



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

DIANA AMANDA PERLIN

**ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA
ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS
DE PORTO ALEGRE**

PORTO ALEGRE

2024



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

DIANA AMANDA PERLIN

**ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA
ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS
DE PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo de Oliveira Azevedo

PORTO ALEGRE

2024



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

Banca Examinadora

Prof^(a). Dr(a)/Me./ e nome completo

Prof^(a). Dr(a)/Me./ e nome completo

Prof^(a). Dr(a)/Me./ e nome completo

ATA DE APROVAÇÃO
(versão final - após defesa)

AGRADECIMENTOS

Gostaria expressar minha profunda gratidão a todos que desempenharam papéis fundamentais na realização deste ciclo. Cada um de vocês contribuiu significativamente para o sucesso deste projeto, e gostaria de reconhecer essas importantes colaborações.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por Sua constante proteção e sustento ao longo da vida. Sua graça foi a luz que iluminou meu caminho, guiando-me em cada etapa. Em momentos desafiadores, Sua promessa de que "Não temas, Eu sou contigo" foi um conforto e uma fonte de coragem.

Ao meu amado Henry, com quem compartilho as mais belas histórias desta vida. Obrigada por estar ao meu lado e ser minha inspiração para avançar e continuar conquistando o mundo.

Aos meus pais, minha eterna gratidão por serem grandes incentivadores dos meus sonhos. Seu apoio constante e papel fundamental na construção da minha identidade são tesouros inestimáveis.

Minha irmã Natália, além de ser uma irmã carinhosa, é uma confidente que "enxerga e escuta" (risos). Seu suporte e conselhos têm sido inestimáveis, oferecendo conforto nos momentos difíceis e compartilhando alegria nas minhas conquistas.

Ao meu orientador, Rodrigo, expresso minha sincera gratidão pela paciência, orientação dedicada e insights valiosos. Seu papel como guia foi além do acadêmico, sendo uma fonte inspiradora para acreditar no meu potencial.

Às colegas da neonatologia, agradeço pela colaboração ativa na construção deste manual. Seus conhecimentos compartilhados foram essenciais, desempenhando um papel crucial na validação e enriquecimento deste trabalho. Às colegas que participaram do Grupo Focal, meu apreço pela disposição em compartilhar saberes e fornecer dicas valiosas.

Às chefias do SENEIO, meu agradecimento por abraçarem a ideia e facilitarem o caminho deste processo. Sua contribuição foi essencial para a concretização deste projeto.

Agradeço especialmente às colegas de trabalho Anna, Marina, Juliana e Graciane. Seu apoio incansável, disposição para ajudar e torcida constante foram como alicerces sólidos, tornando esta jornada mais suave e agradável.

Aos professores, colegas de curso e membros da instituição que, de alguma forma, contribuíram para minha formação acadêmica, meu mais profundo agradecimento. Em especial, aos queridos colegas Willian, Raquel, Shana e Kathize.

Este trabalho é resultado de esforços coletivos, e cada um de vocês teve um papel crucial nessa jornada.

Que este manual e dissertação não sejam apenas registros acadêmicos, mas uma contribuição significativa para a prática da enfermagem na neonatologia. Mais uma vez, meu sincero obrigado a todos por fazerem parte desta realização.

EPÍGRAFE

“Não temas, porque eu sou contigo; não te assombres, porque eu sou teu Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça.”

Isaías 41:10
Bíblia Sagrada ACF

RESUMO

A neonatologia, campo das ciências da saúde responsável pelo atendimento de recém-nascidos, exige habilidades e competências singulares. Para oferecer um cuidado de qualidade e excelência aos neonatos, destaca-se a atuação do profissional enfermeiro, que realiza suas atividades de forma contínua e sistematizada. Sendo assim, desenvolve suas ações metodicamente a partir de normas, rotinas e procedimentos padronizados. Neste contexto, manuais tornam-se ferramentas eficazes para auxiliar e orientar estes profissionais, pois estão prontamente disponíveis para consulta rápida, são de fácil acesso e contribuem para uniformizar e coordenar suas atividades. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi desenvolver um manual de rotinas e procedimentos destinado aos enfermeiros do Serviço de Enfermagem em Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SENEO/HCPA), por meio da identificação abrangente das rotinas e procedimentos adotados pelo serviço. **Método:** A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa e o desenho de estudo de caso. Para a coleta de dados, foram utilizadas as técnicas de pesquisa documental, grupo focal e observação participante. Na análise qualitativa, foram seguidas as etapas de compilação, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão. A identificação de rotinas e procedimentos foi realizada por meio da categorização não apriorística, a partir dos dados coletados. **Resultados:** Os resultados revelam a concretização de um manual abrangente, estruturado em partes assistenciais e administrativas. Destaca-se a participação ativa dos colaboradores, contribuindo para aperfeiçoar a abordagem de apresentação do manual. **Discussão:** A elaboração do manual reflete um avanço significativo na enfermagem neonatal, atuando como um recurso valioso para aprimorar continuamente a qualidade do cuidado, padronização de procedimentos e segurança dos pacientes. Além disso, é uma ferramenta funcional para treinamento de novos colaboradores e para a educação contínua, evidenciando o compromisso constante com a excelência nos cuidados neonatais. A metodologia utilizada se mostrou eficaz, facilitando a identificação de temas relevantes. A participação ativa dos colaboradores neste processo foi fundamental para aprimorar a estratégia de construção e apresentação do manual, destacando sua importância. **Conclusão:** A dissertação culmina na produção de um manual que representa um avanço

significativo na enfermagem neonatal. Sua relevância transcende a melhoria da prática clínica, estendendo-se à formação e capacitação dos profissionais de enfermagem. Em síntese, o manual desenvolvido destaca-se como um recurso valioso para aprimorar continuamente a qualidade do cuidado, padronização e segurança na neonatologia, reforçando o compromisso com a evolução constante nesse campo vital da assistência neonatal.

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal; Normas de Prática de Enfermagem; Utilização de Procedimentos e Técnicas; Comunicação Manual; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

Neonatology, a field within health sciences responsible for the care of newborns, demands unique skills and competence. To provide quality and excellence in neonatal care, the role of the nursing professional is crucial, conducting activities continuously and systematically. Consequently, the professionals working in this area methodically carry out their actions based on standardized norms, routines, and procedures. In this context, manuals become effective tools to assist and guide these professionals as they are quickly available for quick reference, easy access, and so they can contribute to standardizing and coordinating their activities. **Objective:** The aim of this study was to develop a manual of routines and procedures for nurses in the Neonatal Nursing Service of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SENEO/HCPA) by comprehensive identification of the routines and procedures adopted by the service. **Method:** The research adopted a qualitative approach and a case study design. Data collection used documentary research, focused-group techniques, and participant observation. In the qualitative analysis, the stages of compilation, disintegration, reintegration, interpretation, and conclusion were followed. The identification of routines and procedures was conducted through non-aprioristic categorization based on collected data. **Results:** The outcomes reveal the realization of a comprehensive manual, structured into both assistance and administrative sections. Active participation of collaborators stands out, contributing to enhancing the manual's presentation approach. **Discussion:** The manual's development indicate a significant advancement in neonatal nursing, serving as a valuable resource to continuously improve care quality, standardized procedures, and enhanced patient safety. In addition, it serves as a functional tool for training new collaborators and supporting ongoing education, highlighting the constant commitment to excellence in neonatal care. The methodology employed proved effective, facilitating the identification of relevant themes. Active participation of collaborators was crucial to refine the manual's construction and presentation strategy, emphasizing its significance. **Conclusion:** The dissertation culminates in the production of a manual representing a significant advancement in neonatal nursing. Its relevance extends beyond clinical practice improvement to the education and training of nursing professionals. In summary, the developed manual stands out

as a valuable resource for continuous improvement of the quality of care, standardization, and safety in neonatology, reinforcing the commitment to constant evolution in this vital field.

Keywords: Neonatal Nursing; Nursing Practice Standards; Use of Procedures and Techniques; Manual Communication; Nursing Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Lista de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) na Neonatologia	40
Quadro 2 – Análise de atas de reuniões dos enfermeiros do SENEIO	42
Quadro 3 – Análise de atas de reuniões do grupo de trabalho do SENEIO	43
Quadro 4 – Documentos adicionados na fase final da pesquisa.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
FiO ₂	Fração inspirada de Oxigênio
GEO	Gestão Estratégica e Operacional
GF	Grupo Focal
GT	Grupo de Trabalho
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IG	Idade gestacional
MEC	Ministério da Educação
NPT	Nutrição Parenteral
POP	Procedimento Operacionais Padrão
RN	Recém-nascido
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SENEO	Serviço de Enfermagem em Neonatologia
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VM	Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 OBJETIVOS	16
1.1 OBJETIVO GERAL	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2 INTRODUÇÃO	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA NEONATOLOGIA	19
3.2 ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES NEONATAIS	21
3.2.1 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	21
3.2.2 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN)	22
3.2.2.1 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	22
3.2.2.2 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)	23
3.3 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AOS NEONATOS	23
3.4 ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM E HOSPITALARES	25
3.5 MANUAIS: CONCEITO E APLICABILIDADE	26
3.6 COMO ELABORAR UM MANUAL	30
4 MÉTODO	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 LOCAL DA PESQUISA	34
4.3 COLETA DE DADOS	34
4.3.1 Estratégia 1: Pesquisa documental	35
4.3.2 Estratégia 2: Grupo Focal	36
4.3.3 Etapa 3: Observação participante	38
4.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE ACHADOS	38
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	38
5 RESULTADOS	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
PRODUTO TECNICO	52
ARTIGO CIENTÍFICO	195
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	213

APÊNDICE E ANEXOS	215
A. ROTEIRO UTILIZADO PARA O GRUPO FOCAL	215
B. APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA	216
C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	222
D. LISTA DE ASSUNTOS CANDIDATOS A COMPOREM O MANUAL ELABORADA ATRAVÉS DA PESQUISA DOCUMENTAL E LEVADA PARA DISCUSSÃO NO GRUPO FOCAL	223

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação representa um estudo de caso que descreve o processo de elaboração de um Manual de rotinas e procedimentos destinado aos enfermeiros que atuam na neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este trabalho é requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, integrando o Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição. O enfoque específico recai na linha de pesquisa de Avaliação e Produção de Tecnologias na Educação em Saúde, dedicada ao estudo, desenvolvimento e avaliação de processos educacionais na área da saúde.

Como produto técnico, esta dissertação culmina na produção de um manual abrangente direcionado aos enfermeiros de uma unidade de neonatologia. Além disso, como contribuição bibliográfica, enriquece a literatura ao abordar a relevância da padronização de procedimentos e rotinas nesse contexto específico, bem como também alimenta a discussão acerca da elaboração de manuais de qualidade na área da saúde.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Elaborar um Manual de Rotinas e Procedimentos para enfermeiros do Serviço de Enfermagem em Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SENEO/HCPA).

1.2 Objetivos Específicos

São objetivos específicos desse trabalho:

- identificar o conjunto de rotinas e procedimentos de enfermagem do SENEIO/HCPA;
- identificar rotinas e procedimentos de enfermagem do SENEIO/HCPA não padronizados.

2 INTRODUÇÃO

A neonatologia é um campo da área da saúde destinado ao cuidado de recém-nascidos (RNs) de zero a 28 dias de vida que surgiu a partir da necessidade de redução das altas taxas de mortalidade infantil, em especial dos RNs prematuros. Porém, somente a partir do século XIX que pediatras e obstetras passaram a olhar para o RN de forma mais minuciosa, estabelecendo regras de cuidados e desenvolvendo equipamentos para a assistência à sua saúde, embasados em estudos (Rodrigues; Oliveira, 2004).

Considerado o pai da Neonatologia pela literatura, o obstetra francês Pierre Budin foi o responsável pelo desenvolvimento de princípios e métodos que formaram a base da medicina neonatal ao estabelecer modelos de cuidados para bebês com baixo peso ao nascer, como a manutenção do equilíbrio térmico, a prevenção de infecções e o aleitamento materno (Rodrigues; Oliveira, 2004). A partir de então, as pesquisas na área de atenção ao RN começaram a adquirir força, com destaque para os avanços tecnológicos utilizados para o aperfeiçoamento do atendimento aos RNs (Pedron, 2007).

A história mostra que a enfermagem também foi fundamental para o desenvolvimento da neonatologia, evidenciando a obtenção de melhores desfechos quando enfermeiras bem treinadas supervisionavam os cuidados ofertados aos RNs prematuros (Rodrigues e Oliveira, 2004). Ainda hoje, o enfermeiro é apontado como o principal agente nos processos de cuidado ao RN, exercendo papel fundamental nas unidades neonatais com o intuito de garantir um cuidado integral e qualificado (Frank *et al.*, 2018). Ademais, a enfermagem é uma ciência reconhecida pela prestação de cuidados de forma ininterrupta e que, para isto, requer conhecimentos técnicos e científicos de suas atribuições, principalmente quando o cuidado é prestado a um ser tão singular e frágil como o neonato.

Assim, por se tratar de uma especialidade da enfermagem que contém aspectos peculiares e minuciosamente criteriosos, existe a necessidade de padronização das normas, das rotinas e dos processos para garantir a prestação da assistência com segurança e excelência. Para este propósito, os manuais se apresentam como importante elemento que contribui com a organização dos serviços de saúde.

Um manual é definido como uma ferramenta composta por um conjunto de normas, procedimentos, funções, atividades, instruções e orientações capaz de possibilitar a caracterização e a condução das atividades a serem desenvolvidas, a fim de reproduzir, disseminar e sedimentar o conhecimento e a experiência (Pacheco Junior; Mendes, 2015).

Perante as vivências e realidades atribuídas às atividades assistenciais e gerenciais dos enfermeiros que atuam no Serviço de Enfermagem em Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SENEO/HCPA), evidenciou-se a necessidade de haver um instrumento que concentrasse as principais informações relacionadas às normas, rotinas e procedimentos realizados por este grupo, possibilitando a consulta prática, ágil e de fácil acesso, a fim de contribuir para resultados positivos na prestação de serviços. Assim, surgiu a motivação para a construção de um manual com o intuito de suprir tais necessidades.

Diante do exposto e esperando alcançar os objetivos propostos para este estudo, partiu-se da seguinte questão de pesquisa: Quais elementos do Serviço de Neonatologia precisam ser contemplados em um Manual destinado aos enfermeiros?

3 REVISÃO DA LITERATURA

Com o objetivo de melhor compreensão e fundamentação dos temas abordados no presente trabalho, foi construído este capítulo que aborda os seguintes tópicos: contexto histórico da neonatologia; organização das unidades neonatais; atuação da enfermagem na assistência aos neonatos; organização dos processos de enfermagem e hospitalares; manuais: conceito e aplicabilidade; e, como elaborar um manual.

3.1 Contexto histórico da neonatologia

A história apresenta que, anteriormente ao século XIX, as crianças eram ignoradas pelos médicos e não havia instituições que se dedicassem aos seus cuidados, exceto algumas fundações onde eram altas as taxas de mortalidade infantil, que chegava a 85-95% entre os RNs prematuros (Rodrigues; Oliveira, 2004; Oliveira; Rodrigues, 2005; Lussky, 1999). Era esperado que houvesse uma “seleção natural” de sobrevivência entre os RNs prematuros e aqueles que apresentavam malformações (Alvery, 1999).

Estas elevadas taxas de mortalidade somadas à queda na taxa de natalidade contribuíram para o surgimento de um Movimento para a Saúde da Criança na Europa entre 1870 e 1920, que buscava preservar a vida das crianças, incluindo os bebês prematuros, sendo um marco na história da medicina neonatal com a criação de berçários de cuidados especiais (Alvery 1999; Lussky, 1999; Rodrigues; Oliveira, 2004; Oliveira; Rodrigues, 2005).

Assim sendo, o tratamento neonatal teve conquistas relevantes com o passar dos anos como: a criação da primeira incubadora em 1878 por solicitação do obstetra Stephane Etienne Tarmier que resultou na redução da taxa de mortalidade de 66% para 38% em RNs com peso inferior a 2000g; a implantação do uso de nitrato de prata para profilaxia da *Ophtalmia neonatorum* por Carl Credê em 1888 e a introdução dos cuidados pré-natais por John Baleantyne. Percebe-se um investimento contínuo com a ampliação das maternidades para o atendimento aos RNs com diferentes enfermidades assim como, o desenvolvimento no tratamento pré-natal (Alvery 1999; Lussky, 1999; Rodrigues; Oliveira, 2004; Oliveira; Rodrigues, 2005).

Apesar dos avanços do cuidado neonatal, não se sabia de quem seria a responsabilidade pela assistência aos neonatos, o que levou a uma disputa entre obstetras e pediatras em 1916 (Lusky, 1999). Neste momento, o pediatra Julius Hess, dando atenção a esta problemática, implantou a disciplina de neonatologia em Chicago, USA (Lusky, 1999).

A partir de 1920, as pesquisas na área neonatal começaram a ganhar força, destacando-se a consolidação e organização dos avanços tecnológicos para o aprimoramento do atendimento ao recém-nascido (Rodrigues; Oliveira, 2004; Lusky, 1999) e em 1922, foi criado o primeiro centro de assistência para lactentes e prematuros em Chicago (Lusky, 1999). Porém, o termo “Neonatologia” somente foi instituído por Alexander Schaffer em 1960, na publicação do livro sobre o assunto, “*Diseases of the Newborn*” (Alvery, 1999). A assistência desenvolvida para os cuidados dos recém-nascidos, especialmente para os prematuros, acrescidos do desenvolvimento dos cuidados pré-natais foram a iniciativa para uma assistência qualificada resultando na redução da morbimortalidade peri e neonatal (Novaes, 1990).

No Brasil, a assistência à criança era voltada para ações preventivas e baseada na caridade e na filantropia (Oliveira; Rodrigues, 2005). Oliveira (1999) cita a criação de instituições de cunho social para o atendimento infantil e descreve a inauguração da Policlínica Geral do Rio de Janeiro em 1882 como um marco na história da pediatria no país. Em 1908, foi instalada a primeira creche popular da cidade do Rio de Janeiro (creche Senhor Alfredo Pinto), a qual possuía 21 leitos e duas incubadoras (Brasil, 1922).

Sob influência dos países mais desenvolvidos, o início da organização da assistência ao RN no Brasil no século XX foi baseada nos métodos estrangeiros, destacando-se a importação de incubadoras para o país evidenciado pelos resultados benéficos obtidos pelo seu uso em RNs prematuros em Paris (Rodrigues; Oliveira, 2004).

No Rio Grande do Sul, o atendimento neonatal teve seu início a partir dos anos 60 com a existência de berçários que prestavam cuidados gerais aos RNs e, a partir de 1978, surgiram as primeiras Unidades de Internação de Neonatologia destinadas ao tratamento intensivo, “sendo também as primeiras do Brasil” (Pedron, 2007).

3.2 Organização das unidades neonatais

Conforme a Portaria nº 930 de 2012 do Ministério da Saúde (Brasil, 2012a), uma Unidade Neonatal é definida como o local destinado à assistência de pacientes com idade entre zero e 28 dias de vida considerados graves ou potencialmente graves, sendo responsável pelo cuidado integral destes RNs. Para isto, deve possuir estruturas assistenciais que possibilitem condições técnicas adequadas para a prestação da assistência, compreendendo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (Brasil, 2012a).

Esta mesma portaria, complementada pela Portaria nº 1.683/2007 que orienta a implementação do Método Canguru e pelo manual técnico de Atenção Humanizada ao Recém-nascido, além de definir a perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado aos neonatos, define direcionamentos para a organização dos serviços e dos leitos neonatais orientando a necessidade de haver uma articulação de forma progressiva na linha de cuidados, permitindo a adequação entre a condição clínica do bebê e a capacidade instalada (Brasil, 2007; Brasil, 2012a; Brasil, 2017).

Assim, orienta a divisão das Unidades Neonatais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), sendo a última, dividida em duas tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). A seguir, são descritas as características principais de cada uma conforme as Portarias descritas nos parágrafos anteriores (Brasil, 2012a; Brasil, 2017):

3.2.1 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

A UTIN é classificada como um serviço hospitalar de alta complexidade voltado para o atendimento do RN grave com as seguintes características e/ou necessidades:

- qualquer idade gestacional (IG) com necessidade de ventilação mecânica (VM) ou com insuficiência respiratória em fase aguda que necessite fração inspirada de oxigênio (FiO₂) maior que 30% (trinta por cento);

- RNs com IG menor que 30 semanas ou com peso de nascimento inferior a 1000g;
- que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias e pequeno e médio porte;
- com necessidade de nutrição parenteral (NPT); e
- necessidade de cuidados especializados como: uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de VM e FiO₂ maior que 30% (trinta por cento), exsanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação.

3.2.2 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN)

Essas unidades hospitalares são designadas para cuidar de RNs com risco leve a moderado que não atendem aos critérios de admissão em uma UTIN. Elas são organizadas em duas tipologias distintas: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

3.2.2.1 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)

São serviços destinados ao atendimento de RNs considerados de médio risco, que exijam assistência contínua, mas de menor complexidade do que na UTIN, configurando-se como unidade de suporte à UTIN ou de forma independente. Assim, destina seus cuidados ao recém-nascido:

- que após a alta da UTIN ainda necessite de cuidados complementares;
- com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAP ou Capuz em Fração de Oxigênio (FiO₂) elevada (FiO₂ > 30%);
- com peso superior a 1.000g e inferior a 1.500g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso;

- maior que 1.500g, que necessite de venóclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável;
- em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;
- submetido a procedimento de exsanguineotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico; e
- submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN.

3.2.2.2 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Consiste em unidades hospitalares cujo serviço é composto por uma infraestrutura física e material destinada ao acolhimento de mães e filhos visando a prática do Método Canguru, proporcionando repouso e convivência contínua no mesmo ambiente 24 horas por dia, até a alta hospitalar. Estas unidades somente poderão funcionar em unidade hospitalar que possua uma UCINCo. Deste modo, estas unidades devem:

- garantir o repouso e a permanência do binômio mãe-bebê neste ambiente nas 24 horas do dia até a alta hospitalar;
- possuir suporte assistencial através de uma equipe treinada capaz de prestar cuidados assistenciais e orientações à mãe sobre a sua saúde e a do RN;
- serem responsáveis pelo cuidado ao RN com peso superior à 1250g, clinicamente estáveis e com nutrição enteral plena.

3.3 Atuação da enfermagem na assistência aos neonatos

Sendo a Unidade de Neonatologia um setor onde os profissionais estão envolvidos no tratamento de neonatos que apresentam situações clínicas delicadas, necessita ser composta por uma equipe multidisciplinar composta por

neonatologistas, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, entre outros, para que a assistência seja prestada de forma integral e individualizada, de acordo com as necessidades de cada paciente (Brasil, 2012a). Dentre estes profissionais, destaca-se a atuação da equipe de enfermagem, que exerce suas funções de forma ininterrupta, sendo o enfermeiro, o profissional que exerce grande influência na adaptação à vida extrauterina e na recuperação do RN, a partir da responsabilidade em articular os processos de cuidado, tanto humanos quanto tecnológicos (Dias *et al.*, 2016).

Para isto, o enfermeiro necessita possuir conhecimentos técnicos e científicos de suas atribuições, bem como ter capacidade de prestar uma assistência de qualidade aos RNs e suas famílias (Ribeiro *et al.*, 2016). Ainda, necessita conciliar habilidades e competências técnicas e humanas para atuar neste setor, assim como, ser capaz de identificar situações peculiares, estando preparado e comprometido com o cuidado (Otaviano; Duarte; Soares, 2015).

A Lei nº 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, dispõe como atividades privativas do enfermeiro, além da organização, planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem, o cuidado direto a pacientes graves com risco de vida e o cuidado de maior complexidade técnica e que exige conhecimentos de base científica e capacidade na tomada de decisões, entre outras atividades (Brasil, 1986).

Além da assistência ao paciente, o enfermeiro tem importante papel como educador, tanto na educação permanente junto aos profissionais quanto na educação em saúde dos familiares envolvidos no cuidado ao recém-nascido (Ribeiro *et al.*, 2016). Como gestor, o enfermeiro é responsável pela organização da unidade, no que diz respeito à provisão de recursos materiais e humanos, gerenciamento da equipe e padronização da assistência (Ribeiro *et al.*, 2016), ou seja, gerencia as práticas do processo de cuidado (Farias; Parente; Anjos, 2018).

A gestão realizada pelo enfermeiro está pautada desde a tomada de decisões até sua execução, e para isso, necessita que o mesmo esteja apropriado de suas habilidades e conhecimentos, sobretudo para desempenhar seu papel de liderança, criando mecanismos favoráveis para a execução das tarefas planejadas (Santos, 2017). Deste modo, o enfermeiro apropria-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que consiste em organizar o “trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo

de Enfermagem” (COFEN, 2009, p. 1). Ribeiro *et al.* (2016, p. 3840) destacam que através do desenvolvimento da SAE o enfermeiro garante “a prática do exercício profissional de forma ágil, prática, funcional e humanizada”.

3.4 Organização dos processos de enfermagem e hospitalares

Os hospitais são definidos como organizações complexas responsáveis por intervenções técnicas que almejam o tratamento e a prevenção de danos à saúde e que, para isto, necessitam de boas práticas de gestão dirigidas ao aperfeiçoamento de sua atividade com eficiência (Farias; Araújo, 2017). Sua complexidade está diretamente relacionada à dimensão do hospital, e conseqüentemente, à maior quantidade de funções e atividades, processos e profissionais que necessitam estar alinhados e organizados para o seu funcionamento (Oliveira; Affonso, 2018).

Para isto, além de estar estruturalmente alinhado entre as funções e processos, necessita constituir um sistema de relação entre as pessoas que exercerem as diversas atividades. Desta forma, a existência de documentos internos que contenham regras e normas a serem seguidas nas organizações se faz necessária (Oliveira; Affonso, 2018).

Consideram-se normas todas as “condutas de trabalho definidas para seu direcionamento, permitindo segurança em sua condução e organização de todos os processos que envolvem o funcionamento da instituição hospitalar” com o objetivo de “ditar as regras para a realização de procedimentos, tomada de decisão e definição do sistema de trabalho” (Motta; Miranda; Tajra, 2020, p. 42). As normas são instituídas com a intenção de orientar o desenvolvimento das pessoas a fim de alcançarem os objetivos determinados pela administração superior além de nortear o alcance dos objetivos organizacionais de forma segura e eficiente (Mendes; Chora, 2011).

Já as rotinas, são caracterizadas pelo conjunto de ações ordenadas de um processo a ser desenvolvido pela execução de ações realizadas frequentemente, de forma repetida (Mendes; Chora, 2011). Motta, Miranda e Tajra (2020) definem rotina como uma prática constante, um caminho já trilhado e de conhecimento prévio, e como o hábito de realizar as mesmas tarefas sempre da mesma maneira. Diferentemente, a técnica pode ser entendida como uma descrição minuciosa e

sequencial de uma determinada atividade a ser realizada, ou seja, de um procedimento a ser desenvolvido (Santos *et al.*, 2011).

Cabe lembrar que no princípio da enfermagem, os cuidados aos pacientes não eram embasados cientificamente e eram prestados por pessoas religiosas através da caridade, sem o uso de um método de trabalho que orientasse as suas ações, onde as decisões eram tomadas conforme as necessidades surgissem (Medeiros, 2011). Com o passar dos anos e com o avanço do conhecimento científico no âmbito da enfermagem e da autonomia profissional, nota-se um progresso considerável na organização dos processos de trabalho desta classe.

Assim, devido à complexidade do trabalho exercido pela enfermagem no ambiente hospitalar nos dias atuais e com o intuito de desenvolver uma prática segura a partir do conhecimento de aspectos gerais de organização e administração do trabalho em saúde, bem como a ampliação de competências e habilidades, são construídos protocolos para nortear as ações realizadas pelos profissionais (Krauzer *et al.*, 2018).

Protocolos são tecnologias de trabalho elaboradas a partir de estudos teóricos, de diálogos entre os profissionais e de práticas implantadas para o cuidado em saúde (Krauzer *et al.*, 2018). São rotinas organizadas a partir do conhecimento científico atual dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, respaldados cientificamente que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços em saúde (Werneck; Faria; Campos, 2009). Jorge, Carvalho e Medeiros (2013), apresentam que a importância da organização interna das instituições hospitalares pode ser medida como o resultado dos esforços de inovação empreendidos em normas, rotinas e protocolos de procedimentos prestados na unidade, independente da qualificação do seu pessoal.

3.5 Manuais: conceito e aplicabilidade

Pacheco Junior e Mendes (2015, p. 87) definem manuais como

[...] qualquer conjunto de normas, procedimentos, funções, atividades, instruções e orientações, substanciais ou essenciais, possibilitando definir e orientar as atividades a serem desenvolvidas, reproduzindo, difundindo e sedimentando o conhecimento e a experiência.

Um manual constitui um instrumento de consulta com a finalidade de esclarecer dúvidas e orientar a prática da enfermagem (Santos *et al.*, 2011).

O Grupo de Trabalho de Produção Técnica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), em seu relatório que define a produção técnica e tecnológica obtida através de pesquisas desenvolvidas pelos programas de pós-graduação, define manual da seguinte forma:

Conjunto das informações, decisões, normas e regras que se aplica a determinada atividade, que encerra os conhecimentos básicos de uma ciência, uma técnica, um ofício, ou procedimento. Pode ser um guia de instruções que serve para o uso de um dispositivo, para correção de problemas ou para o estabelecimento de procedimentos de trabalho. No formato de compêndio, livro/guia pequeno ou um documento/normativa, impresso ou digital, que estabelece como se deve atuar em certos procedimentos. (CAPES, 2019, p. 1-2).

Um manual de enfermagem é definido como um instrumento que sistematiza normas, rotinas, procedimentos e outras informações essenciais para a realização das atividades de enfermagem (Motta, Miranda e Tajra, 2020). Sua importância emerge pelo seu conteúdo, que pode abranger normas e rotinas institucionais, assim como as técnicas mais utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem, objetivando a qualidade do cuidado realizado e permitindo respaldo aos trabalhadores (Santos *et al.*, 2011). Além disso, contribui como elo entre gestor e colaborador quando utilizado para mostrar o arranjo da instituição (Santos *et al.*, 2011).

À medida que o conteúdo de um manual atinge a organização em ação e sua estrutura como um todo, o mesmo torna-se conectado à gestão de processos. Sendo assim, seu objetivo é reunir informações e colocá-las à disposição como um instrumento capaz de facilitar a gestão de processos, de forma sistematizada, criteriosa e segmentada (Araújo, 2011; Ballesteros-Alvarez, 2015; D'Ascensão, 2001; Oliveira, 2013a). Enfim, pode-se dizer que um manual é uma ferramenta que explica o como fazer, ou seja, ensina a fazer o trabalho.

Em 1975, Andrade já defendia o emprego de manuais como sendo indispensáveis, pois, quando bem elaborados, oferecem condições para melhor explanação das normas e procedimentos para as equipes de enfermagem durante treinamentos assim como, um entendimento igualitário das informações durante o trabalho para a reafirmação de esclarecimentos (Andrade, 1975). A mesma autora acrescenta que o emprego do manual é condição indispensável para a execução

das atividades que abrangem o alcance de objetivos quando estes envolvem normas e procedimentos.

Conhecimento, habilidades e iniciativas são exigências cobradas dos enfermeiros na realização de seu papel, com o objetivo de alcançar resultados positivos e sabe-se que há redução na ocorrência de erros na execução das atividades de enfermagem quando se tem profissionais qualificados e bem preparados (Pimentel, 2012). Logo, um manual de normas e procedimentos bem estruturado se torna instrumento importante para os profissionais, desde que esteja disponível para consulta sempre que necessário (Pimentel, 2012).

Algumas demandas institucionais indicam a necessidade do uso de manuais, sendo elas: o desconhecimento do funcionamento de determinada unidade ou a necessidade de fortalecimento da imagem de um serviço ou atividade; problemas com processos organizacionais; a necessidade de divulgar mudanças nos processos; necessidades de avaliação e análises da gestão dos processos; criação de manuais para fins de treinamentos; a formalização de políticas e diretrizes da organização; definição dos processos de admissão, treinamentos e avaliação, com destaque para os procedimentos (Araújo, 2011).

Na literatura, encontram-se as seguintes vantagens quanto ao uso de manuais nos processos de trabalho (Santos *et al.*, 2011; Pacheco Junior; Mendes, 2015):

- orientar o desenvolvimento das atividades do serviço;
- garantir a realização adequada das técnicas;
- proporcionar segurança para o trabalhador e para o usuário;
- proteger o serviço e a administração contra prováveis equívocos e contradições, evitando desordens no trabalho;
- disponibilizar um instrumento importante e constante fonte de informação desde que atualizado e reeditado;
- facilitar o processo de efetivação e cumprimento de normas, procedimentos e funções necessários para o bom desempenho das atividades;
- auxiliar na padronização e uso de terminologias técnicas básicas;
- ser a fonte de consulta permanente podendo ser revisado, atualizado e avaliado de maneira objetiva;

- suscitar maior eficiência dos procedimentos administrativos e operacionais;
- ser um instrumento que auxilie a gestão de processos, produzindo análise e avaliação permanente possibilitando adequação, coerência e continuidade nas normas e nos procedimentos;
- prevenir a execução improvisada e inadequada de uma atividade;
- estimular uma postura mais formal, subsidiando a fixação de critérios e padrões visando a normatização das atividades;
- atenuar conflitos entre agentes de uma área ou atividade,
- apontar uma ordenação no desempenho de atividades, definindo as responsabilidades de cada trabalhador, padronizando suas funções, subfunções e atividades envolvidas.
- construir um sistema de informações evoluído e atualizado.
- ser um instrumento eficaz de consulta que possibilita a orientação e a capacitação; e,
- minimizar o desperdício de material.

Algumas desvantagens também podem ser mencionadas em relação aos manuais, como: tornar-se obsoleto quando não utilizados adequadamente ou não atualizados de forma permanente; serem pouco úteis quando muito sintetizados ou, se muito detalhados, correm o risco de obsolescência diante de pequenas mudanças; caso não contemplem todos os assuntos, podem ser considerados de pouca utilidade; pode haver pouca flexibilidade, sendo capaz de enfraquecer a iniciativa individual quando normatizados os passos ou etapas de uma atividade; ter potencial de fomentar uma burocratização excessiva ao apresentarem normas, procedimentos e processos a obedecer; possuir um custo para a sua elaboração e manutenção; e, haver pouca atração pela leitura de grandes manuais por parte de algumas pessoas (Oliveira, 2013a; Pacheco Junior; Mendes, 2015).

Andrade (1975) classifica os manuais, normas e procedimentos de acordo com a sua finalidade, podendo ser gerais, específicos ou de educação em serviço:

- geral: contém normas técnicas e administrativas, procedimentos e informações expressas para a execução de ações em saúde, elaboradas

com o propósito de servir como base e orientar o desenvolvimento das atividades da enfermagem na unidade local;

- específico: constituem aspectos de uma área do programa de saúde que demandem uma atuação mais ampla da enfermagem, quanto à extensão e complexidade;
- de educação em serviço: compreendem as normas, procedimentos, métodos, técnicas, bibliografia e demais recursos utilizados no desenvolvimento das atividades de ensino.

Um manual de normas e procedimentos pode ser elaborado quando um serviço está em sua fase de organização e programação de suas atividades ou quando ele já está em funcionamento e não utiliza uma forma adequada de apresentação escrita das normas e procedimentos. No primeiro caso, sua construção pode ser iniciada imediatamente após as decisões quanto à estruturação e programação das atividades, podendo ser apresentado simultaneamente com a implantação do programa. Na segunda circunstância, pode resultar em decisões quanto à inclusão e/ou atualização das normas e procedimentos, bem como de sua eliminação quando estas não se ajustarem mais às condições ideais do serviço, a partir do estudo da prática de enfermagem (Andrade, 1975).

3.6 Como elaborar um manual

A construção de um manual deve responder, com maior ou menor profundidade e dimensão, às seguintes questões: O que deve ser feito? Como deve ser feito? Quando deve ser feito? Onde deve ser feito? Quem deve fazer? Porque deve ser feito? (D'Ascensão, 2001). Araújo (2011) denota que conhecer e relacionar todos os manuais existentes na instituição, considerar as demandas existentes, eleger um modelo capaz de descrever e qualificar cada sistema, considerar estudos preliminares e distribuir o material aos participantes do processo são etapas que orientam a consolidação do uso adequado de um manual.

Quando um manual tem por função normatizar procedimentos, Pacheco Junior e Mendes (2015) trazem como orientações que os mesmos devem:

- ter como finalidade descrever e detalhar o desenvolvimento ou a operacionalização das atividades ou procedimentos que formam os diferentes setores das instituições;
- definir critérios e procedimentos que facilitem a execução homogênea dos serviços;
- conter as instruções necessárias para o desenvolvimento de atividades de interesse das unidades administrativas da empresa;
- delinear a operacionalização das atividades que versam o sistema;
- apresentar fluxogramas com representações de diversos procedimentos descritos; e
- apresentar anexos que podem ser em formas de tabelas, documentos, reproduções de textos, legislação, ou qualquer informação relativa a determinado assunto.

Para a elaboração de um manual, os seguintes componentes devem ser empregados segundo Pacheco Junior e Mendes (2015): definição metodológica; definição das premissas; definição do modelo de manual; escolha dos processos, normas e condutas baseadas em evidências ou experiências sólidas; transferência de conhecimento aos envolvidos; e acompanhamento da aplicabilidade e validação. Em complementação, estes mesmos autores apontam que um manual deve conter alguns “requisitos básicos” em sua elaboração, como: apresentar um texto conciso e de redação simples, ao mesmo tempo claro e eficiente; conter índice e sumário; utilizar normas institucionais vigentes; ser flexíveis; e, apresentarem um processo contínuo de revisão, atualização e distribuição.

A elaboração de um manual requer uma estrutura mínima de formatação, independente do objetivo proposto. Deve conter (Ballestero-Alvarez, 2015; Oliveira, 2013a):

- introdução: apresentando sua estrutura e seus objetivos;
- sumário ou índice numérico: permitindo a rápida localização das informações buscadas;
- instruções para uso e atualização: para os sistemas de codificação, anexos ou apêndices, quando houver;

- conteúdo: construído conforme os objetivos de cada manual;
- anexos, apêndices e glossários: quando há o objetivo de ilustrar e auxiliar o entendimento, usando as mais diversas fontes de informação;
- referências: indicando os autores consultados para a elaboração do manual.

Andrade (1975) propõe as seguintes fases para a elaboração de um manual: análise da situação; determinação dos assuntos básicos; organização; aprovação; apresentação para uso; utilização; e, revisão e atualização.

4 MÉTODO

O percurso metodológico para o desenvolvimento deste estudo foi composto pelo seguinte desenho: tipo de estudo; local da pesquisa; coleta de dados; sujeitos ou participantes; processamento e análise de achados.

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso.

As diferentes teorias que abrangem aspectos particulares acabam nos revelando o inevitável, que é a sobreposição entre o conhecimento e o interesse entre as condições históricas e o avanço das ciências. Por isto, a abordagem qualitativa pode ser definida como um estudo que torna capaz a incorporação das questões com seu significado e sua intencionalidade inseparáveis aos atos, relações e estruturas sociais como a construção humana significativa (Minayo, 2016).

