



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Manual Assistencial

MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Área(s): Gerência de Serviços de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e Grupo Condutor
Central da Rede Cegonha

Portaria SES-DF Nº [XXX] de [data da portaria], publicada no DODF Nº [XXX] de [data da publicação].

LISTA DE ABREVIATURAS

BCF: Batimentos Cardíacos Fetais.
BPM: Batimentos por minuto.
CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.
COREN: Conselho Regional de Enfermagem.
DIU: Dispositivos Intra-Uterino.
DM: Diabetes Mellitus.
DNV: Declaração de Nascido Vivo.
DO: Declaração de Óbito.
DUM: Data da Última Menstruação.
EVA: Escala Analógica Visual.
FC: Frequência Cardíaca.
FR: Frequência Respiratória.
IC: Índice de Choque.
IG: Idade Gestacional.
IM: Intramuscular.
IMC: Índice de Massa Corpórea.
IRPM: Insuflações Respiratória por Minuto.
IST: Infecção Sexualmente Transmissível.
HPP: Hemorragia Pós-Parto.
Kg: Quilograma.
MIF: Mulheres em Idade Fértil.
ML: Mililitros.
NIPS: Neonatal Infant Pain Scale.
ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
OMS: Organização Mundial de Saúde.
OPAS: Organização Pan-Americana.
SatO2: Saturação de Oxigênio.
SES/DF: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.
PA: Pressão Arterial.
PAD: Pressão Arterial Diastólica.
PAS: Pressão Arterial Sistólica.
pH: Potencial Hidrogeniônico.
POP: Protocolo Operacional Padrão.
PVPI: Polivinil Pirrolidona Ioda.
RN: Recém-Nascido.
SESPLAN: Sistema Estratégico de Planejamento.
SF: Soro Fisiológico.
SUS: Sistema Único de Saúde.

Tax: Temperatura Axilar.

TER: Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

TRIPS: Índice de Estabilidade Fisiológica para Risco no Transporte.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

UCIN: Unidade de Cuidados Intermediários.

UI: Unidades Internacionais.

USG: Ultrassonografia.

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

VPP: Ventilação por Pressão Positiva.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resumo das medidas de prevenção da Hemorragia Pós-Parto (HPP) a serem adotadas nos pontos de atenção ao parto.....	19
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Grau de choque e sinais clínicos na hemorragia obstétrica.....	20
Quadro 2: Pontuação para cálculo do índice de Apgar.	56
Quadro 3: Tamanho da cânula endotraqueal de acordo com o peso e idade gestacional.	103
Quadro 4: Distância da cânula em relação ao lábio superior.....	103
Quadro 5: Tubos para coleta de sangue.	103
Quadro 6: Escala NIPS para avaliação de dor em recém-nascidos a termo e prematuros.....	104
Quadro 7: Medicamentos para reanimação neonatal na sala de parto.	108

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxo de admissão da gestante em trabalho de parto.....	11
Figura 2: Classificação de risco gestacional e a estratificação do risco de hemorragia pós-parto.....	12
Figura 3: Avaliação da perda volêmica puerperal.....	17
Figura 4: Esquema para cálculo de estimativa clínica do índice de choque (IC).....	18
Figura 5: Escala Visual Analógica – EVA.....	102
Figura 6: Posição de flexão facilitada para aplicação da vacina anti-hepatite B e vitamina K.....	102
Figura 7: fluxograma da reanimação neonatal.....	107
Figura 8: Avaliação das fezes do recém-nascido.....	111

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE.....	10
2.1. ASSISTÊNCIA NO PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO.....	10
2.2. ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO.....	13
2.3. ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO.....	15
2.4. ASSISTÊNCIA NO QUARTO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO.....	18
2.5. CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	20
2.6. CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.....	23
2.7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE EM USO DE SULFATO DE MAGNÉSIO	26
2.8. GLICEMIA CAPILAR PERIFÉRICA NO ADULTO.....	29
2.9. INSERÇÃO DO DIU NO PUERPÉRIO IMEDIATO.....	31
2.10. OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL.....	35
2.11. PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA	36
2.12. VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS NO ADULTO	39
3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO.....	43
3.1. ADMINISTRAÇÃO DA VACINA CONTRA HEPATITE B.....	43
3.2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ENTUBAÇÃO TRAQUEAL DO RECÉM-NASCIDO.....	44
3.3. BANHO DO RECÉM-NASCIDO	47
3.4. COLETA DE SANGUE PARA EXAME.....	49
3.5. CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL	53
3.6. BOAS PRÁTICAS AO NASCIMENTO – RECEPÇÃO DO NEONATO	54
3.7. LAVAGEM GÁSTRICA DO RECÉM-NASCIDO.....	57
3.8. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO.....	59
3.9. PROCEDIMENTO APÓS PARTO DO NATIMORTO	61
3.10. PROCEDIMENTO FRENTE AO NEOMORTO	63
3.11. PREVENÇÃO DA OFTALMIA GONOCÓCICA NEONATAL	65
3.12. PROFILAXIA DA DOENÇA HEMORRÁGICA NEONATAL.....	67
3.13. PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRIA EM RECÉM-NASCIDO.....	69
3.14. REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO > 34 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL EM SALA DE PARTO.....	72
3.15. SALINIZAÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO.....	80
3.16. SONDAGEM GÁSTRICA EM RECÉM-NASCIDO.....	81
3.17. TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO BINÔMIO MÃE E BEBÊ	84
3.18. TRANSPORTE E TRANSFERÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO GRAVE.....	86
3.19. TROCA DE FRALDAS DO RECÉM-NASCIDO	90

3.20. VERIFICAÇÃO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS NO RECÉM-NASCIDO.....	91
3.21. VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS DO RECÉM-NASCIDO.....	93
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

1. INTRODUÇÃO

A elaboração de protocolos se faz a partir do conhecimento e das evidências científicas atuais, servindo assim para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos. Protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas por profissionais experientes e gestores¹.

Os protocolos constituem um instrumento para nortear a sistematização da assistência de enfermagem^{2,3}. Dentre as principais vantagens dos protocolos de enfermagem está a oferta de um valioso material consolidado, validado e de fácil consulta permitindo melhor sistematização do cuidado ofertado e corroborando com a tomada de decisões⁴. O desenvolvimento de um protocolo assistencial de enfermagem voltado à atenção à mulher e ao recém-nascido em sala de parto constitui um grande desafio em virtude da dificuldade em apresentar de forma simplificada e atrativa todos os conhecimentos necessários. O modelo humanizado privilegia o bem-estar da mulher e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sociocultural. Além disso, garante às mulheres e às crianças vivenciar a experiência do parto e nascimento com segurança, dignidade e beleza. Após debates internacionais baseados em evidências científicas, o Guia para a atenção ao parto normal, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996⁵, foi um importante marco na promoção do nascimento saudável e combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal⁶. Após essa publicação, governos e sociedade civil organizada se lançaram na divulgação e implementação dessas boas práticas, o que têm contribuído para a redução dos óbitos maternos e neonatais evitáveis^{7,8,9}. Desta forma, como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho, definiu-se este Manual de Enfermagem na Atenção ao Parto e Nascimento, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Apesar das recomendações de utilização das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais, ainda persistem intervenções desnecessárias e sem critérios. As taxas de mortalidade materna mantêm-se elevadas no panorama nacional e internacional. A MS estimou que, em 2015, aproximadamente 303.000 mulheres no mundo perderam a vida durante a gravidez, parto e puerpério, com uma taxa de mortalidade global de 216 mortes maternas para 100.000 nascidos vivos¹⁰.

De fato, muito se tem trabalhado para a mudança do modelo vigente de atenção ao parto e nascimento, no entanto a incorporação das boas práticas de atenção ao parto e a redução das intervenções desnecessárias constituem-se em objetivos e recomendações da OMS, reforçadas pelo Ministério da Saúde através da Rede Cegonha¹¹.

Assim, com o objetivo de proporcionar a ampliação das boas práticas ao parto e nascimento, de apoiar o processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e práticas baseadas em evidências científicas, e de orientar os profissionais de saúde que atuam na rede SES/DF, a Gerência de Serviços em Enfermagem Obstétrica e Neonatal/DIENF/COASIS/SAIS/SES elaborou este manual voltado à atenção à mulher e ao recém-nascido em situação de parto e nascimento.

2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE

2.1. ASSISTÊNCIA NO PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

1. Objetivo

Acompanhar e documentar a evolução do 1º Estágio do Trabalho de Parto (dilatação), identificar alterações e indicar condutas apropriadas para a correção desses desvios.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro Obstetra, Enfermeiro.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Detector fetal ou Estetoscópio de Pinard;
- b) Luvas de procedimento;
- c) Relógio com ponteiro de segundos;
- d) Termômetro;
- e) Esfigmomanômetro;
- f) Estetoscópio;
- g) Fita métrica.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide

protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A assistência no primeiro período do parto deverá seguir os seguintes passos:

- a) Reunir o material necessário;
- b) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- c) Estabelecer comunicação efetiva: Apresentar-se à gestante e acompanhante. Construir uma boa relação enfermeiro(a)-paciente. Incluir paciente nas tomadas de decisões e usar linguagem adequada;
- d) Acolher a pessoa;
- e) Orientar a pessoa e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- f) Realizar admissão da pessoa:

Figura 1: Fluxo de admissão da gestante em trabalho de parto

ANAMNESE Verificação do cartão de pré-natal Definir idade gestacional (DUM e USG) História pregressa História obstétrica Estado vacinal Exame previamente realizado	EXAME OBSTÉTRICO Palpação obstétrica – estática fetal Medida da altura do fundo uterino (AFU) Dinâmica uterina BCF Movimentação fetal Toque vaginal
EXAME FÍSICO GERAL PA, FC, FR, Tax, SatO2 Ausculta cardíaca e pulmonar Exame clínico das mamas	TESTES RÁPIDOS HIV Sífilis Hepatite B (se não tiver realizado no pré-natal) Hepatite C (se não tiver realizado no pré-natal)

Fonte: elaborado pelos autores

- g) Avaliar e registrar as seguintes observações no prontuário eletrônico e no partograma:
 - Frequência das contrações e tônus uterino de 1 em 1 hora;
 - Ausculta intermitente dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) a cada 30 minutos;
 - Altura Uterina e Leopold (na admissão);
 - Exame vaginal de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da pessoa;
 - Anotar dilatação, apresentação, descida, variedade de posição e De Lee;
 - Temperatura e Pressão Arterial (P.A.) de 4/4 horas;

- Pulso de 1 em 1 hora;
 - Perdas vaginais.
- h) Estabelecer a classificação do risco gestacional e a estratificação do risco de hemorragia pós-parto, conforme definição protocolo institucional:

Figura 2: Classificação de risco gestacional e a estratificação do risco de hemorragia pós-parto.

BAIXO	MÉDIO	ALTO
Ausência de cicatriz uterina	Cesariana ou cirurgia uterina prévia	Placenta prévia ou de inserção baixa
Gravidez única ou ≤ 3 partos vaginais prévios	Pré-eclampsia leve	Pré-eclampsia grave
Ausência de distúrbio de coagulação	Hipertensão gestacional leve	Hematócrito $< 30\%$ + fatores de risco
Sem história de HPP	Superdistensão uterina (gestação múltipla, polidrâmnio, macrosomia fetal)	Plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$
	≥ 4 partos vaginais	Placentação anômala (acretismo)
	Corioamnionite	Sangramento ativo na admissão
	História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica	So de anticoagulantes
	Obesidade materna ($\text{IMC} > 35 \text{ kg/m}^2$)	Presença de ≥ 2 fatores de médio risco

Fonte: Adaptado de OPAS, 2018.

- i) Oferecer dieta leve mínima em resíduo;
- j) Oferecer recursos não farmacológicos de alívio da dor;
- k) Encorajar a parturiente a se movimentar e adotar posições verticalizadas.

7.7 Recomendações/observações

- a) São tecnologias de cuidados não farmacológicos de ambiência:
- Música;
 - Privacidade;
 - Penumbra;
 - Redução dos ruídos sonoros;
 - Temperatura ambiente.
- b) São tecnologias de cuidados não farmacológicos para alívio da dor:
- Aromaterapia;
 - Acupressão;
 - Acupuntura;
 - Auriculoterapia;

- Crioterapia;
 - Hidroterapia: Banho de imersão e Banho de aspersão;
 - Hipnose;
 - Massagem;
 - Técnicas respiratórias;
 - Termoterapia.
- c) São tecnologias de cuidados não farmacológicos para alívio da dor e evolução do trabalho de parto:
- Deambulação;
 - Banqueta meia lua;
 - Bamboleio;
 - Bola suíça;
 - Escalda pés;
 - Movimentos pélvicos;
 - Massagem corporal;
 - Rebozo.

2.2. ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

1. Objetivo

Acompanhar e documentar a evolução do 2º Estágio do Trabalho de Parto (expulsivo), identificar alterações e indicar tomada de condutas apropriadas para a correção de desvios.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro Obstetra.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Detector fetal ou Estetoscópio de Pinard;

- b) Equipamentos de Proteção Individual (luvas estéreis, máscara cirúrgica, óculos de proteção e capote/avental);
- c) Relógio com ponteiro de segundos;
- d) Bandeja com material estéril para parto e recepção do RN;
- e) Pacote de compressa;
- f) Anestésico local (Cloridrato lidocaína 1% - sem vasoconstritor);
- g) Lâmina de bisturi.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A assistência no segundo período do parto deverá seguir os seguintes passos:

- a) Reunir o material necessário;
- b) Acolher a paciente;
- c) Orientar a paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- d) Anotar o horário do início do segundo período para o controle da duração;
- e) Se a dilatação completa for confirmada em uma mulher sem analgesia regional, realizar uma nova avaliação após 1 hora;
- f) Avaliar e registrar as seguintes observações no prontuário eletrônico e no partograma:
 - Frequência das contrações e tônus uterino a cada 30 minutos;
 - Ausculta intermitente dos BCF a cada 15 minutos (fase passiva) e a cada 5 minutos (fase ativa);
 - Sinais Vitais de 4/4 horas;
- g) Incentivar a parturiente a adotar posições verticalizadas, lateralizada ou semi-sentada, sempre respeitando a sua opção de escolha;
- h) Apoiar a realização de puxos espontâneos, evitando puxos dirigidos;
- i) Considerar aplicação de compressas mornas no períneo e a realização de massagem perineal;
- j) Não realizar episiotomia de rotina durante o parto. Se houver indicação, realizar médio-lateral direita, com uso de anestésico local e consentimento da mulher. A anestesia local, a episiotomia e a episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) deverão ser realizadas exclusivamente pelo enfermeiro obstetra;
- k) Controlar o desprendimento da cabeça; (proteção ativa do períneo – OMS) e as duas opções “mão sobre” ou “mãos prontas”;

- l) Verificar se há circular cervical de cordão;
- m) Realizar o desprendimento dos ombros do RN.

7. Recomendações/observações

- a) Duração normal da fase ativa do segundo período:
 - Primíparas: cerca de 0,5 – 2,5 horas sem epidural e 1-3 horas com peridural;
 - Multíparas: Até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural.
- b) Não há evidência que suporte o uso de antisséptico tópico com a finalidade de redução de infecção puerperal, ele não é recomendado em lesões abertas, apenas para uso externo tópico;
- c) Quanto ao medicamento cloridrato de lidocaína, a SES-DF possui disponibilidade das seguintes formulações:

Código REME	Nome do medicamento	Local de disponibilização
90028	lidocaína (cloridrato) geleia 2 % bisnaga 30 g	UBS (farmácia interna) e uso hospitalar
90027	lidocaína solução tópica spray 100mg/mL frasco 50 mL	uso hospitalar

2.3. ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

1. Objetivo

Acompanhar e documentar a evolução do 3º Estágio do Trabalho de Parto (dequitação da placenta), identificar alterações e indicar tomada de condutas apropriadas para a correção desses desvios.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro Obstetra.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Foco de luz;

- b) Equipamentos de Proteção Individual (luvas estéreis, máscara cirúrgica, óculos de proteção e capote/avental);
- c) Ocitocina solução injetável 5 UI ampola 1 ml;
- d) Lidocaína (cloridrato) Solução Injetável 2%, frasco-ampola 20ml, sem vasoconstritor;
- e) Fio Vicryl 2-0;
- f) Pacote de Gases;
- g) 1 seringa de 10mL (coleta sangue cordão);
- h) 1 seringa de 10mL e agulha (infiltração anestésica);
- i) 1 clamp umbilical estéril;
- j) Solução para antisepsia - clorexidina aquosa, pois o PVPI é contraindicado o uso em lesões abertas, lacerações perineais pela absorção de iodo pela lesão;
- k) 1 (uma) bandeja estéril para realização de parto (bandeja retangular, campo fenestrado, 2 (duas) pinças kelly ou kocher reta; 1 (uma) pinça allis, 1 (uma) pinça dente de rato, 1 (uma) pinça anatômica, 2 (duas) tesouras e 1 (uma) porta-agulha);
- l) 1 (um) kit RN estéril (1 (uma) pinça Kelly ou Kocher, 1 (uma) tesoura).

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A assistência no terceiro período do parto deverá seguir os seguintes passos:

- a) Reunir o material necessário;
- b) Orientar a paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- c) Revisar trajeto de parto;
- d) Recepcionar o recém-nascido, colocando-o no tórax da mãe, em contato pele a pele, secando-o com campo aquecido, com ênfase do polo cefálico, sendo este substituído por outro campo seco;
- e) Incentivar amamentação idealmente na primeira hora de vida;
- f) Realizar a ligadura oportuna do cordão, após 1 a 3 minutos ou quando cessarem as pulsações;
- g) Realizar coleta de sangue do cordão umbilical para realização de tipagem sanguínea do RN, conforme a rotina do serviço;
- h) Administrar ocitocina na puérpera e realizar a tração controlada do cordão até a saída da placenta (vide protocolo de Hemorragia Pós-Parto). Quanto ao medicamento ocitocina, a SES-DF possui disponibilidade da seguinte formulação:

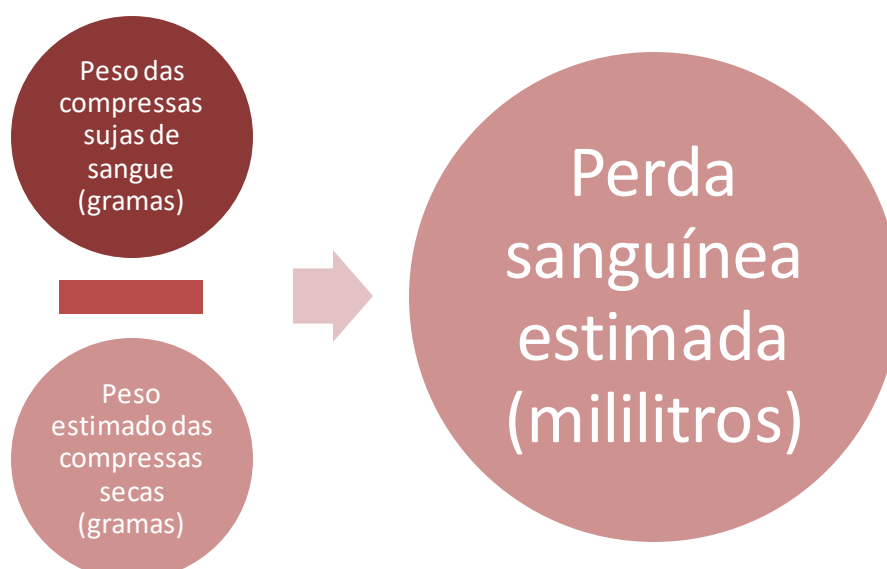
Código REME	Nome do medicamento	Local de disponibilização
90680	Ocitocina solução injetável 5UI ampola 1ml	Uso hospitalar

- i) Examinar a placenta e membranas: avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais;
- j) Realizar antisepsia de períneo, com clorexidina aquosa, no caso haja laceração com necessidade de sutura;
- k) Colocar campo estéril;
- l) Realizar sutura de lacerações ou episiotomia/episiorrafia, após analgesia lidocaína 2%, com fio vicry poligalactinal, atentando-se às técnicas assépticas. Utilizar técnica subcutânea contínua. A anestesia local, a episiotomia e a episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) deverão ser realizadas exclusivamente pelo enfermeiro obstetra;
- m) Quanto ao medicamento lidocaína, a SES-DF possui disponibilidade da seguinte formulação:

Código REME	Nome do medicamento	Local de disponibilização
90028	lidocaína (cloridrato) geleia 2 % bisnaga 30 g	UBS (farmácia interna) e uso hospitalar

- a) Observar o sangramento. Perda maior que 500 mililitros (ml) de sangue pode representar risco de choque hipovolêmico. Atentar para nível de consciência e orientação. É importante ressaltar a importância de se estabelecer o índice de choque e a estimativa da perda volêmica a partir da pesagem das compressas. Assim, do ponto de vista prático, pode-se dizer que 1 ml de sangue equivale à aproximadamente 1 grama de peso e para realizar a estimativa da perda volêmica, pode-se fazer uso a fórmula, que consiste:

Figura 3: Avaliação da perda volêmica puerperal.

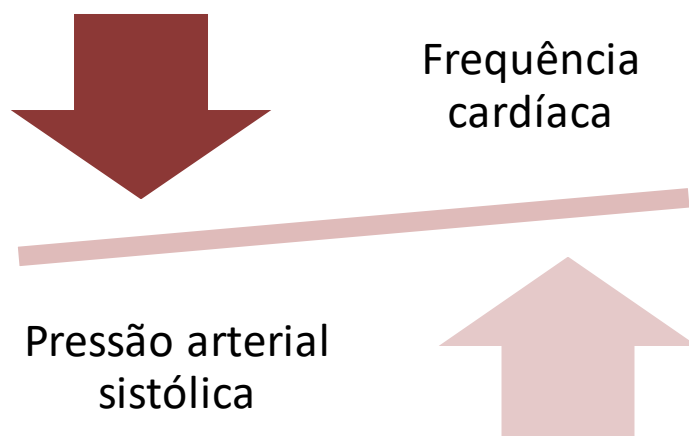


Fonte: Elaborado pelos autores

A Estimativa clínica através do índice de choque (IC) é uma ferramenta imprescindível para a avaliação do

estado hemodinâmico da paciente, podendo ser útil para prever a necessidade de transfusão maciça. O profissional deve instituir o cálculo, que é feito através da divisão da frequência cardíaca (FC) pela pressão arterial sistólica (PAS) da gestante/puérpera.

