para conhecer a rotina e acompanhar a enfermeira em suas atividades. Permanecemos na maternidade para acompanhar a Enfermeira Daniele. |
| 16/05/2022 | Verificado SSVV, ouvido queixas pós-cesareana álgicas das pacientes e buscado formas de alivio. Acompanhado e conhecemos melhor a Enfermeira em sua gestão. Realizado aprazamento das prescrições médicas e evolução da paciente em prontuário. |
| 17/05/2022 | Acompanhado enfermeira em triagem para consulta obstétrica, ouvido BCF+ posição fetal e realizado orientações para gestante. |
| 18/05/2022 | Realizado visita nos quartos, acompanhado enfermeira em procedimento de Cesareana em CC. Acompanhado a dequitação de placenta, primeiros cuidados com o RN e cuidados pós-parto. |
| 19/05/2022 | Realizado visita nos quartos. Acompanhado enfermeira em trabalho de parto normal, visualizado a assistência da enfermagem para a paciente, acompanhado contração uterina, nascimento de RN, primeiros cuidados com RN e amamentação. |
| 20/05/2022 | Realizado visita nos quartos, realizado orientações as puérperas no pós-parto sempre buscando esclarecer suas duvidas. Auxiliado na amamentação, verificação de SSVV, cuidados com o RN e promovendo o conforto. Acompanhado o preenchimento do SISREG. |
| 23/05/2022 | Participado de aula presencial para cálculo de TO+dimensionamento. Onde foi realizado aula teórica e prática no DAMA. |
| 24/05/2022 | Realizado visita nos quartos, exame físico em púerpera e RN para levantamento de dados e elaboração da SAE . Verificado SSVV, orientações pós-parto e medidas de conforto. |
| 25/05/2022 | Prática para elaboração do sistema de classificação para levantamento que estamos fazendo para calcular o TO, THE e dimensionamento. |
| 26/05/2022 | Realizado visita nos quartos. Acompanhado enfermeira em trabalho de parto normal, visualizado a assistência da enfermagem para a paciente, acompanhado contração uterina, nascimento de RN, primeiros cuidados com RN e amamentação. |
| 27/05/2022 | Realizado visita nos quartos e escuta qualificada sobre queixas das pacientes, sempre procurando uma solução. Realizado triagem para consulta obstétrica. Acompanhado enfermeira em trabalho de parto normal, visualizado a assistência da enfermagem para a paciente, acompanhado contração uterina, nascimento de RN, primeiros cuidados com RN e amamentação. Realizado levantamento de dados para cálculo dimensional. |
| 30/05/2022 | Acompanhado enfermeira do setor na realização de parto via vaginal, primeiros cuidados com o RN, orientações durante a amamentação, realizado levantamento de dados para cálculo dimensional. |
| 31/05/2022 | Realizado visita nos quartos. Realizado levantamento de dados para cálculo dimensional. Realizado testes rápidos, PCR para COVID, aprazamento de medicações, acompanhamento de parto cesariana e cuidados com o RN. |
| 01/06/2022 | Acompanhado enfermeira do setor na triagem de pacientes para consulta médica, visita nos quartos, verificação de SSVV, ausculta de BCF e realizado levantamento de dados para cálculo dimensional. Liberados para ir no DAMA realizar a conferencia de documentos. |
| 02/06/2022 | Acompanhado enfermeira do setor na realização de parto via vaginal, primeiros cuidados com o RN, orientações durante a amamentação, realizado levantamento de dados para cálculo dimensional. |
| 03/06/2022 | Preenchimento de partograma, auxiliado na medicação, realizado verificação de SSVV, realizado visita nos quartos, ausculta de BCF, posição fetal, acompanhado parto via vaginal e dequitação de placenta.Realizado levantamento de dados para cálculo dimensional. |
| 06/06/2022 | Realizado levantamento de dados para cálculo dimensional. Realizado testes rápidos, PCR para COVID, aprazamento de medicações, acompanhamento de parto cesariana e cuidados com o RN. |
| 07/06/2022 | Acompanhado parto cesariana, dequitação de placenta, observado contração uterina, controle de lóquios e seu aspecto, auxiliado na amamentação e realizado levantamento de dados para cálculo dimensional. |
| 08/06/2022 | Realizado medicações em pacientes, e realizado visita de enfermagem. |
| 09/06/2022 | Acompanhado gestante em TPP, realizado medidas de conforto, realizado PCR para COVID e testes rápidos. Acompanhado cuidados imediatos com o RN, seus reflexos, SSVV e clampeamento de cordão pela pediatra. Realizado levantamento de dados para cálculo dimensional, e sonda nasogástrica. |
| 10/06/2022 | Acompanhado enfermeiro do setor em visita nos quartos, cuidados com RN e orientações aos pais. Realizado ausculta de BCF, testes rápidos, PCR para COVID, auxiliado na verificação de SSVV. Realizado levantamento de dados para cálculo dimensional, e sonda vesical. |
| 13/06/2022 | Revisão das escalas, SAE e cálculo dimensional |
| 14/06/2022 | Elaboração do relatório final |
| 15/06/2022 | Elaboração do relatório final |
| 20/06/2022 | Realizado visita nos quartos das gestantes, encaminhado paciente para ultrassom. Acompanhado contração uterina e seus períodos. Puncionado AVP de RN e coletado sangue para exames laboratoriais. Levantamento de dados para calculo dimensional. |
| 21/06/2022 | Realizado visita nos quartos das gestantes, acompanhado cesariana e primeiros cuidados com o RN. Auscultado BCF, acompanhado movimentos fetais, realizado preenchimento de partograma. Coletado dados para calculo de dimensional. |
| 22/06/2022 | Realizado visita nos quartos das gestantes, acompanhado cesariana e primeiros cuidados com o RN. Coletado sangue arterial para exames laboratoriais. Realizado escuta de BCF, verificado sinais vitais, realizado antígeno para COVID, testes rápidos e orientações quanto ao procedimento de cesariana visando esclarecer dúvidas da gestante. Levantamento de dados para cálculo dimensional. |
| 23/06/2022 | Realizado visita nos quartos visando auxiliar as pacientes e escuta qualificada. Realizado arrumação do leito, ausculta de BCF, verificação de SSVV e triagem para consulta obstétrica. Realizado preenchimento do partograma, levantamento de dados para cálculo dimensional. |
| 24/06/2022 | Verificado SSVV das pacientes, visitas nos quartos, auxiliado as gestantes e puérperas. Reali lizado testes rápidos, pCR. Acompanhado parto normal, auxiliado na amamentação e levantado dados para calculo dimensional. |
| 27/06/2022 | Realizado visita nos quartos e escuta qualificada referente as queixas, procurando auxiliar puerpera/RN e demais pacientes. Realizado testes rápidos, acompanhado trabalho de parto e realizado orientações durante o mesmo. Realizado massagem, auxiliado na bolaterapia. Cuidados com RN, preenchimento do partograma e auxiliado na amamentação. |
| 28/06/2022 | alta |
| 29/06/2022 | Coletado assinaturas da enfermeira do setor, retirado acesso venoso de paciente, e realizado revisão de cálculo de dimensionamento. |
| 30/06/2022 | Encerramento do estágio, e entrega do relatório final. |