Minayo (2016) complementa que a pesquisa qualitativa atua com um universo de significados, motivos, atitudes que correspondem a um espaço profundo das relações e processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Portanto, apresenta-se com características específicas e preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, e sim compreendido em sua dimensão subjetiva.

No que se refere ao estudo de caso, Yin (2015) o define como uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (o 'caso') em profundidade e em seu contexto de mundo real, sobretudo quando os limites entre os fenômenos e o contexto não estão nitidamente definidos.

Um estudo de caso é um delineamento de pesquisa que apresente as seguintes características: estuda os fenômenos em profundidade; investiga um fenômeno contemporâneo; estuda o caso como um todo, preservando o caráter do fenômeno estudado; e, utiliza múltiplos procedimentos de coleta de dados (Gil, 2021).

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), empresa pública que integra a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e está vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atuando desde 1971 na prestação da assistência à comunidade, oferece atendimento de alta complexidade em várias especialidades. Possui uma área física construída de 223.704,39m² divididos em Blocos A, B e C e anexos e dispõe de 836 leitos. Em 2021, computava com 6.719 funcionários e 502 docentes (HCPA, 2022).

A Unidade Neonatal, inaugurada em 1980, possui uma área física de 1200m², localizada no 11º andar do HCPA (Pedron, 2007), contando com 50 leitos divididos em oito salas, sendo: quatro salas de cuidados intensivos totalizando 20 leitos, duas salas de UCINCo (com 20 leitos) e duas salas de UCINCa (somando 10 leitos).

A equipe do Serviço de Enfermagem em Neonatologia (SENEO) conta com enfermeiros e técnicos de enfermagem e é comandada por: chefe do SENEIO e uma professora assistente, ambas vinculadas à UFRGS, chefe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e chefe da Unidade de Internação Neonatal. O grupo de enfermeiros que atua na assistência aos RNs internados no setor divide-se em seis turnos (manhã, tarde, noite 1, noite 2, noite 3 e sexto turno -plantonistas dos finais de semana e feriados), totalizando 40 profissionais.

4.3 Coleta de dados

Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos no presente estudo, a operacionalização da coleta dos dados foi realizada em três momentos compreendidos pelas seguintes estratégias: pesquisa e análise documental, grupo focal e observação participante. Em todas as etapas foi utilizada a amostragem intencional cujo objetivo é determinar dados abundantes e relevantes relacionados às perspectivas do estudo (Yin, 2016).

Para facilitar a compreensão, as fases foram subdivididas em três etapas que serão descritas a seguir.

4.3.1 Estratégia 1: Pesquisa documental

Para a primeira etapa deste processo foi realizada a busca e análise de documentos onde buscou-se conhecer a estrutura e a organização do serviço de enfermagem da neonatologia do HCPA, assim como os principais procedimentos realizados pelos enfermeiros.

Uma análise documental, além de conhecer a organização de uma empresa, é capaz de identificar as principais características de seus integrantes, dispondo de informações que possam auxiliar na elaboração de pautas de entrevistas e planos de observações, assim como, servir para o confronto dos dados obtidos por outros meios de coleta de dados. Vale ressaltar que, muitas das informações pretendidas pelo pesquisador já podem estar disponíveis sob a forma de documentos, caracterizados por “qualquer informação registrada em algum suporte” (Gil, 2021, p. 77).

A vantagem de utilizar os registros disponíveis nas organizações em pesquisa, além de reduzir o custo e o tempo dedicados à coleta de dados, é que não depende de procedimentos específicos para a coleta, já que as informações contidas nos documentos são estáveis (Gil, 2022).

Sendo assim, esta etapa da pesquisa partiu de um levantamento acerca dos documentos e instrumentos construídos em diferentes momentos da história do SENEIO no que se refere às normas, rotinas e procedimentos realizados pelos enfermeiros que fazem parte da Unidade de Neonatologia do HCPA. Para isto, realizou-se uma busca dos assuntos relacionados ao objetivo do manual nos seguintes locais: no sistema de Gestão Estratégica e Operacional (GEO), que consiste em um sistema informatizado institucional que armazena os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e está disponível aos colaboradores através da Intranet; em atas de reuniões da enfermagem do SENEIO e do Grupo de Trabalho de enfermagem (GT); e no e-mail institucional. Esta fase ocorreu no período de fevereiro a maio de 2023.

Para uma melhor organização, a busca foi sintetizada em formato de tabelas elaboradas em planilha digital no *Google Docs*, divididas de acordo com as fontes buscadas.

Na fase conclusiva da coleta de dados, após a realização da Estratégia 2 (Grupo Focal), foi retomada a busca documental, baseando-se nos resultados das

estratégias das etapas anteriores, a fim de aprimorar a descrição das normas, rotinas e procedimentos a serem incorporadas no Manual.

4.3.2 Estratégia 2: Grupo Focal

Em 4 de maio de 2023, a pesquisadora se reuniu com as lideranças da unidade, apresentando formalmente o projeto de pesquisa. Durante esse encontro, com base nos critérios predefinidos para a seleção dos participantes do grupo focal, foram identificados e escolhidos, em colaboração com a chefia, os enfermeiros considerados essenciais para serem convidados a participar do processo.

A fase subsequente da coleta de dados foi permeada pela estratégia do Grupo Focal (GF). No GF, foram definidas as normas, rotinas e procedimentos a serem incorporados no Manual, bem como a abordagem e formato de apresentação dos temas discutidos juntamente com os colaboradores representantes da equipe de enfermeiros do SENEIO.

O GF é uma técnica de entrevista com um grupo de participantes baseada na comunicação e na interação. Começou a ser difundido em 1980 e, atualmente, vem se tornando frequente na obtenção de dados qualitativos, principalmente nos ambientes de pesquisa profissional (Gil, 2021). Tem como principal objetivo reunir “informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados” buscando “colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços” (Trad, 2009, p. 780).

Sem a obrigatoriedade de buscar um consenso, mas encorajando a expressão de respostas que permitam uma melhor compreensão das atitudes, comportamentos, opiniões e percepções dos participantes, um GF é caracterizado pela sua capacidade de gerar dados através da interação (Gil, 2021). Por se tratar, geralmente, de uma técnica complementar, os objetivos do GF devem estar alinhados com os objetivos da pesquisa, todavia, tendem a ser de uma forma mais específica. Assim, os participantes também devem ser escolhidos de acordo com estes objetivos, sendo recomendado que o grupo tenha entre seis e dez participantes (Gil, 2021).

Desta forma, planejou-se a realização de um encontro de GF em dia e horário previamente definido juntamente às chefias do SENEIO e agendado antecipadamente com os enfermeiros convidados a participarem do estudo, por meio de convite formal via e-mail institucional.

Foram convidados a participar do encontro 10 (dez) enfermeiros que fazem parte do corpo clínico e gerencial do SENEIO. Esta amostra foi selecionada juntamente com a chefia do serviço com a intenção de contemplar a maior diversidade possível de representantes do grupo de enfermeiros.

Para maior adesão ao convite, houve autorização da chefia do serviço para que os participantes comparecessem ao GF mediante concessão de bancos de horas. Esse encontro foi realizado no dia 17 de maio de 2023, e teve a duração de 1:23h horas. Apesar da literatura trazer que o tempo ideal para o GF não deva ultrapassar uma hora de duração, o grupo demonstrou motivação e disposição para estender o tempo da reunião. Neste encontro, estiveram presentes nove enfermeiras representando: chefias das unidades da neonatologia, aqueles considerados referências em determinado assunto relacionado à especialidade; representantes da UTIN e da UCIN, enfermeiros dos turnos da manhã, tarde, noite e final de semana e, uma enfermeira recém-admitida na unidade e sem experiência na área de neonatologia.

Inicialmente, a expectativa era de que um encontro do grupo focal fosse suficiente para discutir e listar os principais tópicos para o manual. No entanto, não se antecipava que os primeiros resultados da pesquisa documental seriam tão abrangentes, abordados de maneira completa e complexa, a ponto de um único encontro não ser suficiente. Além disso, os participantes mostraram um grande envolvimento no projeto, destacando sua importância para o serviço. Como resultado, o grupo propôs um novo encontro para dar continuidade às discussões, o qual ocorreu no dia 24 de maio de 2023 e, surpreendentemente, se estendeu por um período de 2:57 horas, uma vez que o grupo estava empenhado em analisar todos os itens da lista fornecida. Neste segundo encontro, duas das nove enfermeiras não compareceram devido a férias e licença saúde.

As reuniões foram realizadas em uma sala disponibilizada pelo serviço nas instalações do hospital e foram conduzidas pela pesquisadora, conforme roteiro (Anexo I). As discussões foram gravadas em formato de áudio. Durante estes momentos, foram discutidos os assuntos encontrados na primeira fase da pesquisa

de acordo com a lista previamente elaborada e disponibilizada, onde os participantes tiveram a oportunidade de interação com o objetivo de definição dos itens a serem incluídos no manual. Também foi debatida a importância da elaboração do manual para o serviço de enfermagem em questão, assim como discutiu-se a melhor abordagem para apresentar os temas de maneira que otimize a compreensão e utilidade do manual.

4.3.3 Etapa 3: Observação participante

Simultaneamente com as etapas de coleta de dados descritas acima, utilizou-se a técnica de observação participante para agregar valor aos dados coletados. A observação participante, também conhecida como observação ativa, pode ser definida pela participação do pesquisador no grupo em estudo, onde este assume o papel de membro. De tal modo, procurando colocar-se no lugar dos sujeitos investigados, o pesquisador é capaz de entender o mundo através do ponto de vista dos mesmos, bem como, reduzir a distância entre eles (Gil, 2021).

4.4 Processamento e Análise de Achados

Nesta fase da pesquisa, foi realizada a transcrição das gravações das informações coletadas no GF e os dados provenientes de documentos foram organizados em planilhas eletrônicas. Após a transcrição e leitura dos dados oriundos das técnicas utilizadas para a coleta dos dados, partiu-se para análise dos achados.

Os dados qualitativos foram analisados conforme as fases propostas por Yin (2016), que consiste na compilação, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão dos dados. As rotinas e os procedimentos contemplados no manual foram identificados a partir do material coletado à semelhança dos procedimentos propostos por Campos (2004) para a categorização não apriorística, definida por categorias que surgem a partir das respostas dos sujeitos da pesquisa.

4.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os procedimentos ético-legais regidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS),

que aponta as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2012b), submetido à Plataforma Brasil conforme recomendação do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) e obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, Número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 66910923.9.0000.5327, parecer nº **5.899.555** (Anexo II).

Todos os participantes do GF foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos, riscos e benefícios do estudo. O compromisso explícito de assegurar total confidencialidade foi formalizado através da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme documentado no Anexo III. A participação no estudo foi estritamente voluntária e os participantes foram convidados a assinar o TCLE de forma consciente. Sendo assim, o anonimato foi mantido tanto durante a fase de coleta quanto na elaboração do Relatório Final. Nomes fictícios, representados por nomes de flores (Camélia, Girassol, Hortênsia, Jasmim, Margarida, Orquídea, Rosa, Tulipa e Violeta), foram adotados para os participantes, contribuindo assim para a preservação da confidencialidade e proteção da identidade dos envolvidos.

Importante ressaltar que a presente pesquisa foi conduzida com recursos financeiros próprios da pesquisadora, evidenciando a independência financeira do projeto.

5 RESULTADOS

Por meio da pesquisa no sistema GEO do HCPA, identificaram-se 78 Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) relacionados à assistência de enfermagem na área de neonatologia, os quais estão listados no Quadro 1.

Quadro 1 – Lista de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) na Neonatologia

(continua)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – NEONATOLOGIA	
Nº POP	Título
POP-0165	POP de Limpeza e Desinfecção de Materiais de Terapia Respiratória nas unidades
POP-0166	POP de Periodicidade de Troca de Materiais Invasivos e Descartáveis (Cateteres, Sondas, outros Materiais)
POP-0395	POP do Tempo de Permanência de Equipos-Soros nas Unidades de Enfermagem
POP-0469	POP de Manejo e Controle de Qualidade dos Glicosímetros
POP-0650	POP de Tratamento de Materiais e Equipamentos nas Unidades de Atendimento ao Paciente
POP-0897	POP de Manuseio Mínimo do RN Prematuro Cuidado Neuroprotetor
POP-0898	POP de Colostroterapia
POP-1286	POP de Critérios para Instalação de Isolamentos na Neonatologia (internação na sala 1102)
POP-1287	POP de Critérios para Liberação de Isolamentos e Medidas de Precaução na Neonatologia
POP-1914	POP de Manuseio de Perfurocortantes
POP-2125	POP de Descarte de Resíduos
POP-2705	POP de Coleta de Aspirado de Nasofaringe para Pesquisa de Bordetella e Vírus Respiratórios
POP-2707	POP de Cuidados com o Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (CCIP-PICC)
POP-2721	POP de Técnica de Inserção do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (CCIP-PICC) por Punção Direta (Peel-away)
POP-2722	POP de Verificação de Glicemia Capilar
POP-2732	POP de Admissão do Recém-Nascido na Neonatologia
POP-2735	POP de Limpeza e Conservação da Incubadora
POP-2737	POP de Umidificação das Incubadoras
POP-2738	POP de Administração de Iodopovidona 2,5% - Via Ocular
POP-2740	POP de Ambiente - Hora do Psu
POP-2741	POP de Banho do Recém-nascido na Sala de Admissão
POP-2742	POP de Higiene Perineal na Criança
POP-2743	POP de Manejo do Ingurgitamento Mamário e das Mamas Cheias
POP-2744	POP de Observação da Mamada
POP-2746	POP de Manejo do Trauma Mamilar
POP-2747	POP de Pesagem do Recém-Nascido Embrulhado e Medidas Antropométricas
POP-2749	POP de Técnica de Enrolamento do Recém-Nascido
POP-2750	POP de Transporte do Recém-Nascido em Incubadora e Berço de Transporte
POP-2759	POP de Realização do Balanço Hídrico de Paciente Pediátrico e Neonatal
POP-2766	POP de Cuidados na Inserção e Troca de Sondas Gástrica e Enteral no Recém-Nascido
POP-2767	POP de Punção Venosa Periférica
POP-2776	POP de Administração de Medicamentos - Via Intramuscular
POP-2790	POP de Dispensação e Transporte dos Imunobilógicos no Ambiente Hospitalar
POP-2805	POP de Instruções para Aplicação do Checklist nos Procedimentos Diagnóstico Terapêuticos (PDT) em Pacientes Pediátricos e Neonatais

(continua)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – NEONATOLOGIA	
Nº POP	Título
POP-2814	POP de Avaliação da Dor em Recém-Nascidos
POP-2817	POP de Cuidados com Oxigenoterapia na Incubadora
POP-2847	POP de Contenção Mecânica do Paciente Pediátrico e Neonatal
POP-2878	POP de Cuidados com Ninho de Toalha
POP-2880	POP de Nutrição Parenteral Total - NPT em Neonatologia
POP-2881	POP de Cuidados com Recém-Nascidos em Fototerapia
POP-2882	POP de Cuidados na Instalação e Manutenção de Pressão Arterial Invasiva via Cateter Umbilical
POP-2895	POP de Administração de Medicamentos - Via Endovenosa em Neonatologia
POP-2896	POP de Administração de Medicamentos - Via Subcutânea em Neonatologia
POP-2897	POP de Administração de Medicamentos Via Oral em Neonatologia
POP-2899	POP de Administração de Medicamentos - Via Sondas Gástrica / Entérica, Gastrostomia / Jejunostomia em Neonatolo
POP-2903	POP de Instalação e Cuidados com Ventilação Não Invasiva (VNI) e CPAP Nasal
POP-2910	POP de Cuidados com a Administração de Vacina Contra a Hepatite B em Recém-Nascidos Provenientes do Centro
POP-2911	POP de Aspirado e Lavado Gástrico no Recém-nascido
POP-2920	POP de Prevenção de Dor e Trauma Mamilar
POP-2925	POP de Higiene do Coto Umbilical
POP-2967	POP de Imobilização de Clavícula no Recém-Nascido
POP-3037	POP de Cuidados com Estomias de Eliminação
POP-3045	POP de Cuidados com Dreno de Tórax em Neonatologia
POP-3048	POP de Hipotermia Terapêutica Neonatal
POP-3058	POP de Aplicação do Nitrato de Prata Bastão no Granuloma Umbilical
POP-3059	POP de Conferência dos 6 Certos no Preparo e Administração de Medicamentos
POP-3074	POP de Verificação de Pressão Intra-abdominal em Neonatologia
POP-3089	POP de Cuidados com Curativo e Aspiração de Traqueostomia - Cânula Plástica
POP-3106	POP do Recém-Nascido em Observação na Unidade de Internação Neonatal Proveniente do Centro Obstétrico ou U
POP-3109	POP de Administração de Dieta Enteral na Neonatologia
POP-3132	POP de Medicamentos Prescritos pelo Enfermeiro
POP-3159	POP de Cuidados de Enfermagem em Anestesia Local e Sedação de Recém-Nascido Submetido à Punção Lombar
POP-3160	POP de Banho de Aspersão do Recém-Nascido Prematuro
POP-3161	POP do Banho de Imersão do Recém-Nascido em Neonatologia
POP-3166	POP de Cuidados na Administração de Ganciclovir
POP-3175	POP de Cuidados na Instalação de Diálise Peritoneal em Buretas em Paciente Pediátrico e Neonatal
POP-3177	POP de Cuidados na Instalação de Equipamento NAVA na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP)
POP-3182	POP de Cuidados no Preparo e Administração de Palivizumabe
POP-3185	POP de Verificação de pH Gástrico-Enteral
POP-3186	POP de Aspiração do Tubo Endotraqueal com Sistema Fechado
POP-4733	POP de Passagem de Sonda de Aspiração Contínua em Recém-Nascidos
POP-4761	POP de Transporte, Preparo e Administração da Vacina BCG
POP-4773	POP de Coleta de Prova de Compatibilidade Transfusional em Áreas não Atendidas pela Equipe Transfusional
POP-4780	POP de Utilização de Equipamentos de Proteção Individual para Atendimento a Pacientes com Suspeita ou Infectados por Coronavírus- COVID-19
POP-4804	POP de Cuidados ao Paciente com Risco ou Alergia ao Látex
POP-4822	POP de Cuidados com Oxigenoterapia e Cálculo da Concentração de Oxigênio por Campânula

(conclusão)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – NEONATOLOGIA	
Nº POP	Título
POP-4908	POP de Cuidados com Gastrostomia e Jejunostomia
POP-5113	POP de Coleta de Sangue em Cateter Central para Exames Laboratoriais na Neonatologia - Cateter Venoso Central

Fonte: Sistema interno HCPA (2023).

No que se refere às atas de reuniões, foram analisadas 14 atas referentes às reuniões de enfermeiros do serviço, abrangendo o período de fevereiro de 2021 a fevereiro de 2023. Ademais, não foram encontrados documentos referentes a três reuniões.

O Quadro 2 demonstra a quantidade de tópicos pertinentes que foram selecionados, bem como os tópicos que foram desconsiderados, para cada ata:

Quadro 2 – Análise de atas de reuniões dos enfermeiros do SENEIO

Reuniões dos enfermeiros do SENEIO		
Data da Reunião	Nº de itens incluídos	Nº de itens excluídos
08/02/2021	12	8
15/03/2021	6	7
13/04/2021	10	15
12/05/2021	9	2
07/07/2021	15	15
05/08/2021	4	1
18/10/2021	3	5
10/02/2022	4	4
12/05/2022	5	9
30/06/2022	10	7
23/09/2022	9	6
23/11/2022	3	1
23/12/2022	0	1
07/02/2023	5	3

Fonte: elaborada pela autora.

Quanto às reuniões de Grupo de Trabalho da equipe do SENEIO, foram localizadas 26 atas de encontros ocorridos entre agosto de 2020 e maio de 2023. Essas reuniões, realizadas mensalmente, contam com a participação de representantes da enfermagem, incluindo enfermeiros e técnicos de enfermagem de diferentes turnos. O propósito desses encontros é discutir rotinas, superar desafios e apresentar propostas e sugestões para melhorias ao grupo mais amplo.

O Quadro 3 detalha a quantidade de tópicos relevantes considerados e excluídos em cada ata:

Quadro 3 – Análise de atas de reuniões do grupo de trabalho do SENEIO

Reuniões do Grupo de Trabalho do SENEIO		
Data Reunião	Nº de itens incluídos	Nº de itens excluídos
28/08/2020	4	2
17/09/2020	2	8
05/11/2020	1	9
26/03/2021	6	26
03/05/2021	5	8
31/05/2021	3	14
28/06/2021	5	13
26/07/2021	13	13
30/08/2021	5	11
27/09/2021	10	10
26/10/2021	10	11
29/11/2021	2	13
27/12/2021	12	19
31/01/2022	6	17
07/03/2022	9	17
28/03/2022	9	14
25/04/2022	9	14
30/05/2022	7	13
27/06/2022	14	17
27/07/2022	9	11
29/08/2022	7	8
26/09/2022	7	5
31/10/2022	7	9
05/12/2022	5	10
01/02/2023	5	12
08/05/2023	6	21

Fonte: elaborada pela autora.

A leitura e análise dos e-mails institucionais teve início em fevereiro de 2023, abrangendo um total de 1774 correspondências na caixa de entrada. Deste total, separaram-se 366 e-mails que faziam referência às rotinas e procedimentos realizados pela enfermagem na neonatologia. Esta etapa foi finalizada em março de 2023.

Esta pesquisa permitiu identificar e eleger temas relevantes, assim como documentos candidatos a comporem a construção do manual. Com base na análise dos resultados da primeira fase do estudo, foi desenvolvida uma lista inicial contendo os temas selecionados (Anexo IV). Esta lista foi discutida durante a reunião do grupo, com o propósito de analisar, debater e selecionar os itens considerados pertinentes para a integração no manual.

Durante a realização do grupo focal, além da discussão sobre a importância de ter um manual, o grupo eliminou 73 itens da lista em análise. Adicionalmente, foram propostos 11 novos assuntos para inclusão no manual.

Nesta reunião do GF, também foi abordada a estratégia de apresentação e redação do manual. Dada a natureza dinâmica das rotinas e procedimentos, não foi estabelecida uma forma padrão de apresentação no manual devido à diversidade inerente a cada situação. A proposta padrão seria aderir ao que já está registrado nos POPs, mas, no contexto do manual, a escrita tem como objetivo simplificar as informações. O grupo determinou que a abordagem mais eficaz seria apresentar as informações de forma resumida e pontual, destacando o que é essencial. A sugestão do GF incluiu a segmentação do manual em partes assistenciais e administrativas, organizando os temas em ordem alfabética dentro dessas categorias amplas para facilitar a busca e compreensão.

A análise dos dados coletados, conforme as etapas mencionadas, resultou na criação da estrutura preliminar para a elaboração do manual. Em seguida, a busca por documentos foi retomada, centrada nos temas selecionados, incluindo a localização de novos documentos no sistema GEO. Esses achados estão detalhados no Quadro 4.

Quadro 4 - Documentos adicionados na fase final da pesquisa

(continua)

Nº POP	Título
POP-0542	POP de Transfusão de Emergência (sem provas)
POP- 1156	POP de Assistência ao Paciente com Anomalia da Diferenciação Sexual (ADS)
POP-2708	POP de Curativo
POP-2723	POP de Exsanguíneo Transfusão Parcial
POP-2726	POP de Transfusão de Hemocomponentes nas Áreas não Atendidas pela Equipe Transfusional
POP-9599	POP de Cuidados com o Recém-nascido Submetido à Ecografia
POP-0590	POP de Instalação, Manutenção e Liberação das Medidas de Prevenção para Portadores de Germes Multirresistentes
POP-0351	POP de Atendimento de Acidentes com Exposição a Material Biológico
POP-0457	POP de Rastreamento de Paciente Portador de VRE, <i>Acinetobacter sp</i> Resistentes à Carbapenêmicos e ECR
POP-2674	POP de Identificação do Paciente
POP-2689	POP de Precauções de Contato
POP-2690	POP de Precauções Padrão
POP-2691	POP de Precauções para Aerossóis
POP-2692	POP de Precauções para Gotículas
POP-2693	POP de Rastreamento de pacientes em contato com portadores de VRE, <i>Acinetobacter</i> resistente a carbapenêmico e ERC
POP-2901	POP de Cuidados do Preparo do Corpo Após o Óbito
POP-3038	POP de Transferência Temporária do Cuidado do Paciente Internado para Exames e Procedimentos
POP-3110	POP de Infusão de Insulina Contínua em Pacientes da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal
POP-3169	POP de Cuidados na Guarda e Administração de Medicamentos Próprios do Paciente e Multidose

(conclusão)

Nº POP	Título
POP-4773	POP de Coleta de Prova de Compatibilidade Transfusional em Áreas não atendidas pela Equipe Transfusional
POP-4804	POP de Cuidados ao Paciente com Risco ou Alergia ao Látex
POP-4855	POP de Cuidados de enfermagem com Anticoagulação Subcutânea (SC)
POP-9359	POP de Instalação e Verificação de Pressão Venosa Central
PROT-0083	Protocolo Assistencial de Situações de Violência em Pediatria
PROT-0085	Protocolo Assistencial de Extravasamento de Acesso Periférico

Fonte: Sistema interno HCPA (2023).

Após seguir meticulosamente todas as etapas delineadas anteriormente, avançamos para a construção do manual, culminando na sua conclusão e criação. Este processo, fundamentado na análise detalhada dos dados e na identificação criteriosa de documentos relevantes, proporcionou a elaboração de um manual abrangente e alinhado com as necessidades do Serviço de Neonatologia. Este capítulo de resultados representa não apenas a síntese das etapas realizadas, mas também marca a concretização bem-sucedida do manual, contribuindo significativamente para a prática e aprimoramento contínuo no âmbito da enfermagem neonatal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVERY, G. **Neonatologia**: fisiopatologia e cuidado do recém-nascido. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

ANDRADE, O. B. Manual de normas e procedimentos de enfermagem de saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 455-466, 1975. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101975000400002>. Acesso em: 23 mar. 2022.

ANDRADE, S. R. *et al.* Fundamentos normativos para a prática do cuidado realizado pela enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1082-1090, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JDmgPbcmW5fRwgrRBnt8NVH/>. Acesso em: 02 nov. 2023.

ARAÚJO, L. **Organização, sistemas e métodos e as tecnologias de gestão organizacional**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BALLESTERO-ALVAREZ, M. E. **Manual de organização, sistemas e métodos**: abordagem teórica e prática da engenharia da informação. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2015. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#!/books/9788522493265/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. **Assistência pública e privada no Rio de Janeiro**: história e estatística – comemoração do centenário da Independência Nacional. Rio de Janeiro: Anuario do Brasil, 1922.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 23 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007**. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 23 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido: método canguru** – manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. *E-book*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 23 mar. 2023.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>. Acesso em: 19 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 358, de 15 de março de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Cofen, 2009. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o_n%C2%BA358-2009.pdf. Acesso em: 15 fev. 2024.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Produção Técnica**: Grupo de Trabalho. Brasília: Capes, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>. Acesso em: 26 set. 2023.

D'ASCENÇÃO, L. C. M. **Organização, sistemas e métodos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

DIAS, M. S. *et al.* Atuação do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido: proposta de um novo processo de trabalho. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 1, n. 6, p. 1930-1944, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/919>. Acesso em: 10 jun. 2023.

FARIAS, D. C.; ARAÚJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n6/1895-1904/pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

FARIAS, M. S.; PARENTE, F. L.; ANJOS, F. C. Gerenciamento de enfermagem em unidades cardiológicas: prática baseada em evidências para tomada de decisões. **Essência**, Sobral, v. 19, n. 2, p. 50-60, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/330171399>. Acesso em: 26 maio 2023.

FRANK, E. S. M. P. *et al.* The nursing care of premature newborns in a neonatal intensive care unit. **Journal of Specialist.**, [s. l.], v. 3, n. 3, n.p., jul./sep. 2018.

Gil, A. C. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Barueri: Atlas, 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. Barueri: Atlas, 2022.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**: serviço de enfermagem – Enfermagem em Neonatologia. Porto Alegre: HCPA, 2022. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-de-enfermagem-enfermagem-em-neonatologia>. Acesso em: 14 set. 2023.

JORGE, M. J.; CARVALHO, F. A.; MEDEIROS, R. O. Esforços de inovação organizacional e qualidade do serviço: um estudo empírico sobre unidades hospitalares. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 327-356, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/tnsscn5XDjvKd4C4xVFmYVc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 07 jul. 2023.

KRAUZER, I. M. *et al.* A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**, Belo Horizonte, v. 22, p. 1-9, 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v22/1415-2762-reme-22-e1087.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

LUSSKY, R. C. A century of neonatal medicine. **Minnesota Medicine Magazine**, [s. l.], v. 82, n. 12, p. 48-54, dec. 1999.

MARASCHIN, M. S. *et al.* Gestão por processos de trabalho: elaboração de um manual adjutório para enfermeiros gerentes. **Revista Varia Scientia –Ciências da Saúde**, Cascavel, v. 9, n 1, p. 39-47, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/31515/22413>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MEDEIROS, A.L. **Superando os fatores que dificultam a operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem**: experiência de enfermeiros em um serviço de obstetrícia. 2011. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2010/analucia.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2023.

MENDES, J. M. G.; CHORA, M. A. Business practices in connection with nursing and biomedical models. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 5, n. 2, p. 371-378, mar. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6684>. Acesso em: 05 jul. 2023.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.

MOTTA, A. L. C.; MIRANDA, R. P. R.; TAJRA, S. F. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Érica, 2020. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536532806/>. Acesso em: 05 jul. 2023.

NASCIMENTO, C. C. L. *et al.* Educational technology in pediatric intensive care unit: construction of nursing routine scans. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 9, p. e50111931751, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31751>. Acesso em: 02 nov. 2023.

NOVAES, H. M. D. **Processo de desenvolvimento tecnológico em saúde, demanda e uso de tecnologia**: o consumo hospitalar de São Paulo. São Paulo; Organização Pan-Americana da Saúde, 1990.

OLIVEIRA, I. C. S. **Da mãe substituta à enfermeira pediatra**: a construção do saber da enfermagem à criança hospitalizada. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999.

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistemas, organização e métodos**: uma abordagem gerencial. São Paulo: Atlas, 2013. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522482115/>. Acesso em: 05 jul. 2023.

OLIVEIRA, S. M. K.O.; AFFONSO, L. M. F. **Fundamentos de administração hospitalar e saúde**. 1. ed. Porto Alegre: SAGAH, 2018. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595028630/>. Acesso em: 14 set. 2023.

OLIVEIRA, I. C. S.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 498-505, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000400005>. Acesso em: 01 maio 2023.

OLIVEIRA, M. C.; LUCENA, A. F.; ECHER, I. C. Sequelas neurológicas: elaboração de um manual de orientação para o cuidado em saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1597-603, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9850/10063>. Acesso em: 05 nov. 2023.

OTAVIANO, F. P.; DUARTE, I. P.; SOARES, N.S. Assistência da enfermagem ao neonato prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 60-79, jan./jul. 2015. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/296/845>. Acesso em: 26 maio 2023.

PACHECO JUNIOR, A. M.; MENDES, C. J. L. Qualis de produção técnica: desenvolvimento de métricas para manuais. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 42, supl. 1, p. 87-88, 2015. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912015000800087&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2023.

PEDRON, C. D. **Unidade neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**: implantação e práticas de atendimento. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

PIMENTEL, S. N. C. **Gerência dos serviços de saúde em atenção primária realizada pelo enfermeiro**. 2012. Monografia (Especialização em atenção básica em saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2012. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Gerencia_dos_servicos_de_saude_em_atencao_primaria_realizada_pelo_enfermeiro/460. Acesso em: 05 jun. 2023.

RIBEIRO, J. F. *et al.* O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 10, n. 10, p. 3833-3841, out. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11450>. Acesso em: 26 maio 2023.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C.S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 286-291, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/809>. Acesso em: 01 maio 2023.

RODRIGUES, I. L. A. *et al.* Aprender brincando: validação semântica de tecnologia educacional sobre tuberculose para crianças escolares. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, e20200492, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/w9w8gnQGpW4zjW3yd7rBmCj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 dez. 2023.

ROSTIROLLA, L. M. **Tecnologia educacional do tipo manual para a coleta de dados na consulta do enfermeiro/processo de enfermagem**. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Educação Superior do Oeste, Universidade do Estado de Santa Catarina, Chapecó, 2021. Disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/771/TCC_LETICIA_26_09_2021_1_16593621023708_771.pdf. Acesso em: 05 dez. 2023.

SANT'ANNA, R. M. *et al.* Tecnologias educacionais no cuidado à pacientes com doenças cardiovasculares. **Revista Científica de Enfermagem (Racien)**, São Paulo, v. 12, n. 37, p. 163-175, 2022. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/593>. Acesso em: 06 nov. 2023.

SANTOS, J. R. Conduta gerencial do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s. l.], ano 2, v. 1, n. 9, p. 30-46, dez. 2017. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/conduta-gerencial-do-enfermeiro>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SANTOS, E. F.; SCUSSIATO, L. A. Elaboração de um manual explicativo sobre prevenção de infecções relacionadas aos procedimentos de enfermagem em um setor de emergência. In: EVENTO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (EVINCI), 2., 2016, Curitiba. **Anais eletrônicos** [...]. Curitiba: Evinci, 2016. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/login?source=%2Findex.php%2Fanaisvinci%2Farticle%2Fdownload%2F1548%2F1274>. Acesso em: 02 nov. 2023.

SANTOS, S. S. C. *et al.* Pesquisa-ação na elaboração de manual de normas, rotinas e técnicas de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, n. 5, ed. Esp., p. 426-434, mar./abr. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31788>. Acesso em: 26 abr. 2023.

TEIXEIRA, T. O. **Elaboração e validação de um manual educativo para pacientes em uso de cateter central de inserção periférica (PICC)**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213993/001117806.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 nov. 2023.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>. Acesso em: 04 jul. 2023.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de Cuidado à saúde e Organização do Serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. *E-book*. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

PRODUTO TECNICO

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.

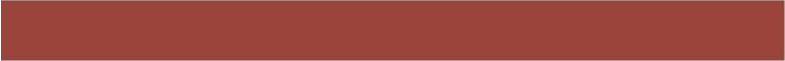
Este produto técnico é resultado da pesquisa conduzida no âmbito da dissertação do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde para o Sistema Único de Saúde, vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição. A investigação seguiu a linha de pesquisa na área da educação.

1ª Edição
2024



MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
(SENEO/HCPA)



Elaboração: Enfª Diana Amanda Perlin.
Design e Diagramação: Daniela Barbosa Behrends.

1ª Edição | 2024

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS



APRESENTAÇÃO

O presente manual originou-se como produto de pesquisa realizada para a dissertação do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição, seguindo a linha de pesquisa no âmbito da Educação. Sua elaboração derivou de um estudo de caso qualitativo.

A base do conteúdo foi fundamentada em pesquisa documental realizada nos registros institucionais, que incluíram Protocolos Operacionais Padrão (POPs), atas de reuniões dos enfermeiros e do Grupo de Trabalho do Serviço de Enfermagem de Neonatologia (SENEO), além de comunicações via correio eletrônico institucional. A escolha dos tópicos incorporados ao manual foi resultado de uma colaboração com enfermeiros representantes do SENEIO, através da realização de um grupo focal.

Seu propósito é a centralização das principais rotinas e procedimentos executados pelos enfermeiros da unidade de neonatologia, proporcionando um recurso de fácil acesso. Isso visa facilitar a resolução imediata de problemas, oferecer suporte para as atividades diárias e contribuir para o treinamento de novos colaboradores.

SUMÁRIO

! Este Sumário é interativo. Basta clicar sobre os tópicos para acessar diretamente a página do conteúdo.