Figura 4: Esquema para cálculo de estimativa clínica do índice de choque (IC).



Fonte: Elaborado pelos autores

Na prática clínica, os valores ≥ 0.9 em puérperas com HPP, sugerem perda sanguínea significativa e valores ≥ 1 , ou seja, frequência cardíaca superior à pressão arterial sistólica, sinalizam necessidade de abordagem agressiva do quadro hemorrágico, incluindo a possibilidade real de transfusão.

2.4. ASSISTÊNCIA NO QUARTO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

1. Objetivo

Acompanhar e documentar a evolução do 4º Estágio do Trabalho de Parto (Greenberg) que é período de recuperação pós-parto, que se inicia logo após o nascimento do bebê e a expulsão da placenta.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Relógio com ponteiro de segundos;
- b) Termômetro;
- c) Esfigmomanômetro;
- d) Estetoscópio;
- e) Luvas para procedimento.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A assistência no quarto período do parto deverá seguir os seguintes passos:

- a) Reunir o material necessário;
- b) Orientar a paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- c) Aferir e anotar sinais vitais, sangramento transvaginal, involução uterina e formação do globo de segurança de Pinard a cada 15 minutos após o parto, durante as duas primeiras horas; iniciando imediatamente após a saída da placenta.

Tabela 1: Resumo das medidas de prevenção da Hemorragia Pós-Parto (HPP) a serem adotadas nos pontos de atenção ao parto.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO	CARACTERÍSTICAS	OBSERVAÇÕES
Uso universal da ocitocina após o parto	Injetar 10 UI intramuscular de ocitocina, logo após o nascimento, em todos os partos	Ocitocina é o principal componente das medidas de prevenção da HPP, reduzindo-a em > 50%
Clampeamento oportuno do cordão umbilical	Realizar o Clampeamento do cordão umbilical após 1º minuto de vida, na ausência de contra-indicações	Nenhuma dessas medidas substitui o uso preventivo da ocitocina logo após o nascimento
Tração controlada do cordão umbilical	Realizar apenas se profissional treinado. Associar a tração de cordão à manobra de Brandt-Andrews (para estabilização uterina)	
Vigilância / massagem uterina após dequitação	Massagem gentil a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas após a retirada da placenta	São consideradas medidas adicionais e de impacto variável
Contato pele a pele mãe-filho	Estimular o contato pele a pele, pois é uma medida de saúde pública e determina importante benefício para o vínculo mãe-filho, além de estimular a produção de ocitocina	
Outras medidas de prevenção	Uso racional da ocitocina no trabalho de parto Realizar episiotomia seletiva Não realizar Manobra de Kristeller	

Fonte: OPAS, 2018

- d) Determinar a relação do fundo uterino com a cicatriz umbilical, colocando-se uma mão suavemente no segmento inferior do útero para dar apoio e os dedos da outra mão são colocados na parte superior (fundo do útero), a altura é determinada por meio dos dedos registrando se está acima ou abaixo da cicatriz umbilical;
- e) Avaliar a loquiação, quanto à coloração, odor e quantidade;
- f) Inicialmente o fluxo é sanguíneo (lochia rubra) de volume variável, normalmente não ultrapassando o de um fluxo menstrual;
- g) O odor é característico e depende da flora vaginal da mulher, podendo tornar-se fétido quando da ocorrência de infecção;
- h) Monitorar sinais vitais de 30 em 30 minutos, durante as duas primeiras horas.

Quadro 1: Grau de choque e sinais clínicos na hemorragia obstétrica.

Grau de choque	(%) perda e volume em ml para mulher 50-70kg	Nível de consciência	Perfusão	Pulso	PAS (mmHg)	Transfusão
Compensado	10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Usualmente não
Leve	16-25% 1000-1500 mL	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Possível
Moderado	26-35% 1500-2000 mL	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101-120	70-79	Usualmente exigida
Grave	>35% >2000 mL	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese Perfusão capilar >3	>120	<70	Possível transfusão

*Obs.: o critério maior gravidade é o grau do choque

Fonte: Adaptado da OPAS, 2018.

7. Recomendações/observações

Se o sangramento for excessivo (≥ 500 mL de sangue), comunicar equipe médica.

Iniciar protocolo de hemorragia pós-parto, vide protocolo disponível em:

- <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+de+Hemorragia+P%C3%B3s+parto.pdf/bea7cef8-181c-07bd-4ab4-d6ff6a1c40d0?t=1703069283106>

2.5. CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

1. Objetivo

Padronizar a inserção de cateter estéril, de curta duração, pela via uretral até a bexiga, com intuito de promover a drenagem urinária.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Enfermeiro Obstetra.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) 01 (um) par de luvas de procedimento;
- b) Sabonete líquido;
- c) 01 (um) par de Luva estéril;
- d) 01 (uma) sonda uretral compatível com o meato uretral da paciente (número 10, 12 ou 14);
- e) 01 (um) tubo de gel anestésico;
- f) 01 (uma) bandeja para cateterismo (campo fenestrado estéril, cuba rim, pinça e cuba redonda)
- g) 01 (um) saco coletor;
- h) 03 (três) pacotes de gaze estéril;
- i) Clorexidina solução aquosa 10mg/ml;
- j) Equipamentos de proteção individual (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção);
- k) Biombo.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A inserção de sonda vesical de alívio deverá seguir os seguintes passos:

- a) Determinar e avaliar a indicação para sonda vesical;
- b) Reunir o material;
- c) Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- d) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- e) Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- f) Promover privacidade da paciente, utilizando biombos, se necessário;
- g) Colocar equipamentos de proteção individual: gorro, máscara e óculos de proteção;

- h) Ajudar paciente a assumir a posição de decúbito dorsal (supina com os joelhos flexionados);
- i) Se necessário, calçar as luvas de procedimento e proceder com a higiene íntima utilizando água e sabão;
- j) Retirar luvas de procedimento;
- k) Abrir o kit de cateterismo utilizando técnica asséptica e adicionar todos os materiais sobre o campo esterilizado;
- l) Colocar a clorexidina aquosa na cuba redonda, mantendo uma distância segura para evitar contaminação;
- m) Colocar o anestésico em gel na gaze ou diretamente sobre a cuba rim, evitando contaminação;
- n) Calçar luvas estéreis. Cobrir com campos o períneo, mantendo estéreis as luvas e a superfície de operação do campo;
- o) Pegar campo estéril fenestrado. Deixar o campo se desdobrar sem tocar em superfícies não estéreis. Colocar o campo centralizado sobre a região perianal;
- p) Separar cuidadosamente os lábios vaginais com a mão não dominante (agora contaminada) para expor totalmente o meato urinário. Manter a posição da mão não dominante durante todo o restante do procedimento;
- q) Usar a pinça para segurar a gaze embebido em clorexidina aquosa. Limpar os lábios e o meato urinário do clitóris para o ânus. Usar uma nova gaze para cada área que você limpar. Limpar ao longo da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o centro do meato uretral;
- r) Certifique-se do posicionamento da cuba rim dentro do campo estéril de maneira que a extremidade distal da sonda possa ser nela colocada ao iniciar a saída da urina após a inserção;
- s) Lubrificar a extremidade distal do cateter com anestésico em gel;
- t) Introduzir o cateter no meato uretral, observando o retorno urinário na cuba rim;
- u) Desprezar urina no saco coletor;
- v) Mensurar débito urinário;
- w) Retirar o cateter;
- x) Manter a organização da unidade do paciente;
- y) Desprezar o material utilizado nos locais apropriados e retirar luvas;
- z) Registrar o volume urinário e condições apresentadas na ficha de controle e registrar o procedimento no prontuário.

7. Recomendações/observações

- a) Investigar se o paciente apresenta história de alergias relacionada ao antisséptico e o lubrificante hidrossolúvel;

- b) Avaliar o meato urinário e optar pelo menor diâmetro do cateter, sendo os indicados para o sexo feminino os números de cateter 10, 12 ou 14;
- c) Avaliar durante e após o procedimento a ocorrência de sangramento, o retorno da urina e permeabilidade do cateter;
- d) Se houver resistência ou dor ao avançar o cateter, não forçar a inserção da sonda. Mantenha o cateter cuidadosamente no lugar sem forçar. Promova relaxamento enquanto você avança a sonda lentamente na uretra.

2.6. CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

1. Objetivo

Padronizar a inserção de cateter estéril, de longa duração, pela via uretral até a bexiga, com intuito de promover a drenagem urinária.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Enfermeiro Obstetra.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) 01 (um) par de luvas de procedimento;
- b) Sabonete líquido;
- c) 01 (um) par de Luva estéril;
- d) 01 (uma) cateter vesical de demora compatível com o meato uretral da paciente (número 12, 14 ou 16);
- e) 01 (um) tubo de anestésico em gel;
- f) 01 (uma) seringa de 20ml;
- g) 01 (um) campo estéril;
- h) 01 (uma) bandeja para cateterismo vesical estéril;
- i) 02 (duas) ampolas de água para injetáveis (ampola de 10ml);
- j) 01 (uma) bolsa coletora de urina sistema fechado com válvula antirrefluxo.

- k) 03 (três) pacotes de gaze estéril;
- l) Clorexidina solução aquosa 10mg/ml; m) Esparadrapo para fixar;
- n) 01 (uma) agulha 40x12;
- o) Equipamentos de proteção individual (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental e/ou capote cirúrgico);
- p) Biombo.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A inserção de sonda vesical de demora deverá seguir os seguintes passos:

- a) Determinar e avaliar a indicação para sonda vesical;
- b) Reunir o material;
- c) Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- d) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- e) Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- f) Promover privacidade da paciente, utilizando biombos, se necessário;
- g) Colocar equipamentos de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental e/ou capote cirúrgico;
- h) Ajudar paciente a assumir a posição de decúbito dorsal (supina com os joelhos flexionados);
- i) Se necessário, calçar as luvas de procedimento e proceder com a higiene íntima utilizando água e sabão;
- j) Retirar luvas de procedimento;
- k) Abrir o kit de cateterismo utilizando técnica asséptica e adicionar todos os materiais sobre o campo esterilizado;
- l) Colocar a clorexidina aquosa na cuba redonda, mantendo uma distância segura para evitar contaminação;
- m) Colocar o gel anestésico na gaze ou diretamente sobre a cuba rim, evitando contaminação;
- n) Calçar luvas estéreis;
- o) Aspirar água para injetáveis com seringa de 20 mL com agulha 40x12, com ajuda de outro profissional;
- p) Testar o balão do cateter com água para injetáveis, observando o volume indicado pelo fabricante, esvaziando-o após o teste;
- q) Conectar o cateter ao coletor de urina sistema fechado;
- r) Pegar campo estéril fenestrado. Deixar o campo se desdobrar sem tocar em superfícies não estéreis. Colocar o campo sobre a região perianal;

- s) Separar cuidadosamente os lábios vaginais com a mão não dominante (agora contaminada) para expor totalmente o meato urinário. Manter a posição da mão não dominante durante todo o restante do procedimento. Usar a pinça para segurar a gaze embebido em clorexidina aquosa. Limpar os lábios e o meato urinário do clitóris para o ânus. Usar uma nova gaze para cada área que você limpar. Limpar ao longo da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o centro do meato uretral;
- t) Lubrificar a extremidade distal do cateter com anestésico em gel;
- u) Introduzir o cateter pré-conectado a um coletor de drenagem de sistema fechado no meato uretral até o “Y” do cateter de foley, lentamente e observar o retorno urinário.
- v) Insuflar o balonete com o volume de água recomendado pelo fabricante (vide extremidade distal da sonda);
- w) Tracionar o cateter lentamente, para fora, até sentir que está bem posicionado;
- x) Mensurar débito urinário;
- y) Fixar o cateter na face interna da coxa, com esparadrapo ou com fixador específico. Em procedimentos cirúrgicos, a fixação do cateter poderá ser alterada de acordo com o posicionamento da cliente;
- z) Manter o coletor de urina abaixo do nível da bexiga, identificando-o com data, tipo e calibre do cateter, nome do profissional que realizou o procedimento;
- aa) Manter a organização da unidade do paciente;
- bb) Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- cc) Retirar as luvas;
- dd) Higienizar as mãos;
- ee) Registrar o procedimento e as intercorrências (se ocorrerem), no prontuário da paciente.

7. Recomendações/observações

- a) Investigar se o paciente apresenta história de alergias relacionada ao antisséptico e o lubrificante hidrossolúvel;
- b) Avaliar o meato urinário e optar pelo menor diâmetro do cateter, sendo os indicados para o sexo feminino os números de cateter 12, 14 ou 16;
- c) Durante e após o procedimento, avaliar a ocorrência de sangramento, retorno da urina e a permeabilidade do cateter;
- d) Se houver resistência ou dor ao avançar o cateter, não forçar a inserção da sonda. Mantenha o cateter cuidadosamente no lugar sem forçar. Promova relaxamento enquanto você avança a sonda lentamente na uretra;
- e) É importante a fixação correta do cateter para evitar o tracionamento;
- f) Certificar para que o clamp do circuito, próximo ao cateter vesical esteja aberto;

- g) Certificar para que o clamp de esvaziamento da bolsa coletora esteja fechado;
- h) Para prevenção de infecção, deve-se manter a bolsa coletora e o tubo de drenagem abaixo do nível da bexiga, mesmo que o coletor tenha válvula antirrefluxo;
- i) Em caso de obstrução do cateter de 2 vias, não proceder a desobstrução. Comunicar ao profissional médico, com o objetivo de estabelecer nova conduta.

2.7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE EM USO DE SULFATO DE MAGNÉSIO

1. Objetivo

Padronizar a assistência de enfermagem à gestante em uso de sulfato de magnésio na pré - eclâmpsia com sinais de gravidade e eclâmpsia, com o intuito de:

- Diminuir a irritabilidade neuromuscular;
- Regular a pressão sanguínea por modulação da reatividade do tônus vascular e da resistência periférica total;
- Neuroproteção fetal em gestações abaixo de 32 semanas com possibilidade de parto.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico.

5. Materiais necessários

- a) Bandeja;
- b) Bolas de algodão;
- c) Álcool etílico 70%;
- d) Luvas de procedimento;
- e) Equipo de infusão;
- f) Seringas de 10 mL e agulha;
- g) Sulfato de magnésio solução injetável 50% (4meq/mL) ampola 10 mL;
- h) Gliconato de cálcio solução injetável 100 mg/mL, ampola 10 mL;

i) Bomba de infusão.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

Preparar o medicamento (Sulfato de magnésio, solução injetável 50%, ampola 10 mL) conforme prescrição do profissional habilitado;

A administração do sulfato de magnésio e os cuidados durante a infusão devem seguir os seguintes passos:

- a) Levar os materiais até o leito;
- b) Conferir o nome da paciente na prescrição com a pulseira de identificação e com a placa de identificação do leito (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- c) Apresentar-se à paciente e ao acompanhante e explicar sobre o procedimento;
- d) Conferir a prescrição do paciente;
- e) Higienizar as mãos e calçar a luva de procedimento. As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”);
- f) Checar a medicamento (dose, via de administração, diluição, volume, fase) conferindo a etiqueta de identificação da seringa com a prescrição médica;
- g) Caso haja necessidade de punção venosa periférica para a administração do medicamento, consultar o POP de Punção Venosa Periférica (POP 2.11);
- h) Programar a bomba de infusão para o fluxo indicado, pois as fases de administração (ataque e manutenção) deste medicamento têm diferentes dosagens e volume de infusão;
- i) Administrar o medicamento conforme indicações da prescrição médica, observando qual fase de infusão se encontra. Observar possíveis reações do paciente ao medicamento (desconforto respiratório, bradipnéia, ausência de reflexos patelares, diurese diminuída ou ausente, sudorese, hipotensão, rubor);
- j) Interromper a infusão imediatamente diante de reações adversas graves;
- k) Manter próximo ao leito da paciente uma ampola de gliconato de Cálcio solução injetável 100mg/mL (ampola de 10mL), seringa de 10mL e agulha. Para antagonizar o efeito do Sulfato de Magnésio, administrar 10 mL de Gliconato de Cálcio 100mg/mL, conforme prescrição médica. O gliconato de cálcio a 10% atua como antídoto. É necessário manter sempre à mão uma ampola de Gliconato de Cálcio solução injetável 100mg/mL (ampola de 10mL), para aplicação imediata no caso de eventual parada respiratória, além de uma seringa e agulha. Para garantir a disponibilidade do medicamento em tempo hábil, é fundamental que a prescrição de ambos os medicamento seja feita anterior a

administração, e utilizado apenas caso necessário. Realizar a administração conforme prescrição médica;

- l) Quanto ao medicamento gliconato de cálcio a 10%, a SES-DF possui disponibilidade da seguinte formulação:

Código REME	Nome do medicamento	Local de disponibilização
90564	Gliconato de cálcio solução injetável 100 mg/mL ampola 10 mL	uso hospitalar

- m) Perguntar para a paciente durante a administração se apresenta algum sintoma diferente ou mal-estar;
- n) Retirar as luvas de procedimento;
- o) Deixar o paciente confortável;
- p) Manter a organização da unidade do paciente;
- q) Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- r) Realizar as anotações necessárias em prontuário, incluir o número do COREN do responsável pela execução do procedimento ao final do texto;
- s) Exercer vigilância constante da paciente e do bem-estar fetal (quando gestante).

7. Recomendações/observações

- a) Administrar infusão em bomba de infusão;
- b) Deve ser feito com a paciente em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo;
- c) Manter próximo ao leito da paciente ampola de Gliconato de Cálcio 100mg/mL e O₂;
- d) Aferir e anotar de hora em hora os seguintes dados: sinais vitais de rotina; volume de diurese; reflexos patelares; nível de consciência;
- e) Comunicar a equipe médica se:
- Frequência respiratória menor que 12 incursões respiratórias por minuto;
 - Reflexos patelares estejam diminuídos;
 - Paciente com nível de consciência alterado;
 - Diurese inferior a 25 mL/h.
- f) Infusão cautelosa de cristaloides, sempre administrados por um segundo acesso venoso e conforme prescrição de profissional habilitado.

2.8. GLICEMIA CAPILAR PERIFÉRICA NO ADULTO

1. Objetivo

Padronizar a verificação da glicemia capilar através de uma gota de sangue periférico fresco, analisada em tira-teste específica, por meio do glicosímetro.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Bandeja ou cuba rim;
- b) Glicosímetro padronizado;
- c) Tira-teste específica para o aparelho de glicemia;
- d) Gaze não-estéril ou algodão;
- e) Luvas de procedimento;
- f) Álcool etílico 70%;
- g) Lanceta;
- h) Coletor para perfurocortante.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A coleta de sangue para glicemia capilar deverá seguir os seguintes passos:

- a) Separar o material necessário na bandeja ou cuba rim;
- b) Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- c) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);

- d) Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- e) Colocar as luvas de procedimento;
- f) Ligar o glicosímetro seguindo as orientações específicas;
- g) Pegar uma tira teste para aplicar a gota de sangue;
- h) Realizar a antisepsia do local onde será realizada a punção digital com o algodão embebido em álcool a 70%. Aguardar secar;
- i) Conectar a tira reagente no glicosímetro;
- j) Fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- k) Com a lanceta, fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente em borda lateral da polpa digital, onde a dor é minimizada;
- l) Aproximar a tira reagente e deixar cair sangue na tira reagente já conectada ao glicosímetro; caso não seja possível conseguir a gota de sangue, repetir o procedimento;
- m) Obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente da fita;
- n) Pressionar o local da punção com algodão até hemostasia;
- o) Informar o resultado obtido ao paciente;
- p) Desprezar a fita reagente (no lixo infectante) e a lanceta na caixa específica para material perfurocortante;
- q) Limpar o glicosímetro com algodão embebido em álcool;
- r) Realizar a higienização da bandeja ou da cuba rim;
- s) Retirar as luvas;
- t) Registrar o valor obtido no prontuário e cartão de controle do paciente.

7. Recomendações/observações

- a) Não coletar amostras em vias de soluções endovenosas ricas em glicose ou em locais em presença de edema ou hipoperfusão;
- b) Não puncionar a polpa digital devido sensação dolorosa e possibilidade de alteração do registro digital após várias repetições;
- c) Outros locais para punção puntiforme: lóbulo inferior da orelha, calcâneo para RN;
- d) Sempre evitar punção em locais previamente utilizados, realizando rodízio dos locais a serem puncionados e registrando sempre o último local;
- e) Para pacientes em uso de anticoagulantes ou pacientes plaquetopênicos, aumentar o tempo de compressão após a punção, até cessar o sangramento;
- f) Caso o glicosímetro apresente problemas, relatar ao enfermeiro do plantão para providenciar a troca do aparelho;

- g) Verificar a validade da fita reagente e se ela tem o mesmo código do dispositivo fixado no aparelho;
- h) A glicemia capilar não é recomendada para rastreamento ou diagnóstico de DM.

2.9. INSERÇÃO DO DIU NO PUERPÉRIO IMEDIATO

1. Objetivo

Padronizar a inserção do DIU de cobre, pelo enfermeiro, no puerpério imediato.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Indicação e contra-indicações

5.1 Indicação

A inserção do DIU de cobre é indicada no desejo de contracepção não hormonal, independentemente se adolescente ou adulta, nulípara ou multípara.

5.2 Contraindicações absolutas

- Cervicite mucopurulenta e/ou IST sintomáticas, incluindo gonorreia e clamídia, dentro dos três últimos meses;
- Útero bicornu, septado ou intensa estenose cervical;
- Miomas uterinos submucosos com considerável distorção da cavidade endometrial;
- Câncer cervical ou endometrial, ou lesão pré-neoplásica que requerem terapia;
- Alergia ao cobre;
- Doença de Wilson;
- Histórico anterior de gravidez ectópica ou fatores de pré-disposição;
- Malformação uterina (congenita ou adquirida);

- Infecção intra-uterina recente ou ativa (corioamnionite ou abortamento infectado);
- Ruptura de membrana amniótica há mais de 18 horas;
- Hemorragia pós parto não resolvida;
- Febre (temperatura superior a 37.8°C) durante o trabalho de parto;
- Retenção placentária exigindo sua remoção manual ou cirúrgica.