# **13 MAPA DO SETOR**



# 14 **Referências Bibliográficas**

AUED, Gisele Knop et al. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 142-149, 2016.

CARDOSO, Tauani Zampieri et al. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 1087-1093, 2011.

GOUVÊA, Carla Simone Duarte de; TRAVASSOS, Claudia. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1061-1078, 2010.

NEGREIROS, Rosângela Vidal; DE LIMA, Vanessa Cristine Batista. Importância do estágio supervisionado para o acadêmico de enfermagem no hospital: compartilhando experiências vivenciadas com a equipe de trabalho. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 2, 2018.

RESOLUÇÃO Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\_03\_06\_2008\_r ep.html. Acesso em: 06 maio 2022.

RESOLUÇÃO COFEN N°516/2016. COFEN. Alterada pelas resoluções COFEN nºs 524/2016 e 672/2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/index.php?s=N%C2%BA+516%2F2016+. Acesso em: 05 maio 2022.

SILVA, Ana Lúcia Andrade da et al. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, p. e00175116, 2017.

LUNKES, Rejane Bolzan; NETTO, Caroline Thaís Zanchi; FAZOLO, Natalia. MATERNIDADE: CUIDADOS DA GESTANTE E DO RECÉM-NASCIDO EM AMBIENTE HOSPITALAR POR MEIO DO PARTO HUMANIZADO PARA A CIDADE DE XANXERÊ. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê**, v. 3, p. e16949-e16949, 2018.

TIENSOLI, Sabrina Daros et al. Diagnóstico situacional: perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Revista Mineira de enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 573-584, 2014.