SEÇÃO I – ROTINAS ASSISTENCIAIS

1. DIVISÃO DAS TAREFAS.....	10
2. REGISTROS DE ENFERMAGEM.....	11
Anamnese.....	11
Consultorias.....	15
Dupla Checagem.....	16
<i>Nursing Activities Score (NAS)</i>	17
Prescrição de Enfermagem na Neonatologia.....	20
3. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO.....	27
Admissão do recém-nascido na Neonatologia.....	27
Montagem do Leito para receber paciente grave.....	27
Atribuições da Equipe de Enfermagem na admissão do RN.....	27
RN procedente de outro hospital com internação maior ou igual a 48 horas.....	27
Admissão do recém-nascido prematuro com IG < 32 semanas e/ou peso de nascimento < 1500g.....	28
Colírio Iodopovidona.....	28
Vitamina K.....	28
Verificação de sinais vitais.....	29
Verificação de medidas antropométricas.....	29
Verificação de peso.....	29
4. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	30
Diluição de medicamentos de urgência.....	30
Diluições dos principais medicamentos conforme concentração máxima e tempo de infusão.....	30
Reconstrução dos principais medicamentos EV.....	31
Cuidados na administração de medicamentos via sonda (gástrica, entérica, gastronomia ou jejunostomia).....	31
Cuidados na administração de medicamento via subcutânea (SC).....	31
Rodízio para aplicação de medicamento via SC.....	31
Enoxoparina.....	32
Alguns medicamentos e suas particularidades.....	32
Adenosina.....	32
Albumina humana.....	32
Dextrose 40% gel.....	32
Filgrastima.....	32
Imunoglobina humana.....	33
Insulina contínua.....	33
Quimioterápicos.....	33
Sacarose.....	33
Sirolimus.....	33
Guarda e administração de medicamentos fornecidos pela família do RN.....	34
5. AVALIAÇÃO OFTALMO.....	34

6. ALTA HOSPITALAR.....	34
Orientações para a alta hospitalar.....	34
Orientações para alta de bebês com sonda.....	35
Prioridade de orientação farmacêutica na alta hospitalar.....	36
7. CATETER UMBILICAL.....	36
8. CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC).....	37
9. CONFORTO.....	41
Avaliação e manejo da dor.....	41
Controle de temperatura das salas, incubadoras e bases aquecidas dos respiradores.....	42
Hora do PSIU.....	43
10. CONTENÇÃO MECÂNICA.....	43
11. DIÁLISE PERITONEAL.....	44
12. DISTÚRPIO DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL (DDS).....	46
13. DRENO DE TÓRAX.....	46
14. ELETROENCEFALOGRAMA DE AMPLITUDE INTEGRADA (aEEG).....	48
15. EXAMES DE IMAGEM.....	50
Ecografia.....	50
Ressonância Magnética.....	50
16. EXAMES LABORATORIAIS.....	50
Amostra de líquor.....	50
Amostra de urina.....	51
Amostra sanguínea.....	51
Aspirado de nasofaringe (Pesquisa de <i>Bordetella</i> e Vírus Respiratórios).....	52
Teste do Pezinho.....	52
17. EXPOSIÇÃO VERTICAL AO HIV.....	53
18. EXSANGUÍNEOTRANSFUSÃO.....	53
19. EXTRAVASAMENTO DE ACESSO PERIFÉRICO.....	54
20. FOTOTERAPIA.....	56
21. HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA.....	56
22. HEMOCOMPONENTES E TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS.....	58

23. HIGIENE DO RECÉM-NASCIDO.....	61
Banho.....	61
Higiene oral.....	61
Higiene ocular.....	61
Higiene dos bicos.....	61
Higiene do coto umbilical.....	62
Higiene perineal.....	62
24. HIPOTERMIA TERAPÊUTICA.....	63
25. IMOBILIZAÇÃO DE CLAVÍCULA NO RECÉM-NASCIDO.....	65
26. MENINGOMIELOCELE E LÁTEX FREE.....	68
27. NUTRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO.....	68
Aleitamento materno.....	68
Assistência de enfermagem no aleitamento materno.....	68
Colostroterapia.....	70
Dieta APLV.....	72
Registros de enfermagem.....	73
Dietas.....	73
Banco de leite à noite.....	73
Dietas extras.....	73
Dieta complementar à noite.....	73
Fortificante do leite materno.....	74
NPO.....	74
Nutrição parenteral (NPT).....	74
28. OXIGENIOTERAPIA.....	75
Aspiração do Sistema Endotraqueal com Sistema Fechado.....	75
Campânula.....	75
Cânula de traqueostomia.....	75
NAVA (<i>Neurally Adjusted Ventilatory Assist</i>).....	76
Ventilação não invasiva (VNI) e CPAP nasal.....	76
Óxido nítrico.....	79
Projeto Coala.....	84
29. LEITO DE OBSERVAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA NEONATOLOGIA.....	85
Instruções gerais.....	85
Fluxograma de observação.....	86
Checklist de liberação do RN em observação.....	88
Revisão diária do leito de observação.....	89
30. PELE.....	90
Observações referentes aos materiais disponíveis e cuidados com a pele na neonatologia.....	90
Produtos padronizados e indicações.....	90
Recém-nascidos com estomas.....	91
31. PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL (PIA).....	92

32. PUNÇÃO LOMBAR.....	93
33. PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC).....	94
34. PROTOCOLOS.....	95
Manuseio mínimo.....	96
Método Canguru.....	96
35. SONDAS GÁSTRICAS E ENTERAIS.....	97
Aspirado e lavado gástrico no recém-nascido.....	97
Cuidados com gastrostomia e jejunostomia.....	98
Inserção e troca de sondas gástrica e enteral.....	98
Verificação de pH gástrico-ental.....	99
36. TRANSFERÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO.....	99
Transferência Temporária do cuidado.....	99
Emissão do sumário.....	99
Transferência verbal.....	101
Retorno à unidade de origem.....	101
Transferência definitiva do cuidado.....	101
Transferência para o Alojamento Conjunto (AC).....	102
Transferência para a pediatria ou UTIP.....	103
Transferência entre UTIN e UCIN.....	104
Transferência para outra instituição.....	105
37. TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO.....	106
38. VACINAS.....	106
Alívio da dor durante a aplicação de vacinas em recém-nascidos.....	106
Carteiras de Vacinação.....	106
Principais vacinas.....	107
BCG.....	107
Hepatite B.....	107
Hexavalente.....	107
Palivizumabe.....	107
Registro de vacinas do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).....	109
39. CONTROLE DE INFECÇÃO.....	109
Critérios para instalação de isolamentos na neonatologia.....	109
Critérios para liberação de isolamentos.....	110
Medidas Preventivas.....	111
Precaução padrão.....	111
Precaução de contato.....	111
Precaução de gotículas.....	111
Precaução para aerossóis.....	111
Rastreamento para pesquisa de VRE Acinetobacter Resistente a carbapenêmico e ECR.....	112
Passo a passo para solicitação de pesquisa para GMR.....	112

40. DESCARTE DE RESÍDUOS.....	115
Resíduos do Grupo A.....	115
Resíduos do Grupo B.....	115
Resíduo do Grupo D.....	117
Resíduos do Grupo E - Perfurocortantes.....	118
Chamados de recolhimento pela Intranet.....	119
41. MATERIAIS.....	119
Controle de qualidade (CIC) dos equipamentos de glicosímetros.....	119
CME.....	120
Incubadoras.....	121
Limpeza e conservação da incubadora.....	121
Umidificação das incubadoras.....	121
Incubadora de transporte.....	121
Maleta de transporte.....	122
Filtro das incubadoras.....	122
Limpeza e desinfecção de materiais de terapia respiratória nas unidades.....	122
Periodicidade de troca de materiais invasivos e descartáveis.....	124
Pedido de material semanal pelo enfermeiro.....	126
Passo a passo para solicitação de materiais no AGHUse.....	127
Teste do desfibrilador.....	129
42. SEGURANÇA DO PACIENTE.....	130
Metas Internacionais de Segurança do Paciente.....	130

SEÇÃO II – ROTINAS ADMINISTRATIVAS

43. ACIDENTE DE TRABALHO.....	131
44. AUSÊNCIAS AO TRABALHO.....	131
45. CONTATOS.....	132
46. ESCALAS.....	133
47. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI).....	134
48. GESTÃO DE LEITOS.....	134
49. GESTÃO DE DESEMPENHO E ACOMPANHAMENTO FUNCIONAL.....	135
50. PROGRAMA PARA DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS (PDDCAH).....	136
51. NR-32.....	138
52. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS.....	138

53. SERVIÇO SOCIAL E PSICOLOGIA.....	139
54. ÓBITOS.....	140
Doação de Corpos.....	141
Lidando com a perda e criando memórias.....	141
55. VÍDEO-CHAMADAS NA NEONATOLOGIA.....	141

SEÇÃO I – ROTINAS ASSISTENCIAIS

1. DIVISÃO DAS TAREFAS

Divisão das Tarefas conforme as salas

Rotinas de sala da UTI	
UTI 01: • NAS (manhã) • PICC (noite) • Temperatura/Umidade da sala (manhã) • Controlados gaveta e geladeira (fechamento em cada turno) • Controle óxido nítrico (todos turnos) • Verificação carro de parada (todos turnos) • Teste desfibrilador (manhã) • Torpedo de O2 (todos turnos) • Oxímetro de transporte (todos turnos) • Controle da estufa (todos turnos)	UTI 02: • NAS (tarde) • PICC (manhã) • Temperatura/Umidade da sala (manhã) • Controlados gaveta (fechamento em cada turno) • Verificação carro de parada (todos turnos) • Respiradores disponíveis no expurgo (todos turnos) • Verificar planilha de controle CCIH (todos turnos)
UTI 03: • NAS (manhã) • PICC (tarde) • Temperatura/Umidade da sala (manhã) • Controle temperatura/conteúdo geladeiras (todos turnos) • Incubadora de transporte (todos os turnos)	UTI 04: • NAS (noite) • PICC (noite) • Temperatura/Umidade da sala (manhã) • Temperatura/Umidade sala de materiais (manhã) • Materiais do CME (todos turnos) • Buscar material CME (8h às 9h / 14h às 15h) • Buscar farmácia (tarde - 17/18h) • Gestão de leitos (UCI/UTI) • Controle glicosímetros (sábados a cada 15 dias) • Gestão de materiais (todos os turnos) • Contagem de materiais (toda quarta-feira - intercala o turno)

Rotinas de sala da UCI	
UCI 1111: • Temperatura/Umidade da sala (manhã) • Conferência do leito de admissão (todos turnos) • Oxímetro de transporte (todos turnos) • Controle/organização do bloquinho (todos turnos) • Respirador de transporte (todos turnos)	UCI 1115: • Temperatura/Umidade da sala (manhã) • Temperatura geladeira (manhã) • Controlados gaveta (fechamento em cada turno) • Torpedo de O2 (todos turnos) • Verificação carro de parada (todos turnos) • Medicamento de urgência (todos turnos) • Incubadora de transporte (todos turnos) • Registro do livro: férias, LS, etc (todos turnos) • Intervalos 12h + Escala de sala (fins de semana)
UCI 1113: • Temperatura/Umidade da sala (manhã)	UCI 1117: • Temperatura/Umidade da sala (manhã)

2. REGISTROS DE ENFERMAGEM

Anamnese da Neonatologia

► IDENTIFICAÇÃO

* **Escolaridade dos pais:** registrar a escolaridade dos pais. Ex: mãe com ensino médio completo; pai com ensino fundamental completo OU acompanhante não sabe informar OU se RN desacompanhado: não informado.

* **Telefone e nome para contato:** registrar telefone dos pais e o NOME do contato OU acompanhante não sabe informar OU se RN desacompanhado: não informado.

* **Religião da família:** registrar a religião dos pais OU acompanhante não sabe informar OU se RN desacompanhado: não informado.

* **Acompanhante e grau de relação:** registrar o nome do acompanhante e grau de relação, ex: Mãe Maria OU quando RN vier do CO / AC. Sem acompanhante registrar sem acompanhante ou desacompanhado.

► HISTÓRICO

* **Motivo da Internação:** registrar o motivo de internação na neonatologia; lembrar que nascimento não é um motivo de internação.

* **Alergias:** registrar alergia do RN se houver (exemplo: RN com mais dias de vida, procedente de casa/ outro hospital com relato de alergia medicamentosa/alimentar) OU desconhecidas (exemplo: para RN que acabou de nascer, procedente do CO) OU acompanhante não sabe informar OU se RN desacompanhado: não informado OU desconhecidas e no campo registrar história de alergia materna se houver. Para RN com mielomeningocele registrar Látex free – RN com risco de reação alérgica ao látex.

* **Medicamentos em uso/dose/frequência:** uso de medicamentos e tratamento realizado pela mãe (quando o bebê vier do CO), uso de medicamentos e tratamento realizado pelo RN (quando RN vier de outro hospital) OU nega (se RN procedente de casa ou do AC e não estiver fazendo uso de qualquer medicamento), OU acompanhante não sabe informar OU se RN desacompanhado: não informado OU desconhecido.

Internações anteriores: descrever internações anteriores se houver.

Reações Transfusionais: preencher no caso de história de reações transfusionais.

► REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Desenvolvimento Neuropsicomotor: Avaliar e registrar os reflexos de sucção, fuga à asfixia e reflexo de Moro.

Nível de Consciência: descrever se o bebê está alerta, chorando, sonolento, dormindo.

► PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

* **História de Dor:** utilizar o check-in box “Nega” no caso de bebês com mais dias de vida e que a mãe nega história de dor.

* **Dor no momento:** registrar intensidade da dor conforme escala NIPS.

Audição – ouvidos – orelhas: registrar malformações aparentes nas orelhas, que possam interferir na audição.

Visão – olhos – pupilas: registrar malformações aparentes nos olhos e/ou pupilas, que possam interferir na visão. Registrar abertura ocular, edema palpebral, diâmetro pupilar (isocóricas, anisocóricas), dilatação pupilar (mióticas, midríase) e fotorreagência.

Olfato – nariz: registrar malformações aparentes no nariz, que possam interferir no olfato. Registrar permeabilidade, presença de secreções e/ou sangramentos e alterações anatômicas (atresia de coanas).

Cabeça – pescoço: descrever simetria da cabeça, fontanelas (normotensas, abauladas, deprimidas), presença de bossas ou céfalo-hematoma, tábuas ósseas (separadas, sobrepostas, cavalgamento de suturas, fundidas), face (alinhamento dos olhos em relação aos ouvidos, simetria facial). Pode-se utilizar o *check-in box* Sem alteração, se o exame físico da cabeça e pescoço estiver dentro da normalidade.

► OXIGENAÇÃO

Condições respiratórias: Registrar ritmo respiratório (se RN eupneico, taquipneico, bradipneico), presença de retrações (subcostal, intercostal, subesternal ou esternal), gemência e/ou batimentos de asas do nariz.

Tórax: descrever formato (peito de pombo, em tonel, pectus excavatum, em barril) e simetria do tórax, entrada de ar, presença de ruídos respiratórios anormais e presença de drenos.

Saturação de O₂ (SpO₂): registrar saturação de O₂ e modo ventilatório. Ex: 98% em ar ambiente; 96% em CPAP Nasal FiO₂=30%.

Teste do coraçãozinho: registrar saturação diferencial MSD e MIE.

► REGULAÇÃO TÉRMICA E VASCULAR

Temperatura: descrever alterações de temperatura (hipotermia ou hipertermia).

Frequência Respiratória: registrar frequência respiratória.

Pressão arterial Sistólica x Diastólica em PAM: descrever alterações da pressão arterial (hipotensão, hipertensão).

Frequência e Ritmo cardíaco – Pulso: descrever frequência e ritmo cardíaco (se regular ou arritmias), presença de sopro. Simetria dos pulsos femorais e braquiais e amplitude (cheio, fraco, filiforme).

Extremidades – Perfusão: identificar presença de anomalias como pé torto congênito, polidactilia, sindactilia, presença de imobilizações. Registrar aquecimento e perfusão dos membros.

Acesso Vascular: registrar presença de cateteres, tipo, localização e permeabilidade do cateter.

► ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

Aleitamento materno na 1a hora de vida: registrar se RN foi amamentado na 1a hora de vida.

* **Dieta:** registrar alimentação e aceitação da dieta por VO ou sonda, aleitamento materno, NPO.

* **Peso:** registrar o peso aferido em gramas (g).

* **Comprimento:** registrar o comprimento em centímetros (cm).

Cavidade oral: descrever alterações na cavidade oral (fenda palatina, lábio leporino, presença de dentes

ao nascimento, presença de sangramentos).

Glicemia capilar: registrar alterações de glicemia capilar (hipoglicemia ou hiperglicemia).

► ELIMINAÇÕES

Urinária: registrar presença de eliminação urinária espontânea ou por sonda vesical, descrevendo coloração e aspecto. Registrar presença de alterações (retenção ou incontinência urinária).

Intestinal: registrar presença de eliminação intestinal, descrevendo aspecto. Registrar presença de alterações (diarreia, incontinência fecal).

Abdome – Genitais – Glúteo e Ânus: exame físico do abdome (plano, globoso, distendido, depressível à palpação), ruídos hidroaéreos (presentes, diminuídos, ausente), presença de massas palpáveis ou hérnias (inguinal ou umbilical), cordão umbilical – 2 artérias e 1 veia, genitália feminina ou masculina, permeabilidade anal, dorso (integridade, abaulamento ou depressão, presença de malformações).

► INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA

Pele-Mucosa: registrar coloração (corada, hipocorada, pálida, cianótica), integridade, presença de petéquias, equimoses, eritema, hemangiomas.

Lesão por pressão: registrar presença de lesão por pressão e localização.

► CUIDADO CORPORAL, ATIVIDADE FÍSICA E SEGURANÇA

* **Avaliação Funcional:** registrar se o RN está ativo e/ou reativo ao manuseio e tônus muscular, se normal (eutônico), flácido (hipotônico), tônus aumentado/apresentando rigidez (hipertônico).

Exame Físico dos Membros: Registrar presença de displasia do quadril através das Manobras de Barlow e Ortolani, registrar presença de crepitação/fratura de clavículas.

Condições de Higiene: Registrar as condições de higiene do RN (quando procedente de casa ou outro hospital).

► SONO, REPOUSO, CONFORTO

Sono/Repouso: descrever alterações (quando RN procedente de casa ou outro hospital).

► REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE

Mamas e Genitais: descrever alterações (tumefação mamária, pseudomenstruação).

► NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Organização Familiar: registrar como a família está organizada para receber e cuidar do RN.

Cuidador Principal da Criança: registrar que é o cuidador principal do bebê. Ex: mãe, pai, avó.

Evidências de Acidentes ou Maus Tratos: registrar de houver evidência de acidentes ou maus tratos (no caso de bebês procedentes de casa ou outro hospital).

Situações de Vulnerabilidade: descrever se existem situações de vulnerabilidade social como, por exemplo: morador de rua, história de dependência química, doença psiquiátrica e violência intrafamiliar.

* **Condições de moradia:** descrever as condições de moradia dos pais (se tem saneamento básico e rede elétrica). Se RN desacompanhado, assinalar a opção () Desconhecidas, aguardando familiar para coletar informações.

► NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

* **Crenças dos pais:** registrar crenças dos pais. Se RN desacompanhado, registrar não informado. Você poderá utilizar perguntas como: Você tem alguma crença espiritual ou religiosa? No que você acredita?

* **Valores dos pais:** registrar valores dos pais. Se RN desacompanhado, registrar não informado. Você

poderá utilizar perguntas como: Quais são os princípios que norteiam /orientam/guiam sua vida? O que dá sentido ou significado à sua vida?

O que pode lhe ajudar atualmente: registrar o que a família pensa que poderá auxiliá-la neste momento para o enfrentamento da doença. Por exemplo, gostaria de não ficar sozinho, gostaria de rezar, de receber a visita do meu pastor.

► EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

*** Capacidade da família para cuidar do RN:** registrar a capacidade física e emocional da mãe/responsável para assumir os cuidados do RN.

- ☐ Familiar demonstra capacidade para o cuidado do RN
- ☐ Familiar com limitações para o cuidado do RN
- ☐ Familiar ausente

*** Limitações da Família para Educação:** Descrever se observa que os familiares/mãe tem dificuldade para compreender as orientações fornecidas. As limitações podem ser físicas (deficiente visual, deficiente auditivo), cognitivas (limitação de compreensão) problemas emocionais (doenças psiquiátricas, falta de interesse) e culturais (barreiras linguísticas, pacientes que não falam e/ou entendem português).

- ☐ Familiar sem limitações para educação
- ☐ Familiar com limitações para educação
- ☐ Familiar ausente

Imunizações: descrever vacinas realizadas ou em atraso.

Tabagismo e outras Drogas: descrever o relato da mãe/responsável sobre tabagismo, quantidade tipo e frequência. Uso de drogas lícitas ou ilícitas, quantidade, tipo e há quanto tempo.

Bebida Alcoólica: descrever o relato da mãe/responsável sobre ingestão de bebidas alcoólicas, tipo, quantidade e há quanto tempo usa.

► DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A partir dos dados coletados, serão identificados os diagnósticos de enfermagem e planejada a assistência individualizada através da prescrição dos cuidados (intervenções/atividades) de enfermagem.

Em relação ao diagnóstico é importante:

- Listar os diagnósticos prioritários do paciente a partir do julgamento clínico;
- Escolher o diagnóstico mais acurado dentro de cada Necessidade Humana de acordo com a condição clínica do paciente;
- Revisar diariamente a lista de diagnósticos ativos, mantendo ou alterando os mesmos de acordo com o estado de saúde dos pacientes.

► CONDOTA

Conduta: registrar as condutas realizadas com o RN.

*** Conduta de Educação**

Marcar os itens orientados e descreva alguma conduta educativa específica que se fizer necessária neste momento; se não tiver familiar assinalar a opção "Aguardo a presença de familiar para orientações".

Observação: Este conteúdo migrará para a aba "Educação" no Portal do Paciente no Sistema AGHUse.

- ☐ Prevenção de Quedas ☐ Direitos do Paciente ☐ Identificação do Paciente
- ☐ Gerenciamento da Dor ☐ Aguardando a presença de familiar para orientações

*** Família compreendeu?**

Registrar se familiar compreendeu as orientações, se precisa de reforço ou se realizou o cuidado orientado; se não tiver familiar assinalar a opção "Aguardando a presença de familiar para orientações".

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Aguardando a presença de familiar para orientações

Consultorias

► SOLICITAÇÃO DE CONSULTORIAS

Selecione o paciente > Consultorias > Nova consultoria > Selecione a especialidade > Descrever brevemente o motivo da solicitação > Clicar em Salvar/Voltar.

Repetir os passos para solicitar uma nova consultoria se necessário.

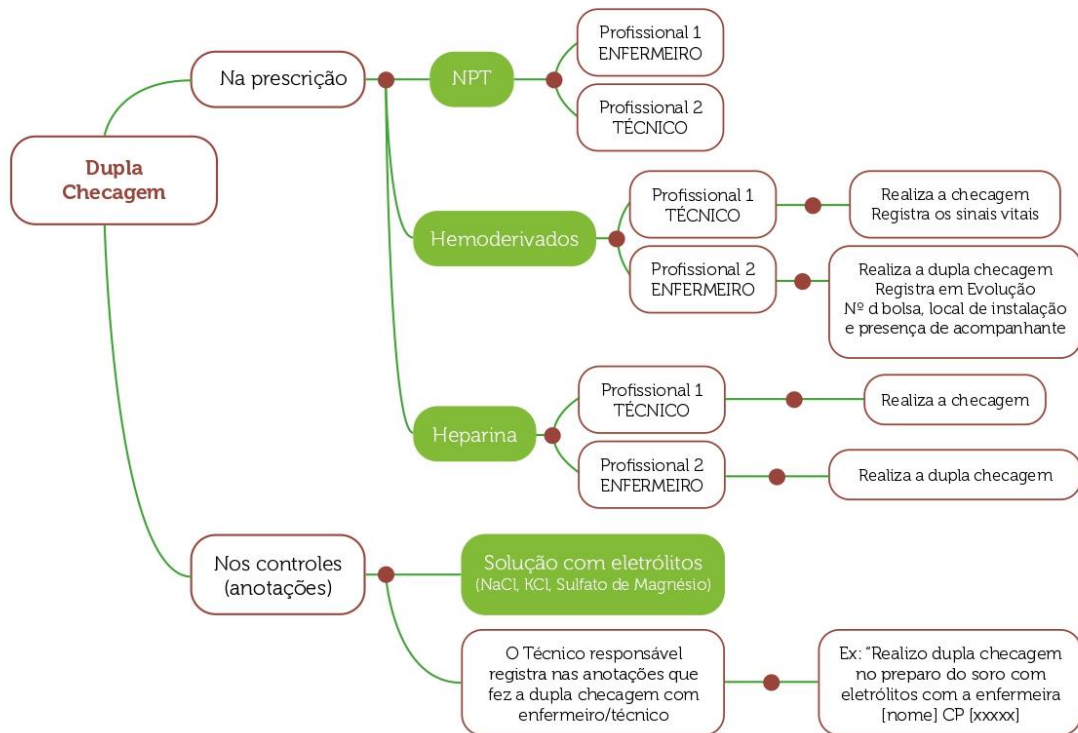
Principais consultorias solicitadas na Neonatologia		
Seq.	Especialidade	Sigla
528	PSICOLOGIA	SPS
513	SERVIÇO SOCIAL	SES
342	NUTRIÇÃO	NUT
533	ENFERMAGEM EM ALEITAMENTO MATERNO	EMT
460	ENFERMAGEM PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS	ETF
1837	PICC ENFERMAGEM NEONATOLOGIA	BEP
2606	ENFERMAGEM PUNÇÃO PERIFÉRICA COM ULTRASSON	PUP
2472	ENFERMAGEM EM ANOMALIA DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL	EXL

► RETORNO DE CONSULTORIAS

Para visualização de respostas das consultorias, seguir os seguintes passos:

Selecione o paciente > Outras Consultas > Retorno de Consultoria > Selecionar a consultoria desejada e clicar no prontuário com caneta para ler a resposta.

Dupla Checagem



Nursing Activities Score (NAS)

Preencher o NAS para os RNs internados nas UTIs a cada 24 horas, conforme rotina de cada sala.

NAS/SALA/TURNO:

- UTI 1. MANHÃ
- UTI 2. TARDE
- UTI 3. MANHÃ
- UTI 4. NOITE

O primeiro NAS deverá ser realizada no momento da admissão do RN na neonatologia.

Não fazer o NAS do bebê que está em procedimento/exame em outra unidade.

► ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

1. Monitorização e Controles

Normal: sinais vitais, cálculo e registros regulares do balanço hídrico. **Paciente estável (sem alterações dos SV e nível de consciência).** Será pontuado o RN estável sob o ponto de vista respiratório e hemodinâmico. Alteração terapêutica: sem intensificação da monitorização (soro, antibiótico). **(4,5)**

Além do Normal: paciente instável – hipotensão, oligúria, taquicardia, dispneia, febre, alteração do nível de consciência, **estabilização após condutas terapêuticas adotadas.** Intensificação SV, PVC, diurese. Alterações terapêuticas: sedativos, droga vasoativa e antiarrítmicos. Reposição volêmica: SF, RL, RS. Procedimentos invasivos sem intercorrência: passagem de PICC, medida de PA nos quatro membros, avaliação da dor no RN, medidas relacionadas a prevenção de quedas, monitorização cardíaca, peso com incubadora, desmame O₂, medida de irradiância da fototerapia, queda de saturação, acesso venoso difícil, cuidados com sondas gástricas, incoordenação sucção-deglutição, auxílio na amamentação, RN com sucção débil ao seio materno – com necessidade complemento em copo ou mamadeira, ordenha mamária, posição canguru, informações sobre o banco de leite. Transporte: sem intercorrência. **(12,1)**

Muito além do Normal: paciente gravíssimo, sem estabilização após condutas terapêuticas adotadas
• POI instável. **Presença contínua da enfermeira.** Intensificação: SV, PVC, diurese, praticamente durante todo o plantão; quando o enfermeiro ou téc. de enf. não conseguem sair do leito. Alterações terapêuticas: mantém alterações descritas na categoria “além do normal”, porém com uma frequência maior. Procedimentos invasivos: 2 ou mais procedimentos ou apenas 1 com intercorrência. Transporte: com intercorrência. **(19,6)**

Ex: paciente em hipotermia terapêutica; RN grave em VAF; óxido nítrico; diálise; ECMO; aEEG.

2. Investigações laboratoriais

Pontua-se o RN submetido à coleta de material biológico para investigação laboratorial (coleta de fezes e urina por saco coletor, coleta de secreções), realização de dosagem de glicemia capilar, verificação e controle de glicosúria e cetonúria, coleta de teste do pezinho. **(4,3)**

3. Medicações:

Medicações, exceto drogas vasoativas. Pontua-se o RN submetido a preparo e administração de qualquer medicação, vacinas, vitamina K, psicotrópicos, independente da quantidade, frequência ou via de administração, **inclusive soroterapia.** Para RN existe o ajuste das dosagens prescritas. **(5,6)**

4. Procedimentos de Higiene

Normal: realização de **procedimentos de higiene** tais como: curativos TODOS OS TIPOS – lesões de pele, incisões cirúrgicas, curativos de cateteres centrais (flebotomias, cateter umbilical, PICC) e periféricos; cuidados com ostoma, troca da roupa de cama, troca de fralda, troca de vestimentas, banho de imersão, higiene corporal em pacientes com situações especiais (peso inferior a 800g), cuidados com equimoses e hiperemias perineais, **que contínuos ou somados durem menos de duas horas em algum plantão. (4,1)**

Além do normal: realização de **procedimentos de higiene frequente, 3 a 4 vezes, que contínuos ou somados, durarem duas horas ou mais em algum plantão. Isolamento** - RN com necessidades de restrição de ambiente - sala de precauções de contato/gotículas/aerossóis, diarreia, vômitos, curativos médios. **(16,5)**

Muito além do normal: realização de procedimentos de higiene frequente, mais do que 4 vezes, que, contínuos ou somados, durem mais do que quatro horas em algum plantão, curativos complexos. **(20,0)**

Ex: RN com epidermólise bolhosa, trocas frequentes de fraldas, limpeza e troca de bolsa de colostomia.

5. Cuidados com Drenos

Cuidados com drenos: dreno de tórax e sondas, SVD, sonda gástrica aberta em frasco. **(1,8)**

6. Mobilização e Posicionamento

Incluindo procedimentos tais como mudança de decúbito, mobilização do paciente, transferência de leito (berço/incubadora), transporte (paciente imóvel, tração, posição prona), mobilização para acalmar RN, manter RN no colo, posicionamento para melhorar o padrão respiratório, utilização de mecanismos para posicionamento (ninho, rampa e suspensório, contenções devido à restrição de movimentos como fratura de clavícula):

Realização dos procedimentos realizados 3 a 6 vezes por 1 profissional de enfermagem em 24 horas. **(5,5)**

Aplica-se ao RN submetido a procedimentos realizados mais do que 6 vezes ou com 2 profissionais de enfermagem em qualquer frequência. **(12,4)**

Realização dos procedimentos com 3 ou mais profissionais de enfermagem em qualquer frequência. **(17,0)**

Ex: passagem de PICC, PCR, admissão, pós-operatório imediato.

7. Suporte e Cuidados aos Familiares e Pacientes

Incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes permitem a equipe continuar com outras atividades de enfermagem (comunicação com o paciente e à família durante os procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presentes à beira do leito observando o paciente, apresentação da unidade e equipamentos à mãe, ao pai do RN e demais familiares, apresentação do RN à mãe, ao pai e demais familiares):

Normal: Aplica-se para suporte e cuidados aos familiares e RN que requerem dedicação exclusiva (não simultânea com outro tipo de assistência) por até 1 hora contínua ou fracionada, pessoalmente e/ou por telefone para explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia, lidar com as circunstâncias familiares difíceis, tais como: ansiedade pelo medo de perder o RN internado, óbito materno **(4,0)**.

Além do Normal: Aplica-se para suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva (não simultânea com outro tipo de assistência) por 3 horas ou mais (consecutivas ou por turno), contínuas ou fracionadas, pessoalmente e/ou por telefone para auxiliar em situações como morte, circunstâncias trabalhosas, problemas com linguagem, familiares hostis **(32,0)**. **Ex:** internação.

8. Tarefas Administrativas e Gerenciais

Normal: Aplica-se a todo RN submetido à realização de **tarefas de rotina** tais como: processamento de dados clínicos, **solicitação de exames**, troca de informações profissionais (ex: **passagem de plantão**,

visitas clínicas), aplicação e **documentação do processo de enfermagem**, preparo e acompanhamento profissional de enfermagem ou estudante para realização de atividade específica com o RN, que tenham durado até 1 hora, contínuas ou fracionadas. **(4,2)**

Além do Normal: Aplica-se a todo RN submetido à realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas em algum plantão tais como: atividades de pesquisa, **aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta; procedimentos de preparo, acompanhamento e transferência do RN para outra unidade ou outra instituição**, elaboração de relatórios para notificação sobre ocorrências e encaminhamentos a outros profissionais ou instituições, elaboração e implementação de protocolos de pesquisa a serem desenvolvidos junto ao RN, participação do enfermeiro em reunião com a família do RN. **(23,2) Ex:** internação.

Muito Além do Normal: Aplica-se a todo RN submetido à realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais de tempo em algum plantão tais como: **morte e procedimentos de doação de órgãos, instalação de aEEG e ECMO.** **(30,0)**

9. Suporte Ventilatório

Qualquer forma de ventilação mecânica / ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex: CPAP ou BIPAP, halo, nebulização contínua, nebulização às dietas, cateter nasal), com ou sem tubo endotraqueal; **oxigênio suplementar por qualquer método.** **(1,4)**

10. Cuidados com Vias Aéreas Artificiais

TET ou cânula de traqueostomia. Realização de cuidado com vias aéreas artificiais (higiene nasal, remoção de crostas labiais). Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia (posicionamento, troca de curativo/fixação) uma vez ou mais nas 24 horas. **(1,8)**

Pontuar apenas se o bebê estiver com TET ou cânula de traqueostomia.

11. Tratamento para Melhora da Função Pulmonar

Realização de tratamento para melhora da função pulmonar e/ou fisioterapia respiratória e/ou terapia inalatória e/ou aspiração endotraqueal uma vez ou mais nas 24 horas, tais como: obstrução nasal, aspiração de vias aéreas superiores e tubo endotraqueal. **(4,4)**

12. Medicação Vasoativa

Aplica-se ao RN que recebe medicação vasoativa instalada, independentemente do tipo e dose. **(1,2)**

13. Reposição Intravenosa de Grandes de Fluidos

Aplica-se ao RN que recebe reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos, mas independente do tipo de fluido administrado: soroterapia, sangue, hemoderivados. **(2,5)**

Ex: Push SF, SG10%, reposição de perdas por SOG.

14. Monitorização do átrio esquerdo

Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco; *** Não se aplica. Não é prática usar cateter de artéria pulmonar em RN.** **(1,7)**

15. Reanimação Cardiorrespiratória nas Últimas 24 horas

Aplica-se ao RN que é submetido à reanimação cardiorrespiratória. **(7,1)**

16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas

Realização de técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas (qualquer terapia de substituição renal), com qualquer duração. **(7,7)**

17. Medida Quantitativa do Débito urinário

Realização de medida quantitativa do débito urinário, com qualquer duração e frequência, seja por sonda vesical de demora; peso de fraldas; saco coletor e/ou qualquer outro tipo de controle de diurese. **(7,0)**

18. Medida da Pressão Intracraniana

Presença, em qualquer duração, de cateter de pressão intracraniana / medida de pressão intracraniana / cuidados com derivação ventricular externa ou periférica, **aEEG**, reação a estímulos. **(1,6)**

19. Tratamento da acidose / alcalose metabólica complicada

Realização de tratamento da acidose / alcalose metabólica complicada. **(1,3)**

Ex: reposição de eletrólitos / SF para alcalose; bicarbonato contínuo.

20. Hiperalimentação Intravenosa

Administração de hiperalimentação intravenosa, com qualquer duração: uso de NPT. **(2,8)**

21. Alimentação Enteral

Administração de alimentação enteral, com qualquer duração, através de tubo gástrico ou via gastrointestinal (ex: jejunostomia). **(1,3)**

22. Intervenções Específicas na Unidade de Terapia Intensiva

Realização de intervenções específicas na unidade, em qualquer frequência. Intubação endotraqueal, PAM, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência, lavagem gástrica, exsanguíneotransusão. Intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições clínicas do paciente, tais como: Raio X, ecografia, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais. **(2,8)**

23. Intervenções Específicas Fora da Unidade de Terapia Intensiva

Realização de intervenções específicas fora da unidade nas últimas 24h. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos (preparo); acompanhamento e transferência do RN para outra unidade, ou outra instituição; realização de exames e procedimentos em outra unidade ou outro hospital acompanhado por um profissional de enfermagem. Ex: exame fundo de olho, avaliação neurológica, exames diagnósticos. **(1,9)**

Pontuar esse item quando bebê procedente do CO ou UIO.