5.3 Contraindicações relativas

- Anemia;
- Cardiopatias valvulares (o uso de dispositivo intrauterino nestes casos pode aumentar o risco de endocardite bacteriana subaguda);
- Distúrbios de coagulação;
- Tratamento anti-inflamatório;
- Dismenorreia moderada ou grave;
- Expulsões frequentes;

6. Materiais necessários

- a) Gaze;
- b) Antisséptico na apresentação aquosa;
- c) Cuba redonda;
- d) Pinça Cheron;
- e) Espéculo;
- f) 02 (duas) Pinças Foerster ou De Lee: 20 ou 24 cm (de preferência);
- g) Luva estéril;
- h) Válvula de Doyen e/ou Espéculo.

7. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A inserção do DIU de cobre no puerpério imediato deverá seguir os seguintes passos:

- a) Reunir o material necessário;
- b) Acolher a paciente;
- c) Orientar a paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- d) Realizar o procedimento conforme item 7.1 ou 7.2;

- e) Avaliar e registrar as seguintes observações no prontuário: quando realizar a troca; período de validade do DIU, laboratório e lote; quais informações e orientações foram ditas à paciente; termo de consentimento (a ser elaborado pelo próprio hospital) e materiais utilizado para inserção;

7.1. Inserção do DIU (Pós-parto normal imediato - até 10 minutos após a dequitação):

- i. Após a dequitação placentária, retirada de coágulos e verificação da presença do globo de segurança de Pinard, preparar a inserção do DIU;
- ii. Colocar novas luvas estéreis;
- iii. Realizar a antissepsia e colocação de campos estéreis;
- iv. Remover o DIU do aplicador – o aplicador não será utilizado nesta técnica;
- v. Apreender o DIU com a pinça Foerster, com o cuidado de não acionar a cremalheira, para não danificar o cobre. A ponta superior do DIU deve estar nivelada com a extremidade da ponta da pinça e a esfera da haste do DIU e os fios devem estar paralelos à pinça. Os fios devem ficar longe do eixo da pinça evitando assim que fiquem enrolados ou presos no instrumento quando o mesmo for removido do útero, o que poderia deslocar o DIU do posicionamento adequado;
- vi. Utilizando o espéculo, expor e visualizar o lábio anterior do colo do útero;
- vii. Apreender delicadamente o lábio anterior do colo do útero com outra pinça de Foerster;
- viii. Tracionar delicadamente o colo do útero e, sob visão direta, introduzir o DIU fixo na pinça Foerster;
- ix. Soltar a mão que estava tracionando o colo e colocá-la no abdômen, a fim de estabilizar o fundo do útero;
- x. Avançar o DIU em direção ao fundo uterino. É muito importante colocar o dispositivo contra o fundo uterino para minimizar as chances de expulsão;
- xi. Soltar o DIU da pinça, abrindo-a o máximo possível;
- xii. Girar a pinça cerca de 45 graus e movê-la lateralmente para evitar o deslocamento do DIU, retirando a pinça cuidadosamente da cavidade uterina;
- xiii. Manter o fio do DIU íntegro. Este deverá ser adequadamente cortado na consulta de retorno para revisão;
- xiv. Informar à mulher que o procedimento foi realizado e que deve continuar com o acompanhamento pós-parto;
- xv. Assegurar que a mulher receba as instruções adequadas sobre o dispositivo e descrever o procedimento no prontuário da paciente, além do lote e data de validade;
- xvi. O DIU também poderá ser inserido com a mão (sem aplicador) até o fundo do útero,

semelhantemente à realização de uma curagem;

- xvii. Os ramos horizontais devem estar no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero. Cabe lembrar que o comprimento uterino em média é de 19 cm no pós-parto imediato e de 18 cm no 1º dia do pós-parto, enquanto o comprimento do DIU com cobre é de 15 cm da haste à extremidade do fio;
- xviii. Desta forma o fio do DIU não deverá ser visto à inspeção do colo uterino após o término da inserção. Caso seja visualizado, significa que a inserção ficou baixa e, portanto, não inserido adequadamente. Pode-se tentar novamente inserir o DIU no fundo uterino. Os fios aparecem gradativamente pelo orifício externo à medida que ocorre a involução uterina;
- xix. Este procedimento deve ser realizado no local do parto, sem deslocar a mulher para outro ambiente, e sem interferir na vinculação da mulher com o recém-nascido no contato pele a pele e amamentação;
- xx. Orientar a mulher a procurar a UBS, onde foi realizado o pré-natal, entre o 30º ao 45º dia (fim do puerpério tardio), ou no ambulatório da maternidade conforme rotina da instituição, para secção do fio. O fio deve ser cortado 3 cm abaixo do orifício externo do colo do útero.

7.2. Inserção do DIU (Pós-parto normal precoce - após 10 minutos e até 48h da dequitação).

- i. Não utilizar aplicador;
- ii. É necessário o uso de um espécuro e antisepsia do colo uterino com clorexidina tópica ou aquosa ou polivinilpirrolidona;
- iii. Pinçar o colo com pinça de Foerster no seu lábio anterior. Neste caso não utilizar a pinça de Pozzi;
- iv. O DIU será seguro por uma pinça de Foerster curva e longa, sendo desprezado o aplicador. Sem utilizar a cremalheira, introduzir o DIU (os ramos horizontais devem estar no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero) até tocar na parede posterior do útero. Continuar a inserção num ângulo de aproximadamente 45° até atingir o fundo do útero, quando se solta o DIU. O fio deve ficar completamente no útero e não deve ser visto se exteriorizando para a vagina. No período de 10 minutos a 48 horas pós-parto, a inserção pode ser mais dificultada pela característica do útero nesta fase do puerpério, o que pode acarretar maior taxa de expulsão;
- v. É contraindicada a inserção do DIU entre 48 horas e 04 semanas do pós-parto;
- vi. A inserção ambulatorial deve ocorrer após 4 semanas de pós-parto.

2.10. OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

1. Objetivo

Padronizar o fornecimento da quantidade adequada de oxigênio através de um cateter nasal.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Cateter nasal tipo óculos;
- b) Umidificador;
- c) Extensão de látex;
- d) Fluxômetro;
- e) Água para injetáveis (ampola, frasco ou bolsa);
- f) Luva de procedimento;
- g) Fonte de oxigênio.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A instalação de cateter de nasal para oferecimento de oxigênio deverá seguir os seguintes passos:

- a) Reunir o material necessário;
- b) Conferir a prescrição médica e reunir o material necessário em uma bandeja;
- c) Levar os materiais até o leito;
- d) Conferir o nome da paciente na prescrição com a pulseira de identificação e com a placa de identificação do leito (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- e) Apresentar-se à paciente e ao acompanhante e explicar sobre o procedimento;
- f) Preencher o umidificador com água para injetáveis até o nível máximo indicado;

- g) Conectar o umidificador à rede de oxigênio através do fluxômetro;
- h) Conectar a extensão de silicone do cateter no umidificador de oxigênio;
- i) Calçar luvas de procedimento;
- j) Colocar o cateter nasal nas narinas do paciente, ajustar a faixa elástica/cordão em torno da cabeça para prender o cateter firmemente, mas de maneira confortável;
- k) Abrir o fluxômetro que regula a quantidade de oxigênio em litros por minuto, de acordo com a prescrição médica;
- l) Checar o procedimento;
- m) Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7. Recomendações/observações

- a) A equipe de enfermagem deve monitorar os seguintes sinais em pacientes que estão recebendo oxigênio: perfusão periférica, frequência respiratória e cardíaca, alterações da pressão arterial e rebaixamento do nível de consciência;
- b) O oxigênio deve ser administrado sempre umidificado para prevenir ressecamento das vias aéreas e das secreções;
- c) Os umidificadores deverão ser trocados a cada 24 h, obrigatoriamente.

2.11. PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

1. Objetivo

Padronizar a instalação de cateter em trajeto venoso para a infusão rápida e segura de medicamentos, reposição de volume, hemoderivados.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Bandeja;
- b) Garrote;
- c) Luvas de procedimento;
- d) Bolas de algodão;
- e) Solução antisséptica (álcool etílico 70% ou Clorexidina solução alcoólica 5 mg/mL);
- f) Cateter venoso de calibre apropriado (20G, 18G, 16G);
- g) Equipo de soro;
- h) Extensor intermediário de duas vias, se necessário;
- i) Solução estéril para preencher o equipo;
- j) Curativo estéril de filme transparente, fita plástica perfurada, ou fita adesiva hipoalergênica;
- k) Etiqueta ou fita adesiva (identificação);
- l) Suporte de soro;
- m) Bomba de infusão, se necessário.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A punção venosa periférica deverá seguir os seguintes passos:

- a) Conferir a prescrição médica e reunir o material necessário em uma bandeja;
- b) Preparar o material, preparar o medicamento para preencher o equipo e o extensor (caso haja) com Cloreto de Sódio 0,9%, solução injetável, bolsa ou frasco;
- c) Levar a bandeja até o leito;
- d) Apresentar-se à paciente e ao acompanhante, explicar à paciente sobre o procedimento e verificar consentimento;
- e) Conferir o nome da paciente na prescrição com a pulseira de identificação e com a placa de identificação do leito (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- f) Inspeccionar e palpar a rede venosa, dando preferência às veias mais proeminentes, firmes e menos tortuosas, priorizando a porção distal em sentido ascendente. Pode ser necessário garrotear o membro para facilitar a visualização da rede venosa. O garroteamento deve impedir o retorno venoso, mas não deve ocluir o fluxo arterial. É importante controlar o tempo do garroteamento e quando necessário soltá-lo temporariamente;
- g) Escolher o local do acesso, expor a área de aplicação, lembrando sempre de evitar local de dobra de membro. Se possível, eleger o local juntamente com a paciente;

- h) Colocar a paciente na posição mais adequada;
- i) Calçar luvas de procedimento;
- j) Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso;
- k) Garrotear o membro a ser puncionado, cerca de quatro 4 a 7 centímetros (cm) acima do local de inserção do dispositivo venoso;
- l) Fazer antisepsia do local com algodão embebido na solução antisséptica de escolha ou com solução alcoólica a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- m) Manter uma bola de algodão seco ao alcance das mãos;
- n) Tracionar a pele para baixo, com o polegar, abaixo do local a ser puncionado;
- o) Introduzir o cateter, paralelamente à pele, num ângulo aproximado de 30° a 45°, com bisel voltado para cima;
- p) Observar o refluxo sanguíneo;
- q) Soltar o garrote;
- r) Retirar o guia e acoplar o equipo ou extensor preenchido com solução fisiológica 0,9%;
- s) Fixar o cateter com o material indicado disponível na unidade (curativo estéril de filme transparente, fita plástica perfurada ou fita esparadrapo – preferencialmente na ordem apresentada);
- t) Testar o fluxo do acesso venoso e observar se há sinais de infiltração ou extravasamento do líquido infundido, além de sinais de dor ou desconforto;
- u) Quando observar infiltração do acesso ou obstrução total do cateter, remover o cateter e repetir novo procedimento, com outro dispositivo. Puncionar outro local;
- v) Identificar a punção: data, hora, nº do dispositivo, nome do profissional que realizou o procedimento; identificar o equipo, com data de instalação;
- w) Oriente o paciente sobre os cuidados para a manutenção do cateter, como não retirar o curativo, não manuseá-lo, evitar molhá-lo;
- x) Deixe o paciente confortável;
- y) Recolher o material e encaminhar ao descarte apropriado;
- z) Descartar os perfuro cortantes em local apropriado;
- aa) Retirar as luvas de procedimento;
- bb) Realizar as anotações de enfermagem no prontuário descrevendo a punção, número do cateter, local puncionado e dificuldades encontradas.

7. Recomendações/observações

- a) Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares; proteger durante o banho;

- b) Fazer a desinfecção dos conectores com solução antisséptica, antes da administração de medicamentos;
- c) Trocar o curativo de fixação sempre que sujo, úmido ou solto;
- d) Avaliar diariamente o sítio de inserção do cateter, observando sinais e sintomas de flebite e/ou outras complicações;
- e) Trocar todo o dispositivo de infusão a cada 96 horas – equipo, conectores, cateter;
- f) Se houver infusão de sangue ou derivados, trocar o sistema a cada nova bolsa;
- g) Não administrar drogas vesicantes, nutrição parenteral, soluções com pH menor que 5 ou maior que 9, e soluções com osmolaridade maior que 500 mOsm/L.

2.12.VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS NO ADULTO

1. Objetivo

Padronizar a observação, o conhecimento e o controle de sinais vitais a fim de detectar precocemente alterações que põem em risco a vida do paciente.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Esfigmomanômetro;
- b) Estetoscópio;
- c) Bandeja ou cuba rim;
- d) Algodão;
- e) Álcool etílico 70%;
- f) Relógio;
- g) Termômetro digital.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A verificação dos sinais vitais deverá seguir os seguintes passos:

6.1. Frequência Cardíaca

6.1.1. Pulso Apical

- a) Realizar a desinfecção do estetoscópio;
- b) Conferir o nome da paciente na prescrição com a pulseira de identificação e com a placa de identificação do leito (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- c) Explicar o procedimento ao paciente;
- d) Auxiliar a paciente a ficar na posição sentada ou deitada. Remova os lençóis e vestimenta para expor o lado esquerdo do tórax;
- e) Colocar o diafragma do estetoscópio na parte esquerda do tórax, na altura do quarto espaço intercostal;
- f) Ausculta e conte os batimentos cardíacos por 1 min. Repita o procedimento, se necessário;
- g) Auxiliar a paciente, se necessário, a se vestir e ajudá-la a assumir uma posição confortável;
- h) Limpar o estetoscópio com uma bola de algodão embebida em álcool etílico 70%;
- i) Realizar as anotações de enfermagem no prontuário;

6.1.2. Pulso Periférico

- a) Explicar o procedimento à paciente;
- b) Conferir o nome da paciente na prescrição com a pulseira de identificação e com a placa de identificação do leito (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- c) Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre a artéria escolhida, fazendo uma leve pressão;
- d) Contar os batimentos cardíacos por 60 segundos, se irregular ou em uso de medicamento cardiovascular, e por 30 segundos multiplicado por 2, se regular;
- e) Repetir o procedimento, se necessário;
- f) Realizar as anotações no prontuário;

6.2. Frequência Respiratória

- a) Explicar o procedimento ao paciente;
- b) Conferir o nome da paciente na prescrição com a pulseira de identificação e com a placa de identificação do leito (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);

- c) Deixar a paciente confortável;
- d) Não deixe que o paciente perceba que você está levantando dados das respirações. Meça a frequência respiratória depois de medir a frequência de pulso ou realizar durante a aferição da temperatura axilar;
- e) Contar o número de respirações. Observar uma inspiração e expiração completa quando se conta a ventilação ou frequência de respiração, durante 60 segundos.
- f) Anotar o valor obtido no prontuário da paciente.

6.3. Pressão Arterial

- a) Conferir o nome da paciente na prescrição com a pulseira de identificação e com a placa de identificação do leito (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- b) Selecione o manguito de tamanho adequado ao braço. A largura do manguito deve ser 20% maior que o diâmetro do braço ou 40% maior que a circunferência e dois terços do comprimento do braço;
- c) Explicar o procedimento à paciente e deixá-la em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo;
- d) Certificar-se de que a paciente esteja com a bexiga vazia; não tenha praticado exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; não tenha ingerido bebidas alcoólicas; não tenha fumado nos 30 minutos anteriores;
- e) Posicionar a paciente sentada, com as pernas descruzadas, dorso recostado na cadeira ou deitada em decúbito lateral esquerdo; de forma que se sinta confortável;
- f) Colocar o braço na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima;
- g) Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
- h) Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- i) Estimar o nível da Pressão Arterial Sistólica - PAS pela palpação do pulso radial;
- j) Palpar a artéria braquial, na fossa cubital, e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
- k) Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;
- l) Proceder a deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
- m) Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
- n) Determinar a Pressão Arterial Diastólica - PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
- o) Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
- p) Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff);
- q) Realizar pelo menos duas verificações, com intervalo em torno de um minuto;

- r) Informar o valor de P.A. obtido para o paciente;
- s) Realizar a desinfecção da bandeja, do estetoscópio e do esfigmomanômetro com álcool etílico 70%;
- t) Anotar no prontuário do usuário os valores exatos sem “arredondamentos”, além do braço em que a P.A. foi medida;
- u) Informar o valor de P.A. obtido para o paciente.

6.4. Temperatura Axilar

- a) Realizar a desinfecção por fricção do termômetro com algodão embebido em álcool etílico 70%;
- b) Apertar o botão do termômetro digital para ligar e esperar o sinal de confirmação do aparelho para sua utilização;
- c) Coloque a parte inferior do termômetro no centro da axila e mantenha o braço na posição normal ou cruze os braços sobre o peito;
- d) Deixar o termômetro no centro da axila até o alerta sonoro;
- e) Retirar e proceder à leitura ao nível dos olhos;
- f) Limpar o termômetro após cada verificação com álcool etílico 70%.

6.5. Dor

- a) Aplicar a Escala Analógica Visual - EVA (Anexo I) durante a verificação dos sinais vitais e durante as contrações uterinas;
- b) Para utilizar a EVA o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor, sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente.

7. Recomendações/observações

- a) Para esfigmomanômetros semiautomáticos e automáticos, seguir recomendações do fabricante;
- b) Não aferir a pressão arterial em membros que tiveram fístula endovenosa, cateterismo; plegias; punção venosa; infusão de líquidos; membro que for do lado mastectomizado do paciente;
- c) Os valores de referência para a frequência cardíaca: 60 a 100 bpm;
- d) Os valores de referência para a frequência respiratória: 12 a 20 irpm;
- e) Pressão Arterial: Sistólica < 120 mmHg; Diastólica < 80 mmHg e Pressão de pulso: 30 a 50 mmHg;
- f) Valores normais para temperatura axilar: 35,5°C a 37°C. Variação média de temperatura: 36 a 38°C.

3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO

3.1. ADMINISTRAÇÃO DA VACINA CONTRA HEPATITE B

1. Objetivo

Padronizar a aplicação da vacina contra o vírus da hepatite B.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Seringas de 1 e 3 mL;
- b) Agulhas descartáveis 20x5,5mm;
- c) Bolas de algodão;
- d) Caixa térmica;
- e) Gelo reutilizável rígido;
- f) Termômetro com indicador de temperaturas máxima e mínima;
- g) Frascos-dose de vacina contra hepatite B.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A administração da vacina anti-hepatite B deverá seguir os seguintes passos:

- a) Reunir o material necessário;
- b) Conferir o imunobiológico contra Hepatite B quanto à validade, o lote e a temperatura de acondicionamento;
- c) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do

usuário”);

- d) Calçar as luvas;
- e) Aspirar 0,5 mL do imunobiológico em seringa de 1 mL ou 3 mL com agulha descartável de calibre 20x5,5mm;
- f) Falar e explicar o procedimento à mãe do recém-nascido;
- g) Realizar medidas não farmacológicas para o controle da dor no RN como enrolamento, sucção não nutritiva, sucção nutritiva e incentivar aleitamento materno, se indicado;
- h) Deixar a criança na posição de flexão facilitada (Anexo II);
- i) Realizar a limpeza na região do vastolateral da coxa direita com algodão seco;
- j) Administrar pela via intramuscular;
- k) Realizar pequena pressão no local com o algodão, ao retirar a agulha;
- l) Confortar o RN;
- m) Retirar as luvas e desprezar o material em local apropriado;
- n) Registrar o procedimento no prontuário e na Caderneta da Criança, agendando a segunda dose a ser administrada na Unidade Básica de Saúde (UBS).

7. Recomendações/observações

- a) Manter a vacina acondicionada em caixa térmica com temperatura interna entre 2°C e 8°C;
- b) É recomendada a administração da vacina quando o recém-nascido estiver em sucção ao seio materno.

3.2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ENTUBAÇÃO TRAQUEAL DO RECÉM-NASCIDO

1. Objetivo

Orientar a assistência prestada ao recém-nascido (RN) durante a realização de entubação traqueal na sala de parto.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Estetoscópio neonatal;
- b) Laringoscópio infantil com lâmina reta nº 00, 0 e 1;
- c) Cânulas traqueais sem cuff, de diâmetro interno uniforme 2,0 / 2,5 / 3,0 / 3,5 e 4,0 mm;
- d) Material para fixação da cânula: esparadrapo e/ou bandagem adesiva elástica (separar uma tira de esparadrapo ou bandagem adesiva elástica com cerca de 10x2 cm, que deverá ser cortada em formato de “H”);
- e) Algodão e/ou gaze com SF 0,9%;
- f) Pilhas e lâmpadas sobressalentes para laringoscópio;
- g) Oxímetro de pulso com sensor neonatal;
- h) Reanimador manual neonatal;
- i) Ventilador mecânico manual neonatal em T com circuitos próprios;
- j) Máscaras faciais para RN pré-termo e a termo;
- k) Fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, ambos com fluxômetro;
- l) Luvas esterilizadas, luvas de procedimentos e óculos de proteção individual para os profissionais de saúde;
- m) Relógio.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A entubação endotraqueal deverá seguir os seguintes passos:

- a) Selecionar a cânula endotraqueal de acordo com o peso e idade gestacional do recém-nascido (Anexo III);
- b) Preparar o laringoscópio, observar se a luz está acendendo, selecionar a lâmina apropriada;
- c) Testar o aspirador e a fonte de oxigênio;
- d) Testar o reanimador, selecionar a máscara apropriada ao tamanho do recém-nascido.

6.1. Cabe ao enfermeiro e/ou técnico de enfermagem, durante o procedimento:

- i. Falar e explicar o procedimento ao bebê antes de tocá-lo;
- ii. Fixar a cabeça do RN com leve extensão do pescoço (usar coxim sob os ombros);
- iii. Fornecer o material adequado ao pediatra e/ou neonatologista que está entubando o RN, como segue: laringoscópio com a lâmina na posição aberta e lâmpada acesa, sonda de

aspiração traqueal (antes do procedimento de entubação, verificar a pressão negativa no vacuômetro) e a cânula traqueal (abrir o invólucro, sem contaminar);

- iv. Entregar sonda de aspiração conectada ao vácuo ou aspirador portátil ao médico quando solicitado;
- v. Monitorar o tempo gasto na tentativa de entubação, comunicando ao médico quando o tempo atingir 30 segundos;
- vi. Monitorar frequência cardíaca (FC) e a saturação de oxigênio (SatO2) durante o procedimento;
- vii. Depois da introdução da cânula, enquanto o médico segura firmemente e pressiona a cânula com o dedo indicador contra o palato do RN e retira o laringoscópio, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem segura o intermediário da cânula e o conecta ao balão auto inflável e/ou ventilador mecânico manual em T;
- viii. Realizar ausculta da região epigástrica, das bases pulmonares esquerda e direita e dos ápices pulmonares e observar os movimentos torácicos durante a ventilação. Obs: Este procedimento pode ser realizado pelo enfermeiro ou pode ser fornecido o estetoscópio para que o próprio médico o realize;
- ix. Para a fixação da cânula traqueal, limpar e secar a região supralabial com água para injetáveis e gaze, separar uma tira de esparadrapo ou bandagem adesiva elástica com cerca de 10x2 cm, que deverá ser cortada em formato de “H”, fixar a parte superior da tira na pele acima do lábio superior e as partes inferiores devem ser enroladas na cânula.

6.2. Cabe ao enfermeiro:

- i. Uma vez introduzida a cânula traqueal, verificar o comprimento da cânula introduzida na traqueia. Atentar para a regra rápida para definição da distância da cânula em relação ao lábio superior: peso (em kg) + 6, conforme Anexo IV;
 - ii. Confirmar o posicionamento da cânula traqueal, através da ausculta pulmonar.
- e) Após a entubação, inicia-se a ventilação com balão auto inflável e/ou com ventilador mecânico manual em “T”;
 - f) Após 30 segundos do início da ventilação com cânula traqueal, avalia-se o padrão respiratório, frequência cardíaca e saturação de oxigênio;
 - g) Organizar o bebê no leito, deixando-o confortável e em decúbito à 30º (exceto em caso de trauma);
 - h) Realizar anotação do procedimento e intercorrências no prontuário do RN;
 - i) Organizar os materiais.

7. Recomendações/observações

- a) Em caso de parto prematuro (<37 semanas de Idade Gestacional - IG) a presença de um pediatra e/ou neonatologista na sala de parto é obrigatória;
- b) Cada tentativa de entubação deverá durar, no máximo, 30 segundos. Em caso de insucesso, o procedimento deverá ser interrompido e iniciado ventilação por pressão positiva com máscara, sendo realizada nova tentativa de entubação após a estabilização do paciente;
- c) O melhor indicador de que a cânula está na traqueia é o aumento da FC;
- d) Se for utilizado o balão auto inflável, ventilar na frequência de 40-60 movimentos/ minuto e usar pressão inspiratória ao redor de 20 cmH₂O, mas individualizar para que se observe expansão torácica e FC >100bpm;
- e) Se for aplicado o ventilador mecânico manual em “T”, fixar o fluxo gasoso em 5-15 L/minuto, limitar a pressão máxima do circuito em 30-40 cmH₂O, selecionar a pressão inspiratória a ser aplicada em cada ventilação, em geral ao redor de 20-25 cmH₂O, e ajustar a PEEP ao redor de 5 cmH₂O;
- f) Trocar a fixação do tubo em caso de sujidade visível ou ao se evidenciar sinais de má aderência;
- g) Atentar para o acondicionamento correto do laringoscópio: protegido de poeira e exposição direta ao ambiente. Não precisa ser estéril. Após o uso, lavar com água e sabão e friccionar por 30 segundos com álcool etílico 70%;
- h) A máscara deverá abranger a boca e o nariz não permitindo que haja escape de ar lateralmente.

3.3. BANHO DO RECÉM-NASCIDO

1. Objetivo

Padronizar a higienização do recém-nascido.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal / Alojamento Conjunto.

5. Materiais necessários

- a) Gazes/algodão;
- b) Hastes flexíveis (cotonetes);
- c) Sabonete com pH ácido, similar ao pH cutâneo;
- d) Luvas de procedimento;
- e) Água morna;
- f) 2 (duas) toalhas e/ou cueiro - uma para enrolar o RN na água e a outra para secá-lo;
- g) Fralda descartável;
- h) Cobertor.
- i) Banheira ou balde.
- j) Álcool à 70%.
- k) Roupas para o RN.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

O do recém-nascido deverá seguir os seguintes passos:

- a) Organizar todo material necessário em bancada ou mesa auxiliar;
- b) Assegurar-se de que o ambiente esteja com portas e janelas fechadas, ou sem correntes de ar, de forma a evitar as perdas de calor por convecção;
- c) Higienizar as mãos;
- d) Calçar as luvas de procedimento;
- e) Falar e explicar o procedimento ao bebê e ao responsável antes de tocá-lo;
- f) Remover a fralda, retirar o excesso de fezes com algodão umedecido com água e fazer higiene perineal.
- g) Com ajuda de uma fralda de pano ou de toalha-fralda, proceder ao enrolamento da criança deixando apenas a cabeça exposta, proporcionando segurança no contato com a água (conforme https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf);
- h) Posicionar o RN na bacia com água morna (idealmente entre 35-36°C) de modo que seu corpo fique submerso até o pescoço;
- i) Limpar o rosto utilizando gaze umedecida com água morna, sem fazer força ou friccionar, realizando movimentos suaves e circulares;
- j) Realizar a higiene dos olhos, iniciando pela parte interna do olho, de cima para baixo, mantendo a pálpebra fechada. Trocar o algodão e reiniciar do canto interno para o canto externo do olho. Realizar

no outro olho com novo algodão;

- k) Ensaboar o pescoço, os membros superiores, o tórax anterior, costas e membros inferiores sucessivamente, lembrando-se de ir retirando o enrolamento com o pano aos poucos;
- l) Retirar os resíduos do sabonete como a espuma;
- m) Ensaboar a região genital, removendo o sabão com algodão;
- n) Retirar o RN da banheira, enrolando-o em toalha ou pano macio, secando a pele com movimentos compressivos e suaves, sem friccioná-la, atentando-se para as dobras, pregas e articulações;
- o) Realizar os cuidados com o coto umbilical de acordo com POP 3.5 (deste protocolo);
- p) Colocar a fralda e a roupinha e devolvê-lo para a mãe;
- q) Na impossibilidade de deixá-lo com a mãe, o RN deverá ser mantido aquecido, seja por uso de cobertores ou pela utilização de berços aquecidos;
- r) O tempo de banho deve ser de cinco a dez minutos;
- s) Organizar o ambiente e recolher os materiais utilizados;
- t) Retirar as luvas de procedimento;
- u) Registrar o procedimento no prontuário do RN.

7. Recomendações/observações

- a) **ATENÇÃO:** O primeiro banho deve ser realizado imediatamente após o nascimento somente quando o recém-nascido for filho de mãe portadora de HIV e na presença de fezes maternas;
- b) A OMS recomenda que o primeiro banho seja realizado com, no mínimo 24h de vida. Se não for possível esperar este tempo, que o banho seja feito somente após a estabilidade clínica do RN e não deve ocorrer antes de 6 horas de vida;
- c) Manter o RN seco e aquecido em cueiros, com gorros e controlar a temperatura da pele;
- d) Evitar friccionar a pele;
- i) Não remover o vernix caseoso.

3.4. COLETA DE SANGUE PARA EXAME

1. Objetivo

Padronizar a coleta de sangue no recém-nascido para realização de exames.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Solicitação do exame;
- b) Luvas de procedimentos;
- c) Gazes ou algodão;
- d) Agulhas de calibres específicos para o recém-nascido;
- e) Clorexidina alcóolica 5mg/mL ou álcool etílico 70% ou clorexidina aquosa 10mg/mL;
- f) Tubos para coleta de sangue (Anexo V);
- g) Aparelho e fita de glicemia;
- h) Seringa própria para gasometria ou heparinizada ou 25 x 7 mm se coleta venosa;
- i) Frascos de coletas de exames, quando necessário;
- j) Garrote;
- k) Fita para identificação da amostra.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A coleta de sangue deverá seguir os seguintes passos:

6.1. Coleta de sangue capilar para glicemia:

6.1.1. Local de escolha:

6.1.1.1. Membro superior: capilares do dorso das mãos

- a) Conferir prescrição/solicitação do exame;
- b) Preparar material necessário;
- c) Calçar luvas de procedimentos;
- d) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- e) Falar e explicar o procedimento ao recém-nascido e ao responsável;
- f) Realizar medidas não farmacológicas para alívio da dor, como enrolamento, sucção não nutritiva,

sucção com leite materno;

- g) Utilizar o dorso das mãos;
- h) Fixar a mão do bebê com o seu dedo polegar e indicador fixando em garra;
- i) Realizar a punção com agulha hipodérmica de 13 x 4,5mm;
- j) Aproximar a tira reagente da gota de sangue formada;
- k) Retirar agulha e descartar em coletor pérfuro-cortante;
- l) Comprimir o local da punção de forma suave com gaze estéril até completa hemostasia;
- m) Organizar o bebê em posição confortável;
- n) Organizar o material usado no procedimento;
- o) Retirar luvas;
- p) Realizar o registro no prontuário.

6.2. Coleta de sangue venoso para exames:

6.2.1. Local de escolha:

6.2.1.1. Membro superior: veias do dorso das mãos

- a) Conferir prescrição/solicitação do exame;
- b) Preparar material necessário;
- c) Calçar luvas de procedimentos;
- d) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- e) Falar e explicar o procedimento ao recém-nascido e ao responsável;
- f) Realizar medidas não farmacológicas para alívio da dor, como
- g) enrolamento, sucção não nutritiva, sucção com leite materno;
- h) Realizar o procedimento com auxílio de outra pessoa;
- i) Selecionar a veia e garrotear com o auxílio da pessoa que está ajudando ou segurar em garra fixando a mão do bebê com o seu dedo polegar e indicador realizando leve estiramento da pele;
- j) Realizar a escolha do calibre da agulha de acordo com a rede venosa do bebê;
- k) Realizar antisepsia com clorexidina alcóolica 5mg/mL ou álcool etílico 70% ou clorexidina aquosa 10mg/mL;
- l) Introduzir a agulha com o bisel para cima, antes do início da veia a ser puncionada, em ângulo de 45°;
- m) Aspirar amostra de sangue necessária para o exame ou deixar gotejar dentro dos frascos para coleta de exames, realizando ordenha quando necessário;
- n) Após retirar a agulha, comprimir o local da punção de forma suave com gaze ou algodão, até

completa hemostasia;

- o) Organizar o bebê em posição confortável;
- p) Organizar o material usado no procedimento;
- q) Retirar luvas;
- r) Realizar registro no prontuário.

6.3. Coleta de sangue arterial para gasometria (enfermeiro):

6.3.1. Local de escolha:

6.3.1.1. Membro superior: artérias radiais

- a) Conferir prescrição/solicitação do exame;
- b) Preparar material necessário;
- c) Calçar luvas de procedimentos;
- d) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- e) Falar e explicar o procedimento ao recém-nascido e ao responsável;
- f) Realizar o procedimento com o auxílio de outra pessoa;
- g) Realizar medidas não farmacológicas para alívio da dor, como enrolamento, sucção não nutritiva, sucção com leite materno;
- h) Localizar a artéria pelo método palpatório;
- i) Fixar o membro superior a ser puncionado, colocando o dedo
- j) indicador na palmada mão do RN e os dedos médio, anelar e mínimo abaixo do antebraço do RN;
- k) Caso haja necessidade, colocar um coxim sob o braço do RN para melhorar o conforto durante o procedimento;
- l) Solicitar ajuda a quem estiver auxiliando para que contenha de forma suave a fossa cubital do paciente, evitando movimento
- m) Realizar antisepsia com Clorexidina alcoólica 5 mg/mL ou álcool etílico 70% ou Clorexidina aquosa 10 mg/mL;
- n) Proceder a heparinização da seringa de 1mL e trocar a agulha para a coleta;
- o) Introduzir a agulha hipodérmica de 13 x 4,5mm adaptada à seringa de
- p) 1 mL, em ângulo de 45º até atingir a artéria, e aspirar lentamente a quantidade mínima de sangue recomendada pelo fabricante do gasômetro para realização de exames em recém nascidos;
- q) Após retirar lentamente a seringa com o sangue arterial, fazer leve compressão com gaze no local até completa hemostasia;
- r) Organizar o bebê em posição confortável;

- s) Organizar o material usado no procedimento;
- t) Retirar luvas;
- u) Realizar registro no prontuário.

7. Recomendações/observações

- a) Não utilizar o centro do calcanhar para realizar glicemia capilar, pois os níveis de dardo recém-nascido são maiores na punção de calcâneo comparado à punção no dorsoda mão;
- b) Em recém-nascidos menores que 1000g, usar clorexidina solução aquosa 10mg/ML em substituição à clorexidina solução alcoólica 5mg/mL ou álcool etílico 70% para antisepsia de pele.

3.5. CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

1. Objetivo

Padronizar a higienização do coto umbilical a fim de reduzir e prevenir a proliferação de microrganismos no coto umbilical dos recém-nascidos e proporcionar um bom processo de mumificação do coto umbilical.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Álcool etílico 70% OU Clorexidina alcoólica 5mg/dL OU Clorexidina aquosa 10mg/mL;
- b) Gazes/Algodão/Hastes flexíveis (cotonetes);
- c) Luvas de procedimento.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

Os cuidados com o coto umbilical deverão seguir os seguintes passos:

- a) Calçar as luvas de procedimento;
- b) Falar e explicar o procedimento ao bebê e a mãe antes de tocá-lo;
- c) Expor o coto umbilical e avaliar sinais flogísticos;
- d) Umedecer a gaze/algodão/haste flexível com álcool etílico 70% ou Clorexidina alcóolica 5mg/dL;
- e) Proceder a limpeza do coto umbilical a partir da base estendendo-se por todo o coto;
- f) Retirar as luvas de procedimento;
- g) Anotar no prontuário do recém-nascido.

7. Recomendações/observações

- a) Comunicar ao pediatra caso haja sinais flogísticos;
- b) Em prematuros < 32 semanas utilizar clorexidina aquosa 10mg/mL na
- c) limpeza do coto;
- d) Não utilizar faixas, curativos oclusivos e nenhum outro tipo de produto ou
- e) cobertura sobre o coto;
- f) Manter e orientar aos cuidadores que mantenham o coto umbilical sempre limpo e seco;
- g) Durante o banho o coto umbilical deve ser limpo com água e sabonete;
- h) O local deve ser limpo diversas vezes ao dia, após o banho e troca de fraldas, até que completamente cicatrizada.

3.6. BOAS PRÁTICAS AO NASCIMENTO – RECEPÇÃO DO NEONATO

1. Objetivo

Indicar os cuidados de rotina (boas práticas neonatais) em recém-nascidos (RN) na sala de parto, a saber: contato pele-a-pele, clampeamento oportuno do cordão umbilical e promoção do aleitamento materno logo após o parto.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro Obstetra, Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Campo cirúrgico e compressas de algodão estéreis.
- b) Luvas e óculos de proteção individual para os profissionais de saúde.
- c) Clampeador de cordão umbilical.
- d) Tesoura estéril ou lâmina de bisturi estéril.

6. Descrição do procedimento

6.1. Antes do nascimento:

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

6.2. No nascimento:

PERGUNTAR/AVALIAR:

- a) Gestação a termo?
- b) Respirando ou chorando?
- c) Tônus muscular em flexão?
- i. Caso o RN esteja respirando ou chorando, esteja com um bom tônus muscular e a gestação é a termo, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem deve atentar para:
 - A recepção do recém-nascido, logo após o nascimento, deverá seguir os seguintes passos:
 - Falar e explicar, ao recém-nascido, os procedimentos que forem sendo realizados;
 - Recepcionar o RN em campo cirúrgico aquecido;
 - Posicionar o RN no abdome ou tórax materno, próximo do nível da placenta, para propiciar o contato pele-a-pele imediato e ininterrupto durante a primeira hora de vida (Golden Hour);
 - Avaliar a frequência cardíaca (FC) e, de maneira continuada, observar a atividade, o tônus muscular e a respiração/choro do RN;
 - Desprezar o 1º campo cirúrgico aquecido;
 - Cobrir o RN com o 2º campo cirúrgico aquecido;
 - Para RNs a termo e saudáveis, adotar a prática de clampeamento tardio do cordão umbilical (após a cessação da circulação) em média 2-3 minutos após o nascimento. Para RNs pré termo < 34 semanas, com boa vitalidade, aguardar pelo menos 30 segundos para clampear o cordão;

- Promover o aleitamento materno logo após o parto oferecendo apoio qualificado, encorajando e respeitando o desejo de privacidade da mãe;
- Identificar, por meio de pulseira, o RN e a mãe imediatamente após o parto. Sugere-se que as pulseiras sejam colocadas no tornozelo esquerdo do RN (para não dificultar os testes de triagem) e no punho do membro não dominante da mãe;
- Realizar os procedimentos de rotina no RN como verificação de medidas antropométricas, profilaxia anti hepatite B, entre outros, após uma hora e anotar em prontuário.

6.3. Boletim de Apgar:

O índice de Apgar, no 1º e no 5º minuto de vida, deverá ser realizado com o RN já em contato pele a pele com a mãe. Conforme cálculo do índice de Apgar (Quadro 2), o RN com boa vitalidade apresentará somatório de 7-10 no 5º minuto de vida.

Quadro 2: Pontuação para cálculo do índice de Apgar.

PONTOS	0	1	2
Frequência Cardíaca	Ausente	< 100/minuto	> 100/minuto
Respiração	Ausente	Fraca, regular	Forte, choro
Tônus muscular	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento Ativo / Boa Flexão
Cor da pele	Cianótico/Pálido	Cianose de extremidades	Rosado
Irritabilidade reflexa	Ausente	Algum movimento	Espirros / Choro

Caso o recém-nascido estiver pálido, flácido ou não estiver respirando: manter o RN no nível do períneo da mãe, para permitir um fluxo ideal de sangue e oxigenação enquanto se realizam as medidas de passos iniciais da reanimação, que incluem secagem e estimulação.

Se o RN não chorar ou não estiver respirando e/ou não tiver um bom tônus muscular após estímulo e/ou a IG for menor do que 34 semanas, consultar Protocolo de Reanimação Neonatal.

7. Recomendações/observações

- Não é recomendado aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do RN saudável. A aspiração de boca e narinas não é recomendada de rotina para RN ≥ 34 semanas, independentemente do aspecto do líquido amniótico;
- Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no RN saudável;
- O tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento. Sugere-se a utilização da Iodopovidona a 2,5% (colírio) considerando sua menor

toxicidade em relação ao nitrato de prata a 1%.

- d) Estimular as mulheres a terem contato pele-a-pele imediato com o RN logo após o nascimento;
- e) Manter o RN aquecido durante o contato pele-a-pele. A temperatura corporal do RN deve manter-se entre 36,5 e 37,5°C, se possível, cobrir a cabeça com touca;
- f) Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do RN.

3.7. LAVAGEM GÁSTRICA DO RECÉM-NASCIDO

1. Objetivo

Padronizar a técnica de realização de lavagem gástrica em recém-nascidos.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro Obstetra e Enfermeiro.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Sonda gástrica nº 6, 8 ou 10;
- b) Gaze não estéril;
- c) Fita adesiva hipoalérgica;
- d) Seringa de 20 mL;
- e) Estetoscópio;
- f) Cloreto de sódio 0,9 % solução injetável bolsa ou frasco;
- g) Saco coletor;
- h) Luva de procedimento.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A lavagem gástrica no recém-nascido deverá seguir os seguintes passos:

- a) Reunir o material necessário;
- b) Calçar luvas de procedimento;
- c) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- d) Falar e explicar o procedimento ao bebê e para a mãe/acompanhante antes de tocá-lo;
- e) Medir o comprimento da sonda a ser introduzida (ponta do nariz ao lóbulo da orelha até ponto médio entre o apêndice xifoide e a cicatriz/coto umbilical);
- f) Marcar o comprimento medido com fita adesiva/esparadrapo;
- g) Posicionar o bebê em posição Fowler com a cabeça levemente fletida;
- h) Introduzir a sonda pela cavidade oral podendo oferecer sucção não nutritiva para auxiliar na descida fisiológica da sonda;
- i) Testar a posição da sonda através da aspiração do suco gástrico ou injetando de 1 a 5 mL de ar auscultando a entrada do ar no estômago;
- j) Lateralizar o RN;
- k) Conectar a seringa na sonda e infundir lentamente 10 mL de SF0,9%, em seguida, drenar o volume infundido, avaliando a coloração, quantidade e aspecto da secreção;
- l) Repetir o procedimento anterior quantas vezes forem necessários, até que o líquido de retorno saia claro;
- m) Observar o RN durante o procedimento quanto ao padrão respiratório, presença de cianose, tosse, sinais de asfixia, agitação e interromper o procedimento imediatamente, comunicando ao pediatra;
- n) Retirar a sonda;
- o) Deixar o RN confortável, em decúbito lateral esquerdo;
- p) Anotar no prontuário do recém-nascido.

7. Recomendações/observações

- a) Se não estiver prescrito o número da sonda, certificar-se da finalidade da sondagem e idade do bebê e estatura para a escolha do número da sonda;
- b) Testar a sonda para certificar se a mesma está na cavidade gástrica usando os seguintes testes:
 - i. Encher uma seringa com 1 a 3 mL de ar e adaptar a extremidade da sonda; colocar o estetoscópio no ouvido e posicioná-lo sobre o estômago do bebê; injetar o ar da seringa rapidamente, quando então é ouvido um som “soprado” dentro do estômago;

- ii. Aspirar a sonda com a seringa e observar o retorno do conteúdo gástrico; se retornar suco gástrico manter a sonda.
- c) Caso o RN não apresente melhora após a lavagem, comunique novamente o pediatra.