Prescrição de Enfermagem na Neonatologia

Diagnóstico	Etiologia/ Fator Relacionado	Apazamento
Cuidados na prescrição de enfermagem	Complemento	

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Comportamento Desorganizado do bebê	Sistema Neurológico Imaturo (se for prematuro) Ambiente físico impróprio (se for um bebê à termo)	
Dar banho com o RN embrulhado	*descrever complemento conforme IG	TER QUI DOM
Envolver paciente/família no tratamento OU Estimular pais a participarem dos cuidados OU Capacitar pais para participarem dos cuidados		N M T
Orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas		N M T
Realizar higiene ocular	Com SF 0,9%	T
Realizar higiene oral	Com AD	M e N
Realizar manuseio mínimo do paciente (PMT < ou = 32sem ou Peso < ou = 1.500g)	mantendo cabeça alinhada em linha média até dia ____ (turno)	N M T
Trocar berço comum	Higienizar com quaternário de amônia em (data e turno)	15/15 dias
Trocar fraldas descartáveis	(colocar tamanho da fralda – fralda Prematuro, PP, P ou M), registrando aspectos e volume das eliminações	SN

Amamentação Interrompida	Contra-indicação à amamentação (ex: mãe HIV +) Prematuridade (se for bebê prematuro) Doença da criança (se for bebê à termo)	
Contraindicação à amamentação		N M T
Estimular ordenha manual e/ou no banco de leite OU Encaminhar mãe ao banco de leite		N M T
Trocar sonda orogástrica OU Trocar sonda oroentérica OU Trocar sonda nasogástrica OU Trocar sonda nasoentérica	colocar se sonda plástica ou Silicone, registrando dia e turno de troca	5/5 dias (se SOG) 30/30 dias (se SOE)
Verificar medida externa da sonda gástrica/enteral, mantendo em:	____ cm (descrever centímetros exteriorizados)	6/6h
Implementar cuidados com sonda orogástrica (ou outra)	Utilizar apenas para bebês que necessitem algum cuidado especial com a sonda (Ex: bebês com recomendação de não repassar a sonda por orientação da CIPED)	N M T
Instalar sonda orogástrica (ou outra)	Prescrever somente na troca da sonda (para gerar faturamento)	Turno em que for realizada a troca
Implementar cuidados com colostroterapia		3/3h

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Risco de Desequilíbrio no Volume de Líquidos	Imaturidade (se for bebê prematuro) Terapêutica medicamentosa (se bebê a termo)	
Implementar cuidados com administração de medicamentos - via endovenosa em neonatologia (POP-2895)	Colocar nome do medicamento e diluição	(aprazar conforme prescrição médica)
Implementar cuidados com punção venosa (POP-2767)	Atentando para edema, hiperemia e/ou sinais de extravasamento	N M T
Controlar gotejo de infusões endovenosas em bomba de infusão	Debitando de h/h (para soroterapia)	N M T
Implementar cuidados com nutrição parenteral total - NPT em neonatologia (POP-2880)	debitando de h/h	N M T
Salinizar cateter venoso periférico	Com 0,5ml de SF0,9%	6/6h

Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal	Extremos de idade e peso	
Trocar berço aquecido OU Trocar incubadora (POP-2735)	dia.... (turno), a cada 15 dias ou 7 dias se incubadora umidificada	15/15 dias ou 7/7 dias
Manter incubadora umidificada, trocando umidificador a cada 24 horas (PMT < ou = 32sem e/ou peso < ou = 1500g) (POP-2737)	Manter umidificação a 90% nas primeiras 24 horas. 70% do 2º ao 7º dia de vida, 50% até 30 dias de vida – colocar data e turno	N M T

Padrão Respiratório Ineficaz	Prejuízo neuromuscular/musculo-esquelético	
Aspirar secreções		SN
Implementar cuidados com oxigenioterapia – cateter nasal (POP-2712)	CEN instalado em ____ (dia) ____ (turno)	N M T
Trocar cateter nasal	dia.... (turno)	7/7 dias
Implementar cuidados com oxigenioterapia – campânula (POP-0408; POP-0165)	Campânula instalada em ____ (dia) / ____ (turno)	
Implementar cuidados com oxigenioterapia – cateter de alto fluxo (POP-1174)	Trocando CAF dia...., a cada 30 dias	N M T
Implementar cuidados com oxigenioterapia – incubadora (POP-2817)		
Implementar cuidados com oxigenioterapia Ventilação mecânica não invasiva - VMNI em neonatologia (POP-2903)	CPAP instalado em (dia/turno)	N M T
Trocar cateter nasal	Dia e turno	7/7 dias
Trocar traqueias	circuito de baby log/Servo i / Servo N, dia.... (turno)	30/30 dias
Verificar nível de água do umidificador de O2 do respirador	Mantendo entre os níveis mínimo e máximo	4/4h

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Ventilação Espontânea Prejudicada (Utilizar esse DE somente se RN estiver entubado)	Prejuízo neuromuscular/musculo-esquelético	
Aspirar secreções		SN
Implementar cuidados com oxigenioterapia - Ventilação mecânica (POP-0155)	VM ou VAF instalado em ____ (dia)/____ (turno)	N M T
Trocar sistema de aspiração fechada	Dia ____ (turno)	7/7 dias
Trocar traqueias	circuito de <i>baby log</i> /Servo i / Servo N, dia.... (turno)	30/30 dias
Verificar nível de água do umidificador de O ₂ do respirador	Mantendo entre os níveis mínimo e máximo	4/4h

Para bebês com TRAQUEOSTOMIA		
Ventilação Espontânea Prejudicada OU Padrão Respiratório Ineficaz	Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético RN com traqueostomia	
Implementar cuidados com traqueostomia (POP-3041)		N M T
Implementar cuidados com aspiração - Traqueostomia (POP - 3089)		N M T
Trocar filtro bacteriano do sistema ventilatório	(filtro TQT) dia e turno	7/7 dias
Trocar fixação da traqueostomia	Trocar o cadarço (noite) ou antes, se sujo ou úmido	24/24h
Realizar curativo da traqueostomia (POP - 3089)	- Curativos com gaze: realizar a troca a cada 24hs - Curativo com esponja: realizar a troca se esponja saturada ou 7/7 dias	24/24h ou 7/7 dias

Icterícia Neonatal	Idade Neonatal	
Implementar cuidados com o RN em fototerapia (POP-2881)		N M T
Trocar proteção ocular	Dia e turno	48/48h
Realizar higiene ocular	Gaze + AD	6/6h

Risco de Infecção	Exposição ambiental a patógenos aumentada	
Implementar medidas de precaução de contato (RN com peso < ou = 1500g) - (POP-2737)	uso de luvas de procedimento nos primeiros 15 dias de vida (até dia....(turno)	N M T
Implementar medidas de precauções de contato (POP-2689) OU Implementar medidas de precaução para aerossóis (POP-2691) OU Implementar medidas de precauções para gotículas (POP-2692)	Conforme orientação do CCIH	N M T

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Risco de Integridade da Pele Prejudicada	Extremos de idade (se prematuro)
Proteger a pele para evitar rompimento	Mantendo curativo transparente em extremidades, realizando troca de sensor de oximetria, a cada 2 horas N M T

Risco de Integridade da Pele Prejudicada	Fatores mecânicos (se RN em uso de CPAP)
Proteger a pele para evitar rompimento	Trocar hidrocolóide das narinas em (dia e turno) ou antes SN 72/72h

Mobilidade Física Prejudicada	Terapias restritivas (RN em uso de Distratores)
Implementar cuidados com a contenção mecânica do paciente pediátrico e neonatal (POP-2847)	Observar e registrar a cor e perfusão dos membros de 2/2h N M T
Implementar cuidados com fixador externo	Conforme orientações da equipe da cirurgia N M T
Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados e/ou isquêmicos	Observando sangramento e/ou secreção na inserção dos distratores N M T

Risco de Reação Alérgica ao Látex	História de alergias e/ou múltiplos procedimentos (para RN com mielomeningocele)
Remover do ambiente derivados do látex OU Monitorar o ambiente quanto à ausência de látex	RN com meningomielocle, manter ambiente látex free! Fixar sondas e TET com Medipore; NÃO usar tensoplast, esparadrapo e/ou fita crepe N M T

Risco Lesão Térmica	Terapêutica (para RN em Hipotermia Terapêutica)
Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados e/ou isquêmicos	A cada 20 minutos N M T
Monitorar a temperatura dos dispositivos de resfriamento	h/h (ou de 15/15 minutos quando estiver em resfriamento) N M T
Monitorar quanto à atividade convulsiva	 N M T
Proteger a pele nas proeminências ósseas	Trocar hidrocolóide a cada 72 horas em dia e turno N M T
Realizar mudança de decúbito	2/2h ou antes se necessário N M T
Verificar sinais vitais (se estiver na prescrição médica bem descrito, não precisa prescrever na da enfermagem)	A cada 15 minutos nas primeiras 4 horas de resfriamento (incluindo temperatura do colchão e esofágica), após as primeiras quatro horas manter monitorização de h/h N M T

Risco de Sangramento	Distúrbios hematológicos (para RN com alteração de TP, TTPA ou plaquetas)
Monitorar sinais de sangramento	Colocar resultado alterado do exame e a data N M T
Orientar paciente e família sobre riscos e gravidade de traumatismo	 N M T

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Cuidados com PICC		
Risco de Infecção	Procedimento invasivo	
Realizar curativo do cateter PICC	Dia/turno Primeiro curativo em 48h (data) se limpo e em 24h (data) se sujo	7/7 dias
Realizar <i>flush</i> em turbilhonamento com 0,5ml de solução fisiológica, utilizando seringa de 10ml antes e pós cada medicação ou término de solução ou a cada 6 horas	Turbilhonar com 2ml (se PICC 3Fr)	6/6h
Verificar circunferência do membro puncionado 5 cm acima da inserção comparando com a circunferência no dia da inserção do PICC	*aprazar o turno conforme rotina da sala	N, M ou T
Verificar medida externa do cateter PICC e registrar nos controles	*aprazar o turno conforme rotina da sala	N, M ou T
Trocar equipos, extensores e cânulas conforme rotina	Trocar perfusor em (Dia e turno) (Se PICC 3Fr salinizado)	96/96h

Cuidados com demais dispositivo invasivos		
Risco de Infecção	Procedimento invasivo	
Implementar cuidados com sonda vesical de demora (POP-2765)	Inserida em: (dia e turno)	N M T
Implementar cuidados com Colostomia - Ileostomia (POP-3037)	Troca realizada em data e turno	N M T
Implementar cuidados com dreno de tórax em selo d'água - Em neonatologia (POP - 3045)	Inserido em data	N M T
Implementar cuidados com dreno de tórax em aspiração - Em neonatologia (POP - 3045)		N M T
Implementar cuidados gerais com cateteres venosos (POP-2929)	CUV/CUA passado em (dia e turno)	N M T
Realizar curativo do cateter venoso central (POP - 0168)	Dia e turno	7/7 dias
Trocar transdutor de pressão arterial em:	Dia e turno	5/5 dias
Trocar transdutor de pressão venosa central em:	Dia e turno	5/5 dias
Trocar transdutor de pressão intra-abdominal em:	Dia e turno	5/5 dias

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Grupo: PSICOSSOCIAIS	Subgrupo: AUTO-REALIZAÇÃO	
Risco de Tensão do Papel do Cuidador	Imprevisibilidade da situação do cuidado (para RN com DDS)	
Capacitar cuidador/família para realização dos cuidados		N M T
Oferecer ao cuidador/família informações claras e objetivas sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico do paciente		N M T

Cuidados para RN que utiliza sonda NAVA		
Amamentação Interrompida OU Padrão Respiratório Ineficaz OU Ventilação Espontânea Prejudicada	Doença da criança ou Prematuridade Prejuízo Neuromuscular/Musculoesquelético	
Lavar sonda com:	2 ml de AD	N M T
Manter sonda NAVA fixada na comissura labial, em neonatologia, cm	xx cm	N M T
Trocar sonda NAVA em:	(dia)/(turno)	30/30 dias

3. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

Admissão do recém-nascido na Neonatologia

► MONTAGEM DO LEITO PARA RECEBER PACIENTE GRAVE

- Incubadora Giraffe® ligada e aquecida;
- Material para punção venosa (abocath, perfusor de 60cm, seringa de 3ml com SG5%, película transparente, luvas);
- Ambu® + reservatório + máscaras – 00 e 01 (rotular com data e turno da abertura);
- Verificar paredes montadas (oxigênio, ar comprimido, Vácuo);
- Verificar se respirador está ligado à rede (elétrica e de gases)
- O enfermeiro deverá testar o ventilador antes da chegada do paciente;
- Fixações de Tensoplast® para o tubo endotraqueal e/ou sonda gástrica;
- Sondas de aspiração (nº 4, 6 e 8);
- Sonda gástrica nº 6;
- Seringa de 10ml;
- Estetoscópio;
- Coban® para fixar saturômetro.



► ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO DO RN

Enfermeiro	Técnico de Enfermagem
• Colocar o RN em berço ou incubadora previamente aquecida • Instalar monitorização • Avaliar condições gerais do RN e realizar os procedimentos de admissão necessários • Realizar anamnese e exame físico • Orientar o acompanhante quanto às rotinas	• Organizar material para receber o RN e aquecer previamente o berço/incubadora • Verificar sinais vitais • Realizar higiene do coto umbilical • Verificar peso e medidas antropométricas • Registrar os procedimentos realizados e aspecto geral do RN nos controles

► RN PROCEDENTE DE OUTRO HOSPITAL COM INTERNAÇÃO MAIOR OU IGUAL A 48 HORAS

RN procedente de outro hospital com internação maior ou igual a 48 horas	
Enfermeiro	Técnico de Enfermagem
• Solicitar e coletar swabs conforme rotina da CCIH • Encaminhar swabs ao laboratório • Instituir precaução de contato até liberação dos resultados de rastreio	• Registrar aspecto do RN na chegada • Verificar peso e medidas antropométricas • Realizar Banho com clorexidina degermante e água morna – quando RN atingir Tax de 36,8°C, estando em condições clínicas e tiver IGC maior ou igual 37 semanas. • Se RN prematuro, o banho deve ser realizado com sabão neutro ou apenas água morna

► **ADMISSÃO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO COM IG < 32 SEMANAS E/OU PESO DE NASCIMENTO < 1500G**

Admissão do recém-nascido prematuro com IG < 32 semanas e/ou peso de nascimento < 1500g

- Manter a temperatura da **incubadora de transporte** entre **35° e 37°C**;
- **Temperatura da sala** deve estar **entre 23°C e 26°C**, **mantendo a porta da sala fechada** para evitar correntes de ar;
- **Incubadora Giraffe®** previamente aquecida, ajustada para "zona de conforto" conforme a idade gestacional e **umidificada à 90%**;
- Receber o RN na **incubadora com a cúpula fechada**, salvo situações de maior gravidade, nas quais não seja possível atender o RN com a incubadora fechada;
- **Aferir os sinais vitais na admissão**, sendo que a **temperatura axilar deve ser aferida imediatamente na chegada a UTIN, com 30min e 60min de vida**, registrando nos controles do paciente;
- **Manter o saco plástico e a touca dupla até estabilização da temperatura e término da manipulação do RN**, se necessário rasgar o saco apenas no local que necessita ser acessado
- Se RN necessitar **CPAP** ou **VNI**, manter inicialmente a **touca dupla** e colocar a **touca do CPAP por cima**, até estabilização da temperatura;
- Se **RN estável**: o **acesso** poderá ser realizado **dentro da primeira hora de vida** e pode ser periférico;
- Se **RN instável e/ou em ventilação mecânica**: o **acesso será providenciado logo após admissão** (acesso periférico ou umbilical);
- Se **RN em VM**: manter umidificador do respirador ligado, aquecido e preenchido com água destilada, entre o limite mínimo e máximo do copo umidificador;
- As **medidas antropométricas** serão realizadas dentro das **primeiras horas de vida, de acordo com a necessidade destes dados e estabilidade do paciente**.

Colírio Iodopovidona

- Pode ser aplicado após a primeira hora de vida;
- Atentar para a concentração do colírio: **deve ser 2,5%**;
- Fica armazenado embaixo do berço de observação;
- Só poderá ser retirado na farmácia com prescrição médica;
- Após aberto, tem **validade de 15 dias em temperatura ambiente**.



Vitamina K

- Administrada em todos os bebês ao nascer para prevenir a doença hemorrágica do RN (ao nascimento);
- É administrada somente via intramuscular (IM);
- Prescrição médica:
 - RN $\leq$ 1000g, administrar 0,5 mg IM (0,05 mL);
 - RN > 1000g, administrar 1 mg IM (0,1mL).
- Agulha recomendada conforme o peso de nascimento:
 - Agulha de insulina (27,5G) para RN $\leq$ 1500g;
 - Agulha roxa para aplicação IM (24G) para RN > 1500g (pois estes já recebem hepatite B com esta agulha).
- *Atentar para a introdução gentil da agulha nos prematuros extremos a fim de não atingir o osso. A recomendação do uso da agulha de insulina deve minimizar este risco, porém vale a avaliação individual caso a caso. Atentar também para a necessidade de ajustar o ângulo da agulha, podendo não ser 90° e sim menor (ex: 45°).
- Em caso de dúvidas, consultar o POP 2776 de Administração de Medicamentos - Via Intramuscular;
- Após aberto, tem **validade de 15 dias em temperatura ambiente**.

Verificação de Sinais Vitais

► SINAIS VITAIS NA UCI

- UCINCA (1113 e 1117): Sinais vitais completos 6/6h (incluindo dor através da escala NIPS; PAM se prescrito) + Tax e FR antes das dietas;
- UCINCO Sala 1111: Sinais vitais completos 6/6h (incluindo dor através da escala NIPS; PAM se prescrito) + Tax e FR antes das dietas;
- UCINCO Sala 1115: Sinais vitais completos 3/3h (incluindo dor através da escala NIPS; PAM se prescrito), não esquecendo da Tax e FR antes das dietas.

Observação: qualquer alteração de sinais vitais deverá ser comunicada e verificada novamente após 1h.

► SINAIS VITAIS NA UTI

- Rotina de **3/3 horas** sendo que será individualizada para cada paciente;
- **Fiquem atentos a prescrição médica, bebês graves podem ter prescrição de h/h ou de 2/2h!**

* Pacientes hipotérmicos ou hipertérmicos: aumentar ou reduzir a temperatura da incubadora 1°C por hora, verificando temperatura de h/h.

* Pacientes graves, em uso de drogas vasoativas, de 2/2h ou até de 1h/1h conforme prescrição médica).

* RN em manuseio mínimo: verificar sinais vitais pelo monitor, conforme frequência prescrita.

Verificação de Medidas Antropométricas

Na admissão

Peso, Perímetro Cefálico, Comprimento, Perímetro Abdominal e Perímetro Torácico.

Em 48-72 horas após o nascimento

Perímetro cefálico.

Na primeira semana após o nascimento, idealmente no 7º dia

- Podendo ser ajustado conforme nossa rotina (terça, quinta e domingo): Verificar também o Perímetro Braquial.

Semanalmente

Peso, Comprimento e Perímetro Cefálico (no turno do banho, aos DOMINGOS).

Na alta

Peso, Perímetro Cefálico, Comprimento, Perímetro Braquial.

Verificação de Peso

O peso deve ser verificado na:

- ADMISSÃO;
- TERÇAS, QUINTAS e DOMINGOS, conforme escala de banho;
- ALTA HOSPITALAR.

- Registrar o número da balança nos controles e tentar utilizar a mesma balança, preferencialmente.

Observação: Nos RNs em Hipotermia Terapêutica, o segundo peso e o PC devem ser verificados ao término do protocolo.

4. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Diluição de medicamentos de urgência

► **ADRENALINA (1 mg/mL)**

1 mL de Adrenalina + 9 mL de SF 0,9%;
Concentração final: 0,1 mg/mL.

► **FENTANIL (0,05 mg/mL)**

1 mL de Fentanil + 9 mL de SF 0,9%;
Concentração final: 5 mcg/mL.

► DIAZEPAM, PANCURÔNIO e NALOXONA: Sem diluir.

► **MIDAZOLAM (5 mg/mL)**

1 mL de Midazolam + 4 mL de SF 0,9%;
Concentração final: 1 mg/mL.

► **MORFINA (10 mg/mL)**

1 mL de Morfina + 9 mL de SF 0,9%;
Concentração final: 1 mg/mL.

Diluições dos principais medicamentos conforme concentração máxima e tempo de infusão

Medicamento	Concentração máxima	Tempo de infusão
ACICLOVIR	7mg/ml	1h
AMICACINA	10 mg/ml	1h
AMPICILINA	30 mg/mL	30 min
ANFOTERICINA B CONV.	0,5 mg/mL (central) ; 0,1 mg/mL (periférico)	4h
CAFEÍNA	10 mg/mL	Ataque: 30 min Manutenção: 10 min
CEFAZOLINA	20 mg/ml	30 min
CEFEPIME	40 mg/mL	2h em SF
DEXAMETASONA	<10mg direto	Lento 1-4 min
FENOBARBITAL	20 mg/mL	Ataque: 30 min Manutenção: lento 3-5 min
FENITOÍNA	10 mg/mL	Em SF
FLUCONAZOL	Bolsa pronta	1h
FUROSEMIDA	Puro ou diluído 1:1	2 min
GENTAMICINA	10 mg/mL	30 min
HIDROCORTISONA	5 mg/mL	3-5 min
IBUPROFENO	puro	15 min
MEROPENEM	20 mg/mL	3h
METRONIDAZOL	Bolsa pronta	1h
OMEPRAZOL	Direto	3 min
OXACILINA	40 mg/mL (central) ; 20 mg/mL (periférico)	30 min (central) ; 1 h (periférico)
PENICILINA G	50.000 UI/mL	30 min
VANCOMICINA	5 mg/mL	1h
VITAMINA K	Puro	1-3 min
ZIDOVUDINA	4 mg/mL ; Fracionado pelo CMIV	1h

Reconstituição dos principais medicamentos EV

Medicamento	Reconstituição	Volume Final
Aciclovir 250mg	10 ml AD	
Ampicilina	3 ml de AD	3,4 ml
Anfotericina	10 ml de AD	
Cefazolina 1g	10 ml de AD	
Cefepime 1g	10 ml de AD	11 ml
Cefepime 2g	10 ml de AD	12 ml
Gentamicina	já vem diluído	
Hidrocortisona 100mg	2 ml de AD	
Hidrocortisona 500mg	4 ml de AD	
Meropenem 500mg	10 ml de AD	
Meropenem 1g	20 ml de AD	
Oxacilina 500mg	5 ml de AD	
Pen G potássica 5.000.000UI	10 ml de AD	12 ml
Piperacilina	20 ml de AD	23,2 ml
Vancomicina	10 ml de AD	

Cuidados na administração de medicamentos VIA SONDA (Gástrica, Entérica, Gastrostomia ou Jejunostomia)

- Utilizar sempre seringas dosadoras orais para administrar medicamentos VIA SONDA ou VIA ORAL (disponíveis em 3 mL);
- Realizar a desinfecção da ponteira da sonda com gaze ou algodão com álcool 70%, fazendo fricção imediatamente antes de administrar o medicamento;
- Lavar a sonda depois de administrar o medicamento com 1 mL de AD (sonda de longa permanência) ou com 0,5 mL (sonda plástica).

Cuidados na administração de medicamentos VIA SUBCUTÂNEA (SC)

- Realizar antisepsia da pele no local da administração, utilizando algodão com clorexidina aquosa 2%;
- Deixar secar a área;
- Segurar a área em torno do local escolhido formando uma prega;
- Introduzir a agulha com angulação de 45°;
- Injetar o medicamento lentamente;
- Aguardar 5 segundos antes da retirada da agulha do tecido subcutâneo;
- Administrar volume máximo de 0,5mL.

► RODÍZIO PARA APLICAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SC

Locais de administração (Rodízio)

- Realizar o rodízio e registrar em formulário próprio;
- O formulário deve ser impresso e mantido na pasta do paciente;
- Locais de escolha: face anterior lateral da coxa, região abdominal isolando o umbigo, região dorsal dos braços e região superior externa das nádegas;



► ENOXOPARINA

- Colocar a dose equivalente a prescrição na seringa de 1mL;
- Conectar a agulha 0,38x13 mm e retirar o ar;
- Identificar a seringa com etiqueta do paciente preenchida e administrar a dose.



Alguns medicamentos e suas particularidades:

► ADENOSINA

- Deve ser administrado PURO, em bolus, de 1 a 2 segundos;
- Sugere-se conectar a seringa com a medicação em uma via da cânula juntamente com uma seringa preenchida com SF 0,9% na outra via, para que, imediatamente após a infusão do fármaco haja a lavagem da via do cateter, a fim de produzir efeito imediato.

► ALBUMINA HUMANA

- Pode-se administrar sem diluir ou diluída em SF 0,9% ou SG5%;
- Infusão: 1 a 2 mL/min, não exceder 30 mL/min;
- Após reposição inicial, 1 mL/min.

► DEXTROSE 40% GEL

Administração: Aplicar aos poucos na mucosa da boca (parte interna das bochechas) e embaixo da língua, sendo delicadamente esfregada na mucosa oral com dedo enluvado;

*Não utilizar gaze ou algodão, pois absorve no material, além do risco de soltar artefatos de algodão;

*A Dextrose gel não substitui a Sacarose e somente deve ser administrada com prescrição médica.



- Indicação: Hipoglicemia assintomática.
- Apresentação: Envelopes de 5mL.
- Dose: 0,5 mL/Kg

► FILGRASTIMA

Deve ser utilizada a concentração mínima para a diluição. Sendo assim, utiliza-se a Diluição Padrão conforme orientação farmacêutica:



Uma vez preparada, a solução está pronta para uso (não fazer rediluição):

- Aspirar o volume necessário desta solução padrão (considerando a dose prescrita para o RN e o volume para preenchimento do equipo) e ajustar o gotejo conforme a dose prescrita;
- * Dúvidas de arredondamento de dose devem ser sanadas com o médico.
- A solução deve correr em 1h;
- Incompatível com SF 0,9%!

► IMUNOGLOBULINA HUMANA

Apresentação	Diluição	Tempo de infusão	Observações
Solução 10% Fr/amp. 5g (50 mL)	Sem diluir	Sugestão de Velocidade de infusão: Aumento gradual do gotejo inicial (primeiros 30 minutos): 0 a 30 min: 0,3 mL/Kg/h 30 a 60 min: 0,6 mL/Kg/h 60 a 90 min: 1,2 mL/Kg/h Não ultrapassar 4,8 mL/Kg/h	A velocidade de infusão depende do fabricante e/ou da indicação terapêutica.

*Atentar para dose prescrita e apresentação dispensada pela farmácia.

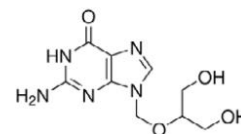
► INSULINA CONTÍNUA

- Realizar a impregnação dos materiais antes de instalar:

Diluição da Insulina Regular frasco 100UI/mL:

0,1 mL de insulina + 9,9 mL de AD = 10 mL = 1 UI/mL

- Aspirar as unidades prescritas (mL) e transferir para a seringa e perfusor de infusão;
- Deixar impregnando por 30 minutos** e após, **desprezar o conteúdo**;
- Realizar novamente a diluição inicial (**utilizando a mesma seringa**) e aspirar as UIs que serão administradas no paciente (mesma seringa e perfusor);
- Conectar ao paciente e programar a infusão;
- A solução infundida tem **validade de 6 horas**.



► QUIMIOTERÁPICOS

- Executor: **Enfermeiro**;
 - Medicamento dispensado pronto pelo CMIV em seringa e perfusor previamente identificado;
 - Retirar o medicamento da geladeira 1 hora antes de iniciar a infusão;
 - Usar EPI (máscara, avental e luvas);
 - Administrar em bomba de infusão conforme orientação da farmácia e/ou prescrição médica;
- Após a administração, retirar a seringa e desprezar em saco plástico transparente, fechando-o com nó e desprezando-o no coletor de resíduos químicos.

► SACAROSE

- Dose correta:
 - Máximo 1 mL para RN a termo.
 - Máximo 0,5 mL para RN prematuro.

► SIROLIMUS

- Diluir conteúdo da seringa (pó) em 10 mL de AD, concentração de 1 mg/mL;
- Não é citotóxico, usar máscara cirúrgica e luva de procedimento.

Guarda e administração de medicamentos fornecidos pela família do RN

- Recomenda-se administrar o medicamento do paciente somente após a validação do farmacêutico;
- O enfermeiro deve solicitar consultoria farmacêutica para validar o medicamento por meio do AGHUse;
- Certifique-se de que o medicamento fornecido pela família do RN foi validado pelo farmacêutico responsável, verificando a presença da etiqueta padronizada da Farmácia Clínica de "Medicamentos de Uso Próprio" (cor laranja);
- Após a validação, os medicamentos do paciente devem ser armazenados preferencialmente sob a responsabilidade do hospital, no posto de enfermagem.

5. AVALIAÇÃO OFTALMO

- Todas as QUINTAS-FEIRA pela MANHÃ;
- A lista dos RNs que terão avaliação fica disponível na SALA DOS ENFERMEIROS;
- Seguir a prescrição médica para aplicação de Fenilefrina 2,5% + tropicamida 0,5% colírio antes do exame.



6. ALTA HOSPITALAR

Na alta hospitalar, o enfermeiro deve:

- Aplicar a Pesquisa de Satisfação;
- Preencher o Indicador de Aleitamento Materno ([%Clique no link](#));
- Agendar consulta no Ambulatório de egressos da enfermagem (se RN prematuro) *ver orientações na página 95;
- Realizar as orientações aos pais/cuidadores de acordo com as necessidades de cada bebê;
- Realizar uma Evolução de Alta no prontuário eletrônico.

Sugestão de Evolução de Alta contendo os itens obrigatórios:

EVOLUÇÃO DE ALTA

Mãe orientada quanto ao banho do recém-nascido, higiene do coto e períneo, atentar para alterações nas fezes e urina, aleitamento materno, ordenha manual, vacinas realizadas, testes do pezinho, orelhinha e olhinho.

Orientações para alta hospitalar:

► CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDO

Banho

- A mãe foi orientada quanto ao banho?
- A mãe deu banho no bebê?

Higiene do coto umbilical

- A mãe está orientada quanto a higiene do coto?
- Se RN ainda com coto, dar álcool 70% para a mãe levar.

Higiene do períneo

- A mãe está orientada e realiza a troca de fralda?
- A mãe foi orientada sobre alterações nas fezes e na urina?



Medicações

- O RN recebeu alta em uso de medicação?
- A mãe foi orientada quanto a administração da medicação?

► CUIDADOS COM ALIMENTAÇÃO

RN recebeu alta com: aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno + fórmula láctea ou somente fórmula láctea?

Acompanhamento da amamentação

- A mãe recebeu orientação sobre aleitamento materno?
- A mãe recebeu orientação sobre ordenha manual?

Se necessário, encaminhar bebê para equipe da amamentação no pós-alta. Sala 1147. ramal: 8139

Sondas (gástrica, entérica, vesical)

- Se RN com sonda, a mãe foi orientada quanto ao manuseio?

Realizar as seguintes revisões:**• Carteira de vacinação**

- Vacinas: BCG, Hepatite B (1ª dose e, se RN tiver + que 1m, a 2ª dose).
- Teste do Pezinho: Orientar retirar resultado na zona 14, 1 m após a coleta.
- Teste da Orelhinha: Se RN não realizou teste, orientar retorno com Fono.
- Teste do Olhinho: realizado pela equipe médica.

• Acompanhamento pós-alta

RN > 37 semanas encaminhado para UBS ou outro local?

RN < 37sem. (↑ 1500g) encaminhado para ambulatório de egressos?

• Nutrição

- Se RN prematuro, comunicar alta para nutricionista (ramal: 8254) para orientações
- Se mãe HIV+, comunicar nutricionista (ramal: 8254) para fazer cadastro da mãe e disponibilizar as latas de leite.

Orientações para alta de bebês com sonda

A orientação e acompanhamento inicial deve ser feita pelo enfermeiro e, assim que a mãe estiver apta, o técnico pode fazer esse acompanhamento.

Para RNs que terão alta com sonda enteral:**Enfermagem**

- Comunicar nutrição;
- Treinamento de familiares;
- Entregar os seguintes materiais no momento da alta: 5 seringas e 5 equipos de sonda.

Médico

Fornece laudo e realiza as orientações de alta.

Pacientes em uso de sonda para alimentação

- Receita com o nome da fórmula, diluição, volume, frequência de administração e modo de preparo;
- Folder institucional sobre os cuidados gerais com a sonda, utensílios, etc;
- Doações de frascos (opcional);
- Laudos para solicitação da fórmula junto a SMS (SN).

Pacientes alérgicos

- Receita com o nome da fórmula, diluição, volume, frequência de administração e modo de preparo;
- Laudos para solicitação da fórmula junto a SMS (SN).

Pacientes expostos ao HIV

- Laudos para solicitar a fórmula láctea via Projeto Nascer;
- 4 latas de fórmula de primeiro semestre.

Prioridade de orientação farmacêutica na alta hospitalar

Prioridade de orientação

- Alta com derivação farmacêutica, isto é, medicamentos que são encontrados nas somente na forma de comprimidos e devem ser transformados em preparações líquidas (ex: propranolol, hidroclorotiazida, furosemida, isoniazida);
- RN exposto ao HIV.

Orientação conforme a disponibilidade do farmacêutico e sinalização da equipe medica

- Alta com medicamentos que se encaixam em protocolos do Ministério da Saúde (PCDTs) e que, portanto, é necessário a abertura de processo administrativo (ex: Levetiracetam);
- Alta com múltiplos medicamentos via sonda.

Não necessitam de orientação do farmacêutico (pediatra pode orientar e equipe de enfermagem mostrar o modo de administração ao longo da internação)

- Alta com vitaminas, sulfato de zinco e ferro ;
- Alta com medicamentos em gotas (incluindo fenobarbital).

7. CATETER UMBILICAL

Material para Cateterismo Umbilical

- Bandeja de Cateterismo Umbilical Neonatal;
- Fita umbilical;
- Fios de sutura (3.0 e 4.0 agulhados Nylon ou Seda);
- Cateter umbilical (3,5 Fr e 5,0 Fr);
- Gazes;
- Clorexidina aquosa com corante para assepsia da pele;
- SF 0,9% aquecido;
- Seringas de 10ml (2 unidades);
- Lâmina de Bisturi
- Máscara descartável;
- Gorro descartável;
- Luvas estéreis (2 de cada tamanho).

*Aguardar a confirmação da posição do cateter pela equipe médica antes de fixá-lo e iniciar a infusão da solução prescrita (manter permeabilidade do cateter com SG 5% à 1 ml/h)

► FIXAÇÃO DO CATETER

- Realizada somente após da confirmação da posição do cateter por exame de imagem;
- Certificar se que a equipe médica realizou a remoção da clorexidina da pele utilizando gaze embebida em AD aquecida após inserção do cateter;
- Proteger a pele com hidrocolóide;
- Fixar o cateter com tiras de esparadrapo ou medipore em forma de "ponte".



► INSTALAÇÃO DO DÔMUS

****Troca do sistema de equipo e dômus: a cada 96 horas ****

Medida

- Posicionar a régua de forma perpendicular à linha axilar média e medir a distância anteroposterior do tórax (fornecendo a altura do tórax);
- Dividir esta medida por 3 e multiplicar por 2 (equivalente a 2/3 da altura do tórax);
- Nivelar e marcar esse ponto na lateral da incubadora ou berço;

*O local de referência para o nivelamento e zeragem é a dãnula localizada junto ao dômus.

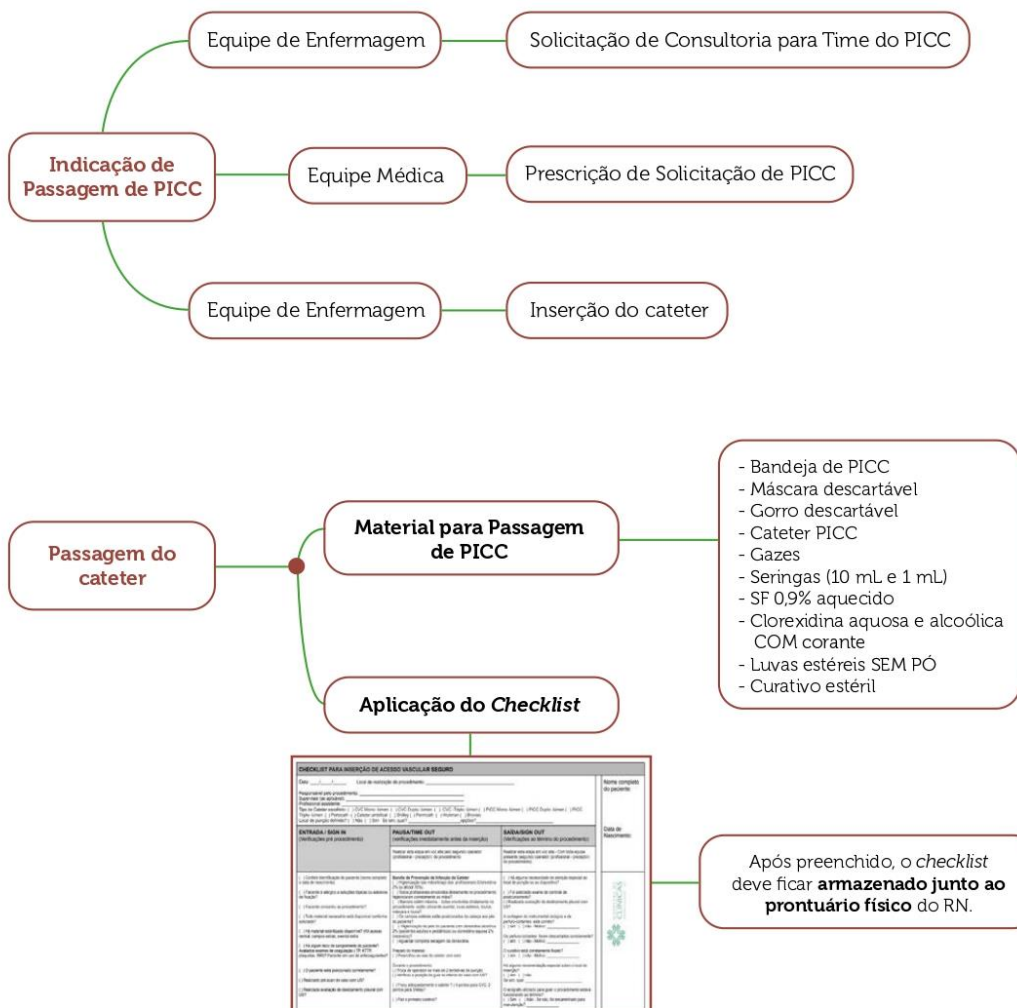
Instalação

- Conectar o soro prescrito na parte inferior da cânula do dômus;
- Substituir o perfusor do *kit* por um perfusor pediátrico de 120cm e conectá-lo na parte superior da cânula do dômus;
- Preencher o sistema com a solução a ser administrada;
- Fixar o dômus na lateral da incubadora;
- Conectar o sensor do transdutor de pressão ao monitor;
- Fechar a via da cânula destinada ao paciente;
- Conectar a ponta do perfusor de 120 cm do sistema e abrir a via do paciente;
- Iniciar a infusão da solução;
- Zerar o sistema: Fechar a via da cânula do dômus para o RN, selecionar a opção de “zerar a pressão” no monitor, aguardar até que a pressão esteja completamente zerada e, reabrir a cânula.

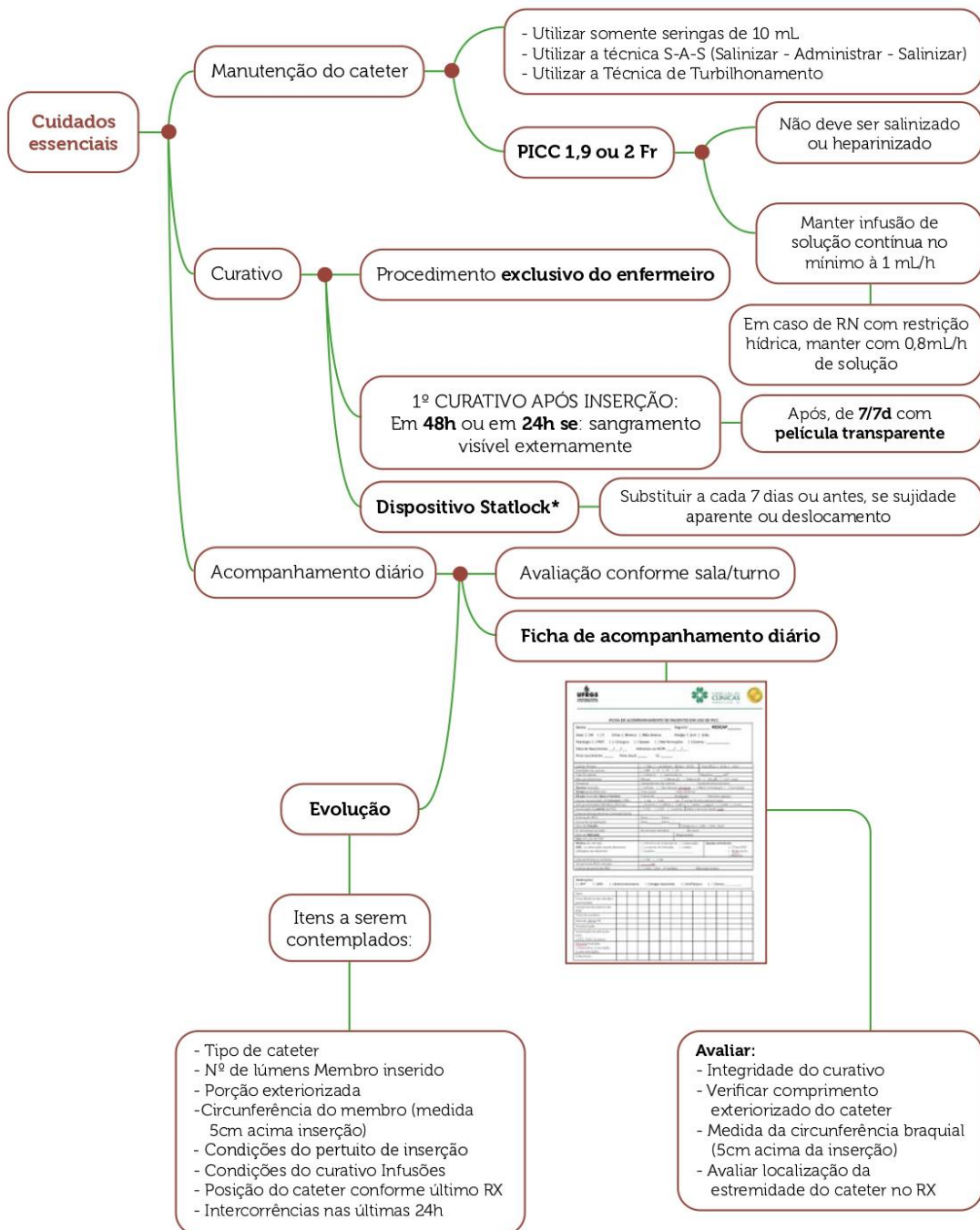
8. CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)**Material para passagem de PICC**

- Bandeja de PICC
- Máscara descartável
- Gorro descartável
- Cateter PICC
- Gazes
- Seringas (uma de 10 ml e uma de 1ml)
- SF 0,9% aquecido
- Clorexidina aquosa e alcoólica com corante
- Luvas estéreis sem pó
- Curativo estéril

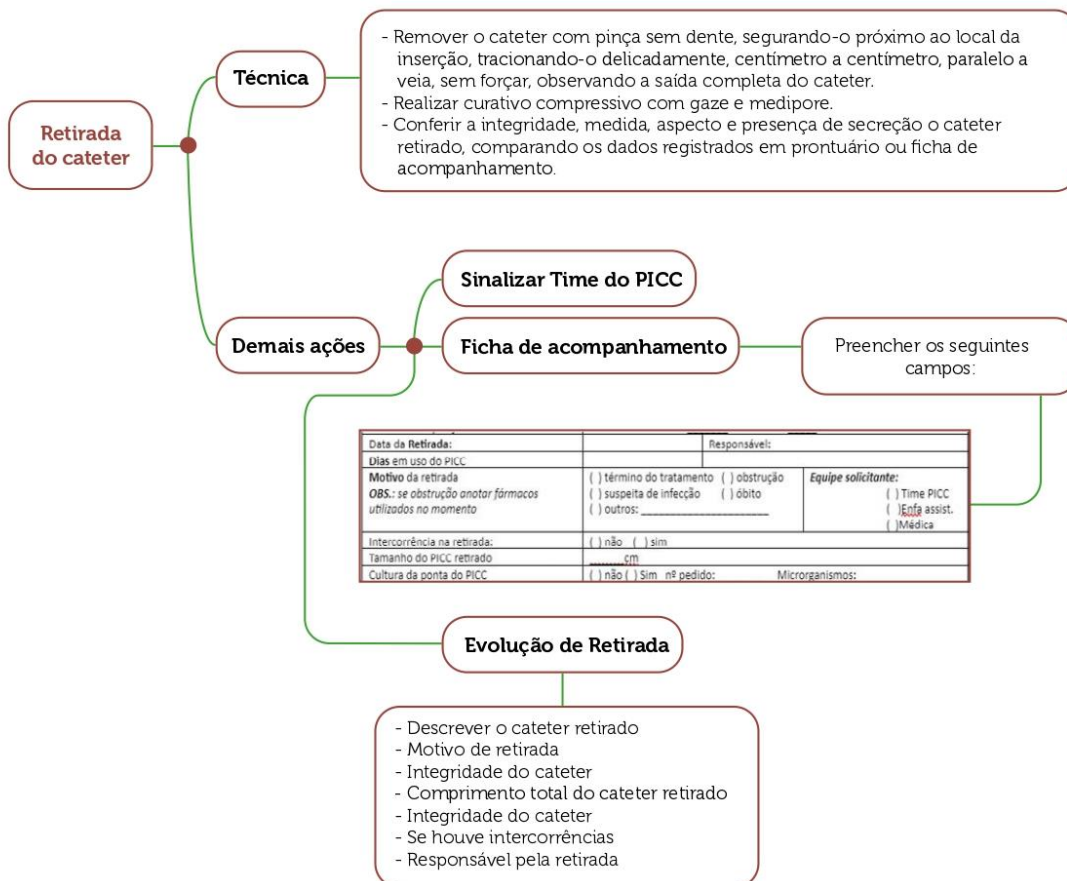
MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

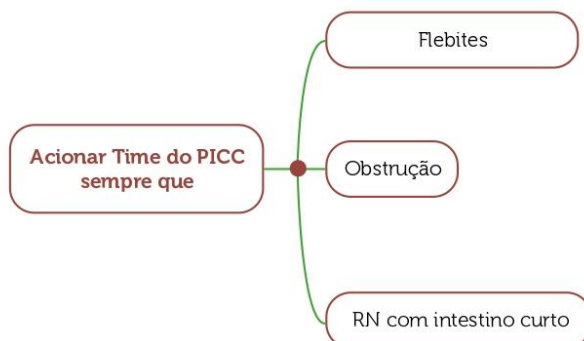


MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS



MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS





9. CONFORTO

Avaliação e manejo da dor

Aplicar a Escala NIPS a todo o RN internado:

- Na admissão;
- A cada verificação dos sinais vitais;
- Sempre que houver indicadores da presença de dor;
- Antes, durante e após procedimentos potencialmente dolorosos.

*Reavaliar a dor após conduta (farmacológica ou não-farmacológica) no intervalo de 30 minutos à 1 hora.

Escala de dor no recém-nascido (NIPS-Brasil)	
EXPRESSÃO FACIAL	0 = Músculos relaxados – face descansada, posição neutra 1 = Careta: Músculos faciais contraídos; testa, queixo e maxilar franzidos (expressões faciais)
CHORO	0 = Sem choro: Tranquilo, não está chorando 1 = Choro fraco: Gemido fraco, intermitente 2 = Choro vigoroso: Choro alto, crescente, contínuo *Se o bebê estiver entubado, o choro silencioso é considerado quando evidenciado por movimentos da boca e da face
PADRÃO RESPIRATÓRIO	0 = Relaxado: Padrão usual para este bebê 1 = Alteração da respiração: Respiração irregular, retrações
BRAÇOS	0 = Relaxados/contidos 1 = Flexionados/estendidos
PERNAS	0 = Relaxados/contidos 1 = Flexionados/estendidos
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	0 = Dormindo/Acordado: Tranquilo, quieto, dormindo ou alerta e calmo 1 = Agitado

Controle de temperatura das salas, incubadoras e bases aquecidas dos respiradores

- A temperatura das salas deve ser mantida entre **23 e 26°C**;
- Manter as bases aquecidas ligadas, com temperatura em **37°C**, mantendo **sempre no modo tubo** independente do bebê estar em CPAP.



TEMPERATURAS DE AMBIENTE TÉRMICO NEUTRO			
Idade	Peso	Temperatura inicial (°C)	Varição de temperatura
0-6 horas	< 1200g	35	34-35,4
	1200-1500g	34,1	33,9-34,4
	1501-2500g	33,4	32,8-33,8
	>2500g	32,9	32-33,8
6-12h	<1200g	35	34-35,4
	1200-1500g	34	33,5-34,4
	1501-2500	33,1	32,2-33,8
	>2500	32,8	31,4-33,8
12-24h	< 1200g	34	34-35,4
	1200-1500g	33,8	33,3-34,3
	1501-2500g	32,8	31,8-33,8
	>2500g	32,4	31-33,7
24-36h	< 1200g	34	34-35
	1200-1500g	33,6	33,1-34,2
	1501-2500g	32,6	31,6-33,6
	>2500g	32,1	30,7-33,5
36-48h	< 1200g	34	34-35
	1200-1500g	33,5	33-34,1
	1501-2500g	32,5	31,4-33,5
	>2500g	31,9	30,5-33,3
48-72h	< 1200g	34	34-35
	1200-1500g	33,5	33-34
	1501-2500g	32,3	31,2-33,4
	>2500g	31,7	30,1-33,2
72-96h	< 1200g	34	34-35
	1200-1500g	33,5	33-34
	1501-2500g	32,2	31,1-33,2
	>2500g	31,3	29,8-32,8
4-12 dias	<1500	33,5	33-34
	1501-2500g	32,1	31-33,2
4-5 dias	>2500g	31	29,5-32,6
5-6 dias		30,9	29,4-32,3
6-8 dias		30,6	29-32,2
8-10 dias		30,3	29-31,8
10-12 dias		30,1	29-31,4
12-14 dias	<1500g	33,5	32,6-34
	1501-2500g	32,1	31-33,2
	>2500g	29,8	29-30,8
2-3 semanas	<1500g	33,1	32,2-34
	1501-2500g	31,7	30,5-33
3-4 semanas	<1500g	32,6	31,6-33,6
	1501-2500g	31,4	30-32,7
4-5 semanas	<1500g	32	31,2-33
	1501-2500g	30,9	29,5-32,2
5-6 semanas	<1500g	31,4	30,6-32,3
	1501-2500g	30,4	29-31,8

- A incubadora Giraffe® possui a função “Zona de Conforto” que deve ser programada corretamente de modo a manter a normotermia do bebê.



Hora do PSIU

Conjunto de condutas que permite a redução de estímulos sensoriais, através de um ambiente tranquilo para favorecer o desenvolvimento cerebral adequando para o RN:

- Diminuir a luminosidade do ambiente;
 - Orientar equipes e familiares para evitar falar à beira do leito;
 - Responder prontamente a alarmes de equipamento;
 - Atender prontamente ao choro dos RN;
 - Evitar procedimentos no RN;
 - Manter telefones desligados;
 - Evitar rounds ou discussões de casos à beira leito;
 - Evitar entradas e saídas desnecessárias no ambiente;
 - Cuidador para não bater portas, gavetas, latas de lixo ou arrastar cadeiras.
- Ao iniciar a hora do psiu colocar a placa indicativa na porta da sala com o objetivo de manter a redução dos estímulos durante aquele período;
 - Registrar nos controles o tempo total de “psiu” realizado no turno.
 - Durante a “hora do psiu”, os profissionais poderão continuar realizando suas tarefas, tendo cuidado de respeitar as orientações acima.

**Estamos na
HORA DO PSIU**



Respeite o meu SILÊNCIO!

10. CONTENÇÃO MECÂNICA

Cabe à equipe de enfermagem: avaliar o local da contenção na primeira hora e após de 2/2h: tensão do nó, condições da pele e circulação, sinais de desconforto, sinais vitais.

- Enfermeiro: avaliar 1x/ turno o local da contenção, nível de consciência, sinais vitais e as medidas corretivas adotadas, bem como as razões para liberação ou manutenção da contenção;
- Monitorizar os sinais vitais, vias aéreas e nível de consciência de 2/2h;
- Aplicar a contenção mecânica somente com prescrição médica.

Recomendações na neonatologia

Deve-se 1x/turno soltar a contenção e massagear o local contido, avaliar a integridade da pele e perfusão antes de reposicionar a contenção.

Contenção utilizando compressas

- Utilizar duas compressas para cada membro, unindo-as com um nó;
- Em RNS, pode-se envolver a extremidade da compressa no membro do paciente, fixando-a com fita crepe, deixando aproximadamente um dedo de folga;
- Passar a compressa por entre as pernas;
- Amarrar a outra extremidade da compressa no outro punho.



11. DIÁLISE PERITONEAL

Montagem do sistema de buretas

- Desligue o ar condicionado, feche as janelas e portas e evite a circulação de pessoas na área
- Posicione o suporte de soro e o foco de luz próximo ao leito do paciente
- Fixe o sistema de buretas no suporte de soro, com as 2 buretas de infusão em um nível mais alto no suporte e a bureta de drenagem num nível abaixo da cama do paciente
- Use máscara cirúrgica e luvas de procedimento
- Conecte a bolsa da solução dialisante a uma das buretas de infusão
- Aproxime o foco de luz da bureta que contém a solução para aquecer o líquido antes da infusão
- Exponha o cateter de Tenckhoff
- Realize a desinfecção do twist com gaze embebida em álcool 70%
- Remova a tampa do cateter e conecte a ponteira do sistema de buretas
- Abra o cateter através da rosca do próprio twist
- Inicie o procedimento de diálise pela drenagem da cavidade e, em seguida, infunda o primeiro banho.



Observações importantes

- O sistema de buretas consiste em 2 buretas para infusão (permitindo a utilização da segunda bureta durante a troca ou vencimento da bolsa de solução dialisante) e 1 para drenagem.
- Validade do sistema de buretas: 96 horas (sem manipulação da bolsa) ou 24 horas (se adição de eletrólitos).
- Validade e estabilidade da bolsa: 24 horas.



- A solução dialisante deve estar aquecida para iniciar a infusão.
- Recomenda-se um tempo de drenagem de 10 minutos para iniciar nova infusão.
- Os primeiros banhos podem ser realizados sem permanência, conforme orientação da equipe médica ou até a drenagem de líquido límpido.
- Se houver extravasamento abundante de líquido pelo pertuito do cateter, a terapia deve ser interrompida e a equipe médica deve ser comunicada.
- Os registros de infusão e drenagem devem ser realizados em folha específica de cada ciclo.
- É necessário a realização da dupla checagem/conferência pelo enfermeiro ao final de cada turno.
- O sistema calcula automaticamente o BHP e o BHT. Este, deve ser conferido com os cálculos registrados na folha de controle como barreira adicional de segurança.
- No prontuário eletrônico, debitar o volume na coluna de líquidos infundidos quando o BHP for Positivo e, na coluna de líquidos eliminados quando o BHP for Negativo.



REGISTRO DE DÍALISE PERITONEAL - UTI NEO - HCPA

Paciente: Leito: Reg:

Data Nº	Início entrada	Fim entrada	Volume entrada	Início saída	Volume saída	Balanco Parcial	Balanco Total	Outro
01	07:30	07:45	200	07:45	-	200		
02	07:45	08:00	200	08:00	-	200		
03	08:00	08:15	200	08:15	-	200		
04	08:15	08:30	200	08:30	-	200		
05	08:30	08:45	200	08:45	-	200		
06	08:45	09:00	200	09:00	-	200		
07	09:00	09:15	200	09:15	-	200		
08	09:15	09:30	200	09:30	-	200		
09	09:30	09:45	200	09:45	-	200		
10	09:45	10:00	200	10:00	-	200		
11	10:00	10:15	200	10:15	-	200		
12	10:15	10:30	200	10:30	-	200		
13	10:30	10:45	200	10:45	-	200		
14	10:45	11:00	200	11:00	-	200		
15	11:00	11:15	200	11:15	-	200		
16	11:15	11:30	200	11:30	-	200		
17	11:30	11:45	200	11:45	-	200		
18	11:45	12:00	200	12:00	-	200		
19	12:00	12:15	200	12:15	-	200		
20	12:15	12:30	200	12:30	-	200		
21	12:30	12:45	200	12:45	-	200		
22	12:45	13:00	200	13:00	-	200		

*O BH é Positivo (+) ou Negativo (-), onde o total representa o débito de banhos.

Em Neonatologia o balanço positivo com sinal + e o negativo com sinal - onde o somatório equivale ao débito de banho.

Paciente

Prontuário: 18074807 GILBERTO OFUSCADO TATTON ABAROA BANNISTER Idade: 0 anos 3 meses

Período: Data e Hora Inicial: Data e Hora Final:

Últimas 6 horas 06/01/2022 00:00 06/01/2022 06:00

Pesquisar Limpar Imprimir Visualizar Resumo BH

Monitorização **Controle Hídrico**

+ Novo Administrado Eliminado

Ações	Horários	D Perit +	D Perit -
	06/01/22 06:00	656,00	624,0
Total	32	656	624

12. DISTÚRPIO DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL

Pacientes que devem ser incluídos para avaliação de DDS

- Clara diferenciação genital;
- Genitália aparentemente feminina:
 - Falo aumentado (diâmetro > 6mm, comprimento > 9mm);
 - Fusão de saliências labioescrotais posterior;
 - Somente um orifício no períneo além do ânus (seio urogenital);
 - Massa inguinal ou em saliência labioescrotal;
- Genitália aparentemente masculina:
 - Gônadas não palpáveis bilateral;
 - Microfalo (<2,7 cm em RN a termo);
 - Meato uretral proximal (baixo) ao falo;
 - Meato uretral não tópico associado à gônada não descida;
- História familiar de DDS;
- Discordância entre fenótipo e cariótipo pré-natal.

Como descrever o exame físico

- FALO: comprimento a máxima tração em cm, palpação de corpos cavernosos quando possível, posição do meato quando presente.
- SALIÊNCIAS LABIOESCROTAIS: aspecto da pele (rugosa ou lisa), presença de pigmentação, fusão (ausente, parcial ou completa), posição do meato quando presente.
- SEIO UROGENITAL: número de orifícios no períneo, descrever posição e relação entre eles.
- GÔNADAS: palpáveis ou não, local onde são palpáveis (inguinal ou saliência labioescrotal).

Rotina de atendimento

- O familiar responsável será informado sobre a indiferenciação genital pela equipe médica e sobre a necessidade de investigação para realizar o registro definitivo e/ou retificado do RN em cartório posteriormente.
- Recomenda-se que a família realize o registro conforme o provimento nº 016/2019 CGJ-RS
- Ao familiar, será fornecido documento comprobatório da condição do RN para encaminhar ao cartório de registro civil com o preenchimento de "sexo ignorado" na DNV.
- Será solicitado as seguintes consultorias para acompanhamento: genética, endocrinologia, cirurgia pediátrica, psicologia, serviço social, bioética e Enfermagem em Anomalia da Diferenciação Sexual.

para a coleta dos exames solicitados

- Cariótipo: frasco com tampa verde/heparina/2-5ml.
- Extração de DNA: frasco com tampa roxa/EDTA 3-5ml.

13. DRENO DE TÓRAX

Material para Drenagem de Tórax

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja de flebotomia neonatal; • Drenos de tórax (10, 12 e 14) ; • Luvas estéreis (duas de cada tamanho); • Clorexidina aquosa; • SF 0,9% aquecido; • Fios de sutura 3.0 e 4.0 agulhados Nylon (ou seda); • Lidocaína injetável 1%; | <ul style="list-style-type: none"> • Seringas (de 1 e 10 mL); • Agulha (40 x 12 – vermelha); • Gazes; • Frascos de dreno de tórax; • Látex descartável branco; • Máscara descartável (2 unidades); • Gorro descartável (2 unidades). |
|--|---|

Montagem e medição do frasco coletor (Selo d'água)

Trocar o dreno a cada 24 horas se houver sujidade ou, no máximo em 72 horas (à noite), seguindo os passos:

- Clampear o dreno utilizando o próprio clamp do sistema;
- Transportar o frasco coletor até a balança e aferir o peso;
- Descartar o conteúdo presente no frasco;
- Preencher o frasco com água destilada (AD) até que a água cubra 2 cm da haste do frasco coletor;
- Levantar novamente o frasco até a balança e aferir o peso com a AD adicionada;
- Fechar o frasco e abrir o *clamp*;
- Rotular o frasco coletor utilizando esparadrapo conforme modelo:



PESO
DATA
HORÁRIO
ASSINATURA

Montagem do sistema de aspiração contínua (Frasco redutor)

- Encher o frasco redutor com água destilada até que a haste longa esteja submersa a uma profundidade de 12 cm;
- Fechar a tampa e rotular o frasco redutor indicando a medida de 12 cm;
- Manter a conexão em "y" do frasco redutor aberta nas duas vias;
 - Quando houver dois drenos de tórax em um único sistema de aspiração, conectar as extensões nos suspiros dos frascos coletores.
 - Se houver apenas um dreno em aspiração, remover o "y" do frasco redutor e conectar a extensão do dreno de tórax direto no suspiro do frasco redutor.
- Manter a extremidade da haste longa da tampa do frasco redutor aberta para o ambiente;
- Conectar a outra extremidade da extensão do frasco redutor à rede de aspiração;
- Abrir a válvula da rede de aspiração observando o funcionamento do frasco redutor, que deve gerar borbulhas;

Observação: Em caso de dois ou mais drenos de tórax em aspiração, cada um pode ser conectado a um frasco redutor separado, eliminando a necessidade de utilizar o "y" (a critério médico).

Cuidados na manutenção do dreno de tórax

- Manter curativo oclusivo ao redor do dreno e realizar sua troca sempre que úmido ou sujo;
- Utilizar fita adesiva microporosa hipoalergênica para fixar o dreno à pele, a fim de evitar tração ou deslocamento;
- Manter os frascos posicionados abaixo do nível do paciente (no chão) para prevenir retorno de ar ou líquido;
- Durante o transporte do paciente, o frasco coletor deve ser mantido abaixo do nível do paciente e desconectado do sistema de aspiração;
- Observar o volume do frasco redutor, que deve ser mantido no mesmo nível, com a haste submersa a 12 cm;
- Garantir que os tubos dos drenos permaneçam livres e sem dobras. Não prendê-los ao berço ou incubadoras, pois se fixados dessa maneira, podem resultar em retirada acidental ao mobilizar o RN.



14. ELETROENCEFALOGRAMA DE AMPLITUDE INTEGRADA (aEEG)

Materiais necessários

- Fita métrica;
- Clorexidina aquosa;
- Medipore;
- Tesoura;
- SF 0,9%;
- Cotonetes;
- Pasta condutora;
- Touca de CPAP.



Sistema de medidas 10/20

- 1ª medida: Násio-íneo sagital;
- 2ª medida: Auriculares (tiara) - pré-auricular/pré-auricular;
- 3ª medida: Nasio-íneo Lateral - (temporo-parietal) pela lateral da cabeça.

*Násio: entre as sobrancelhas | *Íneo: Saliência occipital.

Calcular 10%, 20%, 40% e 50% de cada medida, utilizando a tabela:

	10%	20%	40%	50%
Násio-íneo				
Auricular				
Lateral				

Início

- Ligar o *Nobreak*;
- Abrir o software "*BW Analysis*";
- Iniciar um novo exame: Arquivo - Novo exame;
- Tela de identificação: incluir nome completo, número do prontuário e data de nascimento;
- Clicar em OK.

Teste de captação dos eletrodos (Teste de Impedância)

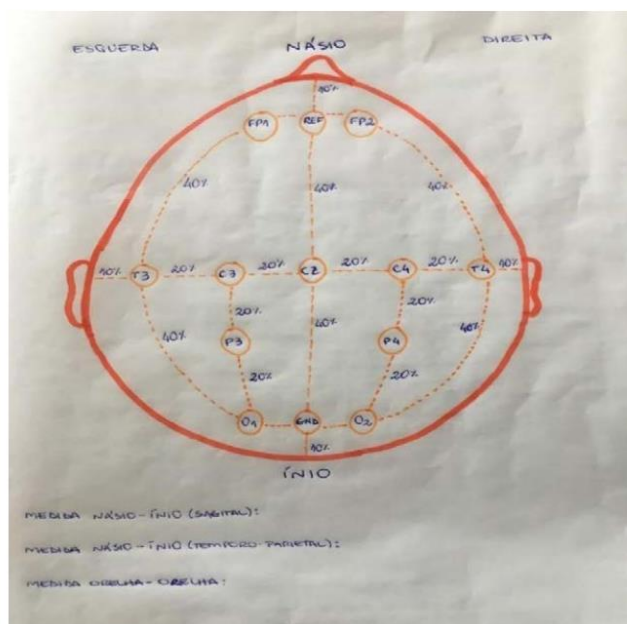
- Na barra de ferramentas, selecionar "Captação" > "Testar impedância";
- Mergulhar os eletrodos em um recipiente com SF 0,9% e aguardar que os eletrodos apareçam na cor "verde" no monitor.

Colocação dos eletrodos

- Inserir os eletrodos pela abertura da touca do CPAP;
- Afastar os cabelos expondo o couro cabeludo;
- Realizar a higiene com cotonete e clorexidina aquosa;
- Aplicar pasta condutora no eletrodo;
! o excesso de pasta pode fazer contato entre os eletrodos e atrapalhar a captação da atividade elétrica.
- Fixar com medipore, procurando deixar os fios alinhados e sem dobrar;
- Procurar não deixar os fios em contato com traqueias do respirador ou outros cabos por gerar interferências no traçado;
- Manter os fios juntos e organizados, passando pela touca do CPAP e protegidos por atadura em todo seu comprimento.

Observação: O ponto de fixação no aparelho deve ser o mesmo ponto localizado no paciente. As cores não são fixas!

Fixação dos eletrodos usando o sistema 10/20v



As letras representam as áreas cerebrais correspondentes (frontal/temporal/central/parietal/occipital) e os números a lateralidade dos pontos (ímpar-esquerda/par-direita).

Posição da câmera

- Posicionar a câmera de modo que consiga monitorar todo o RN, fixando-a com fita adesiva na incubadora ou com suporte no berço aquecido.

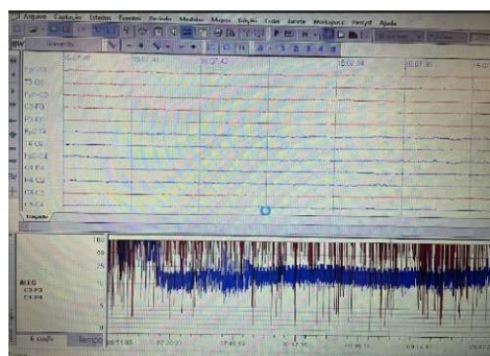
Início do exame

- Clicar no botão "Iniciar" na barra de ferramentas;
- Clicar no ícone  Filtro 60Hz (irá limpar os artefatos do traçado);
- Barras cor rosa: exame não está sendo gravado;
- Ícone "Gravar" para iniciar a gravação do exame.

Traçado superior: EEG convencional.

Traçado inferior: EEG de amplitude.

! Realizar o rodizio dos eletrodos de 8/8h.



15. EXAMES DE IMAGEM

Ecografia

Geralmente, este exame é realizado a beira leito.

Cabe a equipe de enfermagem:

- Observar e/ou ajustar a temperatura da sala: temperatura no termo-higrômetro de estar acima de 23°C e/ou setar a temperatura da sala para 24°C;
- Verificar a temperatura axilar (Tax) e a Escala de Dor (NIPS) antes do procedimento;
- Aumentar a temp. da incubadora em 1°C ou a potência do berço aquecido até 70%;
- Na incubadora Giraffe®, ativar o botão para ligar a cortina de ar;
- Durante o exame, manter o RN aconchegado e sem sinais de estresse, oferecendo sucção não nutritiva, sacarose e/ou sedação se necessário;
- Ao término do exame, remover o gel do RN utilizando compressas com movimentos suaves;
- Verificar a Tax logo após o procedimento e ajustar a temperatura da incubadora;
- Reavaliar a dor novamente;
- Registrar as informações de enfermagem no sistema AGHUse (controles).

Observações:

- Em prematuros que estão com sensor abdominal de temperatura contínua, ajustar a temperatura do bebê na incubadora de 36,8 ° C para 37,0 °C antes do exame.
- Após o exame, retornar à temperatura inicial se a temperatura do bebê estiver estável.
- O exame deverá ser apenas se o RN estiver normotérmico, salvo em situações de urgência.
- Realizar o exame com a incubadora fechada, utilizando apenas as portinholas ou portas apropriadas.
- Sempre utilizar o Gel aquecido.

Ressonância Magnética (RNM)

Os exames de RNM para os RNs internados na Neonatologia **são realizados no início da manhã, às 7:20h.** Portanto, para o preparo desses bebês, é importante **verificar os seguintes itens:**

- O RN deve estar acomodado em incubadora de transporte;
- Deixar o sensor de oxímetro de transporte conectado ao RN;
- Certificar-se que o RN esteja vestido com roupas sem botões metálicos;
- Verificar a prescrição médica de Midazolam SN;
- Ter a caixa contendo o Midazolam à disposição;
- Assegurar que a sacarose esteja aspirada e devidamente identificada, a menos que seja contraindicada;
- Ter em mão a Folha de parada e o - Termo de consentimento para a RNM assinado pelos pais;
- Outros itens devem ser providenciados conforme as necessidades específicas de cada bebê.

16. EXAMES LABORATORIAIS

Amostra de líquido

- A amostra deve ser encaminhada imediatamente após a coleta;
- Deve ser levada presencialmente até o laboratório;
- Até às 18 horas, pode-se acionar o mensageiro (ramal 8585) para realizar o transporte.

Amostra de urina

- Pode ser encaminhada em frasco coletor, seringa ou no próprio saco coletor;
- Em casos de UROCULTURA, usar somente o frasco coletor estéril.

Amostra sanguínea**Sequência correta de preenchimento dos tubos**

	Frasco	Exames	Volume*	Orientações
1	HEMOCULTURA		0,5 mL **	- Deve ser a primeira para evitar contaminação. - Se a agulha encostar em alguma superfície, é necessário trocá-la. - Pode ser coletada uma seringa exclusiva para hemocultura. A colocação da etiqueta de identificação do paciente nas hemoculturas não deve ser colocada em cima do código de barras dos tubos pois impossibilita a leitura do código pelo aparelho. A etiqueta deve ser colada no espaço de identificação do rótulo do frasco.
2	Tubo de tampa AZUL (Citrato de sódio)	TP TTPA Testes de coagulação	1,0 mL	- Atentar para que o volume da amostra esteja dentro das especificações recomendadas no tubo - A razão entre o volume de sangue e de anticoagulante é crucial para evitar resultados imprecisos na análise.
3	Tubo de tampa AMARELA ou VERMELHA (Ativador de coagulação e gel separador)	Drogas terapêuticas	0,5 mL	- Este tubo é utilizado para análises bioquímicas e não contém anticoagulantes, portanto, evitar o contato da seringa utilizada para transferência da amostra em outros tubos que contenham qualquer anticoagulante antes.
		STORCH	1 mL	
		Na, K, Mg, Ca, Bilirrubinas, TGO, TGP, Uréia, Creatinina, Proteína C Reativa, NS de Cortisol	0,5 mL	
4	Tubo de tampa ROXA (EDTA)	Hemograma Plaquetas Reticulócitos PNAB PCT	0,5 mL	- Embora este tubo precise ser preenchido rapidamente para evitar a coagulação da amostra, o EDTA pode prejudicar as análises dos demais tubos.
*	GASOMETRIA (Heparina lítica)	Gasometria, Bilirrubina Total, Lactato, Na, K, Cl, Hb, Ht, Ca++	0,3-0,5 mL	- A gasometria não segue essa ordem pois, teoricamente, deve ser coletada isolada e diretamente na seringa heparinizada, evitando o contato com o ar ambiente. Além disso, deve ser imediatamente fechada e homogeneizada (com movimentos de rotação) para evitar a coagulação.

*Em caso de dúvidas, verificar a quantidade de frascos a ser coletada com o setor de coletas no ramal 8274.

**Quanto mais próximo de 1 mL for o volume coletado, maior será a sensibilidade do teste.

► ENCAMINHAMENTO DA AMOSTRA AO LABORATÓRIO

Através do sistema de tubo pneumático, o material é transportado em cápsula específica, com o frasco armazenado em um suporte adequado e envolto em saco plástico transparente devidamente lacrado.



► AMOSTRAS COM PARTICULARIDADES

- **Amônia:** Coletar **1,5 mL** de sangue (apesar do frasco marcar 4 mL).
 - Após coletada, a amostra deve ficar refrigerada.
 - Ligar para o coletador trazer o **recipiente refrigerado** para realizar o transporte da amostra ao laboratório.



Frasco com tampa verde.

- **Genética:** amostra coletada em seringa de gasometria (preencher com 1 mL de sangue).

Aspirado de nasofaringe (Pesquisa de *Bordetella* e Vírus Respiratórios)

- Conectar o extensor ao aspirador;
- Cortar o equipo do soro na parte mais próxima ao reservatório de gotas (± 10 cm), mantendo a pinça própria do clameamento do equipo (rolete) e conectar a sonda de aspiração na extremidade;
- Reservar os protetores do equipo;
- Adaptar a sonda de aspiração na ponta terminal;
- Instilar 0,5 mL de SF 0,9% em cada narina, se necessário;
- Realizar a aspiração da secreção, mantendo o reservatório do equipo em posição vertical;
- Fechar o equipo com o clampe (rolete) em uma extremidade e a outra com o próprio protetor, retirando a sonda do extensor;
- Identificar o material e encaminhar ao laboratório.



*** A amostra de secreção para pesquisa de vírus respiratório é recebida no laboratório de domingo (após as 12 horas) até a sexta-feira (até as 12 horas).

Teste do Pezinho

- Solicitado pela equipe médica entre o 3º e o 5º dia de vida do RN;
- Atentar para o preenchimento correto do documento contendo os dados do RN e da amostra sanguínea;
- Ao ser encaminhado pelo tubo pneumático, utilizar cápsula específica.



17. EXPOSIÇÃO VERTICAL AO HIV

Todos os RNs expostos ao HIV devem receber o **primeiro banho o mais breve possível: BANHO COM CLOREXIDINA DILUÍDA.**

Classificação de risco de exposição do HIV	
Alto Risco	Mãe sem pré-natal Mãe sem TARV durante a gestação Mãe com indicação de profilaxia no momento do parto e que não recebeu Mãe com início de TARV após a 2ª metade da gestação Mãe com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento Mãe com Carga viral (CV) detectável no 3º trimestre, recebendo ou não TARV Mãe sem CV conhecida Mãe com Teste Rápido positivo para HIV no momento do parto (sem diagnóstico e/ou seguimento prévio)
Baixo Risco	Uso de TARV desde a primeira metade da gestação E Carga viral indetectável a partir da 28ª semana E Sem falha na adesão ao TARV

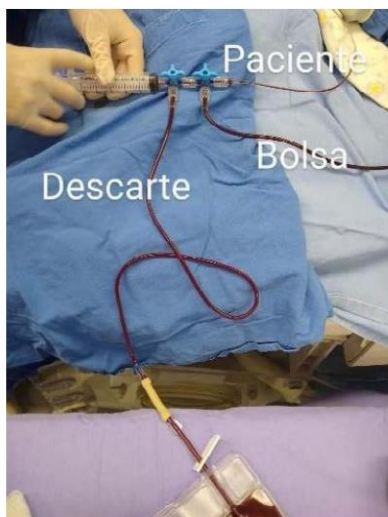
Esquema de TARV no RN conforme a IG		
Alto Risco	< 34 semanas	Zidovudina solução oral - 28 dias - 12/12h
	34 à 37 semanas	AZT solução oral - 12/12h - 28 dias Lamivudina (3TC) solução - 12/12h - 28 dias Nevirapina (NVP) solução oral - 2x/d - 14 dias
	37 semanas ou mais	AZT solução oral - 12/12h - 28 dias Lamivudina (3TC) solução - 12/12h - 28 dias RALTEGRAVIR (RAL) grânulos para solução oral - 2x/d - 28 dias
Baixo Risco	Qualquer IG	AZT solução oral - 12/12h

18. EXSANGUINEOTRANSFUSÃO

- RNs com indicação de Exsanguineotransfusão deverão estar internados em leito de UTIN.
- O enfermeiro é responsável por separar o material e o médico irá realizar a montagem do sistema, com técnica asséptica.
- É indicado a presença de um técnico de enfermagem à beira leito durante o procedimento, que será responsável pela monitorização dos sinais vitais e pelo registro dos volumes e horários da transfusão em documento específico.

Monitorizações

- Monitorização cardíaca + oximetria de pulso;
- Monitorizar PAM;
- Verificação de Glicemia Capilar 1h e 2h após o procedimento.

Técnica (puxa-empurra):

Volume de troca	
Peso	Volume
< 1500g	5 mL
1500 – 2000g	10 mL
2500 – 3500g	15 mL
>3500g	20 mL

1. O procedimento deverá ser realizado sob técnica asséptica;
2. O sangue deve ser aquecido a 37°C em aparelho específico (utilizar foco de luz);
3. Encaixar 2 cânulas de 3 vias em sequência no cateter venoso. Na primeira (proximal ao paciente), acoplar o equipo do sangue e, na segunda (distal ao paciente), o equipo que sairá para o descarte (realizar descarte em sistema fechado). Na outra saída da segunda cânula, encaixar a seringa. Na bolsa de sangue deverá ser acoplado bureta com filtro para microbolhas;

4. Abrir as duas vias para bebê + seringa;
5. Aspirar sangue do RN para a seringa, usando inicialmente 2 alíquotas, a fim de manter BH negativo. Posteriormente, cada troca será de 1 alíquota;
6. Abrir a via entre a seringa e o descarte (fechando para a criança) e desprezar o sangue;
7. Fechar a via para o descarte e abrir a via entre a seringa e o sangue novo. Aspirar sangue novo da bolsa;
8. Fechar a via para a bolsa de sangue, abrindo novamente a via entre a seringa e o bebê. Infundir sangue no RN lentamente;
9. Repetir estes passos até que todo volume programado seja trocado.

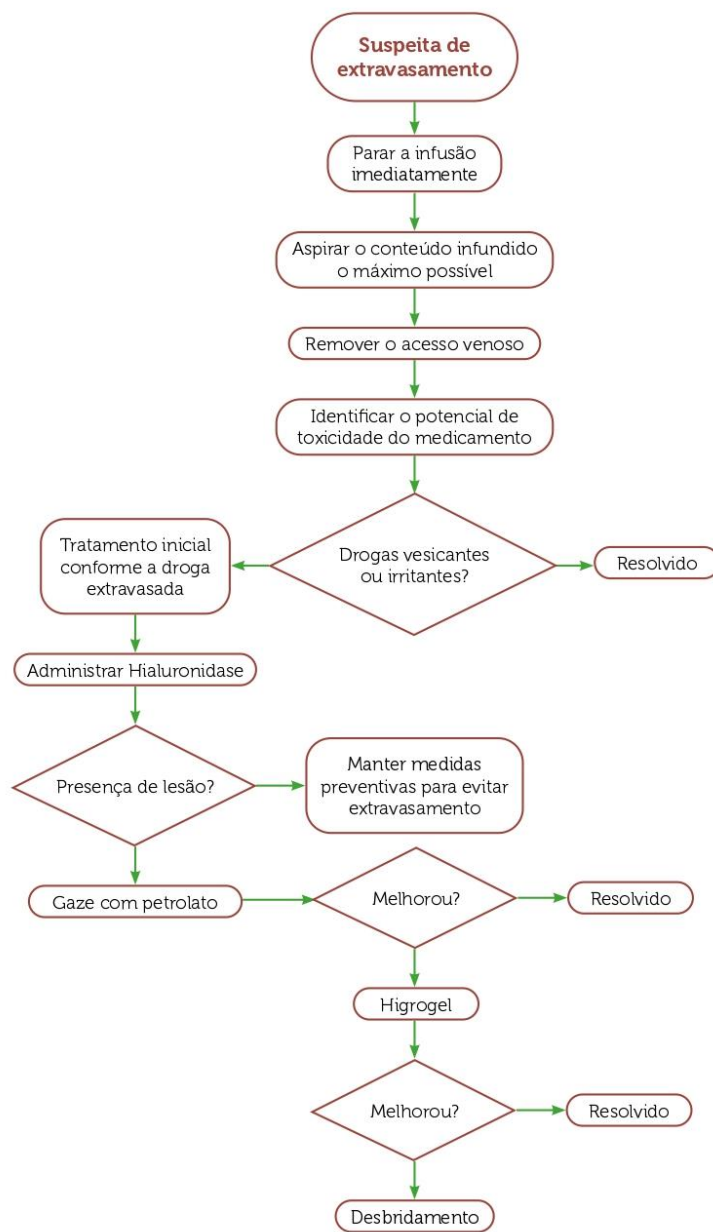
Atenção!

- Realizar registro de todas as aspirações + infusão pelo auxiliar.
- O tempo recomendado para o procedimento é de 60-90min, com velocidade máxima de troca de 1 a 2ml/kg/min.
- Suspender procedimento em caso de alterações cardíacas ou respiratórias.

19. EXTRAVASAMENTO DE ACESSO PERIFÉRICO

Medicamentos que necessitam de acesso venoso exclusivo: Aciclovir, Ampicilina, Bicarbonato de cálcio, Filgrastima, Ganciclovir, Ibuprofeno, Prostaglandina, Furosemida e Vasopressina.

► FLUXOGRAMA EM CASOS DE EXTRAVASAMENTO



► HIALURONIDASE

Utilizar em casos de extravasamento com soluções que contenham cálcio, bicarbonato, potássio, sulfato de magnésio, gentamicina, oxacilina, vancomicina, anfotericina, diazepam, fenitoína, NPT e outras substâncias que possuam alta osmolalidade ou que sejam altamente alcalinas.

É preferível administrar até 1h após a infiltração e no máximo até 12h.

- A dose usual: 15 UTR (equivalente a 15 UI);
- Reconstituir a ampola de Hialuronidase (2000 UTR) com 5 mL de AD (igual à 400 UTR/mL);
- Aspirar 1,5mL (600 UTR) e completar até 4 mL de AD (150 UTR/mL);
- Aspirar 1 mL desta rediluição (equivale a 15 UTR – dose padrão) e completar até 1 mL com SF 0,9%;
- Aspirar ao máximo o conteúdo infundido no cateter antes de retirá-lo;
- A Hialuronidase não deve ser administrada através do cateter afetado;
- Administrar a dose de 1ml da solução de 15UI/ml por via subcutânea ao redor da área infiltrada com 5 punções de 0,2ml.

*Não usar Hialuronidase para infiltrações por dopamina, dobutamina e adrenalina.