3.8. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

1. Objetivo

Identificar e avaliar os sinais de dor/estresse emitidos pelo recém-nascido; oferecer ferramentas para que a equipe multiprofissional promova um manejo não farmacológico da dor durante a realização de procedimentos; avaliar a efetividade das intervenções utilizadas no manejo não farmacológico da dor/estresse; promover a redução de estímulos estressantes/dolorosos aos recém-nascidos para minimizar as repercussões da dor/estresse a curto e longo prazo.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro Obstetra, Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Lençóis ou cueiros;
- b) Gazes;
- c) Luvas de procedimentos;
- d) Glicose solução injetável 25% ampola 10mL.

6. Descrição do procedimento

Realizar medidas não farmacológicas em conjunto, inclusive contando com o apoio da família.

- a) Reduzir estímulos ambientais luminosos e sonoros;
- b) Agrupar os cuidados e promover períodos de sono;
- c) Conversar sempre com o RN antes do procedimento, informando-o do que será realizado.

Preferencialmente a mãe e/ou o pai deverão estar presentes nesta “conversa” para também receberem estas informações;

- d) Avaliar sempre a possibilidade de realizar os cuidados em dupla, pois o RN precisa de apoio para consolá-lo durante todo o procedimento;
- e) Identificar os sinais de estresse/dor do recém-nascido durante a verificação dos sinais vitais e realização de procedimentos dolorosos:
 - i. Aplicar a escala de dor Neonatal Infant Pain Scale - NIPS (Anexo VI) durante a verificação dos sinais vitais e realização de estímulos estressantes e dolorosos;
 - ii. A NIPS apresenta 5 parâmetros para avaliação da dor que são: expressão facial, choro, respiração, braços, pernas e estado de consciência;
 - iii. A pontuação da escala varia de 0 a 7 pontos, considerando-se dor presente com pontuação superior a 3 pontos;
- f) Observada a presença de dor ou antes de procedimentos dolorosos, oferecer medidas não farmacológicas para alívio da dor, como:
 - i. Consolá-lo completamente antes da realização do procedimento;
 - ii. Promover contato pele a pele junto à mãe;
 - iii. Estimular a sucção em seio materno. O aleitamento materno por si só, também permite a associação com outros aspectos que estão relacionados à redução da dor, como o contato pele-a-pele, o sabor e o odor do leite materno e a sucção;
 - iv. Sucção não nutritiva;
 - v. Realizar contenção não restritiva do bebê utilizando cueiros ou lençóis, convidando sempre que possível a mãe ou pai do RN.
 - vi. Oferecer glicose a 25% ou gotas de leite materno de dois a três minutos antes do procedimento.
- g) Reavaliar a dor observando efetividade das intervenções utilizadas no manejo não farmacológico da dor/estresse.

7. Recomendações/observações

- a) Se houver necessidade de medidas farmacológicas, estas devem ser associadas às medidas não farmacológicas, obtendo-se efeito sinérgico;
- b) Para procedimentos planejados é ideal que o sono e vigília do recém-nascido sejam observados;
- c) Evitar interrupção do sono e realizar procedimentos invasivos distantes do horário das refeições;
- d) Minimizar estímulos ambientais (luz e ruídos) durante procedimentos;
- e) Utilizar lençóis aquecidos para envolver os recém-nascidos durante os procedimentos;

- f) Após o procedimento, monitorar os parâmetros vitais até que retornem aos que estavam antes de iniciá-lo;
- g) Medidas relacionadas ao ambiente, ao comportamento e as medidas não farmacológicas são recomendadas em todos os procedimentos dolorosos.

3.9. PROCEDIMENTO APÓS PARTO DO NATIMORTO

1. Objetivo

Padronizar as ações de enfermagem quanto ao preparo adequado do corpo do natimorto.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Luvas de procedimentos;
- b) Esparadrapo;
- c) Balança;
- d) Saco de óbito;
- e) Saco plástico;
- f) Protocolo de Registro de óbitos.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

O preparo do corpo do natimorto deverá seguir os seguintes passos:

- a) Estar presente no período expulsivo do parto;
- b) Observar data e horário em que o feto foi expulso, bem como suas condições: presença ou não de

- algun sinal de vitalidade, sexo, malformações aparentes, apresentação, características do líquido amniótico, condições da pele (se encontra-se macerado, por exemplo). Registrar em prontuário;
- c) Aguardar a constatação verbal e por escrito do óbito pelo médico, logo após o despontar do concepto, para iniciar os procedimentos de cuidados e de encaminhamento do corpo;
 - d) Acolher a mulher e o acompanhante;
 - e) Se for o caso, identificar se há rede de apoio e acioná-la, conforme desejo da mulher;
 - f) Verificar com a mãe e acompanhante o desejo de ver o corpo e de estar com ele antes da realização dos cuidados e de encaminhá-lo ao necrotério.
 - g) Organizar o corpo do bebê, proceder limpeza cuidadosa, envolvendo-o em panos a fim de proporcionar uma apresentação mais serena aos pais.
 - h) Proporcionar momento para que a mãe e acompanhante possam, se desejarem, ficar com o corpo e expressar suas emoções;
 - i) Após o momento de despedida da mãe e dos familiares, confirmar com os pais se autorizarão a necropsia;
 - j) Providenciar documentação para preenchimento pelo médico assistente: boletim de óbito, pedido de exame de placenta, solicitação de necropsia e/ou declaração de óbito (DO). A DO é obrigatória quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500 gramas. No caso em que os pais assinam a solicitação de necropsia, a DO não é preenchida pelo médico assistente;
 - k) Recolher o concepto para proceder o preparo do corpo para envio ao setor de anatomia patológica;
 - l) Reunir o material necessário;
 - m) Preencher a etiqueta de óbito, contendo: nome completo da mãe, registro (data de nascimento e SES), data e hora do óbito (mesmo horário do nascimento), sexo, peso e assinatura do profissional responsável pelo preenchimento;
 - n) Calçar as luvas de procedimentos.
 - o) Pesar o natimorto e registrar no prontuário e na etiqueta de identificação do corpo;
 - p) Envolver em invólucro próprio para cadáver, lacrar e identificá-lo com a etiqueta;
 - q) Retirar as luvas;
 - r) Realizar as anotações quanto aos procedimentos no prontuário da mãe e livro de protocolo de óbitos, conforme rotina de cada unidade;
 - s) Verificar se a documentação (DO e/ou solicitação de necropsia, boletim de óbito e pedido de exame de placenta) estão corretamente preenchidos e se a “solicitação de exame anatomopatológico de placenta, cordão e membranas” está inserido no prontuário eletrônico da mãe;
 - t) Encaminhar o corpo com a documentação necessária descrita acima ao setor de anatomia patológica,

de acordo com a rotina do serviço;

- u) Encaminhar placenta identificada com nome da parturiente e registro da mesma (data de nascimento e o número de prontuário na SES), juntamente com o corpo;
- v) Solicitar ao funcionário do setor de anatomia patológica que assine no livro de protocolo, o recebimento do corpo e a confirmação da identificação (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- w) O familiar deve ser orientado quanto à obrigatoriedade de comparecer ao Setor de Anatomia Patológica para orientação dos trâmites de registro, necropsia e/ou sepultamento.

7. Recomendações/observações

- a) De acordo com Ministério da Saúde (2009), óbito fetal é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez;
- b) Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária;
- c) No caso de óbito fetal, o médico que prestou assistência à mãe, fica obrigado a emitir a DO quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas, quando o feto apresentar peso igual ou superior a 500 gramas ou quando a estatura for igual ou superior a 25 centímetros;
- d) Natimortos com maceração grau 3 (feto com superfície corporal vinhosa, pele destacada e ossos do crânio frouxamente aderidos uns aos outros, sobrepondo-se quando manipulados) não deverão ser submetidos à necropsia devido à autólise dos órgãos internos. Faz-se exceção nos casos de suspeita de malformações;
- e) Quando a gestação for inferior a 20 semanas, o feto tiver peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros, a legislação prevê a emissão facultativa da DO para os casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto da concepção.

3.10. PROCEDIMENTO FRENTE AO NEOMORTO

1. Objetivo

Padronizar as ações de enfermagem quanto ao preparo adequado do corpo do recém-nascido que foi a óbito após nascer vivo. Dispor o corpo do RN em posição adequada, limpo, identificado.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Luvas de procedimentos;
- b) Esparadrapo;
- c) Balança;
- d) Régua ou fita métrica;
- e) Saco de óbito;
- f) Livro de registro de Natimorto.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

O preparo do corpo do neomorto deverá seguir os seguintes passos:

- a) Aguardar a constatação verbal e por escrito do óbito pelo médico para iniciar os procedimentos de cuidados e de encaminhamento do corpo;
- b) Realizar o registro do óbito no prontuário;
- c) Acolher a mulher e o acompanhante após a notícia do óbito;
- d) Identificar se há rede de apoio e acioná-la conforme desejo da mulher;
- e) Proporcionar momento para que a mãe e o pai / acompanhante possam, se desejarem, ficar com o corpo e expressar suas emoções;
- f) Preencher a Declaração de Nascido Vivo (DNV) e entregar a via amarela aos pais para que realizem o registro do bebê em cartório; encaminhar as vias brancas e rosa da DNV para o setor de estatística do hospital (observar rotina de DNV da instituição);
- g) Confirmar com os pais se autorizarão a necropsia;
- h) Providenciar documentação para preenchimento pelo médico assistente: boletim de óbito, pedido de avaliação da placenta, solicitação de necrópsia e/ou declaração de óbito (DO); a DO deve ser

preenchida e assinada pelo médico assistente caso não haja necessidade de necropsia, ou esta não tenha condições de ser realizada, ou que não seja autorizada pelos pais;

- i) Preencher a identificação do neomorto contendo nome, data de nascimento, data do óbito, hora do óbito e número do prontuário (SES);
- j) Reunir o material necessário;
- k) Calçar as luvas de procedimento;
- l) Checar a identificação do recém-nascido através da pulseira de identificação semelhante à da mãe e não a retirar (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- m) Retirar todos os cateteres, sondas e drenos, se houver;
- n) Realizar curativo nos locais onde se observa saída de sangue ou outras secreções;
- o) Pesar, medir a estatura e perímetro cefálico do neomorto e registrar;
- p) Envolver em saco próprio para óbito, lacrá-lo e identificá-lo;
- q) Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- r) Realizar as anotações quanto aos procedimentos no prontuário;
- s) Encaminhar o corpo junto às documentações (DO, boletim de óbito, pedido de exame da placenta) ao setor de anatomia patológica, de acordo com a rotina do serviço;
- t) Solicitar ao funcionário do setor de anatomia patológica que assine no livro de protocolo, o recebimento do corpo e a confirmação da identificação (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- u) O familiar responsável deve ser orientado a obrigatoriamente comparecer ao Setor de Anatomia Patológica para a orientação correta dos trâmites de registro de nascimento e certidão de óbito, necropsia e/ou sepultamento.

3.11. PREVENÇÃO DA OFTALMIA GONOCÓCICA NEONATAL

1. Objetivo

Padronizar a prevenção da oftalmia gonocócica neonatal em razão de contaminação durante o nascimento.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro Obstetra, Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Luva de procedimento;
- b) Cuba rim ou bandeja pequena;
- c) Gaze não estéril;
- d) Água destilada estéril;
- e) Medicamentos:
 - Colírio de iodopovidona a 2,5% (considerando sua menor toxicidade em relação ao nitrato de prata a 1%);
 - Colírio de nitrato de prata a 1% (método credé).

Código REME	Nome do medicamento	Local de disponibilização
39250	Iodopovidona solução oftálmica 25 mg/mL (2,5%) frasco (manipulado). Unidade de estoque: mL.	uso hospitalar
90985	Nitrato de prata solução oftálmica 1 % frasco 2,5 a 5,0 mL (manipulado)	uso hospitalar

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A aplicação do colírio para prevenção da oftalmia gonocócica neonatal deverá seguir os seguintes passos:

- a) Calçar as luvas de procedimento;
- b) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- c) Posicionar o RN em decúbito dorsal com a cabeça levemente inclinada para trás;
- d) Remover o excesso de vernix caseoso, se necessário, com gaze umedecida com água;
- e) Afastar a pálpebra inferior e instilar uma gota do colírio em cada olho. Atenção para não encostar a extremidade do frasco na conjuntiva ou pálpebra. Se o dispositivo conta-gotas tocar no olho do recém-nascido, este frasco deverá ser descartado;
- f) Massagear suavemente as pálpebras deslizando-as sobre o globo ocular para fazer com que a solução banhe a conjuntiva;
- g) Limpar com gaze seca o excesso que ficar na pele das pálpebras após a instilação;
- h) Retirar as luvas de procedimento;
- i) Realizar anotação no prontuário do bebê.

7. Recomendações/Observações

- a) Não utilizar solução salina ou cloreto de sódio 0,9% na higienização do olho antes ou depois da aplicação do colírio de iodopovidona pois sua interação com o colírio provoca queimaduras e conjuntivite química;
- b) Não instilar colírio de nitrato de prata a 1% em berço aquecido sob fonte de calor radiante. Em RN do sexo feminino, instilar 2 gotas do colírio na genitália. Se a solução cair fora do globo ocular e/ou da genitália, ou se houver dúvida, repetir o procedimento;
- c) O tempo de administração da profilaxia pode ser até 4 horas após nascimento, portanto, respeitar a primeira hora do RN, pois esse deverá ser mantido em contato pele-a-pele junto à mãe;
- d) O frasco do colírio de iodopovidona deverá ser datado assim que aberto pela primeira vez. A validade é de 30 dias, desde que mantido em frasco opaco e sob refrigeração contínua;
- e) O frasco de nitrato de prata a 1% deve ser identificado com data e hora da abertura assim que for aberto pela primeira vez e deve ser desprezado 24 horas após a abertura.

3.12. PROFILAXIA DA DOENÇA HEMORRÁGICA NEONATAL

1. Objetivo

Possibilitar redução do risco de desenvolvimento de complicações graves relacionadas à doença hemorrágica do recém nascido;

Permitir redução do número de internamentos por doença hemorrágica do recém nascido.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro Obstetra, Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Seringas de 1 mL;

- b) Agulhas descartáveis 13x4,5mm;
- c) Bolas de algodão;
- d) Frasco-ampola de Fitomenadiona (vitamina k) solução injetável intramuscular 10 mg/mL, ampola 1 mL);

Código REME	Nome do medicamento	Local de disponibilização
19772	Fitomenadiona (vitamina k) solução injetável intravenosa 10 mg/mL ampola (com indicação expressa para uso em neonatos) (manipulado).	uso hospitalar
90528	Fitomenadiona (vitamina k) solução injetável intramuscular 10 mg/mL ampola 1 mL	uso hospitalar

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A profilaxia da hemorragia neonatal deverá seguir os seguintes passos:

- a) Reunir o material necessário;
- b) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”): pulseira com nome da mãe e número;
- c) Conferir o medicamento de acordo com a via de administração e preparo. Considerar os “9 certos na Administração de medicamentos (Paciente certo, Medicamento certo, Via certa, Hora certa, Dose certa, Registro certo, Forma Medicamentosa certa, Resposta certa);
- d) Explicar o procedimento à mãe ou o acompanhante;
- e) Certificar-se de que o medicamento está prescrito e sua dose - Fitomenadiona (vitamina K) solução injetável intramuscular 10 mg/mL, ampola 1 mL;
- f) Calçar luvas de procedimento;
- g) Aspirar 0,1 mL de Fitomenadiona (1mg) em seringa de 1 mL, com agulha descartável de 13x4,5mm (dose para recém-nascido a termo);
- h) Falar com o recém-nascido antes de tocá-lo;
- i) Realizar medidas não farmacológicas para o controle da dor no RN, tais como, por via oral, sucção não nutritiva, amamentação, contato pele a pele, contenção não restritiva, diminuição da estimulação tátil.
- j) Deixar a criança na posição de flexão facilitada (Anexo II);
- k) Realizar a limpeza na região do vastolateral da coxa esquerda com algodão seco;
- l) Introduzir a agulha com um movimento rápido e firme em ângulo reto com a pele no músculo vasto lateral da coxa;
- m) Aspirar para verificar se nenhum vaso foi atingido;
- n) Injetar vagarosamente o medicamento;

- o) Retirar a agulha do local da introdução no músculo;
- p) Fazer leve compressão com algodão seco no local em que foi introduzida a agulha;
- q) Confortar o RN, promover aleitamento materno, se possível;
- r) Retirar as luvas e desprezar o material em local apropriado;
- s) Higienizar as mãos;
- t) Registrar o procedimento no prontuário e cartão da criança.

7. Recomendações/Observações

- a) A Vitamina K deve ficar ao abrigo da luz e calor, em temperatura ambiente (15° a 30°), protegida da luminosidade;
- b) Conservar as ampolas na caixa até o momento do uso;
- c) Após aberta, a ampola é de uso imediato. Não se recomenda o fracionamento do conteúdo de cada ampola, devido à fotossensibilidade;
- d) É recomendável que a administração da Vitamina K (Fitomentadiona) seja realizada quando RN estiver em colo ou seio materno, pois esta é uma importante medida não farmacológica para o alívio da dor;
- e) Verificar a via de administração da Fitomentadiona prescrita (via intramuscular) e conferir se a ampola é realmente recomendada para a via, visto que pode variar conforme o fabricante.

3.13. PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRIA EM RECÉM-NASCIDO

1. Objetivo

Promover o acesso da via endovenosa para administração de medicamentos, soluções parenterais, hemocomponentes e hemoderivados.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Casa de Parto / Internação ALCON.

5. Materiais necessários

- a) Bandeja;
- b) Garrote;
- c) Algodão;
- d) Clorexidina alcóolica 5mg/mL ou álcool etílico 70% ou clorexidina aquosa 10mg/mL;
- e) Dispositivo vascular de escolha - cateter curto flexível;
- f) Filme transparente estéril;
- g) Etiquetas de identificação;
- h) Luvas de procedimento;
- i) Extensor intermediário de duas vias ou perfusor de 20cm (via única), de acordo com a indicação, preenchido com solução fisiológica;
- j) Seringa de 1 mL ou de 3 mL com cloreto de sódio 0,9%;
- k) Cueiros e/ou lençóis).

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A punção venosa periférica do recém-nascido deverá seguir os seguintes passos:

- a) Realizar o procedimento, de preferência, com dois profissionais;
- b) Organizar o material necessário para o procedimento em uma bandeja;
- c) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”): pulseira com nome da mãe e número;
- d) Preparo do RN e da família, com explicação do procedimento, indicação, etapas, finalidade. Para o preparo do RN, utilizar técnicas tais como: Abraço terapêutico, contenção delicada e comunicação terapêutica;
- e) Posicionar o RN em decúbito dorsal e mantê-lo aquecido;
- f) Selecionar o vaso a ser puncionado;
- g) Manter o bebê aconchegado e envolto em cueiros, apenas com a área de punção escolhida exposta;
- h) Durante o procedimento um segundo profissional deverá realizar métodos não farmacológicos para alívio da dor no recém-nascido, tais como: sucção não nutritiva, amamentação, contato pele a pele, diminuição da estimulação tátil;
- i) Paramentar-se com luvas de procedimento;
- j) Garrotear, acima da região de punção, evitando o garroteamento excessivo e prolongado, não devendo ultrapassar um minuto;

- k) Realizar fricção suave da pele com solução a base de álcool (clorexidina alcóolica 5mg/mL ou álcool etílico 70%) ou clorexidina aquosa 10mg/mL (em prematuros extremos):
 - i. A aplicação da clorexidina deva ser realizada com movimentos no sentido do retorno venoso;
 - ii. O tempo de aplicação da clorexidina é de 30 segundos;
 - iii. Aguardar até secar.
- l) Estirar a pele ao redor com os dedos;
- m) O sítio de inserção do cateter intravascular não deverá ser tocado após a aplicação do antisséptico (técnica do “no touch”);
- n) Puncionar o vaso com o bisel para cima introduzindo a agulha na pele em um ângulo de 15° a 45°;
- o) Na presença de refluxo de sangue, soltar o garrote e retirar o guia;
- p) Conectar extensor/perfusor acoplado a uma seringa com soro fisiológico (cloreto de sódio 0,9%);
- q) Infundir pequena quantidade de soro fisiológico (cloreto de sódio 0,9 %) e observar o local atentamente durante esse procedimento, a fim de detectar sinais de extravasamento, tais como isquemia, vermelhidão e intumescimento;
- r) Fixar o cateter com filme transparente estéril ou fita hipoalergênica (preferencialmente na ordem apresentada); e identificar o acesso com data, hora e nome do profissional;
- s) Após fixar o cateter, testar novamente o acesso infundido pequena quantidade de soro fisiológico (cloreto de sódio 0,9 %) e observar o local atentamente;
- t) Testificado que o acesso está pérvio, deixar o bebê confortável e realizar avaliações periódicas, observando sinais de hiperemias, extravasamento e isquemias, além de sinais de dor e desconforto;
- u) Recolher o material e encaminhar ao expurgo;
- v) Descartar perfurocortante em local apropriado;
- w) Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- x) Anotar o procedimento em prontuário.

7. Recomendações/Observações

- a) Em RN, deve-se introduzir a agulha cerca de 1 cm antes do local onde se pretende perfurar a veia, para não a transfixar e para evitar que a agulha fique mal posicionada;
- b) A cada procedimento é necessário fazer a irrigação antes e após a administração de medicamentos;
- c) Não há rotina de troca do acesso preestabelecida na literatura, mas a punção deve ser monitorada diariamente e a troca realizada na presença de sinais flogísticos;
- d) Em prematuros < 32 semanas ou < 1000gr utilizar clorexidina aquosa 10mg/mL na antisepsia;
- e) Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente;

- f) É importante ressaltar que fitas adesivas não estéreis (esparadrapo comum e fitas do tipo microporosa não estéreis) não devem ser utilizadas para estabilização ou coberturas de cateteres;
- g) Limitar no máximo quatro tentativas de punção periférica, sendo duas tentativas por profissional. Pacientes com dificuldade de acesso requerem avaliação minuciosa multidisciplinar para discussão das opções apropriadas.