20. FOTOTERAPIA

- Despir o RN;
- Proteger os olhos com óculos de proteção do tamanho do RN - Trocar a cada 48h;
- Posicionar o foco luminoso do Bilitron Sky®, preferencialmente sobre a incubadora;
 - Se o RN estiver em berço aquecido, posicionar o aparelho de forma elíptica.
- Ajustar a distância entre o RN e a fonte de luz (mínimo 30 cm);
- Verificar a Tax de 3/3h;
- Atentar para os efeitos colaterais durante a exposição à luz:
 - eritema, hiperpigmentação da pele, lesões cutâneas, coloração bronzada da pele.
- Observar sinais de desidratação:
 - mucosa oral ressecada, diminuição de peso e da diurese.
- Realizar mudança de decúbito de 3/3h e/ou sempre que possível;
- Manter RN sem fraldas sempre que possível aumentando a área de incidência da luz;
- Observar aspecto das eliminações;
- Retirar o RN da fototerapia somente para o banho ou amamentação (quando autorizado pelo médico)
- Medir radiância 1x/turno (ideal: 20-30 uw/cm²/nm);
 - Caso o valor seja inferior, ajustar a potência do aparelho até 100% e/ou a distância do aparelho
- Higienizar os olhos com gaze embebida em AD de 6/6h;
- Realizar medida da densidade urinária e balanço hídrico a cada 6h, se prescrito.

21. HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA

No momento do nascimento, o enfermeiro da Neonatologia deve estar presente no CO e levar consigo:

- SOG nº10 e nº 04;
- Material de punção (em caso de urgência será realizado passagem de cateter umbilical venoso como primeira opção, caso não se consiga será solicitado a punção periférica para o enfermeiro da Neo);
- Midazolam;
- Admitir RN na UTI 1 - leito 1101A (devido ao risco de Ecmo);
- Colocar SOG em aspiração na chegada na Neo (a mesma usada na atresia de esôfago).

! Preservar MSD para possível Ecmo e MSE para PICC.
 Preferencialmente, punccionar AVP em membros inferiores.

Medicações indicadas no protocolo

- Manejo inicial: midazolam, morfina ou fentanil intermitentes ou contínuos; hidrocortisona, prostaglandina e milrinona (se HP);
- Casos refratários: sulfato de magnésio, vasopressina (sem disfunção de VE) e bosentana;
- Dopamina (se hipotensão);
- Surfactante somente nos RNs pré-termos < 34 semanas e com SDR.

Sala de Parto

- Instalar oximetria em MSD;
- IOT imediata após o nascimento (contraindicado VPP por máscara);
- Confirmar posicionamento;
- Sedação com midazolam: fornecida pela enfermeira da UTI 01;
- Ventilar com mecanismo em T;
 - Não realizar manobras de recrutamento.
 - Fio2: iniciar com 30% - hérnias leves.
 - 50% - hérnias moderadas a graves.
 - Alvo após 10 minutos: 85-95% pré-ductal e >70% pós-ductal (evitar HIPERÓXIA).
- Passar SOG nº 10 com SOG nº 04 por dentro e colocar em aspiração contínua: aspirar na sonda de menor calibre, deixando a sonda de maior calibre fechada;
- Se instável, cateterizar veia umbilical e administrar SF 10 ml/Kg;
- Transporte para UTI NEO no respirador de transporte.

Manejo Inicial UTI NEO

- Receber RN na UTI 01, preferencialmente no leito 1101A;
- Instalar RN em incubadora GIRAFFE®;
- Colocar o **respirador** (Servo N) à **esquerda** da incubadora;
- Colocar as **bombas de infusão** à **direita** da incubadora;
- Deixar óxido nítrico testado, com conexões adequadas ao respirador;
- Monitor multiparâmetro centralizado acima da incubadora;
- Na ECMO BOX (localizada na UTI 01) fica o módulo do termômetro esofágico caso solicitado pela equipe médica;
- Saturação Alvo nas primeiras 2 horas:
 - **Pré-Ductal (MSD)**: 85% SE pH >7,2 e estabilidade hemodinâmica.
 - **Pós-Ductal**: PaO2 >40 mmHg ou Sat >70% e PaCO2 45-65 mmHg.
- Manuseio mínimo;
- Morfina ou fentanil intermitentes ou contínuos;
- Cateterização umbilical (instalar PAM invasiva);
- Planejar PICC (se hérnia leve) ou CDL VJD ou Femoral (se hérnia moderada-grave);
- **SOG em aspiração contínua em baixa pressão – aspirar na sonda de menor calibre, deixando a sonda de maior calibre fechada;**
- SVD – passada pela CIPED, pelo risco de sangramento;
- Instalar PVC nos casos moderados e graves;

- **VAF**

- **Indicação:** saturação pré-ductal (MSD) < ou pós-ductal <70% com ventilação convencional com parâmetros máximos
- Parâmetros: MAP 11-17, FR 10, Amplitude 30-50

- **Manejo Hipertensão Pulmonar**

- Hidrocortisona:
 - 2mg/Kg até 4 mg/Kg
 - Ajustar conforme cortisol sérico após 72 horas
- Teste Terapêutico com Óxido Nítrico: iniciar com 20 ppm por 1 hora e avaliar
 - Se boa resposta, manter por 6 horas
 - Se ausência de resposta, suspender
 - Suspender em caso de piora clínica ou disfunção de VE
- Iniciar prostaglandina até ecocardiograma e manter se canal restritivo, HP grave ou sinais de comprometimento de VE
- Iniciar milrinona em infusão contínua, sem *bolus*
- Considerar uso de sildenafil
- Tratar hipotensão (Dopamina)
- Casos refratários: comunicar ao time do ECMO, iniciar sulfato de magnésio, vasopressina (sem disfunção de VE) e bosentana.

22. HEMOCOMPONENTES E TRANSFUSÕES SANGÜÍNEAS

No Brasil, todo o processo relacionado à doação de sangue é regulado por legislações específicas, abrangendo desde a coleta até o acompanhamento após a transfusão:

- Portaria de consolidação nº 5 de outubro de 2017.
- RDC nº 34 de junho de 2014.

Critérios para ser elegível para a doação de sangue

- Manter boa saúde;
- Ter se alimentado (exceto alimentos gordurosos nas últimas 24 horas);
- Estar descansado;
- Não apresentar sintomas respiratórios ou gastrointestinais por pelo menos 7 dias;
- Não ter utilizado antibióticos nos últimos 14 dias;
- Não apresentar risco para transmissão de doenças infectocontagiosas como IST, HIV e hepatites;
- *Piercings*, tatuagens e/ou maquiagem definitiva impedem a doação por 1 ano;
 - Ressaltando que *piercing* na cavidade oral impede a doação enquanto estiver presente; após 1 ano de retirada, a pessoa pode se candidatar à doação;
- Procedimentos cirúrgicos e uso de medicamento são avaliados caso a caso;
- Após a administração de vacinas, em geral, é necessário aguardar de 48 a 7 dias para a doação;
- Viagens para áreas endêmicas de malária impedem a doação por 1 ano após o retorno;
- Viagens para fora do RS ou Brasil impedem a doação por 30 dias após o retorno.

Intervalos de doação

Doação de sangue:

- **Homens:** podem realizar doações a cada 2 meses, com um limite de 4 doações no período de 1 ano.
- **Mulheres:** podem doar a cada 3 meses, com um limite de 3 doações no período de 1 ano.

Doação de Plaquetas:

Para ambos os sexos, o limite máximo de doações é de 24 ao ano, com intervalo de 3 dias entre as doações.

Cuidados pré-transfusionais

- Prescrição médica:
 - Deve ser realizada no prontuário online e impressa;
 - Colocar no prontuário físico;
 - TCLE: tem validade durante toda a internação do paciente.

► AMOSTRA PRÉ TRANSFUSIONAL

- Usada para determinar a tipagem sanguínea ABO e o sistema Rh, bem como para a realização das provas cruzadas;
- Deve ser coletada em tubo de EDTA (tampa roxa), com a etiqueta específica para esse fim;
- É imperativa realizar a dupla checagem antes da coleta;
- Destina-se exclusivamente ao serviço de hemoterapia;
- Possui validade de 72 horas;
- É exclusiva para o serviço de hemoterapia;
- Tem validade de 72 horas;
- Para as transfusões de CP (concentrado de plaquetas), CRIO (crioprecipitado) e PFC (plasma fresco), é necessária apenas a primeira amostra para determinar a tipagem sanguínea, uma vez que estes componentes não requerem prova de compatibilidade.

Transfusão de Emergência (sem provas)

- A solicitação de transfusão de extrema urgência pode ser realizada de duas maneiras:
- Por telefone (ramais 1022 ou 1019) OU
- Por prescrição médica que indique "Tipo de Transfusão: Imediata (sem provas de compatibilidade)";
- Durante o contato telefônico será solicitada uma amostra em tubo de EDTA antes da transfusão;
- O médico assistente deve assinar e carimbar o **Termo de Responsabilidade Médica para Transfusão de Extrema Urgência e Emergência** e entregá-lo ao mensageiro ou para a equipe transfusional; também deve preencher o **Relatório de Checklist Extrema Urgência**.

Cuidados pré-transfusão

Os testes pré-transfusionais são obrigatórios e levam cerca de 50 minutos para serem concluídos.

Transporte

No horário das 8 às 18h, o mensageiro realiza o transporte da maleta térmica com controle de temperatura até a área solicitante nas áreas fechadas.

Fora deste período, a equipe de enfermagem da unidade é responsável pelo transporte.

Transporte e temperatura

Temperatura mínima e máxima:

- Concentrado de Hemácias e Plasma Fresco: 1° a 10°C
- Concentrado de Plaquetas e Crioprecipitado: 20° a 24°C

*Ao receber os hemocomponentes, o funcionário da área que os recebe deve registrar a temperatura da maleta térmica na planilha específica.

Armazenamento

- *Concentrado de Hemácias e Plasma Fresco*: Geladeira com temperatura entre 2° e 6°C.
- *Concentrado de Plaquetas e Crioprecipitado*: Temperatura ambiente entre 20° a 24°C.

Cuidados durante a transfusão

- Verificar a solicitação da transfusão com a prescrição médica;
- Certificar-se de que o Termo de consentimento para a transfusão esteja assinado pelo médico e pelo responsável do RN;
- Realizar a dupla checagem;
- Avaliar o acesso venoso e as soluções que estão sendo administradas;
- O hemocomponente deve ser transfundido em via exclusiva, exceto no caso de transfusão de Concentrado de Hemácias, que pode ser infundido com SF 0,9%, mediante prescrição médica;
- Observar o paciente por pelo menos 10 minutos após o início da transfusão;
- **Verificar sinais vitais** e registro nos controles:
 - Imediatamente antes de iniciar a transfusão;
 - após os primeiros 10 minutos e;
 - ao final da infusão.
- A etiqueta do hemocomponente deve ser colada na prescrição médica, anotando: data, horário de início e término da infusão, data de validade da bolsa, assinatura e carimbo.

Tempo de infusão dos hemocomponentes:

CHAD: 1:30h a 4h
 Plaquetas: 5 a 30 min
 CRIO: 30 min a 1h
 Plasma: 30 min a 2h

Validade dos hemocomponentes:

CHAD/CH: 28 a 35 dias
 Plaquetas: 5 dias
 Plasma Fresco Descongelado: 1 ano
 Crio: 1 ano

► REGISTROS EM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Realizar a dupla checagem eletrônica;

O enfermeiro deve realizar uma evolução contendo: tipo do hemocomponente instalado, volume prescrito, tempo de infusão, via de instalação e número da bolsa.

► REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

Comunique a Equipe Transfusional imediatamente em casos de suspeita de qualquer reação transfusional, pelos seguintes ramais: 17221, 17220, 17283 ou 6153.

Fique alerta sempre que o paciente apresentar os seguintes sintomas

- Tremores;
- Febre;
- Calafrios;
- Aumento de 1° ou mais em relação à temperatura inicial;
- Dispneia, sibilos, tosse e/ou cianose;
- Náuseas e/ou vômitos;
- Pápulas e/ou exanemas;
- Sangramento anormal.

Em casos de reações transfusionais

- Interrompa imediatamente a transfusão;
- Proteja a extremidade do equipo com tampa adequada;
- Coloque a bolsa em um saco plástico e não despreze;
- Mantenha o acesso venoso pérvio ou salinizado;
- Verifique os sinais vitais do RN;
- Comunique a equipe médica do paciente e o serviço de hemoterapia;

- Administre medicamentos ao paciente, se necessário, conforme orientação médica;
- Solicite ao mensageiro que recolha a bolsa e entregue ao serviço de hemoterapia.
- * **Em casos de alteração na Tax, tremores e/ou calafrios:** Solicite à equipe médica a realização de hemocultura do paciente e uma nova Prova de Compatibilidade Transfusional (PCT).

23. HIGIENE DO RECÉM-NASCIDO

Banho

Banho de Aspersão (POP-3160)		
Recomendações	≤ 32 semanas	> 32 a 34 semanas
1º Banho	Somente após 72h de vida Somente com água morna	Água morna e sabonete líquido neutro
Banho de Rotina	Em dias alternados aos DOMINGOS, TERÇAS e QUINTAS Somente com água morna	Em dias alternados TERÇAS e QUINTAS somente com água e DOMINGOS com sabonete líquido neutro
Banho de Imersão (POP-3161)		
Recomendações	≤ 37 semanas	> 37 semanas
1º Banho	Água morna e sabonete líquido neutro	Água morna e sabão neutro
Banho de Rotina	Em dias alternados aos DOMINGOS, TERÇAS e QUINTAS com água morna e sabonete líquido neutro.	
Banho com Clorexidine diluída se HIV ou Corioamnionite (POP - 3161)		
• Somente em RN a termo • Somente no primeiro banho em casos de: HIV, mãe COVID+, corioamnionite e RN proveniente de outro hospital		
• Diluir em uma mamadeira estéril, 20mL da solução degermante de clorexidina em 180mL de água morna Observação: a diluição segue a mesma proporção independente se a concentração da clorexidina for de 2% ou 4%.		

Higiene oral

- Realizar **2x ao dia**, nos turnos **manhã** e **noite** - *ANTES da dieta/SM*;
- Usar **gaze embebida em água para injeção** (do flaconete), em movimentos delicados em toda a boca do RN;
- Limpar e **hidratar os lábios** em conjunto com a higiene oral;
- A **sonda orogástrica e o tubo endotraqueal** também devem ser higienizados neste momento.

Higiene ocular

- Deve ser realizada **1x/dia** (tarde) com solução fisiológica (SF 0,9%) e registrada nos controles.

Higiene dos bicos (sucção não-nutritiva)

- Deve ser realizada 1x/dia (**à NOITE**) colocando-o dentro de um copo com hipoclorito por 30 minutos e enxaguá-la com água corrente após (registrar nos controles).

*Todas as chupetas devem estar identificadas com a pulseira do paciente (exceto bicos de prematuros)

Higiene do Coto Umbilical

A higiene do coto umbilical deve ser realizada com o auxílio de uma haste flexível ("cotonete") embebido em álcool 70%.

Indica-se que seja realizada **4x/dia**.

! O RN com granuloma em uso de Nitrato de Prata também deve receber higiene umbilical com álcool 70% nos demais horários.

Nitrato de prata Bastão

- Administrar diretamente sobre o granuloma (região úmida), tendo o cuidado para não administrar sobre a pele íntegra pelo risco de causar queimadura e escurecimento da pele;
- O bastão deve ser aplicado na região indicada por 5 a 30 segundos por 2 a 3x/ dia (ou a critério médico);
 - Após a administração, cortar com uma tesoura limpa a ponta do bastão que entrou em contato com o meio úmido;
 - Guardar em frasco apropriado (protegido da luz com papel carbono) e rotulado com etiqueta do paciente.

Nitrato de Prata Líquido

- Colocar o Nitrato de Prata líquido em um cotonete;
- Proteger a pele ao redor do granuloma com óxido de zinco + vitamina A + D pomada ou Bepantol® para evitar queimadura da pele íntegra;
- Aplicar o cotonete diretamente sobre o granuloma;
- Rotular o frasco com etiqueta multidoses e guardar na caixa da pele;

Manter em temperatura ambiente
Validade de 30 dias

Higiene Perineal

RN em decúbito elevado (posição antirrefluxo):

- Utilizar toque suave na limpeza;
- De preferência, optar pelo uso de algodão;
- Quando:
 - Urina: usar somente água morna.
 - Fezes: usar água morna e sabão neutro.

24. HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

Critérios de inclusão	
Evidência de asfixia perinatal: Escore de Apgar ≤ 5 no 10º minuto OU História de evento agudo perinatal (descolamento abrupto de placenta, prolapso de cordão) OU Necessidade de ventilação além do 10º minuto de vida OU Gasometria arterial de sangue de cordão umbilical ou na 1ª hora de vida com $ph < 7,0$ ou $BE < -12$	Contraindicações absolutas: IG < 35 semanas ou PN < 1800g Malformações maiores
Evidência de encefalopatia antes de 6h de vida: Convulsão, nível de consciência, atividade espontânea, postura, tônus, reflexos e sistema anatômico.	Contraindicações relativas: Trombose ou suspeita de hemorragia significativa, condições cirúrgicas que possam estar associadas a perda sanguínea, hipertensão pulmonar leve.
	Não são contraindicações: Hipotensão, hipertensão pulmonar, plaquetopenia

Cuidados durante o período em que está sendo definido se o paciente será incluído ou não no protocolo

- Evitar hipertermia;
 - Manter Tax do RN $\approx 35^\circ\text{C}$.
- Manter berço desligado ou no mínimo;
- Manter ar condicionado em 25°C ;
- Aferir Tax de 15/15 minutos;
- Conferir resultado da gasometria do cordão;
- Se temperatura corporal do RN menor que $34,5^\circ\text{C}$, o RN deve ser aquecido:
 - Colocar touca, ligar o berço, etc.
 - Colocar termômetro esofágico.
 - Aquecer $0,5^\circ\text{C/h}$ (até atingir a temperatura esofágica 35°C).

Cuidados iniciais ao RN com critério de hipotermia e que ainda não iniciou o protocolo

- Inserir termômetro esofágico e manter modo monitor;
- Manter temperatura corporal esofágica em torno de 35°C até a realização dos cateteres venosos;
- O berço deve ser mantido desligado ou na temperatura mínima;
- O ar condicionado da sala deve ser mantido em 25°C ;
- Priorizar e agilizar a realização dos cateteres umbilicais e a radiografia para confirmar a localização, pois se não estiverem adequados, deve ser passado PICC ou cateter central;
- Registrar a temperatura esofágica a cada 30 minutos;
- Se a temperatura corporal do RN estiver abaixo de $34,5^\circ\text{C}$, o RN deve ser aquecido.

Compete à equipe de enfermagem

- Acomodar o RN em incubadora Giraffe® (modo berço desligado);
- Posicionar o RN com a posição invertida no berço (cabeça no local onde ficariam dos pés);
- Inserir o termômetro esofágico (medida do lóbulo da orelha até a base do nariz, confirmar com RX de tórax). Marcar a posição com micropore;
 - Monitorar a temperatura esofágica pelo modo monitor do aparelho.
- Passar PICC duplo lúmen em todos os RNs que não possuem cateter venoso ou que necessitem de mais de um acesso, com incubadora/berço desligado (se não for possível, solicitar cateter central para CiPed);
- Envolver a incubadora/berço com plástico;
- Manter o aquecedor de umidificação do respirador ligado (quando no Sensor medics® ajustar a temperatura do umidificador evitando condensação);
- Monitorização cardíaca, saturômetro, PAM invasiva;

- Programar o aparelho no servo controle (automático);
- Ajustar a temperatura do paciente em 33,5°C (*set point*);
- Colocar um lençol entre o colchão e o paciente.

Instruções para o manejo do RN pré e durante hipotermia

- Evitar hipertermia (pode levar a um pior prognóstico);
- Manter o manual do aparelho de hipotermia próximo à máquina;
- Não colocar nenhum objeto ao redor do equipamento, pois há necessidade de circulação de ar ao seu redor;
- Quando os **alarmes** soarem:
 - Verificar a temperatura do RN;
 - Conferir o fluxo de água (certifique-se que não há *clamp* na extensão que vai até o colchão);
 - Checar nível de água do colchão;
 - Em caso de dúvida, consultar o manual.
- Monitorar **sinais vitais a cada 15 minutos** durante as **primeiras 4 horas de resfriamento** (incluir temperatura do colchão e esofágica);
 - **Após** esse período, manter monitorização de h/h;
 - Não há necessidade de verificar temperatura axilar.
- **Avaliar a condição da pele a cada 20 minutos;**
- Realizar **mudança de decúbito** a cada 2h;
- O **tempo total** de hipotermia é de **72 horas**.

Orientações para o manejo das intercorrências

- Usar o aparelho no modo automático em vez do manual, para reduzir o risco de queda acentuada na temperatura do RN;
- Caso a temperatura esofágica esteja abaixo de 32°C, o colchão não funcionará;
 - Neste momento, realizar a transição para o modo manual, e ajustar a temperatura do *set point* gradualmente até que o RN alcance a temperatura de 33°C.
- Se o paciente estiver com temperatura inferior a 33°C, considere a implantação de um ou mais dos seguintes procedimentos:
 - Aumentar a temperatura do ambiente, ajustando o ar condicionado da sala;
 - Ligar o berço em temperatura baixa;
 - Cobrir o paciente;
 - Fechar a incubadora Giraffe®.

O protocolo deve ser interrompido

Em caso de situações em que o RN apresenta hipotermia sustentada (temperatura esofágica < 33°C), não responsiva às medidas de aquecimento mencionadas acima por um período de 3 horas.

Complicações associadas ao uso de hipotermia terapêutica

- Bradicardia (FC entre 80-100 bpm, em geral, bem tolerada, complicação frequente);
- Arritmia cardíaca;
- Trombocitopenia, trombose e sangramento;
- Necrose subcutânea, com ou sem hipercalemia;
- Acidose metabólica;
- Alteração da integridade da pele.

Protocolo de reaquecimento

- Compete ao médico prescrever o reaquecimento;
- Manter o aparelho em modo servo controle (controle automático);
- **Aumentar o *set point* em 0,5°C por hora até que a temperatura esteja em 36,5°C** (independente do RN aumentar ou não 0,5°C neste período);
- Manter o RN no colchão sob essas condições até a sua temperatura alcance 36,5°C de temperatura,

- independentemente do tempo que isso possa levar (alguns podem levar até 12 horas para aquecer);
- Verificar **sinais vitais a cada 30 minutos** (temperatura deve ser esofágica);
 - Após o RN atingir a temperatura de 36,5°C, fechar a incubadora, com temperatura em 30°C e retirar o colchão. O controle deve ser mantido cuidadosamente para evitar a hipertermia (risco de crise convulsiva).

25. IMOBILIZAÇÃO DE CLAVÍCULA NO RECÉM-NASCIDO

- Utiliza-se a técnica de imobilização "Velpeau de verão";
- Verificar uma vez ao turno a perfusão e mobilidade da extremidade do membro afetado;
- Verificar 1x/turno se lesões de pele do paciente;
- Refazer a imobilização quando ocorrer afrouxamento da malha tubular.

Passo a passo	
Instruções iniciais	• Expor o membro afetado, retirando a roupa da parte superior do RN, se houver • Secar a axila do RN
Medir a malha tubular da cicatriz umbilical até a escápula umeral, passando pelo pescoço	
Cortar (1º corte) malha tubular na altura da articulação escápula umeral	

Passo a passo	
Vestir o membro superior afetado através do orifício do 1º corte na malha tubular	
Colocar o membro afetado em ângulo de 90° junto ao tórax	
Passar a ponta proximal da malha tubular pelo pescoço levando-a até o punho e fixando-a (1ª fixação)	
Cortar (2º corte) a malha tubular na altura do punho deixando a parte distal do membro exposta	

**Resultado final:**

Vista anterior

Vista posterior

* Fonte das Imagens: Arquivo SEMI HCPA presentes no POP – 2967.

26. MENINGOMIELOCELE E LÁTEX FREE

Posicionamento e Transporte

- Os RNs devem ser transportados e acomodados no leito em **decúbito ventral**.
- Qualquer mudança no decúbito só pode ocorrer após liberação e orientação da CiPed.

Cuidados com Curativos

- Os curativos em lesões e/ou FO devem seguir rigorosamente as orientações da CiPed.

aos Pacientes: quanto ao uso de látex

- Os pacientes com diagnóstico de meningocele (corrigida ou não intra-útero) **devem ser recebidos em ambientes livres de látex**.
- Durante toda a internação, o manejo desses RNs deve ser livre de látex.
- Ao receber um RN com meningo/mielomeningocele **rota**, é essencial realizar o procedimento em **campo estéril**.
- O manuseio do RN com luvas estéreis deve ser livre de látex, mantendo essa condição até o fechamento cirúrgico da lesão.
- Identificar o leito do RN com a Placa de identificação ao Risco de alergia ao látex como na imagem ao lado.



Materiais Permitidos e Não Permitidos

Permitidos	Não permitidos
• Latex free • Atadura elástica autoaderente (Coban®) • Curativo transparente • Fita médica suave (Medipore®) • Garrote azul • Hidrocolóide • Luvas de procedimento de vinil e luvas estéreis livres de látex	• Bandagem elástica adesiva (Tensoplast®) • Espadrado • Fita crepe • Luvas de procedimentos e estéreis de látex

Observações importantes

- Todos os materiais utilizados no atendimento a pacientes alérgicos ou com risco de alergia ao látex devem ser cuidadosamente selecionados, garantindo a ausência desse componente.
- A leitura atenta da descrição da composição dos materiais nas embalagens é essencial para evitar riscos alérgicos.

* Em caso de dúvidas ou situações não previstas, consulte a CiPed para orientações adicionais.

27. NUTRIÇÃO DO RECÉM NASCIDO

Aleitamento materno

► ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ALEITAMENTO MATERNO

Observação da Mamada

- Posicionamento:
 - Mãe em posição confortável;
 - RN com corpo curvado sobre a mãe, nádegas firmemente apoiadas e pescoço levemente estendido;

- Pega:
 - boca do RN bem aberta (ângulo de 90°);
 - abocanhando a aréola (cerca de 2 cm além do mamilo, estando mais visível a aréola superior);
 - lábio inferior virado para fora;
 - queixo tocando a mama;
 - narinas livres;
 - língua sobre a gengiva inferior;
 - movimento das mandíbulas;
 - deglutição visível e/ou audível.

Sinais indicativos de técnica incorreta da amamentação

- Dor durante a amamentação;
- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção;
- Ruídos da língua;
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas ao término da mamada.

Mães com suspeita ou diagnóstico de COVID-19

- A mãe deve realizar lavagem das mãos por no mínimo 20 segundos com água e sabão antes de tocar no RN.
- Usar máscara facial e trocar imediatamente de máscara caso de tosse ou espirro ou a cada nova mamada.

Prevenção de Dor e Trauma Mamilar

- Não utilizar produtos que retirem a proteção natural da região mamilo-alveolar;
- Manter os mamilos secos;
- Amamentar em livre demanda;
- Evitar que a mama fique cheia;
- Ordenhar a aréola manualmente antes da mamada se ela estiver cheia e/ou ingurgitada;
- Amamentar com técnica correta (posicionamento e pega adequados);
- Aplicar leite materno na região mamilo-areolar após as mamadas;
- Se for preciso interromper a mamada, introduzir o dedo mínimo pela comissura labial da boca do bebê.

Manejo do Trauma Mamilar

- Iniciar a mamada pela mama menos afetada;
- Ordenhar manualmente a aréola antes da mamada, se cheia e/ou ingurgitada;
- Auxiliar com a técnica correta (posicionamento e pega);
- Alterar posições do bebê, reduzindo a compressão na área lesionada;
- Introduzir o dedo mínimo pela comissura labial da boca do bebê, se for preciso interromper a mamada;
- Aplicar TCM ou leite materno na área afetada, após cada mamada;
- Manter mamilos secos;
- Não utilizar produtos que retirem a proteção natural da região mamilo-areolar (sabonetes, cremes);
- Solicitar avaliação médica se aumento ou persistência do trauma;
 - Se indicação de uso de agentes tópicos: orientar a aplicação após as mamadas, somente na área lesionada, retirando com o próprio leite antes da próxima mamada.

Manejo do Ingurgitamento Mamário e das Mamas Cheias

- Avaliar as mamas, observando as áreas de ingurgitamento;
- Realizar massagens circulares e suaves nas regiões endurecidas para fluidificar o leite e facilitar sua retirada;
- Demonstrar e/ou realizar ordenha manual da região areolar antes da mamada;
- Estimular a amamentação e o esvaziamento adequado das mamas;
- Orientar que a mãe faça a ordenha manual após a mamada, se permanecerem áreas ingurgitadas nas mamas;
- Avaliar a necessidade de aplicar compressas frias após o procedimento, por período máximo de 20 minutos, até de 2 em 2 horas, dependendo da gravidade do caso;
- Sustentação adequadas das mamas (sutiã com alças largas e firmes);
- Encaminhar a mãe ao Banco de Leite Humano (BLH).

► COLOSTROTERAPIA

Prescrita para RN <1500g.

Horários: **2, 5, 8, 11, 14, 17, 20 e 23h** (1 hora antes das dietas).

• Colostro proveniente do CO

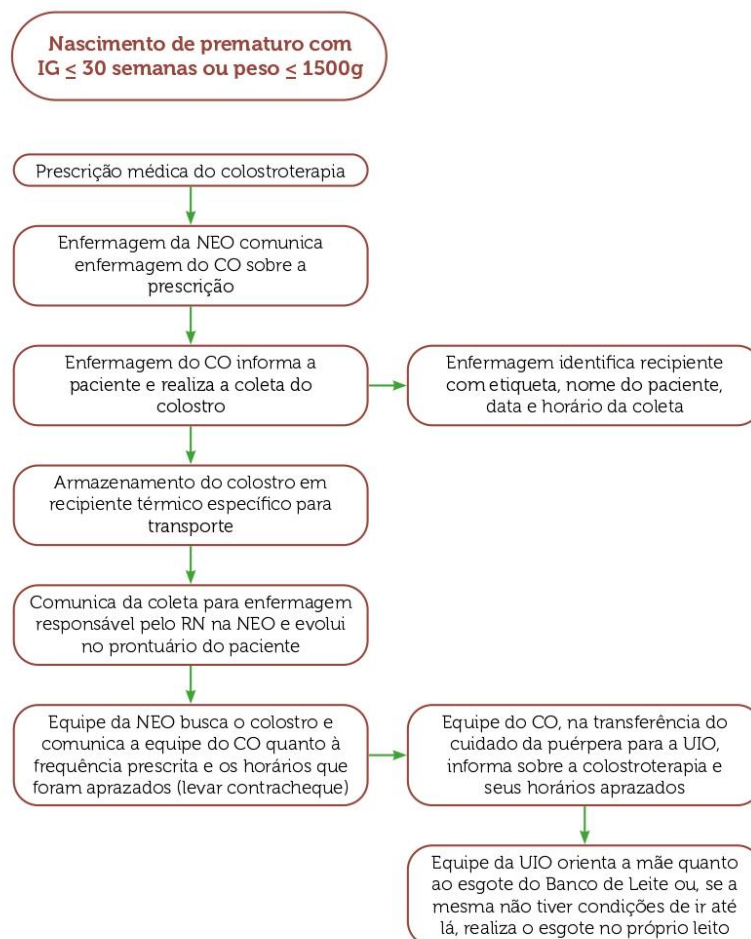
- O colostro é ordenhado ainda na SR, assim que a mãe estiver estável. Será colocado em uma seringa de 1mL, etiquetado com o nome da mãe;
- A neo é responsável por buscar o colostro ordenhado;
- O colostro não necessita refrigeração, visto que o tempo entre esgote e administração é mínimo.

A seringa contendo o colostro deve ser transportada em recipiente próprio:



A caixa fica disponível na UTI 1.

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS



► DIETA APLV

- As nutricionistas atendem e orientam as mães, conforme consultoria solicitada pela equipe médica.
- No caso da mãe referir dúvidas que necessitem nova orientação da nutricionista, solicitar nova consultoria ou contatar nos ramais:
 - Nutr. Juliana (manhã): 7328;
 - Nutr. Roberta (tarde): 8254;
 - BIP para fim de semana ou noite: 17226 ou 17228.
- À noite, se houver mãe APLV, solicitar à nutrição um lanche adequado para as mesmas.

Abaixo, segue o material que a Nutrição entrega às mães com dieta restritiva:





DIETA MATERNA COM EXCLUSÃO DA PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

O que é APLV?
A **alergia à proteína do leite de vaca (APLV)** é uma reação alérgica às proteínas presentes no leite de vaca ou em seus derivados como o queijo, iogurte e tudo que contém leite em sua composição.

Por que a mãe deve fazer dieta de exclusão?
Quando um bebê tem APLV e ele ainda é amamentado pela mãe, leites e derivados devem ser excluídos da dieta materna, isso porque tudo que a mãe ingere passa para a criança através do leite materno.

 **IMPORTANTE: Intolerância à lactose é diferente de alergia à proteína do leite de vaca!**
Por isso, **não** basta substituir seu leite para o leite sem lactose.

Alimentos que NÃO podem ser consumidos: 

- Preparações que contenham leite e derivados
- Achiolado com leite em pó
- Bebida láctea
- Biscoito e bolachas com leite
- Cereais com leite
- Chantilly
- Chocolate
- Coalhada
- Creme de leite
- Doce de leite
- Iogurte
- Leite condensado
- Leite em pó
- Leite de cabra
- Leite fermentado
- Leite integral
- Leite sem lactose
- semidesnatado e desnatado
- Manteiga
- Margarina
- Queijo
- Sorvete
- Embutidos: salame, salsicha
- Pipoca de micro-ondas

Alimentos Industrializados: 

Cuidado com os alimentos que você compra no mercado!

Leia **SEMPRE** o rótulo dos alimentos com muita atenção antes de comprar ou consumir, mesmo daqueles alimentos industrializados permitidos, pois os fabricantes podem alterar a composição dos produtos.

Alimentos que contenham um destes ingredientes: Lactoglobulina, lactulose, caseína, lactoferrina, caseinato, proteína do leite, lactalbumina, milk, lactose, proteína do soro (whey protein), galactose, proteína láctea, traços de leite, fermento lácteo

Outros termos que podem conter proteína do leite de vaca: sabor natural, aroma artificial de baunilha e caramelo, "ghee", creme de coco, creme Baviária, sabor artificial de manteiga ou qualquer derivado ou contendo.

Evite produtos que não contenham a composição nutricional ou rótulo com os ingredientes contidos, como alimentos produzidos em padarias e confeitarias.

Alimentos que podem ser consumidos: 

Preparações que não tenham leite e derivados na sua composição.

- Alvim
- Arroz
- Aveia
- Batata
- Bebidas de soja
- Bolachas sem leite
- Carne
- Chá
- Feijão
- Frutas frescas
- Lentilha
- Massa
- Milho
- Pães caseiros sem leite
- Sucos naturais
- Verduras
- Café
- Bebidas de soja
- Chocolate de soja
- Geleias e chimias
- Temperos naturais

► REGISTROS DE ENFERMAGEM

Enfermeiro	Técnico de enfermagem (registro nos controles)
• Deve abordar as seguintes questões ao realizar e evolução diária: • Presença da mãe • Esgote de mamas no BLH • Frequência de oferta do SM nas últimas 24h • Se foram realizadas orientações beira leito ou auxílio para colocar RN no seio • Se o RN tem alguma dificuldade ao mamar • Se a mãe tem alguma intercorrência tipo mamilos fissurados, mastite, dor nas mamas ou mamilos.	• Sinalizar a presença ou ausência de acompanhante e descrever quem está acompanhando o bebê (se pai ou mãe) • Quando RN sugar SM, anotar se sugou bem, por quanto tempo, se foi identificado alguma dificuldade do RN ou materna, presença de fissura mamilar ou outra intercorrência • Ao ofertar complemento, anotar o tipo de leite que foi ofertado, se foi LM, LMOC ou LH doado.

Dietas

► BANCO DE LEITE À NOITE

- O BLH fecha às 22:30h. Em casos de haver necessidade de extração de LM após este período, realizar contato com a Técnica de Nutrição nos ramais 8161 ou 8139 (exceto aos domingos).
- Após a 1 hora, a solicitação deve ser feita diretamente para a Central de Informações da Nutrição (CIN) pelo ramal 6126.

► DIETAS EXTRAS

Ligar para o ramal 6126 CIN (centro de informações de nutrição) para solicitar dietas extras.

► DIETA COMPLEMENTAR À NOITE

- Disponibilizada somente para os casos em que o RN não tenha aceitado toda a dieta antes dela ser recolhida e tenha fome antes do próximo horário;
- Não está autorizada pela equipe médica a administração de dieta superior ao volume prescrito;
- Serão fornecidas dietas reservas nos horários da meia-noite, 3h e 6h;
- A responsabilidade pela avaliação da necessidade será do enfermeiro, que deverá preencher a planilha de controle;
- As dietas ficam armazenadas em caixa térmica em cima da geladeira do posto de enfermagem da UCI;
- Atentar para a validade das dietas de 1 hora.



DIETA COMPLEMENTAR À NOITE			
Para recém-nascidos que não tenham aceitado todo o volume da dieta antes de ser recolhida			
DATA / HORA	ETIQUETA DO PACIENTE	VOLUME ADMINISTRADO	ENFERMEIRO(A)(S)

► FORTIFICANTE DO LEITE MATERNO

- A dose exata do fortificante vem dentro de um copo de tampa vermelha junto com o copo contendo o leite materno (em forma de *kit*);
- Para misturar o fortificante, **deve-se colocar o leite dentro do copo com o pó (nesta ordem), fechar a tampa e misturar com leves movimentos circulares;**
- Não colocar o pó dentro do copo com leite, e sim o leite no copo com o pó, para evitar perda do pó, que se adere à parede do copo;
- Deve-se priorizar a administração do leite com o fortificante;
- Não ultrapassar 15 min entre a mistura e a administração, pois após esse tempo a osmolaridade pode modificar e ser prejudicial ao intestino do bebê.

► NPO

- Quando RN é liberado do NPO, lembrar de retirar o ícone da prescrição, pois a dieta precisa ser liberada com 1 hora e 30 minutos de antecedência;
- Liberação ou inclusão de NPO fora dos horários das modificações, devem ser informadas ao BLH pelo ramal 8161.



Nutrição parental (NPT)

Instalação

- Verificar o rótulo da NPT com a prescrição médica, item por item, e armazenar na geladeira (dedicada a medicamentos em uma prateleira específica);
- Retirar a NPT da geladeira com 2 horas de antecedência da administração;
- Equipar as bolsas com equipo fotossensível:
 - Se a prescrição incluir aminoácidos e lipídios (3:1) na mesma via do cateter: usar uma cânula alto fluxo, mais (+) uma cânula, mais (+) um perfusor de 20 cm;
 - Se os aminoácidos e lipídios estiverem em vias diferentes do cateter: conectar uma cânula + um perfusor de 20 cm em cada uma das vias (na via dos lipídios, usar a cânula de alto fluxo);
- Organizar a ordem das bombas de infusão na régua de suporte: primeiro a solução e, em seguida, os lipídios;
- Realizar a dupla checagem para garantir a precisão das configurações;
- Bloquear o teclado da bomba de infusão para evitar alterações acidentais;
- Se houver necessidade de desconectar o sistema durante a infusão, a NPT deve ser descartada imediatamente;
- Se o RN for encaminhado à RNM, BC ou CCA, remover a NPT e instalar soroterapia COM;
- Manter, preferencialmente, a via do cateter exclusiva para a administração da NPT;
- Se o cateter for de duplo-lúmen, instalar a NPT, preferencialmente, na via proximal;
- Realizar nova dupla checagem toda vez que houver uma reprogramação da BI;
- Ao final da infusão dos lipídios, fechar a cânula e mantê-lo conectado ao sistema até que a solução seja completamente infundida.