3.14. REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO $\geq$ 34 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL EM SALA DE PARTO

1. Objetivo

Auxiliar na reanimação do recém-nascido $\geq$ 34 de idade gestacional, em sala de parto com a utilização de manobras de suporte básico e avançado de vida para uma transição bem sucedida ao nascimento.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro Obstetra, Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico.

5. Materiais necessários

5.1 Sala de parto e/ou de reanimação com temperatura ambiente de 23-25°C e:

- a) Mesa de reanimação com acesso por 3 lados;
- b) Fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetro;
- c) Blender para mistura oxigênio/ar;
- d) Aspirador a vácuo com manômetro;
- e) Relógio de parede com ponteiro de segundos.

5.2 Material para manutenção de temperatura:

- a) Fonte de calor radiante;
- b) Campo cirúrgico e compressas de algodão estéreis;

- c) Saco de polietileno de 30x50cm para prematuro;
- d) Touca de lã ou algodão;
- e) Termômetro clínico digital.

5.3 Material para avaliação:

- a) Estetoscópio neonatal;
- b) Oxímetro de pulso com sensor neonatal;
- c) Monitor cardíaco de 3 vias com eletrodos;
- d) Bandagem elástica para fixar o sensor do oxímetro e os eletrodos.

5.4 Material para aspiração:

- a) Sondas: traqueais nº 6 e 8 e gástricas curtas nº 6 e 8;
- b) Dispositivo para aspiração de mecônio;
- c) Seringas de 10 mL.

5.5 Material para ventilação:

- a) Reanimador manual neonatal (balão autoinflável com volume máximo de 750 mL, reservatório de O₂ e válvula de escape com limite de 30-40 cmH₂O e/ou manômetro);
- b) Ventilador mecânico manual neonatal em T com circuitos próprios;
- c) Máscaras redondas com coxim nº 00, 0 e 1;
- d) Máscara laríngea para recém-nascido nº 01;

5.6 Material para Intubação Traqueal:

- a) Laringoscópio infantil com lâmina reta Nº 00, 0 e 1;
- b) Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 2,5/ 3,0/ 3,5 e 4,0mm;
- c) Material para fixação da cânula: fita adesiva e algodão com SF 0,9%;
- d) Pilhas e lâmpadas sobressalentes para laringoscópio;
- e) Detector colorimétrico de CO₂ expirado;

5.7 Medicamentos:

- a) Adrenalina (Epinefrina, solução injetável 1 mg/ml, ampola de 1ml) 1/10.000 em 1 seringa de 5,0 mL para administração única endotraqueal;
- b) Adrenalina (Epinefrina, solução injetável 1 mg/ml, ampola de 1ml) 1/10.000 em seringa de 1,0 mL para administração endovenosa;

c) Expansor de volume (SF 0,9%) em 2 seringas de 20 mL;

5.8 Material para cateterismo umbilical

- a) Campo esterilizado, cadarço de algodão e gaze;
- b) Pinça tipo kelly reta de 14cm e cabo de bisturi com lâmina Nº 21;
- c) Porta agulha de 11cm e fio agulhado mononylon 4.0;
- d) Cateter umbilical 3,5F e 5F de PVC ou poliuretano de lúmen único;
- e) Torneira de 3 vias e seringa de 10 mL;
- f) Soro fisiológico para preencher o cateter antes de sua inserção;

5.9 Outros:

- a) Luvas, touca e óculos de proteção individual para os profissionais de saúde;
- b) Gazes esterilizadas e álcool etílico 70%;
- c) Cabo e lâmina de bisturi;
- d) Tesoura de ponta romba;
- e) Clampeador de cordão umbilical.

6. Descrição do procedimento

É necessário contar com uma equipe de profissionais de saúde treinada em reanimação neonatal nos centros obstétricos. Tal equipe deve realizar a anamnese materna e manter todo o material preparado e disponível para uso na sala de parto.

Todo material necessário para a reanimação deverá ser preparado, testado e estar disponível em local de fácil acesso, antes do nascimento (ver Anexo VII).

- a) Anamnese materna para identificar os marcadores/fatores de risco;
- b) As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).
- c) Ao nascer o bebê, PERGUNTAR/ AVALIAR (ver Anexo VIII):
 - i. Gestação a termo?
 - ii. Respirando ou chorando?
 - iii. Tônus muscular em flexão?
 - Caso o RN esteja respirando ou chorando, esteja com um bom tônus muscular e a gestação seja a termo, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem deve:
 - Recepcionar o RN em campo cirúrgico aquecido e luvas estéreis;
 - Posicionar o RN no abdome ou tórax materno, próximo do nível da placenta, para propiciar o contato pele-a-pele;

- Desprezar o 1º campo cirúrgico úmido;
 - Cobrir o RN com o 2º campo cirúrgico aquecido;
 - Indicar o clampeamento oportuno do cordão umbilical com 1 a 3 minutos.
- d) Promover o aleitamento materno logo após o parto;
- e) Avaliar a frequência cardíaca (FC) com o estetoscópio no precórdio e, de maneira continuada, observar a atividade, o tônus muscular e a respiração/ choro do RN;
- f) Se o RN apresentar bons sinais de vitalidade, deverá permanecer em contato pele a pele por pelo menos 1h, com estímulo ao vínculo e amamentação, e realizar os cuidados de rotina ao RN após esse momento;
- g) Caso o RN não chore ou não esteja respirando ou não tenha um bom tônus muscular, o enfermeiro deve, no tempo máximo de 30 segundos:
- i. Indicar o clampeamento do cordão umbilical de forma imediata;
 - ii. Conduzir o RN à mesa de reanimação;
 - iii. Prover calor radiante;
 - iv. Posicionar a cabeça do RN em leve extensão;
 - v. Aspirar boca e nariz (nesta sequência), se necessário;
 - vi. Secar e desprezar os campos úmidos;
 - vii. Comunicar o pediatra

OBS: Em recém-nascidos maiores de 1500g, após a secagem, pode-se usar também a touca de lã ou algodão. Os bebês menores de 1500g, ao nascer, devem ser colocados em sacos de polietileno e com touca dupla (plástico sobre a fontanela + lã ou algodão), a fim de reduzir o risco de perda de calor e a perda hídrica cutânea. Esses bebês não devem ser secados ao nascer. E, nos bebês menores de 1000g, pode-se utilizar o colchão térmico químico, sem realizar secagem da pele.

- h) Reposicionar a cabeça do RN, mantendo a leve extensão do pescoço;
- i) Avaliar frequência cardíaca e respiração;
- j) Naqueles RN em que foram realizados os passos iniciais da estabilização/reanimação e, na avaliação seguinte, observou-se respiração ausente ou irregular ou FC < 100bpm, deve-se iniciar a Ventilação com Pressão Positiva (VPP), nos primeiros 60 segundos, após o nascimento e acompanhar a FC (preferencialmente com 3 eletrodos) e a saturação de oxigênio (SatO2) pelo monitor cardíaco. Iniciar a VPP com ar ambiente (oxigênio a 21%). Ressaltar que a VPP pulmonar é o procedimento mais importante e efetivo da reanimação do RN ao nascimento. Durante a assistência, um profissional inicia a VPP, enquanto o outro fixa os três eletrodos do monitor cardíaco e o sensor do oxímetro no membro superior direito (mão ou pulso), referente a saturação de oxigênio pré-ductal, que é superior à pós-ductal e reflete a oxigenação cerebral;

- k) Uma vez iniciada a ventilação, recomenda-se o uso da oximetria de pulso para monitorar a oferta do oxigênio suplementar;
- l) A leitura confiável da SatO₂ demora cerca de 1-2 minutos após o nascimento;
- m) Os valores desejáveis de SatO₂ variam de acordo com os minutos de vida (até 5 minutos: 70-80%; 5-10 minutos: 80-90%; >10 minutos: 85-95%);
- n) Sequência para instalar oximetria de pulso:
 - i. Ligar o monitor;
 - ii. Aplicar o sensor neonatal na palma da mão direita ou pulso radial direito;
 - iii. Conectar o cabo do sensor ao monitor.
- o) Técnica para realizar a VPP:
 - i. Verificar se o pescoço do RN está em leve extensão;
 - ii. Aplicar a máscara na face, no sentido do queixo para o nariz, de modo que cubra a ponta do queixo, a boca e o nariz;
 - iii. Envolver as bordas da máscara com os dedos indicador e polegar, formando a letra “C”, para fixá-la na região correta e aplicar uma leve pressão na borda, enquanto os dedos médio, anular e mínimo forma a letra “E” de forma a garantir uma melhor vedação;
- p) A frequência da VPP com balão autoinflável e máscara é de 40-60 movimentos/minuto, de acordo com a regra prática “aperta/solta/solta”;
- q) A pressão a ser aplicada deve ser individualizada para que o RN alcance e mantenha FC >100 bpm;
- r) Durante a VPP, observar a adaptação da máscara à face, a permeabilidade das vias aéreas e a expansibilidade pulmonar;
- s) A ventilação com máscara não é um procedimento simples, pois são frequentes os escapes de gases de grande magnitude entre face e máscara e a obstrução de vias aéreas. Desta forma, pode haver uma dificuldade do profissional que reanima o RN de assegurar que o volume corrente esteja adequado;
 - i. Monitorar a FC, a respiração e a SatO₂;
 - ii. Se, após 30 segundos de VPP com máscara, o paciente apresentar FC >100bpm e respiração espontânea e regular, suspender o procedimento;
 - iii. Considera-se como falha se, após 30 segundos de VPP com máscara, o RN mantém FC <100bpm ou não retoma a respiração espontânea rítmica e regular.
- t) Quando o RN >34 semanas não melhora e/ou não atinge os valores desejáveis de SatO₂ e/ou apresenta FC menor que 100bpm com a VPP em ar ambiente, recomenda-se que o enfermeiro sempre verifique e corrija a técnica da ventilação antes de oferecer oxigênio suplementar.
 - i. Quando necessário, indica-se a aplicação da mistura O₂ /ar, ajustando-se a concentração de oxigênio por meio de um blender para atingir a SatO₂ desejável. Quando o O₂ suplementar é

administrado ao RN, sua concentração deve ser reduzida o mais rápido possível, de acordo com a oximetria de pulso. Caso a saturação esteja acima do alvo, reduzir 20% a cada 30 segundos, sucessivamente até ao ambiente.

- u) Recomenda-se, durante períodos prolongados de ventilação com máscara, que o enfermeiro realize a inserção de sonda orogástrica para diminuir a distensão gástrica e propiciar adequada expansão dos pulmões;
- v) Se o paciente, após a correção da técnica da ventilação, não melhorar está indicado o uso da cânula traqueal como interface para a VPP;
- w) Diante da introdução do dispositivo máscara laríngea no contexto da reanimação neonatal em nosso meio a partir de 2022, recomenda-se iniciar a VPP com máscara facial em RN ≥ 34 semanas. A máscara laríngea pode ser considerada como interface para a VPP antes da intubação traqueal, a depender da disponibilidade do material e da capacitação do profissional para a inserção da máscara laríngea e para a intubação traqueal.
- x) Cada tentativa de intubação deve durar, no máximo, 30 segundos. Em caso de insucesso, o procedimento é interrompido e a VPP com máscara deve ser iniciada, sendo realizada nova tentativa de intubação após a estabilização do paciente;
- y) Considera-se como falha se, após 30 segundos de VPP por meio da cânula traqueal, o RN mantém FC < 100 bpm ou não retoma a respiração espontânea ou, ainda, a SatO₂ permanece abaixo dos valores desejáveis/ não detectável. Assim, o pediatra/neonatologista deve em conjunto com a equipe de enfermagem:
 - i. Verificar a posição da cânula, a permeabilidade das vias aéreas e a pressão que está sendo aplicada no balão ou no ventilador em T, corrigindo o que for necessário;
 - ii. Após essa correção, pode-se aumentar a oferta de oxigênio até 60-100%;
 - iii. Se o RN mantiver apneia ou respiração irregular, continuar a ventilação por cânula traqueal;
 - iv. Se a FC está < 60 bpm, indicar a massagem cardíaca.
- z) A massagem cardíaca só é indicada se, após 30 segundos de VPP com cânula traqueal e com técnica adequada, a FC estiver < 60 bpm. Assim, o enfermeiro, em conjunto com o pediatra e/ou neonatologista, deve:
 - i. Posicionar-se atrás da cabeça do RN a fim de executar a massagem cardíaca enquanto aquele que ventila se desloca para um dos lados;
 - ii. Realizar compressão cardíaca no terço inferior do esterno logo abaixo da linha intermamilar, onde se situa a maior parte do ventrículo esquerdo utilizando a técnica dos dois polegares sobrepostos. Essa técnica é mais eficiente, pois gera maior pico de pressão sistólica e de perfusão coronariana, além de ser menos cansativa;

- aa) A profundidade da compressão deve englobar 1/3 da dimensão anteroposterior do tórax, de maneira a produzir um pulso palpável;
- bb) É importante permitir a reexpansão plena do tórax após a compressão para haver enchimento das câmaras ventriculares e das coronárias; no entanto, os dedos não devem ser retirados do terço inferior do tórax;
- cc) A ventilação e a massagem cardíaca devem ser realizadas de forma sincrônica, mantendo-se uma relação de 3:1, ou seja, 3 movimentos de massagem cardíaca para 1 movimento de ventilação, com uma frequência de 120 eventos por minuto (90 movimentos de massagem e 30 ventilações). A coordenação da ventilação pulmonar e da massagem cardíaca é importante pois assegura a expansão plena pulmonar, que desempenha um papel central para a transição cardiocirculatória ao nascimento;
- dd) É de bom-senso oferecer concentração de oxigênio até 100% no RN que está recebendo VPP e massagem cardíaca;
- ee) Deve-se aplicar a massagem cardíaca coordenada à ventilação por 60 segundos, antes de reavaliar a FC, pois este é o tempo mínimo para que a massagem cardíaca efetiva possa restabelecer a pressão de perfusão coronariana;
- ff) A massagem deve continuar enquanto a FC estiver <60bpm;
- gg) É importante otimizar a qualidade das compressões cardíacas (localização, profundidade e ritmo), interrompendo a massagem apenas para oferecer a ventilação;
- hh) A melhora é considerada quando, após VPP acompanhada de massagem cardíaca por 60 segundos, o RN apresenta FC acima de 60 bpm. Neste momento, interrompe-se apenas a massagem. Caso o RN apresente respirações espontâneas regulares e FC acima de 100bpm, a VPP pode ser interrompida.
- ii) Considera-se a falha do procedimento se, após 60 segundos de VPP com cânula traqueal e oxigênio a 100% acompanhada de massagem cardíaca, o RN mantém FC<60bpm. Nesse caso, o enfermeiro, em conjunto com o pediatra e/ou neonatologista, deve verificar a posição da cânula, a permeabilidade das vias aéreas e a técnica da ventilação e da massagem, corrigindo o que for necessário. O sucesso da massagem cardíaca depende fundamentalmente da técnica de sua aplicação, o que inclui otimização da sincronia entre as compressões cardíacas e a ventilação, de frequência de compressões adequada, com profundidade correta, e a oferta de um tempo de diástole para o enchimento coronariano e ventricular;
- jj) Se, após a correção da técnica da VPP e massagem, não há melhora, considera-se o cateterismo venoso umbilical de urgência (procedimento realizado pelo pediatra ou neonatologista) e indica-se a administração de Adrenalina (Epinefrina, solução injetável 1 mg/mL, ampola de 1mL):

Código REME	Nome do medicamento	Local de disponibilização
90154	Epinefrina solução injetável 1 mg/ML ampola 1 mL	uso hospitalar

- kk) Enquanto o cateterismo venoso umbilical está sendo realizado, pode-se administrar uma única dose de Epinefrina (0,05-0,10 mg/kg) por via traqueal, mas sua eficácia é questionável. Infundir no interior da cânula e ventilar;
- ll) A Epinefrina deve ser aplicada na dose de 0,01-0,03 mg/kg (ver Anexo IX). Doses Elevadas (>0,1 mg/kg) não devem ser empregadas no período neonatal, pois levam à hipertensão arterial grave, diminuição da função miocárdica e piora do quadro neurológico; Infundir rápido seguido por um flush de 3ml de SF 0,9%;
- mm) Quando não há reversão da bradicardia com a Epinefrina endovenosa, assegurar que a VPP e a massagem cardíaca estão adequadas, repetir a administração de Epinefrina a cada 3-5 minutos (sempre por via endovenosa na dose 0,03 mg/kg) e considerar o uso do expansor de volume;
- nn) A expansão de volume é feita com cloreto de sódio 0,9 % na dose de 10 mL/kg lentamente, em 5-10 minutos, podendo ser repetida a critério clínico. Administrar o volume lentamente .

7. Recomendações/Observações

- Em parto prematuro (<37 semanas de IG) ou quando na anamnese identificam-se fatores de risco perinatais, deverá obrigatoriamente ter a presença de um pediatra e/ou neonatologista na sala de parto;
- O ponto crítico para o sucesso da reanimação é a ventilação adequada, fazendo com que os pulmões se inflem e, com isso, haja dilatação da vasculatura pulmonar e hematose apropriada;
- A ventilação pulmonar é o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do RN em sala de parto;
- O indicador mais importante de que a VPP está sendo efetiva é o aumento da FC;
- Evitar a introdução da sonda de aspiração de maneira brusca ou na faringe posterior, pois pode induzir à resposta vagal e ao espasmo laríngeo, com apneia e bradicardia;
- Bicarbonato de sódio solução injetável 8,4%; Cloridrato de Naloxona; Sulfato de Atropina, Albumina Humana 10 %, e vasopressores não são recomendados na reanimação do RN em sala de parto;
- No RN prematuro (<34 semanas), realizar as manobras de reanimação neonatal com o bebê envolvido no saco de polietileno de 30x50cm.

3.15. SALINIZAÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. Objetivo

Padronizar a salinização do acesso venoso periférico que tem por objetivo manter a permeabilidade do acesso vascular.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Seringa de 3 ou 5mL;
- b) Agulha 40x12mm;
- c) Solução Fisiológica 0,9%;
- d) Gaze estéril;
- e) Álcool etílico 70%;
- f) Luvas de procedimento.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A salinização do acesso venoso periférico do recém-nascido deverá seguir os seguintes passos:

- a) Reunir o material necessário;
- b) Com a seringa de 3 ou 5 mL, aspirar o SF 0,9%;
- c) Calçar as luvas;
- d) Checar a identificação do paciente (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- e) Falar e explicar o procedimento ao recém-nascido antes de tocá-lo;

- f) Realizar a desinfecção das conexões e/ou injetores do cateter com álcool etílico 70% e gaze, friccionando vigorosamente com três movimentos rotatórios;
- g) Testar o fluxo do acesso venoso, injetando o soro fisiológico à 0,9% e observando o local da punção. Se observar infiltração do acesso ou obstrução total do cateter, remover o cateter e repetir o procedimento com outro dispositivo;
- h) Salinizar todas as vias do acesso com 1mL de SF 0,9% antes e após a administração de qualquer medicamento ou hemoderivado, independentemente da quantidade;
- i) O refluxo de sangue que ocorre durante a desconexão da seringa é reduzido com a sequência flushing, fechar o clamp e desconectar a seringa;
- j) Retirar as luvas e desprezar o material em local apropriado;
- k) Registrar o procedimento no prontuário.

7. Recomendações/Observações

- a) A frequência ideal de avaliação do sítio de inserção é a cada quatro horas ou conforme a criticidade do paciente:
 - Pacientes de qualquer idade em terapia intensiva, sedados ou com déficit cognitivo: avaliar a cada 1-2 horas;
 - Pacientes pediátricos: avaliar no mínimo duas vezes por turno;
 - Pacientes em unidades de internação: avaliar uma vez por turno. A cobertura deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre que úmida, solta, suja ou com a integridade comprometida. Manter técnica asséptica durante a troca;
- b) A qualquer evidência de infecção no óstio do cateter, retirar imediatamente o acesso venoso e evoluir no prontuário do paciente;
- c) Evoluir no prontuário do paciente qualquer evidência de infecção no óstio do cateter;
- d) A salinização deverá ser realizada a cada 6h e sempre que o dispositivo for utilizado;
- e) O objetivo de lavar o cateter com SF 0,9%, entre a administração de cada solução e/ou medicamento, é de reduzir o risco de incompatibilidade;
- f) Em caso de resistência, não forçar a injeção da solução salina no cateter.

3.16. SONDAGEM GÁSTRICA EM RECÉM-NASCIDO

1. Objetivo

Padronizar os procedimentos técnicos de sondagem orogástrica e nasogástrica em recém-nascido.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente da SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro Obstetra e Enfermeiro.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Sonda gástrica nº 4, 6, 8 ou 10;
- b) Gaze não estéril;
- c) Fita adesiva hipoalérgica;
- d) Seringa de 20 mL;
- e) Estetoscópio;
- f) Cloreto de sódio 0,9 %;
- g) Saco coletor;
- h) Luva de procedimento.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A sondagem gástrica do recém-nascido deverá seguir os seguintes passos:

- a) Reunir o material necessário;
- b) Calçar luvas de procedimento;
- c) Checar a identificação do recém-nascido (vide protocolo de “Segurança do Paciente: identificação do usuário”);
- d) Utilizar medidas não farmacológicas para o alívio da dor;
- e) Falar e explicar o procedimento ao bebê antes de tocá-lo;
- f) Realizar a medida, com o próprio cateter, utilizando como critérios:
 - i. Para sonda nasogástrica a medida deverá ser: distância da ponta do nariz ao lobo inferior da orelha até o ponto médio entre o apêndice xifoide e a cicatriz/coto umbilical;

- ii. Para sonda orogástrica: distância da comissura labial ao lobo inferior da orelha até o ponto médio entre o apêndice xifoide e a cicatriz/coto umbilical.
- g) Marcar o comprimento medido com fita adesiva/esparadrapo;
- h) Posicionar o bebê em posição Fowler com a cabeça levemente fletida;
- i) Introduzir a sonda pela cavidade oral podendo oferecer sucção não nutritiva para auxiliar na descida fisiológica da sonda;
- j) Testar a sonda para certificar se está na cavidade gástrica usando os testes:
 - i. Encher uma seringa com 1 a 3ml de ar e adaptar a extremidade da sonda; colocar o estetoscópio no ouvido e posicioná-lo sobre o estômago do cliente; injetar o ar da seringa rapidamente, quando então é ouvido um som “borbulhado” dentro do estômago;
 - ii. Aspirar a sonda com a seringa e observar o retorno do conteúdo gástrico; se retornar suco gástrico, manter a sonda;
- k) Fixação do cateter:
 - i. Fixação tipo “bigode”: utilizada em bebês entubados. A fixação do tubo deverá ficar abaixo servindo como base para a fixação da sonda. O esparadrapo ou bandagem adesiva elástica deverá ser cortada no formato tipo “H”. Para os casos em que o bebê não esteja entubado mas necessite desse tipo de fixação, utilizar fita hipoalergênica como proteção entre a pele e esse tipo de fixação;
 - ii. Tipo “gatinho”: fixar o cateter sobre o maxilar ou mandíbula amarrando o cordão de algodão sobre a marcação da sonda, de forma centralizada, firmando cada ponta para lados opostos, em seguida fixando-os sobre o adesivo previamente colocado na pele, finalizando com outro adesivo. Cortar o esparadrapo em formato redondo ou quadrado, também cortar nesse formato, em tamanho um pouco maior, a proteção que ficará entre a pele e o esparadrapo que deverá ser confeccionada a partir de fita hipoalergênica ou placa hidrolíide;
 - iii. A utilização de outros tipos de fixações deverá ser avaliada pela equipe de enfermagem.
- l) Identificar no cateter, com auxílio de uma tira de esparadrapo envolvido em sua extremidade, com a data da troca que deverá ser feita a cada três dias;
- m) Fechar o cateter ou mantê-lo aberto conforme prescrição médica;
- n) No caso da indicação de sonda aberta, utilizar um saco coletor;
- o) Deixar o RN confortável, em decúbito lateral esquerdo;
- p) Retirar luvas e realizar;

- q) Anotar no prontuário do recém-nascido.