! Manter apenas uma cânula para medicação e um único perfusor para instalação da NPT.

- Na instalação da NPT, configurar o volume e o tempo (VT) na bomba de infusão, permitindo que a bomba calcule o gotejamento necessário para a execução precisa da prescrição médica.
- Verificar de h/h, de forma regular e efetiva, o gotejo na BI para garantir a precisão do volume administrado, registrando esse volume nos controles.



Troca da bolsa de NPT na mudança de sítio ou dispositivo vascular

- Sempre que possível, evitar reutilizar a mesma bolsa de NPT ao mudar o sítio ou o dispositivo vascular;
- A decisão sobre qual infusão deve substituir a NPT anterior (NPT padrão, soroterapia ou solicitar uma nova NPT específica para o RN) é determinada através de discussão com a equipe médica;
- Vale destacar as seguintes alternativas:
 - Solicitar NPT padrão para substituir a que será descartada;
 - Se a substituição pela NPT Padrão não for viável, existe a opção de solicitar uma nova NPT específica para o RN, com um tempo de chegada estimados de até 4 horas;
 - Outra medida possível, seria programar a passagem de novo cateter à tarde (especialmente para RNs que necessitam de PICC 3Fr ou por micro introdução), deixando o PICC novo salinizado ou com o mínimo de volume prescrito. Se possível, manter a NPT no acesso antigo e utilizar o novo somente ao instalar a nova NPT;
 - Caso não haja possibilidade de seguir nenhuma das opções acima, é fundamental documentar tal situação em prontuário para posterior discussão com a equipe de nutrição.

28. OXIGENIOTERAPIA**Aspiração do Sistema Endotraqueal com Sistema Fechado**

Sonda de aspiração sistema fechado (Trach Care®) e tamanho de acordo com o tubo endotraqueal:

- TET 3,0 e 3,5: **6 Fr**
- TET 4 e 4,5: **8 Fr**

Campânula**Cuidados**

- Umidificar o copo de oxigênio com água destilada (não usar flaconetes);
- Trocar látex a cada 30 dias;
- Trocar campânulas a cada 7 dias;
- Concentração de oxigênio na campânula conforme tabela ao lado.

Cânula de Traqueostomia**Curativo**

- Com gaze: realizar a troca a cada 24hs. De preferência na hora do banho para aproveitar a troca do cadarço.;
- Com esponja: realizar a troca se esponja saturada ou 7/7 dias. De preferência na hora do banho para aproveitar a troca do cadarço;
- O cadarço deve ser trocado a cada 24hs ou antes (se úmido ou sujo).

Tabela 1: CONCENTRAÇÃO DE O₂ NA CAMPÂNULA DE 6L

FIO2	Ar comprimido	O2
34%	5 litros	1 litro
47%	4 litros	2 litros
60%	3 litros	3 litros
74%	2 litros	4 litros
87%	1 litro	5 litros
100%	-	6 litros

Tabela 2: CONCENTRAÇÃO DE O₂ NA CAMPÂNULA DE 8L

FIO2	Ar comprimido	O2
30%	7 litros	1 litro
40%	6 litros	2 litros
50%	5 litros	3 litros
60%	4 litros	4 litros
70%	3 litros	5 litros
80%	2 litros	6 litros
90%	1 litro	7 litros
100%	-	8 litros

Tabela 3: CONCENTRAÇÃO DE O₂ NA CAMPÂNULA DE 10L

FIO2	Ar comprimido	O2
29%	9 litros	1 litro
37%	8 litros	2 litros
45%	7 litros	3 litros
53%	6 litros	4 litros
60%	5 litros	5 litros
68%	4 litros	6 litros
76%	3 litros	7 litros
84%	2 litros	8 litros
92%	1 litro	9 litros
100%	-	10 litros

Fonte tabelas 1,2,3 : HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Serviço de Neonatologia. **Manual de Rotinas**. 10. ed. Porto Alegre. HCPA, 2018.

* Caso o paciente apresente grande quantidade de secreção, odor, hiperemia e/ou sudorese, optar por cobertura com gaze e troca a cada 24hs.

* Colocar os cuidados na prescrição de enfermagem e o tipo de curativo.

Aspiração de secreção

O uso de **luvas** de procedimento para aspiração de traqueostomia é suficiente, devendo-se ter o cuidado de **não encostar na parte da sonda que será introduzida na traqueo.**

NAVA (Neurally Adjusted Ventilatory Assist)

- Ligar o cabo Aedi ao módulo Aedi do respirador;
- Retirar a tampa da ficha teste e conectar a outra extremidade do cabo Aedi. O módulo Aedi iniciará automaticamente o funcionamento.;
- Aguardar a afirmação "Teste do módulo Aedi com sucesso" no visor do monitor;
- Aperte "Ok" e retire a ficha teste;
- Selecione o tamanho do cateter Aedi (sonda) conforme o tamanho do paciente;
- Calcular o comprimento do cateter a ser inserido no RN utilizando a medida NEX (distância do nariz (N) passando pelo lóbulo da orelha (E) até o apêndice xifóide (X));
- Inserir o cateter no paciente até o comprimento estimado;
- Ligar o conector do cateter no cabo;
- Posicionar o cateter conforme os sinais dos eletrodos (Tecla: Acesso neural - Posição AEDI);
- A posição correta é indicada quando as ondas rosas estiverem nas duas linhas centrais;
- Fixar a sonda registrando o número de cm na comissura labial.

*O cateter Aedi deverá ser retirado quando o paciente for submetido a Ressonância magnética devido a presença de eletrodos na sua porção distal.

Ventilação Não Invasiva (VNI) e CPAP Nasal**Aquecimento do circuito**

Utilizar AD para alimentar a base aquecida (trocar a cada 4 dias; se Servo N, até o fim da solução).

Base tipo MR850:

- **Sempre** selecionar a opção "**Tubo**" (varia entre 37 e 40°C);
- Somente utilizar a opção "Máscara" (varia entre 30 e 33°C) quando houver condensação excessiva do circuito ou quando o RN estiver com a temperatura elevada.

Uso de máscara

Escolher a touca e a máscara no tamanho adequado ao RN (P, M, G ou GG);



- Colocar nas fitas de fixação a esponja para evitar atrito do cadarço com a pele do RN;
- Colocar hidrocolóide em formato de triângulo (da base do nariz até o buço) em ambos os lados da face;

Atentar para não colocar sobre as asas do nariz para não ocorrer o fechamento das narinas e não cobrir o canto do olho.

- Alterar o tamanho da máscara e/ou touca conforme o crescimento do RN ou edema de face;
- Em caso de hiperemia na columela, atentar para o posicionamento da máscara ou sua troca, se necessário;
- Nos casos de hiperemia da raiz, realizar a troca da máscara por pronga ou intercalar com ambas (discutir com a equipe médica).

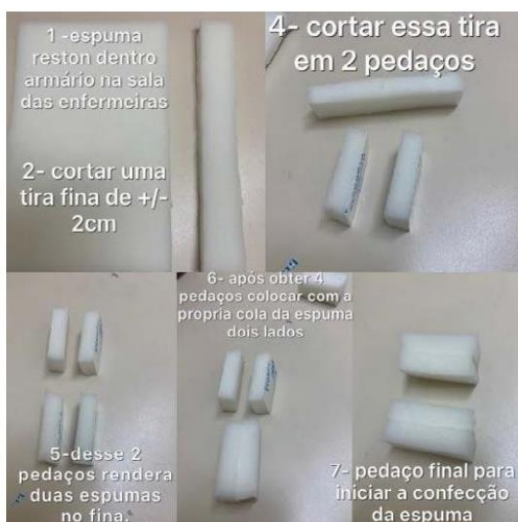
Uso de pronga:

- Escolher o tamanho da touca e da pronga adequados ao tamanho do RN;
- O tamanho da pronga deve ser escolhido conforme a régua de acordo com o tamanho das narinas;
- Colocar nas fitas de fixação a esponja para evitar atrito do cadarço com a pele do RN;
- Colocar hidrocolóide nas narinas, atentando para manter os orifícios corretos (sem fechar as narinas);
- Acomodar a esponja entre o hidrocolóide e a pronga para evitar a pressão e auxiliar na vedação.

- Conforme crescimento ou edema de face, alterar para um tamanho da touca e/ou pronga maior;
- Em casos de hiperemia na columela, realizar a troca para máscara e/ou intercalar ambas (discutir com a equipe médica).

- Em caso de hiperemia ou lesão solicitar consultoria para EPTF (Enfermagem em Prevenção e Tratamento da Pele).
- Em caso de lesão por pressão realizar a notificação no AGHUse.



Proteção da região cefálica com espuma

CPAP em macrocefalia

- Utilizar toucas Laranjas: ficam guardadas na sala dos enfermeiros;
- Reposição no armário metálico de materiais na sala da chefia;
- Material não estocável: solicitar compra para a gerente Jaqueline quando acabar o estoque.

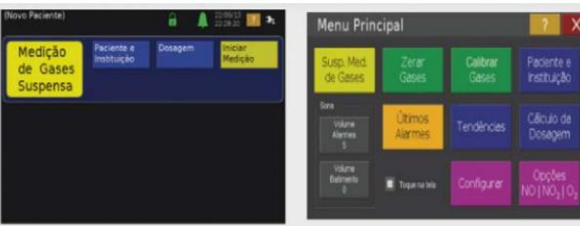
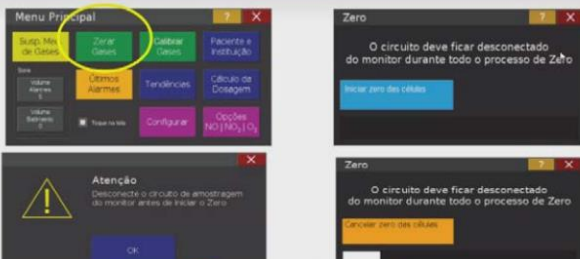
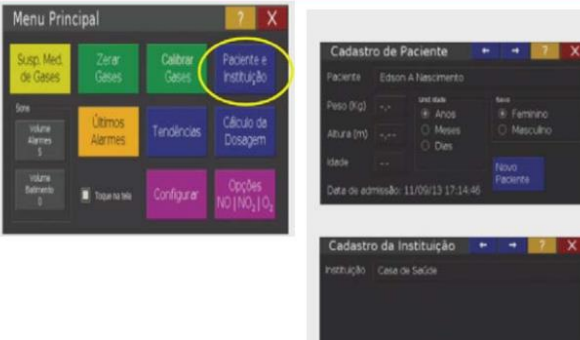


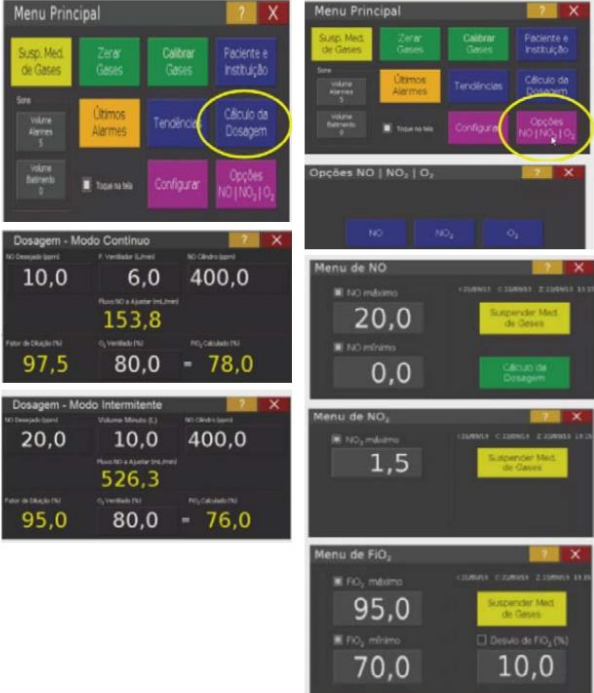
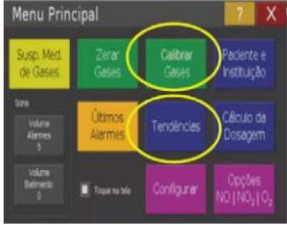
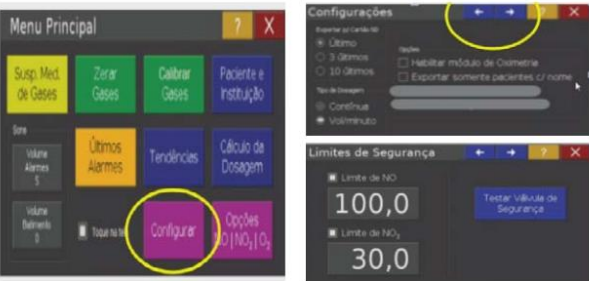
Alternativa em casos de falta das toucas GG

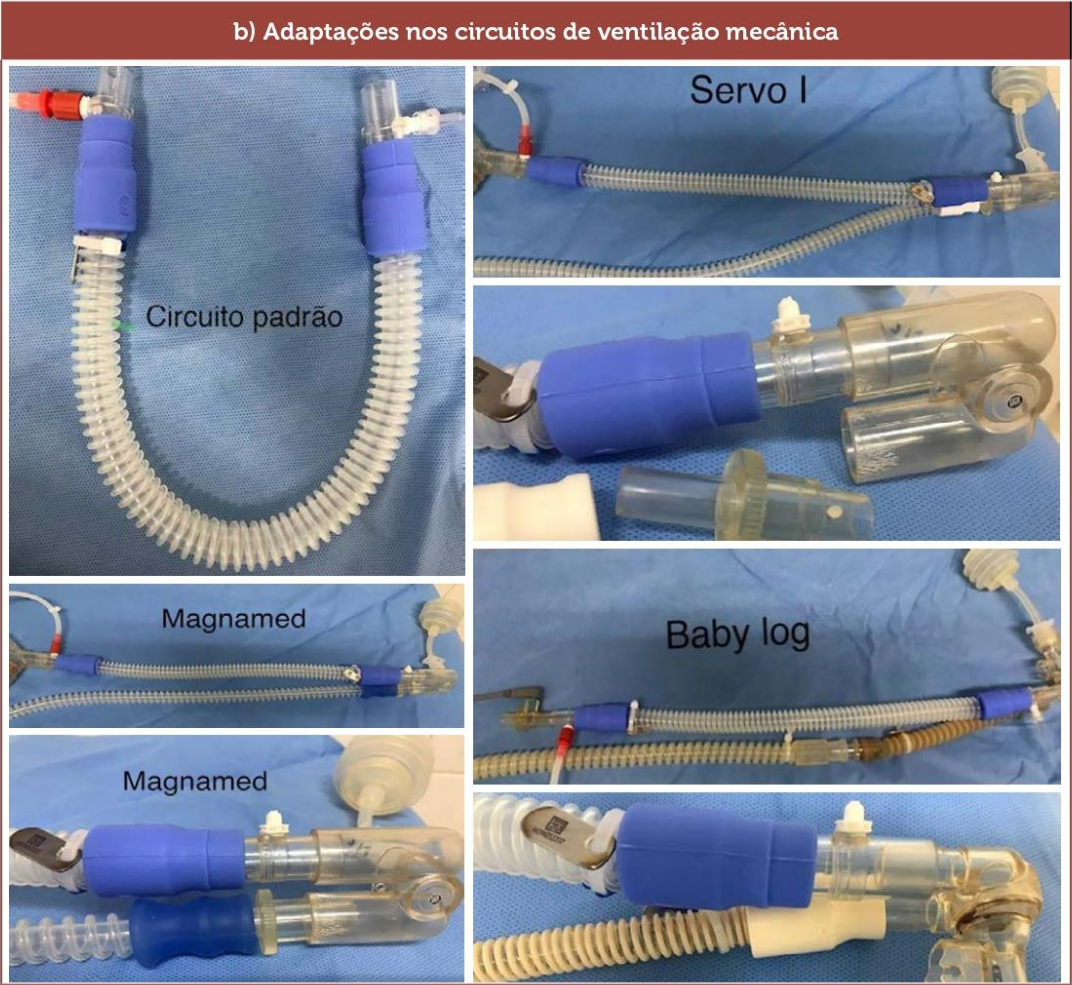
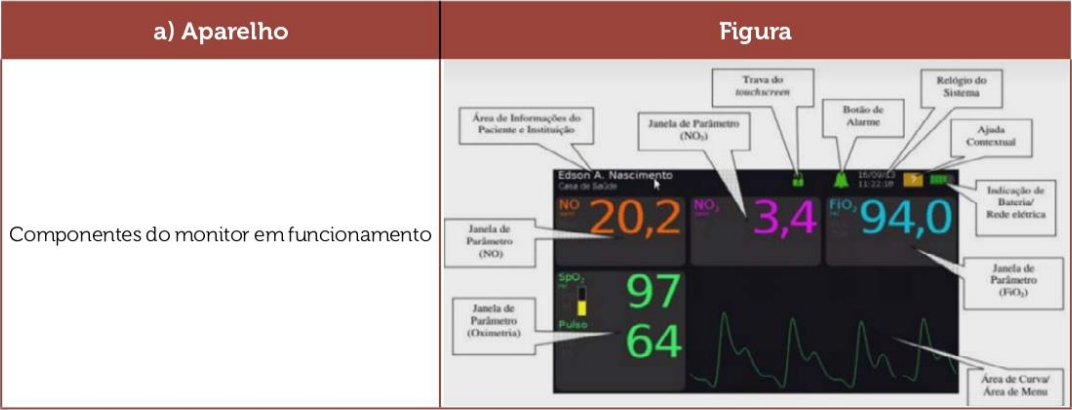
Óxido Nítrico

a) Aparelho	Figura
Carrinho • Chave seletora deve estar totalmente aberta ou fechada • Ao fechar a chave seletora, não esquecer de fechar o fluxômetro • Possui duas colunas de fluxômetro: - De 1,2 L/min com válvula reguladora - De 200 mL/min	
Conexões das linhas Conectar as ponteiros conforme as cores (BRANCA e VERMELHA)	
Conexão no circuito respiratório	

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

a) Aparelho	Figura
Componentes do monitor (frente)	
Componentes do monitor (verso)	
Ao ligar o monitor, realizar os ajustes necessários	
1º: Zerar gases	
2º: Incluir Novo paciente e Instituição	

a) Aparelho	Figura
3º: Cálculo da dosagem (ajustado pelo médico) Dois modos possíveis: - Contínuo ou - Intermitente	
Calibrar gases Esta opção só abrirá para o técnico responsável pela manutenção do aparelho. Tendências Visualização dos dados mesurados ao longo do tempo de monitorização (gráficos)	
Configurar Nesta opção, é possível: • Habilitar o Módulo de Oximetria • Alternar o Tipo de dosagem • Exportar os dados para um cartão SD • Configurar os Limites de Segurança: - Limite de NO e - Limite de NO₂	



b. 1) Adaptações para o Servo N	
Substituir a traquéia do ON pela traqueia original do Servo N.	
Na parte proximal (bocal), conectar a peça intermediária metálica "fêmea" (sem a peça que vem junto com o circuito).	
Na parte distal da traqueia, conectar a peça intermediária metálica "macho" (COM a peça que vem junto com o circuito).	

Projeto COALA

Objetivo

Manter os limites de saturação alvo conforme a patologia do bebê, programando os limites de alarme dos monitores de acordo com a necessidade de cada RN.

Como é o processo?

Equipe médica: sinaliza o card a ser utilizado;

Enfermeiro: Fixa o card selecionado na parte superior direita do monitor e programa os alarmes.

Para quais bebês utilizar?

Todos os bebês com suporte respiratório ou em uso de O_2 com as seguintes patologias:

- Prematuridade;
- Displasia broncopulmonar e hipertensão pulmonar;
- Hipertensão pulmonar;
- Cardiopatias congênicas acianóticas.

*Para os bebês à termo, não usaremos os cards.

Quando modificar o alarme superior?

Trocar o alarme superior para 100% quando o bebê não estiver mais recebendo O_2 suplementar;

Isso se aplica a qualquer paciente, mesmo em VM, CPAP, VNI ou CAF que estiver com O_2 à 21%;

Neste caso, pode-se desligar o alarme superior.

Quando retirar o Card do monitor?

Quando o bebê retirar o oxigênio.

Observações:

- Em Bebês Prematuros Displásicos, utilizar o card de Prematuros.
- Utilizar o card de RN com Displasia Broncopulmonar e Hipertensão Pulmonar apenas quando o bebê displásico tiver Hipertensão Pulmonar Associada.

Prematuros recebendo suporte respiratório ou oxigênio

Saturação alvo: entre 91% e 95%

Limite do alarme: mínimo - 88% máximo - 96%

PROJETO COALA
Controlando Oxigênio Alvo Ativamente

RNs com displasia broncopulmonar e hipertensão pulmonar

Saturação alvo aproximada de 95%

Limite do alarme: mínimo - 91% máximo - 98%

PROJETO COALA
Controlando Oxigênio Alvo Ativamente

Hipertensão pulmonar persistente do RN

Saturação alvo pré-ductal: entre 91% e 95%

Limite do alarme: mínimo - 90% máximo - 98%

PROJETO COALA
Controlando Oxigênio Alvo Ativamente

RNs com cardiopatias congênicas acianóticas com repercussão hemodinâmica

Saturação alvo: entre 91% e 95%

Limite do alarme: mínimo - 88% máximo - 96%

PROJETO COALA
Controlando Oxigênio Alvo Ativamente

29. LEITO DE OBSERVAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA NEONATOLOGIA

Instruções gerais

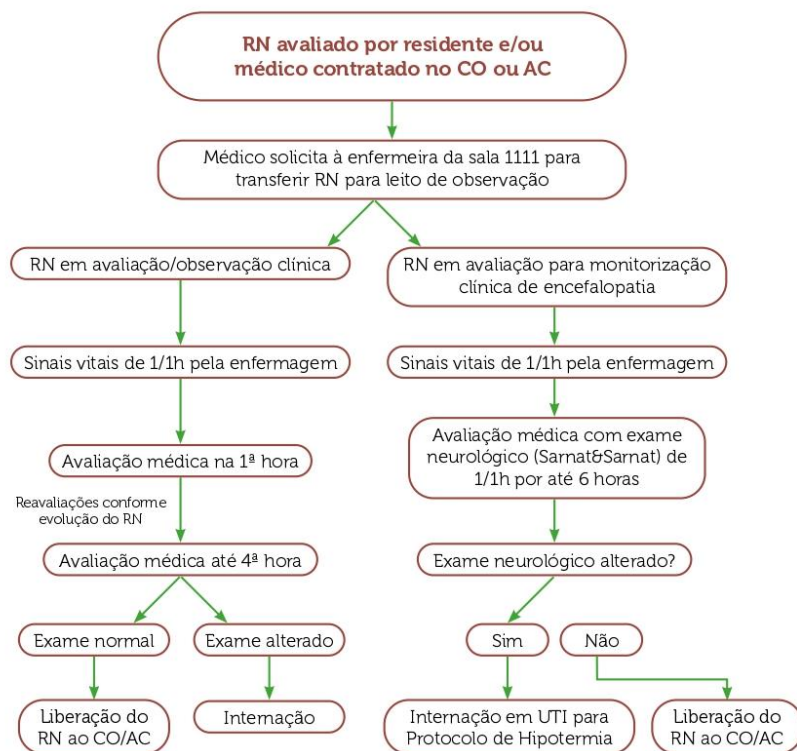
- Equipe médica deverá informar quem acompanhará o RN na observação e **avaliá-lo com 1h e 4h de observação** (ou mais frequentemente se chamada);
- **A enfermeira é responsável por buscar e devolver o RN no CO ou** em berço de transporte, devendo receber informações do enfermeiro do setor de origem e transferir o cuidado ao retornar o RN para a mãe (conforme *checklist* do RN em observação);
- **No caso do RN ser proveniente do AC:** a enfermeira do AC é responsável por encaminhar o RN para a Neonatologia e, a enfermeira da Neo, por retornar o RN ao AC;
- O tempo de **permanência será de 4h em casos de observação comum e de 6h em casos de RN com risco de hipotermia terapêutica**;
- Sinais vitais devem ser verificados **de hora em hora** durante a observação (pelo técnico de enfermagem);
- As rotinas completas deverão ser feitas na Neonatologia **somente** se RN internar ou se mãe já tiver tido alta para Alojamento Conjunto;
- Se RN for liberado ao CO com a mãe, as rotinas de vitamina K, vacina hepatite B e colírio de iodopovidona serão realizadas pelo CO.

! Se o RN tiver necessidade de verificação de Glicemia capilar ou de banho imediato (casos de mãe HIV, COVID e infecção ovular), estes deverão ser feitos durante a observação se ainda não realizados no CO.



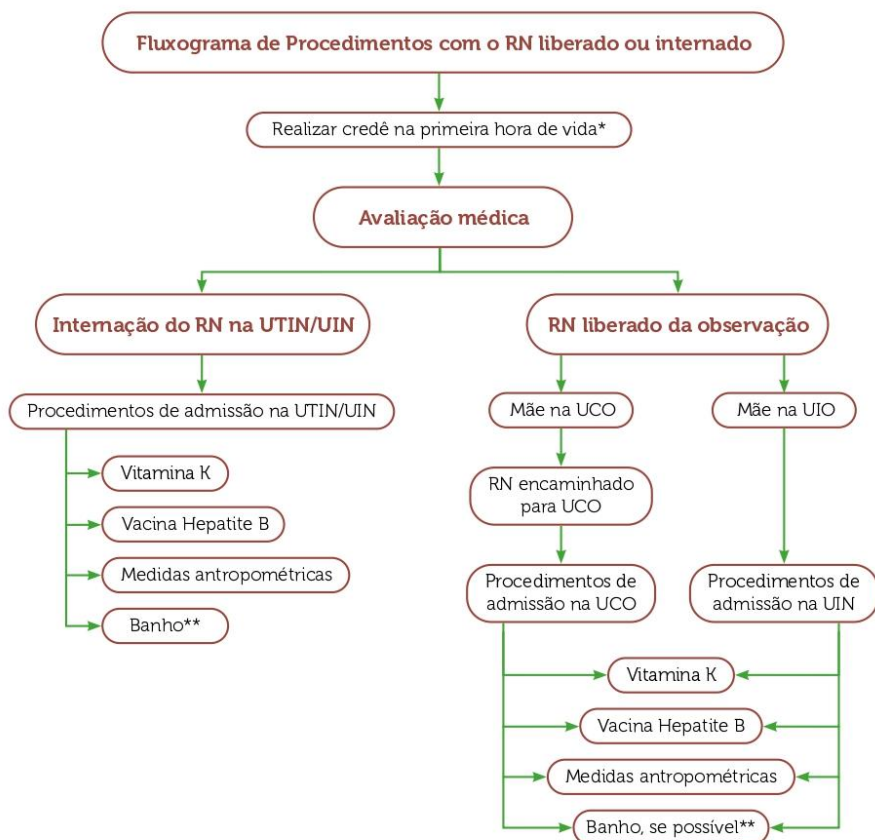
- Se a vacina da hepatite B for realizada na Neo, os **registros no SI-PNI e na carteira de vacinação, além da checagem da prescrição**, deverão ser realizados pelo vacinador;
- Os **documentos (carteira de vacinação e folha de identificação dos pezinhos)** deverão vir com o RN, seja ele proveniente do CO ou da UIO;
- O **técnico de enfermagem** deverá registrar todos os acontecimentos durante a observação nos controles do paciente;
- O **enfermeiro** deverá evoluir uma **nota de observação** na chegada e uma **nota de liberação** quando RN não internar na Neo.

Fluxograma de observação



Observação:

1. A avaliação médica para o RN em observação clínica será realizada pelo residente da Pediatria (conforme escala), que discutirá com o médico neonatologista de plantão.
2. A avaliação médica com exame neurológico para monitorização clínica de encefalopatia será realizada pelo médico residente com supervisão ou pelo médico contratado.
3. Deverá constar em prontuário a evolução da avaliação médica do paciente com definição da conduta para liberação para o CO, para a UIO ou internação em UTI/UCI.
4. O médico responsável pela avaliação e liberação do paciente na Neo deverá entrar em contato com o médico da UIO/CO para transferência do paciente (turnos do dia quando temos médicos lotados na UIO e no CO).



* O Nitrato de Prata 1% não deve ser administrado em RN de mãe submetida à cesariana com bolsa íntegra e nos partos vaginais empelcados (porém, observar prescrição médica).

**Primeiro banho realizado entre 6 e 24 horas de vida, exceto em casos de mãe HIV+ e corioamnionite (na 1ª hora nestes casos).

***Quando RN liberado para a mãe a partir da UIN, o banho poderá ser realizado a partir de 6 horas de vida (quando possível).

Checklist de liberação do RN em observação

Antes da liberação do RN da observação, o enfermeiro deverá realizar a conferência dos procedimentos que deverão ser realizados antes da transferência para a unidade de destino (CO ou UIO).

Procedimentos de enfermagem que devem ter sido realizados antes da liberação:

RN liberado à UIO	Realizado	Não se aplica
Colírio de Iodopovidona 2,5%*	☐	☐
Medidas antropométricas	☐	-----
Vitamina K IM	☐	-----
Vacina Hepatite B IM	☐	-----
Impressão plantar (limpar os pés antes)	☐	-----
Controle de HGT	☐	☐
Teste do coraçõzinho se RN com 24h de vida ou mais	☐	☐
Banho imediato se mãe HIV+, mãe COVID+ ou corioamnionite	☐	☐
Banho se RN com mais de 6h de vida, se possível**	☐	☐
Assinatura e carimbo da enfermeira:		
RN liberado ao CO	Realizado	Não se aplica
Banho imediato se mãe HIV+, mãe COVID+ ou corioamnionite	☐	☐
Controle de HGT	☐	☐
Assinatura e carimbo da enfermeira:		

***Atenção:** O colírio de iodopovidona 2,5% não precisa ser administrado na primeira hora de vida, portanto pode ser administrado na volta ao CO. Porém, em caso de falta de iodopovidona, o colírio de nitrato de prata 1% deverá ser feito na primeira hora de vida. Marcar coluna "Não se aplica" se não há indicação de realização (conforme avaliação médica).

****O banho com 6h de vida não é obrigatório na Neonatologia. Marcar coluna "Não se aplica" se não realizado.**

Revisão diária do Leito de observação

O checklist abaixo deverá ser conferido e registrado 1x/turno pelo enfermeiro da sala 1111:

CHECK LIST UTIN HCPA - LEITO DE EMERGÊNCIA

Materials / Data	SEG _/_/_			TER _/_/_			QUA _/_/_			QUI _/_/_			SEX _/_/_			SAB _/_/_			DOM _/_/_		
Turno da conferência	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Berço Aquecido/Incubadora																					
Rede de O ² testada																					
Rede de aspiração testada																					
Estetoscópio																					
Termômetro																					
Fita métrica																					
Oxímetro																					
Bomba de Infusão																					
Ambu + máscaras (00/0)																					
Caixa de urgência																					
Campânula + Y																					

CHECK LIST UTIN HCPA - LEITO DE EMERGÊNCIA

Materials / Data	SEG _/_/_			TER _/_/_			QUA _/_/_			QUI _/_/_			SEX _/_/_			SAB _/_/_			DOM _/_/_		
Turno da conferência	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Berço Aquecido/Incubadora																					
Rede de O ² testada																					
Rede de aspiração testada																					
Estetoscópio																					
Termômetro																					
Fita métrica																					
Oxímetro																					
Bomba de Infusão																					
Ambu + máscaras (00/0)																					
Caixa de urgência																					
Campânula + Y																					

A verificação da **Caixa de urgência** também deve ser realizada **1x/dia**:



30. PELE

Observações referentes aos materiais disponíveis e cuidados com a pele na neonatologia

Cavilon®

- **Uso restrito!** Somente utilizar se indicado pelo grupo EPTF através de consultoria;
- Não deve ser aplicado em todos os horários;
- Há restrição de uso para bebês com IG < 28 dias e em incubadoras;
- Deve constar na prescrição de enfermagem.

Pó de ostomasive

- **Uso restrito!** Somente utilizar se indicado pelo grupo EPTF através de consultoria;
- Pode ser aplicado até que ocorra a avaliação pelo grupo EPTF;
- Deve constar na prescrição de enfermagem.

Bolsas de estomas

- As trocas de bolsas são realizadas pelo enfermeiro. Os cuidados de limpeza, realizados pelo técnico de enfermagem;
- Quando houver sangramento no estoma, pode-se utilizar Adaptic®;
- Utilizar gaze dentro da bolsa em casos de fezes líquidas ou semilíquidas. Não colocá-la sobre o estoma para evitar lesão da mucosa no momento da retirada do material;
- A limpeza da pele deve ser realizada com AD aquecida. **Nunca com SF 0,9%;**
- Solicitar consultoria do grupo EPTF para todos os RNs com estomia.

Lesões de períneo

- Não utilizar TCM para limpeza ou retirada de produtos;
- Não realizar a higiene do períneo com SF 0,9%, seja sangrante ou íntegro.

Produtos padronizados e indicações

Agentes Tópicos		
Produto	Indicação	Observações
Hidrogel	Remover tecidos desvitalizados de feridas abertas (desbridamento autolítico), manter umidade do leito da ferida.	• Usar cobertura secundária de gazes não aderentes e não utilizar em presença de grande quantidade de exsudato. • Trocar curativo a cada 48h ou antes SN.
Óxido de zinco / Vitamina A + D	Proteção da pele perilesional, dermatites associadas e incontinência e lesões superficiais com tecido de granulação.	• Usar cobertura secundária de gazes não aderentes nas lesões abertas. • Trocar curativo a cada 24h ou antes SN.
Filme transparente líquido (Cavilon)	Película protetora sem ardor, semipermeável e a prova d'água para estomias, fistulas e feridas exsudativas.	• Aplicar em jato sobre a área a ser protegida ou tratada. • Para proteção aplicação a cada 72 horas. • Quando lesão, aplicar a cada 24 horas.
Pó para estoma	Forma uma barreira protetora, reduz a irritação da pele causada pelos efluentes nas estomias. Usar na pele perilesional.	• Aplicar a cada troca de bolsa de estomia.

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Coberturas		
Produto	Indicação	Observações
Gaze não aderente impregnada de petrolato	Evita aderência do curativo ao leito da ferida. Cobertura primária na ferida aberta. Feridas com tecido de granulação e pouco exsudativas e lesões erosadas.	• Tempo de permanência até 7 dias. • Tempo mínimo de permanência: 24h.
Gaze não aderente impregnada de parafina	Evitar aderência do curativo ao leito da ferida. Cobertura primária na ferida aberta. Feridas com tecido de granulação e pouco exsudativas e lesões erosadas.	• Tempo de permanência até 7 dias. • Tempo mínimo de permanência: 24h.
Hidrocolóide extrafino	Tratar feridas abertas, rasas, não infectadas e pouco exsudativas ou lesão por pressão estágios I e II.	• A placa deve ser maior que o leito da lesão. • Tempo de permanência até 7 dias. • Tempo mínimo de permanência: 48h.
Hidrocolóide regular	Utilizadas em feridas abertas com fistulas e onfalocele.	• A placa deve ser maior que o leito da lesão. • Tempo de permanência até 7 dias. • Tempo mínimo de permanência: 48h.
Apósito absorvente de acrílico e rayon de viscoso	Evitar aderência do curativo ao leito da ferida. Cobertura primária na ferida aberta ou cobertura secundária de lesões superficiais.	• Tempo de permanência até 7 dias. • Tempo mínimo de permanência: 24h.
Filme transparente não estéril	Proteger proeminências ósseas como prevenção de LPP e fixação no curativo oclusivo.	• Não usar sobre cateteres e feridas infectadas, profundas ou altamente exsudativas. • Tempo de permanência até 7 dias. • Tempo mínimo de permanência: 48h.
Alginato de Cálcio	Feridas abertas, sangrantes, altamente exsudativas.	• A troca deve ocorrer conforme sua saturação em relação ao volume de exsudato drenado na cobertura secundária. • Tempo de permanência até 7 dias. • Tempo mínimo de permanência: 24h.
Curativo absorvente com prata	Feridas abertas, sangrantes, altamente exsudativas ou infectadas ou com risco de infecção.	• Liberação mediante autorização/indicação da CPTF. • Tempo de permanência até 7 dias. • Tempo mínimo de permanência: 24h.
Espuma de poliuretano	Traqueostomias.	• Pode permanecer na ferida por até 7 dias • Deve ser trocado sempre que saturar.

Recém-nascidos com estomas**Durante a INTERNAÇÃO**

- Solicitar consultorias para Enfermeira da Pele (EPTF);
- Quando RN for transferido para 1105 ou UCI, solicitar consultoria para Enfermagem Estomas Crianças;
- Assim que o RN estiver estável, iniciar as orientações com os cuidados com a pele, higiene e a troca da bolsa para o familiar. Se possível, realizar as orientações quanto aos cuidados para dois familiares.

Na ALTA**Equipe de enfermagem:**

- Solicitar avaliação do serviço social: para orientar e encaminhar o responsável pelo RN quanto ao local

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

de retirada dos materiais necessários para os cuidados no domicílio;

- Solicitar encaminhamento para o ambulatório de acompanhamento de estomas: Local: zona 4, Especialidade: ECE, marcar no mesmo da consulta com a CiPed;
- Material para entregar na alta (caso ainda não tenha recebido via UBS):
 - Cavilon® spray (01 frasco – de preferência, aberto);
 - Bolsas de estomias (05 unidades);
 - Pó de ostomasive (03 frascos);
 - Placas de hidrocolóide (03), se lesão na pele.

Equipe médica

Receituário: Encaminhado para Secretaria de saúde da cidade.

Encaminho neonato ou recém-nascido (NOME), de (XX) dias de vida..., com ileostomia com um ou dois estomas a esquerda, necessitando de: bolsa neonatal (20 unidades/mês), um spray de Cavilon e um creme barreira Cavilon para a pele, gaze para higiene.

31. PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL (PIA)

MATERIAL NECESSÁRIO:

Cabo de verificação da PAM Invasiva

Dômus de PAMI.

Perfusor 120cm.

Dânula

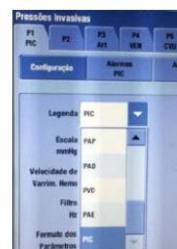
Seringa de 10ml com SF 0,9%.

Instalação e verificação da PIA

- Montar o sistema de dômus da PAM Invasiva, mantendo a seringa preenchida com SF 0,9% conectada em uma das vias;
- O dômus deve ser instalado no mesmo nível utilizado para verificação da PAM Invasiva;
- Conectar ao monitor, com o cabo da PAM invasiva.