7. Recomendações/Observações

- a) Se não estiver prescrito o número da sonda, certificar-se da finalidade da sondagem, idade do bebê e estatura para a escolha do número da sonda;
- b) Monitorar a presença de lesões traumáticas ou alérgicas na pele adjacente ao local de inserção e de fixação do cateter;
- c) Lembrar que a lavagem do cateter com água ou a introdução de ar (0,5 mL) após a administração de cada dieta e de cada medicamento é de extrema importância para evitar a obstrução da sonda, as reações de incompatibilidade e interações entre as drogas e a dieta;
- d) No caso da sonda nasogástrica, alternar o cateter entre as narinas a cada inserção de forma a minimizar a irritação e possível lesão das mucosas devido o atrito que existe;
- e) Higienizar a narina duas vezes ao dia e quando necessário, com cotonete ou gazes umedecidas em água para injetáveis;
- f) Checar sempre a permeabilidade e posicionamento do cateter antes de iniciar uma nova dieta ou antes de administrar medicamentos.

3.17. TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO BINÔMIO MÃE E BEBÊ

1. Objetivo

Padronizar a realização, de forma segura e eficaz, do transporte do binômio mãe e bebê da sala de parto ao Alojamento Conjunto.

2. Horário de funcionamento

Quando houver necessidade de transporte.

3. Responsáveis

Médico, Enfermeiro e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Berço comum de acrílico;
- b) Maca de transporte;
- c) Cadeira de rodas;
- d) Roupas e cobertores.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

O transporte e transferência do binômio mãe e bebê seguirá os seguintes passos:

- a) Confirmar a vaga do binômio no Alojamento Conjunto (Alcon).

6.1 Transferência do recém-nascido (RN) e da mãe ao Alcon:

6.1.1 *Cuidados Pré-Transporte:*

- i. Checar materiais e equipamentos:
 - O RN deve ser transportado no berço de acrílico;
 - A mãe deverá ser transportada em cadeira de rodas (parto normal) ou na maca de transporte (parto cesáreo).
- ii. Identificar neonato e mãe: conferir a pulseira de identificação da mãe e do bebê;
- iii. Os prontuários da mãe e do bebê deverão acompanhá-los, além de documentação de rotina como: cartão da gestante, cartão do RN e DNV;
- iv. Realizar exame físico do RN e sua avaliação geral, como:
 - Manutenção da temperatura:
 - No RN, manter a temperatura através de: secagem adequada do recém-nascido e enrolamento com cueiros e cobertores. Respeitar sempre o tempo de contato pele-a-pele do bebê com a mãe e só após realizar a transferência;
 - Na mãe, deixá-la aquecida através do uso de camisolas, lençóis e cobertores.
 - Estabilização respiratória:
 - Avaliar o padrão respiratório da mãe e do bebê;
 - Quando necessário, realizar, no recém-nascido, aspiração de vias aérea superiores incluindo boca e nariz.
 - Monitorização Hemodinâmica:
 - Avaliar a perfusão cutânea, frequência cardíaca e temperatura axilar.

6.1.2 *Cuidados durante o transporte*

- i. Evitar alterações da temperatura deixando mãe e bebê bem aquecidos com roupas e cobertores;
- ii. Verificar a permeabilidade de vias aéreas:
 - Observar expansibilidade pulmonar, a presença de secreções em vias aéreas e a coloração da mãe e do bebê.
- iii. Monitorizar a cor e perfusão periférica do recém-nascido.
- iv. Atentar para medidas de segurança do paciente.

6.1.3 *Cuidados após o transporte*

- i. Organização e reposição dos materiais de consumo.

3.18. TRANSPORTE E TRANSFERÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO GRAVE

1. Objetivo

Padronizar o transporte intra-hospitalar do recém-nascido grave de modo a assegurar sua integridade física, minimizando riscos de agravos à saúde e mantendo seu estado clínico estável; permitir a rápida remoção em condições seguras dos recém-nascidos graves à UTIN e centro-cirúrgico.

2. Horário de funcionamento

Quando houver necessidade de transporte.

3. Responsáveis

Médico, de preferência, um pediatra ou neonatologista, e Técnico/Auxiliar de Enfermagem ou Enfermeiro que tenha conhecimento e prática em reanimação neonatal.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

5.1. Equipamentos e materiais

- a) Incubadora de transporte: transparente, de dupla parede, bateria e fonte de luz;
- b) Cilindros de oxigênio recarregáveis (pelo menos dois);

- c) Balão autoinflável com reservatório e máscaras ou respirador neonatal;
- d) Monitor cardíaco e/ou oxímetro de pulso com bateria;
- e) Material para intubação, venóclise e drenagem torácica;
- f) Termômetro;
- g) Estetoscópio;
- h) Bomba perfusora;
- i) Laringoscópio com lâmina reta nº 00, 0 e 1;
- j) Cânulas traqueais nº 2,5 – 3,0 – 3,5 e 4,0;
- k) Material para acesso venoso e cateterização de umbigo;
- l) Oxímetro de pulso;
- m) Monitor cardíaco;
- n) Termômetro;
- o) Filme transparente de PVC;
- p) Touca de malha ortopédica.

5.2. Medicamentos e Materiais Diversos Necessários ao Transporte Neonatal

- a) Cloreto de sódio 0,9 % solução injetável frasco ou bolsa;
- b) Álcool etílico 70%;
- c) Glicose a 50%, ampola 10mL;
- d) Clorexidina alcoólica 5 mg/mL, frasco 1000 mL e aquosa 10 mg/mL, frasco 1000 mL;
- e) Cloreto de potássio a 10% solução injetável (1,34MEq/mL) ampola 10mL;
- f) Curativo poroso;
- g) Cloreto de sódio a 10% ou 20%, ampola 10mL;
- h) Bicarbonato de sódio, solução injetável, 8,4 % (1 MEq/mL), ampola 10 mL;
- i) Cateter intravenoso flexível nº 14 e 24;
- j) Água para injetáveis para diluições;
- k) Scalp nº 25 e 27;
- l) Gliconato de cálcio, solução injetável, 100 mg/mL, ampola 10 mL;
- m) Adrenalina (Epinefrina solução injetável 1 mg/mL, ampola 1 mL) 1/10.000;
- n) Seringas de 1, 3, 5, 10mL
- o) Dobutamina (Cloridrato), solução injetável, 12,5 mg/mL, ampola 20 mL;
- p) Agulhas 25X7 e 20X5;
- q) Dopamina (Cloridrato), solução injetável, 5 mg/mL, ampola 10 mL;
- r) Sonda gástrica nº 6, 8 e 10;

- s) Sonda de aspiração traqueal n° 8 e 10;
- t) Morfina, solução injetável, 1mg/mL, ampola de 2 mL;
- u) Fentanila, solução injetável, 0,05 mg/mL, ampola ou frasco ampola 10 mL;
- v) Torneira de 3 vias;
- w) Fenobarbital, solução injetável, 200 mg, ampola;
- x) Luvas estéreis;
- y) Eletrodos cardíacos;
- z) Equipo de soro;
- aa) Gazes e algodão.

6. Descrição do procedimento

a) Confirmar a vaga no local de destino do recém-nascido (RN):

6.1. Transferência do recém-nascido (RN) à UTIN, UCIN ou Centro Cirúrgico:

6.1.1. *Cuidados Pré-Transporte:*

i. Checar materiais e equipamentos:

- Realizar a conferência dos materiais;
- A incubadora deve permanecer ligada para manter o aquecimento e carregamento da bateria;
- Checar se o cilindro de oxigênio da incubadora encontra-se carregado;
- Testar/calibrar o reanimador manual;
- No oxímetro de pulso observar a carga da bateria, adaptar e testar o sensor (cabo) neonatal;
- Ligar a bomba de infusão para testar seu funcionamento e observar também a carga da bateria;
- O recém-nascido deverá ser transportado à UTIN em incubadora previamente aquecida em 36,0°C;
- Junto à incubadora deverão estar o cilindro de oxigênio, monitor cardíaco e oxímetro de pulso, bomba de infusão e a maleta com os medicamentos e os materiais como termômetro, estetoscópio, utensílios para intubação, venóclise.

6.1.2. *Cuidados durante o transporte*

- i. Evitar alterações da temperatura, controlar temperatura através de sensor de temperatura posicionado em região abdominal do RN:
 - Manter prematuros <1.000g em saco plástico durante transporte e em uso de touca.

- ii. Verificar a permeabilidade de vias aéreas:
 - Observar a posição do pescoço do paciente, a presença de secreções em vias aéreas e, se intubado, a posição e a fixação da cânula traqueal durante o transporte.
- iii. Monitorizar a oxigenação: deve ser feita por meio da oximetria de pulso;
- iv. O recém-nascido deverá ser mantido posicionado em ninho, envolvido em manta. O cinto de segurança da incubadora deverá ser passado sobre o RN de forma cruzada;
- v. Minimizar a dor e o sofrimento do recém-nascido:
 - Redução da manipulação;
 - Oferta de ambiente com menos barulho;
 - Controle da luminosidade.
- vi. Monitorizar a frequência cardíaca e perfusão periférica;
- vii. Observar o funcionamento da bomba de infusão;
- viii. Manter o paciente, com hérnia diafragmática, em decúbito lateral da hérnia.

6.1.3. Cuidados após o transporte

- i. Aplicar o Índice de Estabilidade Fisiológica para Risco no Transporte -TRIPS (Anexo X) no final do transporte;
- ii. Organização e reposição dos materiais de consumo.

7. 7 Recomendações/Observações

- a) O material necessário para o transporte deve ser portátil, durável, leve, de fácil manutenção e estar sempre pronto e disponível;
- b) Os equipamentos devem possuir bateria própria e recarregável, com autonomia de funcionamento de, no mínimo, o dobro do tempo do transporte;
- c) O material deve possuir um módulo de fixação adequada;
- d) Os equipamentos devem poder passar pelas portas de tamanho padrão dos hospitais;
- e) Atentar para o transporte do recém-nascido em situações especiais (Anexo XI);
- f) A incubadora deverá permanecer conectada a fonte de energia, ligada e aquecida durante sua não utilização.

3.19. TROCA DE FRALDAS DO RECÉM-NASCIDO

1. Objetivo

Padronizar a troca de fraldas de forma humanizada, evitando o estresse e desestabilização do bebê.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente na SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Fralda;
- b) Algodão;
- c) Água morna;
- d) Luvas de procedimento;
- e) Cotonetes;
- f) Álcool etílico solução 70%;
- g) Pomadas para assaduras, se necessário.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

- a) Preparar o material;
- b) Calçar as luvas de procedimento;
- c) Falar antes de tocar o bebê;
- d) Retirar a fita adesiva da fralda com delicadeza;
- e) Realizar a higiene do coto umbilical com cotonete e algodão embebido em álcool etílico solução 70% (ver POP 3.4). Este procedimento deverá ser realizado antes do contato com urina e fezes.
- f) Se presença de fezes e/ou urina, observar o aspecto: cor, odor, consistência, concentração (ver Anexo XII);

- g) Limpar a região perineal de dentro para fora, de cima para baixo, com o algodão umedecido em água morna;
- h) Limpar a região perianal e nádegas, lateralizando o RN – nunca elevando o quadril pelos membros inferiores;
- i) Observar a integridade da pele;
- j) Secar a pele com algodão;
- k) Utilizar pomadas e cremes apenas se indicados e prescritos;
- l) Colocar a fralda limpa, observando o tamanho apropriado;
- m) Deixar o bebê confortável;
- n) Organizar o material;
- o) Retirar as luvas;
- p) Registrar no prontuário do bebê a quantidade, características das eliminações e integridade da pele.

7. Recomendações/Observações

- a) As meninas podem apresentar uma secreção vaginal esbranquiçada ou ligeiramente sanguinolenta, causada pela passagem de hormônios maternos durante a gestação. Isto é considerado normal.
- b) A dermatite da área das fraldas é a doença cutânea mais comum do começo da vida. O termo descreve reação cutânea inflamatória aguda nas áreas cobertas pela fralda. A dermatite da área das fraldas não é um diagnóstico específico, mas sim um conjunto de sinais e sintomas desencadeados por uma combinação de fatores, sendo os mais significativos o contato prolongado com urina e fezes, maceração da pele e infecções secundárias (bactérias e fungos);
- c) Durante a troca de fraldas, a pele deve ser sempre observada, qualquer alteração o enfermeiro(a) deve ser comunicado.

3.20. VERIFICAÇÃO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS NO RECÉM-NASCIDO

1. Objetivo

Padronizar a obtenção de medidas antropométricas que são fundamentais no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente na SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Fita métrica;
- b) Régua corporal antropométrica;
- c) Balança digital;
- d) Luva de procedimento;
- e) Gaze não estéril;
- f) Álcool etílico 70%;
- g) Papel toalha.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

- a) Preparo do material, desinfecionando a fita métrica e balança com álcool etílico solução à 70%;
- b) Calçar luvas de procedimento;
- c) Falar e explicar o procedimento ao bebê antes de tocá-lo; Promover o conforto do RN deixando-o bem posicionado e o menos estressado (considerar uso de medidas não farmacológicas para o alívio do estresse como enrolamento e sucção não nutritiva);
- d) A verificação das medidas antropométricas do recém-nascido seguirá os seguintes passos:

6.1. Perímetro cefálico

- i. Segurar a cabeça do RN em posição mediana;
- ii. Posicionar a fita métrica passando pela glabella e proeminência occipital;
- iii. Verificar e notar a medida;

6.2. Perímetro torácico

- i. Passar a fita ao redor do tórax, na altura dos mamilos;
- ii. Verificar e notar a medida;

6.3. Perímetro abdominal

- i. Passar a fita métrica ao redor do abdome, acima do coto umbilical;
- ii. Verificar e notar a medida;

- iii. Reposicionar o RN;

6.4. Peso

- i. Posicionar o RN despido e envolto no cueiro a fim de deixá-lo calmo e organizado;
- ii. Verificar e notar a medida;
- iii. Retirar o RN da bandeja e mantê-lo aquecido;

6.5. Comprimento

- i. Posicionar o RN despido em decúbito dorsal com os membros inferiores estendidos;
 - ii. Posicionar a régua corporal antropométrica, mantendo a extremidade cefálica fixa e a podálica móvel;
 - iii. Estender as pernas para se efetuar a medição até aos calcanhares;
 - iv. Verificar e notar a medida;
- e) Manter o RN aquecido;
- f) Anotar o dado obtido no prontuário do RN.

7. **Recomendações/Observações**

- a) O bebê deve ser pesado, obrigatoriamente, envolto em cueiro ou lençol para evitar a perda de calor e proporcionar sua organização;
- b) Na sala de parto, essas medidas devem ser verificadas somente após o tempo do posicionamento pele a pele;
- c) Manter o bebê aquecido durante a verificação de todas as medidas;
- d) Realizar medidas não farmacológicas na diminuição do estresse durante a verificação das medidas antropométricas, como sucção não nutritiva e enrolamento do bebê;
- e) Define-se por sucção não nutritiva o oferecimento do dedo enluvado para estimular a sucção no recém-nascido;
- f) Não realizar o procedimento sobre bancadas frias, mas no berço aquecido para evitar o resfriamento do bebê.

3.21. VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS DO RECÉM-NASCIDO

1. **Objetivo**

Padronizar o procedimento técnico de aferição e registro dos sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e dor; acompanhar as variações dos dados essenciais, sinais vitais, concluindo

se o paciente está em risco de vida, se sua situação é estável ou não, se está reagindo favoravelmente ou se houve piora.

2. Horário de funcionamento

Rotina de horário, conforme estabelecido em normativa vigente na SES/DF.

3. Responsáveis

Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

4. Local de aplicação

Centro Obstétrico / Centro de Parto Normal.

5. Materiais necessários

- a) Termômetro digital;
- b) Estetoscópio neonatal/pediátrico;
- c) Algodão;
- d) Álcool etílico 70%;
- e) Relógio analógico.

6. Descrição do procedimento

As etapas de higienização das mãos deverão ser realizadas de acordo com protocolo específico (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde”).

A verificação dos sinais vitais do recém-nascido seguirá os seguintes passos:

6.1. Temperatura axilar

- i. Realizar a desinfecção por fricção do termômetro com algodão embebido em álcool etílico 70%;
- ii. Apertar o botão do termômetro digital para ligar e esperar o sinal de confirmação do aparelho para sua utilização;
- iii. Colocar a parte inferior do termômetro no centro da axila e manter o braço na posição normal ou cruzado sobre o peito;
- iv. Deixar o termômetro no centro da axila até “apitar”;
- v. Retirar e verificar o valores descritos ali no termômetro. Valores normais para temperatura axilar: 36,5-37,5°C;
- vi. Limpar o termômetro após cada verificação com álcool etílico 70%

6.2. Frequência cardíaca

- i. Higienizar as mãos;
- ii. Proceder a desinfecção do estetoscópio com algodão e álcool etílico 70%;
- iii. Aquecer o estetoscópio para evitar que o recém-nascido chore devido à sensação do contato frio;
- iv. Posicionar o estetoscópio em pulso apical localizado no 4º espaço intercostal em recém-nascidos e lactentes;
- v. Contar os batimentos cardíacos por 60 segundos;
- vi. Os valores de normalidade da frequência cardíaca no recém-nascido está entre 110 a 160 batimentos por minuto;
- vii. Registrar o valor encontrado;
- viii. Limpar o estetoscópio com álcool etílico 70% após o procedimento.

6.3. Frequência respiratória

- i. Higienizar as mãos;
- ii. Posicionar o RN em decúbito dorsal;
- iii. Contar os movimentos respiratórios por 1 minuto de forma visual observando os movimentos respiratórios no tórax. Atentar para o ritmo respiratório;
Obs.: A FR pode ser verificada enquanto aguarda-se o tempo para retirada do termômetro.
- iv. Valores de normalidade da frequência respiratória no recém-nascido é de 40 a 60 incursões respiratórias por minuto;
- v. Registrar o valor encontrado;

7. **Recomendações/Observações**

Considerar os seguintes valores de normalidade:

- a) Temperatura axilar: 36,5 a 37,5°C;
- b) Frequência cardíaca: 110 a 160 bpm;
- c) Frequência respiratória: 40 a 60 irpm.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZEVEDO, M.F. Enfermagem Materno-Neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Especializada. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_saude_ocular_infancia_prevencao_deficiencias_visuais.pdf. Acesso em: 05/04/2023.
3. BARROS, C.E.S.; INACIO K. L.; PERIN T.; Semiotécnica do recém-nascido. São Paulo: Atheneu, 2005.
4. BOWDEN, V.R. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. APICE ON: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Além da Sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
7. BRASIL, M.S. Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Integral à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2 ed. volume 1. Brasília, 2014.
9. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 05/04/2023.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.;
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380A / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 32 p. : il.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Atenção de Pré -Natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
15. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana, 2017.
16. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa N° 3, de 28 de abril de 2009.
17. BRASIL. RESOLUÇÃO COFEN Nº 516/2016, de 24 de junho de 2016.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
19. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM n. 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109;
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual AIDPI Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
23. BRASIL, M.S. Caderneta de Saúde da Criança. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
24. BROCK, R. S; FALCÃO, M.C; Avaliação nutricional do recém-nascido: limitações dos métodos atuais e novas perspectivas. Revista Paulista de Pediatria, v. 26, n. 1, p. 70-78, 2008.
25. BRUNNER e SUDDARTH; Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª Ed., Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
26. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
27. CARVALHO, V. O; MARKUS, J.R; ABAGGE, K. T; GIRALDI, S; CAMPOS, T. B. Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido. Brasil. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2015. Disponível em <http://www.sbp.com.br/flipping-book/consenso-cuidados-pele/>. Acesso em 21 de junho de 2016.
28. CARVALHO, E.M.P.; GÖTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.D.M. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(6):890-898;
29. CECCHETTO, F.H.; SILVA, E.F. Procedimentos em Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: RUBIO, 2015.
30. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-

Related Infections. U.S. Department of Health and Human Services. 72 MMWR. 2011. Disponível em: <
<http://www.cdc.gov/hicpac/bsi/bsi-guidelines-2011.html>>. Acesso em: jun. 2013.

31. CHEEVER, K. H., HINKLE, J.L. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
32. CORREIA, L. S. The impact of different types of bath in behavior and physiology of rooming in newborn babies. *Neuro Endocrinol Lett*, 2004; 2005 Suppl (1): 141-55
33. COREN DF. Parecer nº 28/2021. Legalidade do profissional enfermeiro realizar sondagem vesical de demora sem prescrição médica. Brasília, 2021.
34. CHRISTOFFEL, M. M. et al. Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. *Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro, v.21, n.1, e20170018, 2017.
35. GROSSI, Sonia Aurora Alves e Pascali, Paula Maria. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo. 2009. p 42-55.
36. EINLOFT, L.; ZEN, J.; FUHRMEISTER, M.; DIAS, V.L.; Manual de enfermagem em UTI Pediátrica. Ed. Medsi, 1996.
37. FERNANDES, D.J.; MACHADO, R.C.M; OLIVEIRA, P.N.Z. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiro de Dermatologia*. 2011; 86(1):102-10.
38. FIOCRUZ, IFF, Portal de Boas Práticas: Boas Práticas na Obtenção e Manutenção de Acesso Periférico em Pediatria, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/boas-praticas-na-obtencao-e-manutencao-do-acesso-venoso-periferico-em-pediatria/>
39. KUCUKOGLU, S. KURT, S., AYTEKIN, A. The effect of the facilitated tucking position in reducing vaccination - induced pain in newborns. *Ital J Pediatr*. v. 41, p. 61, 2015.
40. LECH, Joana. Manual de procedimentos de enfermagem. São Paulo: Martinari, 2006. NETTINA, Sandra M. Prática de enfermagem. 8ª.ed. – Guanabara Koogan, 2007.
41. LEE, S.K. et al. Transport risk index of physiologic stability: A practical system for assessing infant transport care. *J Pediatr*; v.139, p.220-6, 2001.
42. LEITE, Alba Lucia B. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2016.
43. LINO, F.S. Cuidados em transporte neonatal: uma contribuição para a enfermagem. 2016. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.
44. Manual de Rotinas Assistenciais da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Assistência ao Parto. Disponível em:
http://www.maternidade.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/obstetricia/assistencia_ao_parto.pdf. Acesso em: 08/11/2016.
45. MARGOTTO, P.R. Assistência ao Recém-Nascido de Risco. 2a Edição. Brasília, 2004.

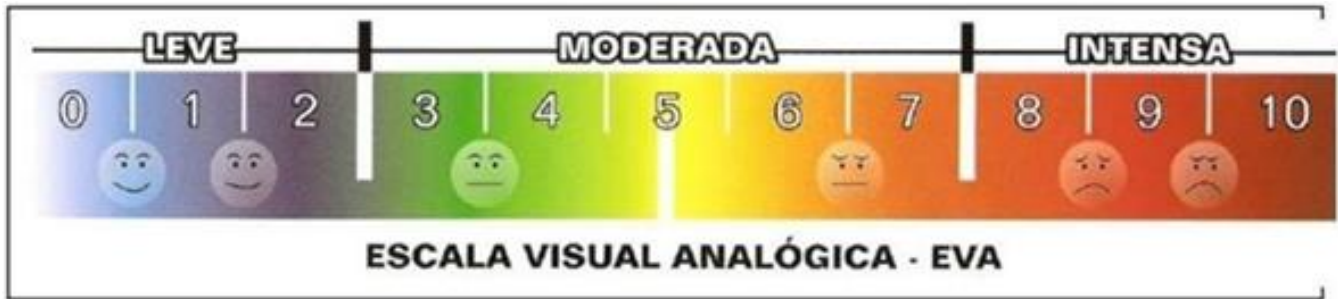
46. MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. Protocolo clínico de transporte seguro. Universidade Federal do Ceará, 2017.
47. MENDONÇA, L.B.A. et al. Cuidados ao recém-nascido prematuro em uso de sonda orogástrica: Conhecimento da equipe de enfermagem. Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 178-185.
48. MOREIRA, M.E.L; LOPES, J.M.A; CARALHO, M; orgs. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541- 054-7. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 28/06/2016.
49. MOTA M, et al. Antropometria craniana de recém-nascidos normais. Arq. Neuropsiquiatria, 2004.
50. NASCIMENTO, R.; SILVA, M.J.P. Enfermagem UTI NEONATAL: Assistência ao recém- nascido. 3ª Ed., Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.
51. OLIVEIRA, E.C.V. A prática da punção venosa na coleta de sangue em recém-nascidos em um hospital público universitário. 85 p. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberbara, MG, 2013.
52. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: OPAS; 2018 Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34880/9788579671258-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03/02/2023.
53. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018 Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 03/02/2023.
54. Organización mundial de la salud. Recomendaciones de la OMS: para los cuidados durante o parto, para uma experiência de parto positiva- Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. 2018. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>.
55. OPAS. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 2018.
56. PERINI, C.; MATOS, P.B.C; SEIXAS, M.C.; CATÃO, A.C.S.M, DA SILVA, G.D.; DE ALMEIDA, V.S. Ofuro bath in newborns in the rooming-in center: an experience report. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 2014 6(2):785-92.
57. POTTER, P.A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. SILVA, N.O; ANDRADE M.R; CARVALHO, L.L. Procedimentos básicos de enfermagem no ambiente hospital ar – Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

58. PICON, P.X. et al. *Pediatria - Consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
59. ROCHA, JA; NOVAES, PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. *Femina*. 2010;38(3):119-26;
60. ROSSO, CFW et al. *Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde do Estado de Goiás – Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás*, 2014. 336 p.: il.;
61. SANTOS, RB; RAMOS, K.S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 13-8;
62. SCHULL, P. D. *Enfermagem básica: teoria e prática. Direção do projeto clínico. Tradução Geraldo Costa Filho e Renato Lamounier Barbieri*. 3. ed. São Paulo: Rideel, 2001.
63. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *Protocolo de Atenção à Saúde - Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde*. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados> Acesso em: 01/02/2023.
64. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *Manual de orientações para o preparo e administração de medicamentos injetáveis: pacientes adultos e pediátricos*. Disponível em: a09be910-4cae-fac8-331f-a10658c53eff (saude.df.gov.br). Acesso em: 07/03/2023.
65. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *Protocolo de Atenção à Saúde - Segurança do Paciente: higienização das mãos no serviços de saúde*. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3.-Seguranca-do-Paciente-higienizacao-das-maos-nos-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 23/11/2024.
66. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *Protocolo de Atenção à Saúde - Segurança do Paciente: identificação do usuário*. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3.-Seguranca-do-Paciente-higienizacao-das-maos-nos-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 23/11/2024.
67. SILVA, N.O; ANDRADE M.R; CARVALHO, L.L. *Procedimentos básicos de enfermagem no ambiente hospitalar – Ponta Grossa - PR: Atena*, 2020
68. SILVA, S.C.; SIQUEIRA, I.L.C.P.; SANTOS, A.E. *Procedimentos básicos*. São Paulo: Atheneu, 2009.
69. SIRIDAKYS, M. *Protocolo de salinização de cateter venoso periférico*. Disponível em: [file:///C:/Users/0156496x/Downloads/CLIQUE%20AQUI%20Protocolo%20de%20Salinizacao.p df](file:///C:/Users/0156496x/Downloads/CLIQUE%20AQUI%20Protocolo%20de%20Salinizacao.pdf). Acesso em 19 de julho de 2016.
70. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria*. São Paulo: SBP, 2016.
71. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Departamento Científico de Neonatologia (2019- 2021). Profilaxia da Oftalmia Neonatal por Transmissão Vertical*. Nº 9, Dezembro de 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22851d-DC-Profilaxia_da_Oftalmia_Neonatal_TransmVert.pdf. Acesso em: 05/04/2023.

72. SOUZA, A.B.G. Enfermagem neonatal cuidado integral ao recém-nascido. São Paulo: Martinari, 2011.
73. TIMBY, B.K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8ed. Porto Alegre.
74. UFRJ, POP DE ROTINAS ASSISTENCIAIS DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola da UFRJ, revisado em 2020. Procedimento Operacional Padrão: Punção Venosa Periférica em RN. Disponível em http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/2021rev/pop_14_puncao_venosa_periferica_recem_nascidos_rn_revisao_3.pdf
75. VEIGA, Deborah de Azevedo; CROSSETI, Maria da Graça. Manual de técnicas de enfermagem. Porto Alegre, D.C. Luzzatto Editores Ltda., 1986.
76. VIEIRA, ALP, et al. Intra-hospital transport of neonatal intensive care patients: risk factors for complications. São Paulo. Revista Paulista Pediatria, v. 25, nº 3, 2007.
77. VICTORA, CG; AQUINO, EM; CARMO, LM; MONTEIRO, CA, BARROS, FC, SZWARCOWALD, CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet. 2011; 377(9780):1863-76.
78. WERNECK, MAF; FARIA, HP; CAMPOS, KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço/Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009;
79. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Trends in maternal mortality: 1990-2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2015;
80. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996;
81. ZUGAIB, M. Protocolos Assistenciais Clínica Obstétrica. FMUSP. São Paulo: Atheneu, 3ed. 2007.
82. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Venipuncture for blood donation. In: . WHO Guidelines on drawing blood: best practices in phlebotomy. Geneva, 2010. Disponível em: Acesso em: 11 maio 2018.

ANEXO I

Figura 5: Escala Visual Analógica – EVA.



Fonte: Santa Catarina, 2017.

ANEXO II

Figura 6: Posição de flexão facilitada para aplicação da vacina anti-hepatite B e vitamina K.



Fonte: KUCUKOGLU et al, 2015.

ANEXO III

Quadro 3: Tamanho da cânula endotraqueal de acordo com o peso e idade gestacional.

IDADE GESTACIONAL	PESO (GRAMAS)	CÂNULA
< 28 semanas	< 1000 g	2,5
28 a 34 semanas	1000 a 2000g	3,0
34 a 38 semanas	2000 a 2500g	3,5
> 38 semanas	> 3000g	4,0

Fonte: PICON et al, 2010.

ANEXO IV

Quadro 4: Distância da cânula em relação ao lábio superior.

PESO (Kg)	MARCA NO LÁBIO SUPERIOR
1	7
2	8
3	9
4	10

Fonte: PICON et al, 2010.

ANEXO V

Quadro 5: Tubos para coleta de sangue.

COR DA TAMPA	ANTICOAGULANTE	MATERIAL OBTIDO APÓS CENTRIFUGAÇÃO
Tijolo	Não	Soro
Amarela	Não. Contém gel separador	Soro
Lilás	EDTA	Plasma
Azul	Citrato	Plasma
Verde	Heparina	Plasma
cinza	Fluoreto	Plasma

Fonte: Elaborado pelos autores.

ANEXO VI

Quadro 6: Escala NIPS para avaliação de dor em recém-nascidos a termo e prematuros.

PARÂMETROS	0	1	2
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	“Resmungos” fracos	Vigoroso
Respiração	Normal	Alterada/irregular	-
Braços	Relaxados	Fletidos ou estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas ou estendidas	-
Estalos de consciência	Dormindo ou acordado calmo	Desconfortável	-
INTERPRETAÇÃO A escala vai de 0 a 7. Considerar <u>presença de dor</u> quando os pontos da escala somarem 4 (quatro) ou mais. Há falhas na avaliação de crianças em estado grave e nos pacientes curarizados.			

ANEXO VII

Check List do material necessário em cada mesa de reanimação neonatal VERIFICAR O MATERIAL

ANTES DE CADA NASCIMENTO

- () Mesa com acesso por 3 lados com fonte de calor radiante
- () Fonte de oxigênio umidificado com fluxômetro e mangueira de látex (para o balão)
- () Fonte de oxigênio com fluxômetro e espigão verde (para ventilador manual em T) () Fonte de ar comprimido com mangueira amarela
- () Aspirador a vácuo com manômetro e mangueira de látex () Relógio de parede com ponteiro de segundos

MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA

Temperatura da sala de parto _____ °C e da sala de reanimação _____ °C

- () 1 campo cirúrgico e 1 pacote de compressas de algodão estéreis
- () 1 saco de polietileno de 30 x 50 cm (reservar triângulo p/ touca plástica após corte)
- () 1 touca de lã ou algodão
- () 1 colchão térmico químico
- () 1 termômetro digital clínico

AValiação DO RN

- () 1 estetoscópio neonatal
- () 1 oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica
- () 1 monitor cardíaco de 3 vias com eletrodos e bandagem elástica

ASPIRAÇÃO

- () dispositivo transparente para aspiração de mecônio
- () 1 sonda traqueal sem válvula de cada tamanho (nº 6, 8 e 10) () 2 seringas de 10 mL

VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO

- () Balão autoinflável com válvula de segurança a 40 mmHg e reservatório de O₂
- () Ventilador manual em T com circuito completo (mangueira e tubo corrugado c/ peça T)
- () Blender para mistura oxigênio/ar
- () 1 máscara redonda com coxim de cada tamanho (nº 00, 0 e 1)

() 1 máscara laríngea nº 1

INTUBAÇÃO TRAQUEAL

() 1 laringoscópio infantil com lâminas retas de cada tamanho (nº 00, 0 e 1)

() 1 fio-guia para intubação

() Cânulas traqueais sem cuff – 2 de cada tamanho (nº 2,5/ 3,0/ 3,5/ 4,0mm)

() 3 fitas adesivas para fixação da cânula

() 2 pilhas AA e 1 lâmpada sobressalente

MEDICAMENTOS

() Adrenalina (Epinefrina solução injetável 1 mg/ml ampola 1 ml) 1:10.000 em SF - seringas identificadas 1mL (EV), 5 mL (ET) e 10mL

() 2 ampolas de Adrenalina (Epinefrina solução injetável 1 mg/ml ampola 1 ml) 1:1000 / 5 flaconetes SF 10 mL / 1 frasco SF 250 mL

() 2 seringas de 1mL, 5 mL, 10mL e 20 mL; 5 agulhas 40x12 (rosa)

() 2 tomeiras de 3 vias

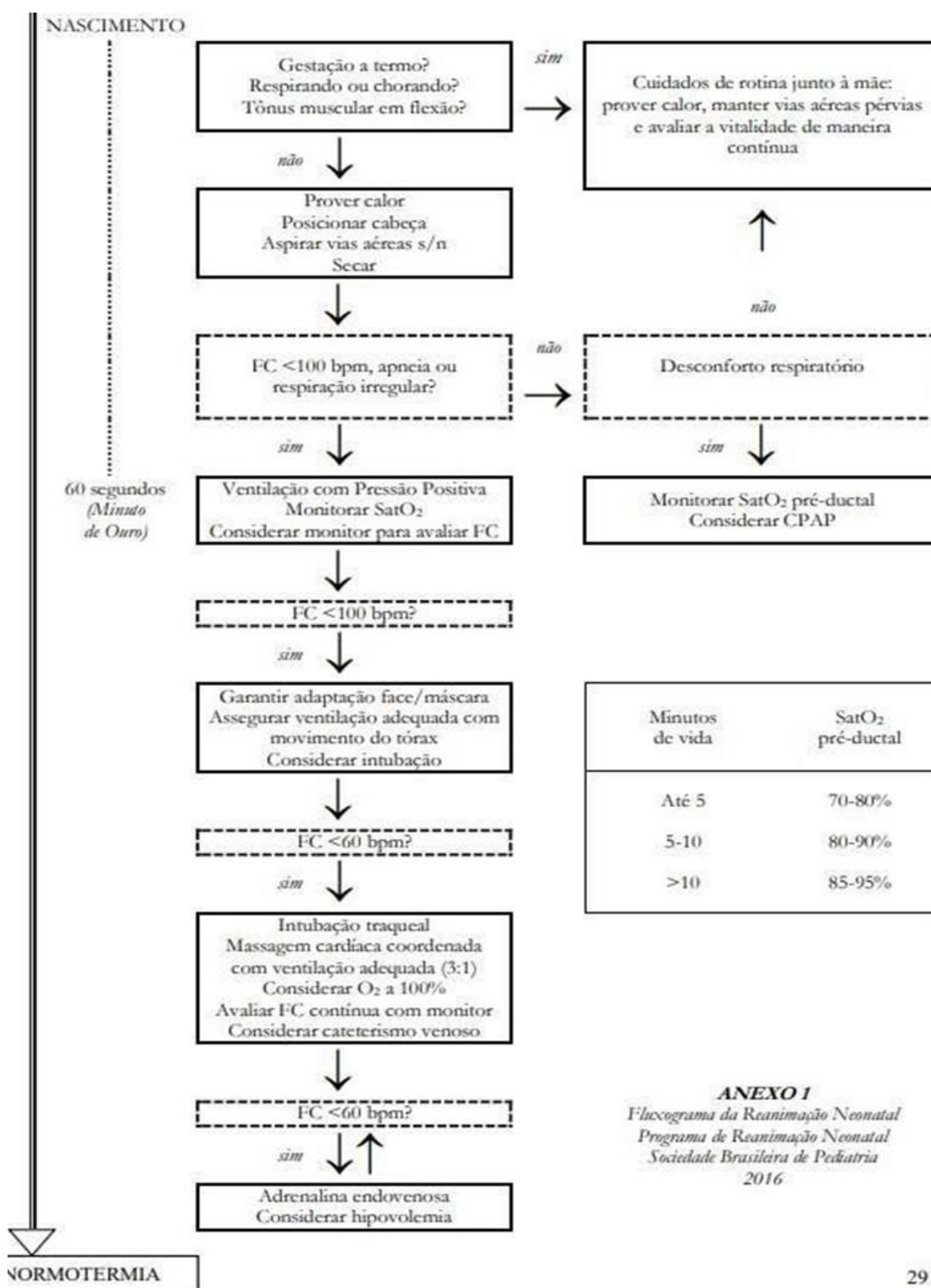
() Bandeja com material estéril para cateterismo umbilical e cateteres nº 3,5F, 5F e 8F

OUTROS MATERIAIS

() Bisturi, clampedor de cordão umbilical, álcool etílico 70% e gaze.

ANEXO VIII

Figura 7: fluxograma da reanimação neonatal



29

Fonte: Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016.

ANEXO IX

Quadro 7: Medicamentos para reanimação neonatal na sala de parto.

	Adrenalina Endovenosa	Adrenalina Endotraqueal	Expansor de Volume
Diluição	1:10.000 1 mL adrenalina 1:1000 em 9 mL de SF	1:10.000 1 mL adrenalina 1:1000 em 9 mL de SF	SF
Preparo	1 mL	5 mL	2 seringas de 20 mL
Dose	0,1 - 0,3 mL/kg	0,5 - 1,0 mL/kg	10 mL/kg EV
Peso ao nascer			
1kg	0,1 - 0,3 mL	0,5 - 1,0 mL	10 mL
2kg	0,2 - 0,6 mL	1,0 - 2,0 mL	20 mL
3kg	0,3 - 0,9 mL	1,5 - 3,0 mL	30 mL
4kg	0,4 - 1,2 mL	2,0 - 4,0 mL	40 mL
Velocidade e Precauções	Infundir rápido na veia umbilical seguido por 0,5-1,0 mL de SF	Infundir na cânula traqueal e ventilar. USO ÚNICO	Infundir na veia umbilical lentamente, em 5 a 10 minutos

Fonte: Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016.

ANEXO X

Índice de risco para o transporte neonatal (TRIPS – Lee et al, 2001).

Temperatura	
Variáveis	Pontuação
>36.1 ou >37.6	8
36.1- 36.5 ou 37.2-37.6	1
36.6 – 37.1	0
Padrão Respiratório	
Variáveis	Pontuação
Apnéia, gasping, entubado	14
FR>60 irm e/ou Saturação de oxigênio <85	5
FR < 60 irm e/ou Saturação de oxigênio > 85	0
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	
Variáveis	Pontuação
< 20	26
20-40	16
>40	0
Estado Neurológico	
Variáveis	Pontuação
Sem resposta a estímulos, convulsão, em uso de relaxante muscular	17
Letárgico, não chora	6
Ativo, chorando	0

ANEXO XI

Transporte do Recém-Nascido em Situações Especiais

1. Recém-Nascidos com Defeito de Parede Abdominal

- a) Manter sonda gástrica aberta, para evitar a distensão das alças intestinais;
- b) Manipular o defeito somente com luvas estéreis e evitar manipulações múltiplas;
- c) Verificar se a abertura do defeito é ampla o suficiente e não está causando isquemia intestinal;
- d) Utilizar anteparos para as vísceras;
- e) Proteger com uma compressa estéril, sempre umedecida com solução salina aquecida e proteger o curativo com um filme de PVC;
- f) Manter o paciente em decúbito lateral para não dificultar o retorno venoso;
- g) Estabilizar o paciente na sala de parto, antes de deslocá-lo para o centro cirúrgico. Em caso de gastrosquise ou onfalocele rota, o transporte para o centro cirúrgico deve ser mais rápido;
- h) Manter temperatura e oferecer assistência ventilatória adequada;
- i) Observar atentamente a perfusão, a frequência cardíaca, o débito urinário e o balanço hídrico;
- j) Ficar atento à presença de outras malformações associadas.

2. Atresia de Esôfago

- a) Transportar o recém-nascido em posição semissentada ou em decúbito elevado para prevenir a pneumonia aspirativa;
- b) É obrigatória a colocação de sonda no coto esofágico proximal sob aspiração contínua.

3. Hérnia Diafragmática

- a) Devido ao quadro de hipoplasia pulmonar associado à hipertensão pulmonar grave, em geral, o neonato deve estar o mais estável possível ao início do transporte. A intubação traqueal é obrigatória;
- b) Sempre passar uma sonda gástrica o mais calibrosa possível, a fim de aliviar a distensão das alças intestinais e facilitar a expansão torácica;
- c) O paciente deve ser transportado em decúbito lateral, do mesmo lado da hérnia, para melhorar a ventilação do pulmão contralateral.

4. Apneia da Prematuridade

- a) Durante o transporte destes pacientes, um dos cuidados básicos se refere à permeabilidade das vias aéreas. Para isso, o pescoço deve estar em leve extensão. A colocação de um coxim sob os ombros durante o transporte facilita o posicionamento correto da cabeça do recém-nascido.

5. Cardiopatias Congênitas

- a) Monitorização contínua da FC, FR, temperatura e saturação periférica de oxigênio, controle da diurese e balanço hídrico.

ANEXO XII

Figura 8: Avaliação das fezes do recém-nascido.



Fonte: BRASIL, 2011.