- No monitor, selecionar "Pressões invasivas"
- Alterar no monitor a pressão para PIA, modificando os alarmes para até 50.



- Conectar a seringa na cânula e aspirar o RG antes de cada medida:



- Preencher a SOG com volume de SF 0,9% do primer correspondente:

SOG	SF 0,9%
6 Fr Curta	0,6 mL
6 Fr Longa	1,2 mL
8 Fr Curta	0,8 mL
8 Fr Longa	2,4 mL
10 Fr Longa	3 mL

- Zerar o monitor:
 - fechar a cânula para o RN;
 - retirar a tampa da cânula;
 - selecionar "zero" no monitor zero;
 - aguardar aparecer zero acertado no monitor;
 - recolocar a tampa;
 - abrir a cânula para o RN.
- Aguardar o resultado (o aparelho irá mensurar a PIA automaticamente).

Medida		
Situação	Medida em mmHg	Medida em cmH ₂ O
Normal	< 10	< 16
Hipertensão Intra-abdominal	> 10	> 16
Síndrome compartimental*	≥ 20	> 27,2

* Para diagnóstico de Síndrome compartimental, além da medida sustentada da PIA ser superior a 20 mmHg, há necessidade de presença de má perfusão, com disfunção ou falência de órgãos abdominais, manifestada mais comumente por piora dos parâmetros ventilatórios (principalmente com necessidade de aumento da pressão de inspiração), oligúria ou má perfusão das alças intestinais.

- Preferir a medida em mmHg, que é a mais acurada. Para conversão: 1 mmHg = 1,36 cmH₂O.
- Quando os valores se mostrarem superiores a 12 mmHg, a PIA deverá ser medida a cada 4 horas.
- Paciente com uso de relaxantes musculares podem apresentar uma medida de PIA falsamente reduzida. Portanto, realize nova verificação em 1 hora.
- Deixar o perfusor conectado ao dômus protegendo outra extremidade do perfusor com tampa.
- Abrir SOG em frasco novamente.

* O RN deve estar em decúbito plano, sem apresentar esforço ou choro.

* A periodicidade de verificação da PIA será conforme prescrição médica.

** A validade do dômus + seringa de 10 mL acoplada é de 96h.

** A seringa utilizada para verificação de RG é desprezada após o uso, assim como a seringa utilizada para preencher o *prime* da sonda.

32. PUNÇÃO LOMBAR

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Luva estéril
- Máscara + gorro
- Bandeja de PL (ou bloqueio)
- Scalp 25 e 23 ou agulha longa de PL (2 de cada)
- Gaze estéril
- Clorexidina aquosa
- Frascos para coleta (3)

- Aplicar o *checklist* de Procedimentos Diagnósticos Terapêuticos (PDT);
- O RN deve estar monitorizado;
- Aplicar a **pomada de Prilocaína-lidocaína (EMLA)** com uma haste flexível de algodão ou espátula plástica na área demarcada pela equipe médica, sem espalhar, e em cima desta pomada colocar um pequeno pedaço do adesivo que acompanha a mesma ou da fita adesiva microporosa hipoalergênica (aproximadamente 3x3 cm);
- Observações quanto ao EMLA:
 - Deve ser colocada 1 hora antes da realização da PL;
 - Não deve ser utilizada em RN prematuro.
 - Fica armazenada (juntamente com a caneta) na gaveta dos controlados da UTI 1.
- Seguir recomendação do Protocolo Assistencial de Dor em Recém-nascidos para uso da **sacarose** administrada VO ao paciente, **no mínimo dois minutos antes** do início da punção e durante a realização da mesma;
- Guardar a etiqueta da bandeja e colocar na folha de sala.

33. PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)

Instalação de PVC em transdutor de pressão descartável

A montagem do transdutor de pressão deverá seguir as etapas do POP de Montagem e Instalação de Kit Transdutor de Pressão para Monitorização de Pressão Arterial Invasiva.

- Posicionar o RN em decúbito dorsal e cabeceira elevada 30°;
- Conectar o dispositivo macho-macho ao dômus e, em seguida, conectar a cânula;
- Conectar o perfusor na 3ª via da cânula do transdutor de pressão (responsável pelo “zero” do sistema);
- Preencher o perfusor com SF 0,9%;
- Abrir a via da cânula para o ambiente e realizar o zero mantendo-a conectada.

Medição da PVC em transdutor de pressão descartável

- Realizar desinfecção do cateter;
- Conectar o perfusor do transdutor de pressão à via do cateter;
- Abrir a via da cânula para a via do perfusor;
- Aguardar a leitura do resultado da PVC no monitor;
- Desconectar o perfusor do cateter e protegê-lo com tampa oclusora;
- Fazer nova desinfecção do cateter e reiniciar infusões.

A PVC é monitorizada através da inserção de um cateter venoso central (subclávia ou jugular interna ou externa) com sua extremidade posicionada no átrio direito, na porção superior da veia cava superior. Desta forma, a localização inadequada da ponta do cateter intravenoso poderá fornecer resultados inadequados.

Valores de referência de PVC podem oscilar de 4 a 12 cmH₂O em adultos e de 0 e 6 mmHg em crianças.

Os valores obtidos em cmH₂O deverão ser convertidos em mmHg (dividir pela constante 1,36). Conferir sempre se a altura do ponto zero (altura do eixo flebostático) está correta antes de realizar a medida da PVC.

Sempre utilizar a via distal do cateter para aferição da PVC.

Trocar os equipos a cada 4 dias, ou seja, 96 horas.

Prováveis causas de falha na medição da PVC

- Posição inadequada do paciente;
- Uso de ventiladores com pressão positiva;
- Obstrução parcial ou total do cateter;
 - Dobra do cateter;
- Leitura da PVC durante esforço físico do paciente;
 - Presença de ar no sistema;
- Utilização da via proximal ou média do cateter venoso central para leitura.

34. PROTOCOLOS

Protocolo da pele

- Incubadora umidificada ≤ 32 sem: 90% por 24h, 70% até 7 dias e 50% até 30 dias de vida;
- Uso de luvas: ≤ 1250 g Até 15 dias de vida.

Manuseio mínimo

- Prematuros ≤ 32 sem ou ≤ 1500 g;
- Inicia logo após o nascimento;
- Duração: até 72h de vida.

Método Canguru

- Prematuros ≤ 36 sem e 6 dias de vida ou ≤ 2500 g;
 - Registrar na planilha do MC;
 - Usar identificação do leito MC;
- Solicitar consultorias: Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Enfermagem em Aleitamento Materno.

Colostroterapia

- Prematuros com 1500g;
- CO inicia ordenha da SR;
- Colostro virá em seringa;
- Enf^o da Neo verifica prescrição e comunica a frequência para a enf^a do CO.

Manuseio mínimo

Conjunto de condutas padronizadas com o objetivo de garantir o menor número possível de manipulações no RN prematuro extremo. Visa minimizar o estresse e a instabilidade fisiológica causados pelo manuseio excessivo, reduzindo as alterações no fluxo cerebral, diminuindo as taxas de hemorragia intracraniana e suas consequências negativas no desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental dos prematuros.

Indicação

RN com IG < ou = 32 semanas ou peso < ou = 1500g.

Deve ser iniciado tão logo o RN chegue à UTIN e deve seguir durante as **primeiras 72h de vida**.

No CO

- Sala aquecida entre 24 e 26°C;
- Colocar RN em saco plástico estéril + touca dupla;
- Pesar RN na sala de parto;
- A incubadora de transporte deverá estar entre 35 e 37°C.

Na UTIN

- Receber o RN em **incubadora Giraffe®** pré-aquecida, ajustada para "**zona de conforto**", conforme IG e **umidificada a 90°**;
- Não abrir a incubadora em modo berço a menos que necessite manobras de reanimação;
- Se houver necessidade de abrir a porta lateral da incubadora para realização de procedimentos, ligar o botão de cortina de aquecimento;
- Colocar o **sensor de temperatura** de pele e ligar **módulo de servo controle da incubadora**;
- A verificação de **sinais vitais** deverá ser realizada com estetoscópio e termômetro digital somente na primeira verificação do turno e após, acompanhar pelo monitor;
- Manter o RN em **decúbito dorsal**, mantendo a linha média com a **cabeça centralizada e cabeceira elevada 30°**;
- Colocar fralda aberta sem elevar os membros inferiores;
- O **manuseio do RN** (verificação de sinais vitais, rodízio do sensor de oximetria e troca de fraldas) deverá ser realizado na **presença do enfermeiro e a cada 6 horas**.

Cuidados de rotina:

- Pesagem do RN: ao nascimento, com 72h e após, conforme rotina de banho;
- Banho: somente após 72h de vida, se RN em condições clínicas e se necessário;
- Troca da cama: somente após 72h, a menos que esteja muito molhada;
- Proteção da pele: colocar curativo transparente nos locais em contato com sensor de temperatura e sensor de oximetria;
- Aspiração de VAS e TET: somente quando houver indicação clínica.

Método Canguru

Ao receber RNs com IG de 37 semanas ou menos, deve-se:

- Utilizar a **identificação do leito** específica do Método Canguru;



MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

- Solicitar as seguintes **consultorias**: Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Enfermagem Aleitamento Materno.

Seq	Especialidade	Sigla
528	PSICOLOGIA	SPS
513	SERVIÇO SOCIAL	SES
342	NUTRIÇÃO	NUT
533	ENFERMAGEM EM ALEITAMENTO MATERNO	EMT

- Preencher a **Planilha Prematuros / Canguru** (localizada no Drive - [Clique no link](#))

► AMBULATÓRIO CANGURU



Critérios para encaminhamento

- **Prematuros** (IG de nascimento <37sem)
- **Peso de nascimento maior que 1500g** (os menores vão para o segmento liderado pela profª Rita).

Dia e horário de consulta

- Sextas-feiras, das 8 às 12h, na Zona 4 (sala: 416).

Como marcar?

- No dia da alta, combinar com mãe/pai o melhor dia e horário (consultar a agenda que fica na sala dos enfermeiros).
- Fornecer o papel de marcação de consulta com o nome da criança, data, hora da consulta- Orientar mãe/pai para marcar com a secretária da Neo;
- É sugerido escrever na agenda os dados do paciente, data e hora da consulta para fins de consulta pelos colegas, quando estes forem verificar as disponibilidades;
- De preferência marcar por volta de uma semana após a alta.

35. SONDAS GÁSTRICAS E ENTERAIS

Aspirado e lavado gástrico no recém-nascido

- Aspirar todo o conteúdo gástrico antes de iniciar o procedimento;
- Após a completa remoção do conteúdo gástrico, proceder a lavagem;
- Aspirar de 3 a 10 ml de SF 0,9% (dependendo do tamanho do bebê);
- Injetar delicadamente o SF 0,9% e, logo em seguida, aspirar todo o conteúdo, monitorando o fluxo de retorno;
- Repetir o processo de lavagem e de aspiração quantas vezes forem necessários até que o conteúdo esteja completamente limpo e/ou claro, limitando-se a 5 repetições para evitar manuseio excessivo do RN);
- Em seguida, medir o volume aspirado e subtrair o volume do soro injetado para obter o volume total do conteúdo gástrico do RN.

Cuidados com gastrostomia e jejunostomia

- Higienizar a pele peristomal com gaze embebida em SF 0,9%, 1x ao dia, após o banho;
- Manter a pele limpa e seca;
- Realizar a troca diária da fixação da sonda com Medipore®;
- * Não se aplica para sondas de gastrostomia com *bottom*;
- Realizar o curativo da inserção se necessário.

Fixação

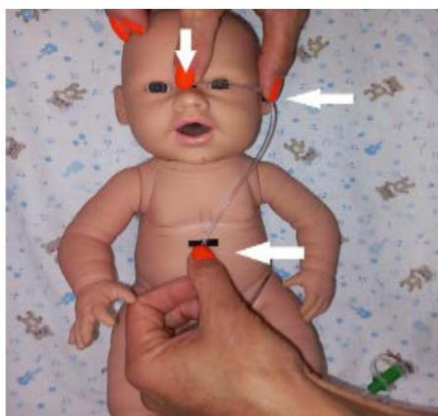
- Revisar a cada turno, trocando se necessário;
- Em sondas de gastrostomia com disco de fixação, revisar a posição do disco diariamente e manter o trajeto da sonda fixa;
- Usar hidrocolóide para proteção da pele antes de fixar a sonda com Medipore®.

- Em caso de complicações, como deslocamento da sonda, comunicar a equipe médica.

* **Lavagem da sonda** com 3 mL de AD.

Inserção e troca de sondas gástrica e enteral

Medida para sonda em posição gástrica:



Fonte: arquivo SENEQ, 2023.

Medida para posição da sonda enteral:



Fonte: Arquivo SENEQ, 2023.

Teste da posição correta

- Aspiração de resíduo leitoso;
- Teste de pH:
 - Gástrico (entre 1 e 5 na fita teste);
 - Enteral (6 ou mais).
- Ausculta: injeção 0,5 a 1 mL de ar com seringa;
- Medida do comprimento exteriorizado da sonda: 6/6h;
- Raio-X: Não é realizado de rotina. Aproveitar para observar a posição da sonda sempre que o RN realizar algum RX.

Rotina de troca:

- Sonda plástica (curta permanência): 5/5 dias;
- Sonda de silicone (longa permanência): 30 dias.

Verificação de pH gástrico-enteral

- Gástrico: entre 1 e 5 na fita teste;
- Enteral: 6 ou mais.

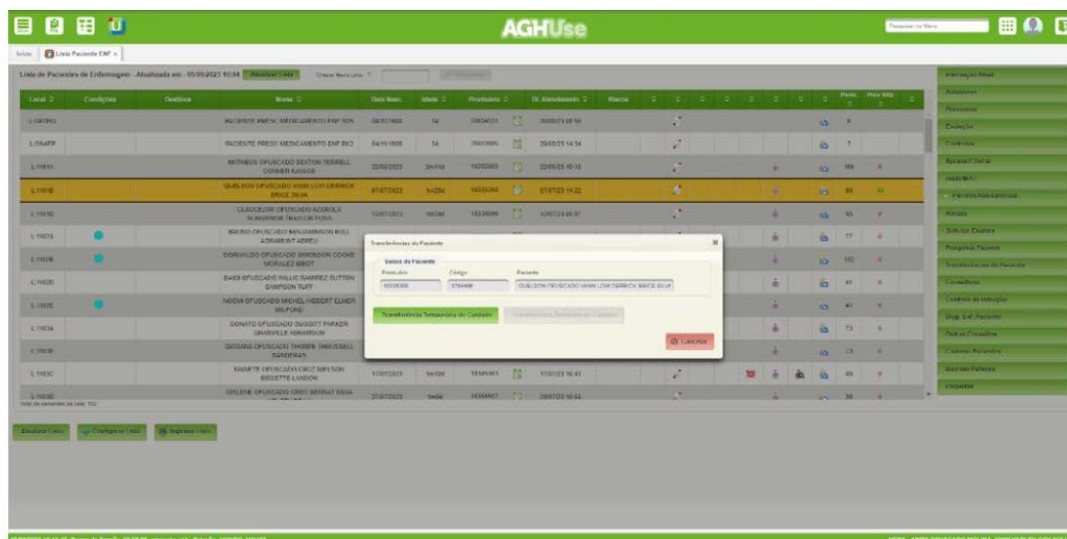
36. TRANSFERÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO**Transferência Temporária do cuidado****▶ EMISSÃO DO SUMÁRIO**

Deve ser preenchido o formulário de Encaminhamento do Paciente no AGHUse para todos os bebês encaminhados a outro setor: realização de exames, BC, CCA.

1. Acessar o AGHUse
2. Selecionar o paciente
3. Clicar em "Transferência do Paciente"

The screenshot displays the AGHUse web application. The main area shows a table titled 'Liste de Pacientes de Enfermagem' with columns: Local, Condicion, Data Nasc., Sexo, and various clinical data points. The table lists several neonates with their respective birth dates and clinical status. The interface includes a top navigation bar with icons for home, menu, and user profile, and a sidebar on the right with a list of clinical areas to navigate to.

4. Clicar em "Transferência Temporária do Cuidado"



5. Revisar as informações sobre o paciente e preencher os campos (Alergia, Suporte Ventilatório, Cateter Periférico, Cateter Venoso Central, Drenos e Sondas e Intercorrências nas últimas 24 horas (caso aplicável))

The screenshot shows the AGHUse software interface with a patient information form. The form includes sections for 'Dados Pessoais', 'Dados Clínicos', 'Dados de Tratamento', and 'Dados de Monitorização'. The 'Dados Pessoais' section contains fields for 'Nome', 'Data de Nascimento', 'Sexo', 'Data de Admissão', and 'Data de Alta'. The 'Dados Clínicos' section includes 'Alergia', 'Suporte Ventilatório', 'Cateter Periférico', 'Cateter Venoso Central', 'Drenos e Sondas', and 'Intercorrências nas últimas 24 horas (caso aplicável)'. The 'Dados de Tratamento' section has fields for 'Medicação', 'Dose', 'Via', and 'Frequência'. The 'Dados de Monitorização' section includes 'Sinais vitais', 'Exames de laboratório', and 'Exames de imagem'. The form is designed for data entry and is organized into a structured layout.

* No item drenos e sondas, se o paciente tem sonda, é obrigatório colocar o tipo, local de instalação e se está fechada ou recebendo dieta (colocar o volume de infusão em "mL/h")

6. Adicionar o local de destino e exame/procedimento/cirurgia previsto no campo "Encaminhamento"

7. Clicar em "Encaminhar".



8. Finalizar com a Impressão do sumário

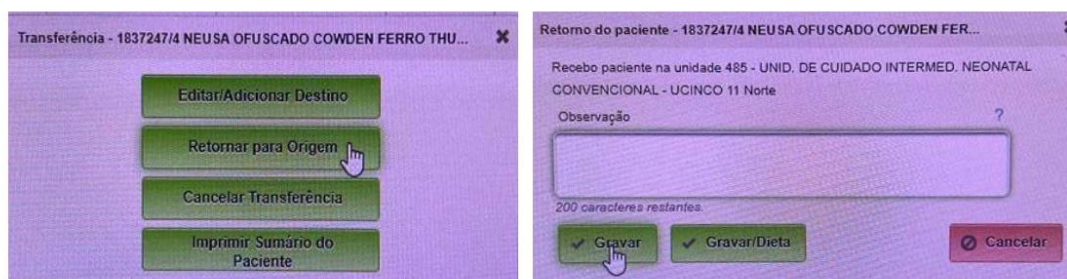
Uma dica: Para imprimir, clique no símbolo de impressora no canto superior direito, não no botão verde "Imprimir" no canto inferior esquerdo, pois este às vezes não funciona.

► TRANSFERÊNCIA VERBAL

Semelhante à passagem de plantão

► RETORNO À UNIDADE DE ORIGEM

- Acessar o AGHUse;
- Selecionar o paciente;
- Clicar em "Encaminhamento do Paciente";
- Clicar em "Retornar para Origem";
- Descrever observações e "Gravar".



Transferência Definitiva do cuidado

O enfermeiro que realizar a transferência do paciente deverá:

- LIGAR para a Unidade de destino e passar o paciente para a(o) enfermeira(o) ANTES de realizar o transporte;
- Escrever em prontuário uma evolução de liberação/transferência do paciente;
- Preencher o *Checklist* a seguir conforme a transferência a ser realizada:

► TRANSFERÊNCIA PARA O ALOJAMENTO CONJUNTO (AC)

CHECKLIST DE LIBERAÇÃO DO RN EM OBSERVAÇÃO

Procedimentos de enfermagem que devem ter sido realizados antes da liberação:

RN liberado à UIO	Realizado	Não se aplica
Colírio de Iodopovidona 2,5%*	☐	☐
Medidas antropométricas	☐	-----
Vitamina K IM	☐	-----
Vacina Hepatite B IM	☐	-----
Impressão plantar (limpar os pés antes)	☐	-----
Controle de HGT	☐	☐
Teste do coraçãozinho se RN com 24h de vida ou mais	☐	☐
Banho imediato se mãe HIV+, mãe COVID+ ou corioamnionite	☐	☐
Banho se RN com mais de 6h de vida, se possível**	☐	☐
Assinatura e carimbo da enfermeira:		
RN liberado ao CO	Realizado	Não se aplica
Banho imediato se mãe HIV+, mãe COVID+ ou corioamnionite	☐	☐
Controle de HGT	☐	☐
Assinatura e carimbo da enfermeira:		

***Atenção:** O colírio de iodopovidona 2,5% não precisa ser administrado na primeira hora de vida, portanto pode ser administrado na volta ao CO. Porém, em caso de falta de iodopovidona, o colírio de nitrato de prata 1% deverá ser feito na primeira hora de vida. Marcar coluna "Não se aplica" se não há indicação de realização (conforme avaliação médica).

**O banho com 6h de vida não é obrigatório na Neonatologia. Marcar coluna "Não se aplica" se não realizado.

Observação: Os itens com tracejado na coluna "Não se aplica", são OBRIGATÓRIOS PARA TODOS OS RN, não havendo a opção de não realização. O preenchimento deste *checklist* **não substitui** a realização da Nota de Liberação em evolução.

► TRANSFERÊNCIA PARA A PEDIATRIA OU UTIP

- Após a definição de um paciente elegível para transferência para a Pediatria ou UTIP, realizada pelos professores da Neonatologia, a equipe médica irá iniciar o preenchimento do *checklist* (primeira página);
- Depois que a equipe de enfermagem receber a notificação sobre a necessidade de transferência, inicia-se o preenchimento da parte da "Enfermagem" (verso da folha), devendo ser concluída até o momento da transferência;
- No momento da transferência, deve-se certificar que o *checklist* está preenchido e assinado,
- O *checklist* ficará preenchido no escaninho no paciente e deve constar esta informação na planilha de passagem de plantão.

CHECKLIST DE TRANSFERÊNCIA DA UTI NEO PARA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA		
Paciente: _____	Prontuário: _____	
Data de nascimento: _____	PN: _____	IGO ou IGP: _____
Peso na Transferência: _____	IGC: _____	Dias de vida: _____
Equipe Neo: _____	Residente: _____	
Lista de Problemas:	Início	Término

CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEIÇÃO PARA A TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA O 10º ANDAR

Data da eleição: ____/____/____	Sim
Crítérios de eleição para transferência:	
Sem uso de cafeína e sem apresentar quedas de saturação por pelo menos há 48h	
Ausência de drogas vasoativas e/ou sedação contínua	
Estável hemodinamicamente	
Ausência de crises convulsivas de difícil controle	
Sem distúrbio hidroeletrólítico e acidobásicos graves	
Com capacidade de regulação térmica	
Não está em pós-operatório imediato	
Ausência de perda de peso acentuada recente	
Sepsis em tratamento há mais de 48 horas	
Sem coagulopatia grave (exclui doença hematológica em ajuste de coagulação)	
IGC > 34 semanas e idade cronológica > 28 dias e peso > 2000g	
Família e especialidades que acompanham o paciente cientes da transferência	

APÓS ELEIÇÃO: PROF^º DA EQUIPE NEO ENTRARÁ EM CONTATO COM PROF^º DA EQUIPE ENFERMARIA QUE RECEBERÁ O PACIENTE (CONFORME ESCALA FORNECIDA PREVIAMENTE PELO 10º ANDAR) E ACIONAR ENFERMEIRA DA SALA.

EQUIPE MÉDICA - NA TRANSFERÊNCIA PREENCHER

Data da transferência: ____/____/____	Sim	Não	Observação/Responsável:
Na transferência:			
Realizado treinamento de cuidados para os familiares?			
Necessidade de oxigênio?			
Necessidade de oximetria? Tolerar saturação até _____			
Necessidade de posicionamento cervical?			
Dieta por VO?			
Dieta por sonda?			
Culturais em andamento?			
Procedimentos nas últimas 48 horas?			
Em acompanhamento com equipe cuidados paliativos?			
Mãe visitou a Enfermaria Pediátrica?			
Contato enf ^º neo / enf ^º internação pediátrica?			
Contato médico neo / médico internação pediátrica?			
Nota de transferência atualizada e com plano?			
Professor/a da equipe já contactado? Qual?			

Paciente na alta deverá ser encaminhado ao Ambulatório de Seguimento Neonatal?

() Não () Sim (entrar em contato com residente da neonatologia na alta para agendamento - ramal 8204, 8142)

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Assinatura dos responsáveis na transferência:

Médico Neo: _____

Data: __/__/__

Médico Enfermaria: _____

CHECKLIST DE TRANSFERÊNCIA DA UTI NEO PARA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA		
EQUIPE DE ENFERMAGEM	Sim	Observações
Familiar presente na transferência		
Mãe deu banho		
Mãe realiza a troca de fraldas		
Mãe acompanha o RN durante dia		
Mãe acompanha RN durante a noite		
Mãe oferece seio materno		
Mãe oferece dieta		
Se dieta por sonda: gavagem ou BI		
**bolsa ileostomia – mãe realiza cuidados		
**Traqueostomia – mãe realiza cuidados		
Realizado contato enfº neo / enfº internação pediátrica?		
VACINAS/IMUNOGLOBULINA	Data	
Hepatite B		
BCG		
Palivizumabe		
2 meses:		
- Hib		
- DPTA		
- Pneumo		
- Salk		
3 meses		
- Meningo C		
Enfermeira Neo: _____	Enfermeira da Enfermaria: _____	Data: __/__/__
FONOAUDIOLOGIA	Data	Observações
Triagem auditiva		
Fonoaudióloga: _____		
PSICOLOGIA	Data	Observações
Mãe é acompanhada pela psicologia Neo		
Mãe visitou a Enfermaria Pediátrica		
Abordado permanência dos pais/família – informações pessoalmente		
Psicólogas: _____		
SERVIÇO SOCIAL	Data	Observações
Avaliação da rede social		
Vulnerabilidade Social		
Acionamento de Serviços da Rede		
Solicitação insumos		
Assistentes Sociais: _____		
AValiação OFTALMO	Data	Observações
Teste do Olhinho/ triagem ROP		
Oftalmologista: _____		

► TRANSFERÊNCIA ENTRE UTIN E UCIN

- Transferência verbal das condições do paciente para a enfermeira da sala que irá recebê-lo;
- Transferir na planilha de passagem de plantão (Google Drive);
- Revisar rotinas de banho, vacinas e circunferência braquial;
- Revisar prescrição de enfermagem;
- Realizar evolução em prontuário.

* Se RN proveniente do leito de observação para internar na UTI, informar ao enfermeiro que irá receber o paciente as rotinas pendentes (colírio, Hepatite B, Vitamina K, anamnese, nota de internação, etc.) se não houver a possibilidade de realizá-las previamente.

► TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA INSTITUIÇÃO

A solicitação de transferência do RN é realizada via **GERINT** pelo médico rotineiro.

Ao confirmar a vaga em outra instituição

- O **médico** realiza contato com a equipe médica;
- O **secretário** solicita o transporte;
- O **enfermeiro** passa as informações do RN para o enfermeiro da instituição que irá recebê-lo e, ao chegar o transporte, aplica o *checklist* abaixo (após, o *checklist* preenchido ficará junto à documentação de alta).



UFRGS



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS

CHECK LIST PARA TRANSPORTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO

Nome do Paciente: _____

Solicitação de vaga em outro hospital: () sim () não Qual: _____

Consentimento dos Responsáveis: _____

Equipe de Transporte: () médico pediatra/neonatalogista _____

() enfermeiro _____

() técnico/auxiliar enfermagem _____

Equipamentos:

() Incubadora de transporte

() Cilindro de oxigênio com válvula de oxigênio e sistema de aspiração

() Monitor cardíaco e/ou oxímetro de pulso com bateria

() Bomba de infusão de seringa: _____

() Bomba de infusão de equipo: _____

() Campânula

Materiais:

() Ambu com reservatório

() Látex

() Máscara para ventilação de RN prematuro e a termo

() Laringoscópio com lâmina reta nº 0 e nº1

() Cânulas endotraqueais nº 2,5 – nº 3,0 – nº 3,5 – nº 4,0

() Estetoscópio

Enfermeiro (a) Responsável

37. TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO

- Realizar o transporte sempre em incubadora de transporte ou berço de transporte, conforme necessidades de cada RN.
- Os pacientes devem estar acompanhados de um familiar ou responsável para realizar exames no serviço de radiologia. Caso o mesmo não esteja presente, um técnico da unidade deverá acompanhá-lo.
- Existe a possibilidade de ser reagendado o exame para algum momento que o familiar esteja presente.
- Nos casos de não haver possibilidade de reagendamento e o familiar não estiver presente, o bebê deverá ser acompanhado por um técnico de enfermagem da unidade.
- Não esquecer de fornecer o formulário de transferência temporária do cuidado.



Transporte para o bloco cirúrgico

1. Revisão dos torpedos de Oxigênio e Ar Comprimido da incubadora de transporte: deve ter no mínimo 100 mmHg;
2. Acionar o ascensorista do elevador leste: Ramais 17242, 17271 ou 1940;
3. No elevador Leste, dirigir-se até o 2º andar;
4. Ao descer do elevador, prosseguir na direção da Hemodinâmica e UCC (Bloco B), passando pelo CGP e pelo alojamento médico (seguir as placas indicativas);
5. Acessar o Bloco B pela porta com o uso do crachá;
6. Ao entrar no Bloco B, siga à direita;
7. Continuar seguindo a placa indicativa da Hemodinâmica e UCC;
8. Acessar o elevador 35 e selecionar o 4º andar;
9. Ao descer do elevador, o BC está localizado à direita;
10. Fazer contato com a equipe do BC pelo telefone.

38. VACINAS

Alívio da dor durante a aplicação de vacinas em recém-nascidos

A orientação para alívio da dor é a colocação do bebê no seio materno, uso de dedo enluvado ou sacarose 25%, quando possível.

Não é recomendada a utilização de pomadas anestésicas antes da aplicação de vacinas pelo programa nacional de imunizações.

Carteiras de Vacinação

Todo RN proveniente do CO deverá descer com a carteira de vacinação e ser aberta com os dados do RN.

- A caderneta de vacinas da criança deve ficar junto ao escaninho com os documentos do paciente.
- Bebês transferidos de outros hospitais, verificar se possuem carteira de vacinas e colocá-la no escaninho. Se não possuírem, abrir uma nova carteira.



* Todas as vacinas aplicadas por colaboradores da Neonatologia, devem ser registradas na Carteira de vacinação e no Sistema AGHUse. Para as vacinas BCG e Hepatite B, também é necessário o registro no SIPNI.

Principais Vacinas

► BCG

Só devem ser administradas pelos colaboradores autorizados, ou seja, que realizaram o treinamento para aplicação de BCG.

Dias para aplicação no HCPA

- segunda, quarta, sexta-feira e sábado.

Dose, via e local de administração

- 0,05 ml, via subcutânea, no Deltóide direito.

* [Clique no link](#) para preenchimento da planilha.



► HEPATITE B

Orientação para os pais.

- Realizar somente se RN com Tax a partir de 36,5°C;
- Seringa de 1mL;
- Aspirar 0,5mL;
- Terço médio do vasto lateral da coxa direita;

* Buscar a dose prescrita na sala de admissão do RN no CO.

Observações:

- Não utilizar álcool para limpeza do frasco ou clorexidina para antisepsia da pele.
- A aspiração do êmbolo da seringa não está mais indicada antes da administração do imunobiológico IM.
- Não utilizar adesivo para realização da hemostasia no local da aplicação.

► HEXAVALENTE

- Protege contra difteria, tétano, coqueluche, meningite por *Haemophilus influenzae* do tipo B, poliomielite e hepatite B.
- Tem indicação de ser administrada nos bebês internados na UTIN a partir dos 2 meses de idade. Portanto, para os RNs que não receberam a vacina Hepatite B ao nascer (menores de 1500g), é indicado aguardar completarem 2m para fazerem a Hexavalente

► PALIVIZUMABE

- É um anticorpo monoclonal humanizado eficaz na prevenção das doenças graves causadas pelo VSR, reduzindo a taxa de hospitalização relacionada à infecção gerada por ele.
- Ainda que não se trate de uma vacina, a imunização passiva pode ser adquirida com a sua utilização.
- Período de sazonalidade da circulação do VSR no Rio Grande do Sul: entre abril a agosto de cada ano.

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

- Recomenda-se que a primeira dose do Palivizumabe seja administrada antes do início do período de sazonalidade (início de março), e as doses subsequentes com intervalo de 30 dias.
- Cada criança poderá receber no máximo cinco doses anuais do medicamento.
- Aplicado, preferencialmente, pelo enfermeiro.

Apresentação: Frasco ampola (0,5 mL ou de 1 mL) de solução injetável. Formulação pronta, sem necessidade de reconstituição.

Concentração: 100 mg/mL.

Posologia: 15 mg/kg.

Validade: Indicada pelo fabricante sendo armazenado sob refrigeração (2 a 8°C).

Via de administração: Via intramuscular (IM).

Fluxo da solicitação

1. **O médico assistente** do RN deve preencher o formulário de solicitação (contendo carimbo e assinatura) e fornecer receituário médico com a prescrição do Palivizumabe e relatório descrevendo a indicação do anticorpo.

O termo de consentimento informado deve ser aplicado pelo médico, que deverá assinar, carimbar, explicar e esclarecer todas as dúvidas dos familiares, os quais também devem preencher o termo e assinar.

2. **Os familiares** devem reunir e a documentação (Cópias de: CERTIDÃO DE NASCIMENTO, CPF DA MÃE OU RESPONSÁVEL, IDENTIDADE DA MÃE OU RESPONSÁVEL, CARTÃO DO SUS e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA), assinar e preencher o termo de consentimento e entregar para a equipe assistencial da neonatologia.

3. **O enfermeiro** deve juntar a documentação trazida pelos pais com o formulário de requisição, termo de consentimento, receituário com prescrição e relatório médico descrevendo a indicação do anticorpo, revisando se estão todos preenchidos e assinados. Após tudo estar preenchido e assinado, encaminhar para a farmácia toda a documentação. Em seguida, encaminhar a documentação para a farmácia (aos cuidados do Farm^o Diego).

*** Evitar o encaminhamento da documentação para farmácia, nos finais de semana e feriados, para melhor organização.**

4. Após a aplicação, realizar o registro na carteira de vacinas do bebê (não é necessário cadastro no SIPNI) e toda a documentação que foi encaminhada para farmácia deverá ser **entregue de volta para os pais seguirem o tratamento via ambulatório.**

- O recibo é dispensado em duas vias junto com o Palivizumabe devendo ser assinado pelo responsável do bebê. Após assinado, uma via do recibo deverá ser **devolvida para farmácia e a outra via fica para os pais.**

- No caso de os pais estarem ausentes no momento da aplicação do anticorpo, deixar o recibo no escaninho do paciente (junto com a carteira de vacinas) e anotar na passagem de plantão.

5. No momento da alta, revisar a carteira de vacinas do bebê e verificar se o responsável está com a documentação e tem o endereço do local de aplicação via ambulatorial, de acordo com o município de residência do paciente (locais encontram-se disponíveis para consulta no anexo III nota técnica).

Os bebês elegíveis para receber o Palivizumabe serão cadastrados no programa de cuidado e apoio aos recém-nascidos da AstraZeneca, **Fazbem Baby** (www.programafazbem.com.br). Este programa faz o acompanhamento desses bebês, lembrando os pais sobre as datas das aplicações e fornecendo orientações sobre o anticorpo.

Registro de Vacinas do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)

Como registrar:

- Acessar o site do Sistema através do endereço: <https://si-pni.saude.gov.br/#/login>
- Realizar login com e-mail e senha cadastrados pelo usuário;
- Para realizar a busca do RN, utilize o nº do CNS e clique em "Buscar" OU clicar em "Busca avançada" e digitar os dados disponíveis do RN;
 - Caso o usuário não seja localizado, clique em "INCLUIR NOVO CIDADÃO" para realizar o cadastro;
 - Preencher os campos obrigatórios e clicar em "CONCLUIR";
 - No item Logradouro, selecione a opção que contém somente RUA;
 - Após "concluir", aparecerá uma tela de confirmação. Nela, clique em "VISUALIZAR FICHA";
 - Clicar em "CANCELAR".
- Clicar em "REGISTRAR" e prosseguir com o registro da vacina aplicada;
 - No campo ESTRATÉGIA, selecionar ROTINA;
 - No campo LOTE, procurar o LOTE da vacina aplicada;
 - No campo DOSE, selecionar D quando for a primeira dose da vacina Hepatite B;
 - Para registro de vacina BCG, preencher DU para dose, via de administração intradérmica, local de aplicação deltóide direito;
 - Nos campos CATEGORIA e GRUPO DE ATENDIMENTO, preencher FAIXA ETÁRIA;
 - No campo CONDIÇÃO MATERNA, incluir "Nenhuma";
 - Procurar o VACINADOR.
- Ao finalizar o registro da vacina, clicar em SAIR.

Responsabilidade dos registros

- Farmácia:
 - Hexavalente (tríplice bacteriana acelular - DTPa, poliomielite inativada - VIP, hepatite B e Haemophilus tipo b - Hib);
 - DTPa e Hib (se Hexa em falta);
 - Pentavalente (se Hexa em falta);
 - Imunoglobulinas anti tetânica e anti hepatite B;
 - Palivizumabe.
- UBS Santa Cecília:
 - Pneumo 10 multidoses;
 - Meningocócica C;
 - Poliomielite inativada VIP (se Hexa em falta).
- Neonatologia:
 - Hepatite B;
 - BCG.

39. CONTROLE DE INFECÇÃO

Critérios para instalação de isolamentos na neonatologia (internação na sala 1102)

Realizar transferência do RN para a UTI 02 de acordo com as seguintes prioridades

1. Infecções virais transmissíveis por via aérea: Rubéola, varicela, coqueluche, bronquiolites virais, pneumonias virais, parvovírus;
2. Meningite de etiologia suspeita para *Neisseria meningitidis* (meningite meningocócica) que ainda não tenham concluído 24 horas de tratamento com antibiótico;
3. RNs transferidos de outros hospitais (com internação > 48 horas), enquanto aguardam resultados dos swabs de pesquisa de GMR;
4. RNs portadores de GMR;
5. RNs infectados por bactérias Gram-negativas (BGN), com hemocultura positiva;
6. RNs com secreção abundante em vias aéreas, principalmente com cultura positiva para *Staphylococcus aureus* e/ou bacilos Gram-negativos;
7. RNs com lesões extensas na pele, infectadas e/ou colonizadas;
8. RNs com infecções de pele, coto umbilical, ouvidos, com presença de secreções purulentas;
9. RNs com Enterocolite Necrosante (ECN) e/ou diarreia de provável origem infecciosa;
10. RNs com mãe e/ou pai com suspeita ou diagnóstico de infecção transmissível por via aérea (tuberculose, varicela).

- Os profissionais do CCIH são responsáveis pelo preenchimento e atualização diária da planilha de ocupação dos leitos da sala 1102 (disponível no Google Drive);
- Os profissionais da Neonatologia devem seguir as orientações que constam na planilha.

- Pacientes externos provenientes do domicílio: internam na UTI 2 somente se suspeita das infecções acima;
- RNs com conjuntivite podem permanecer internados em outras salas, desde que em incubadoras;
- * Só podem sair da incubadora para o colo da mãe.
- Os RNs internados nos boxes fechados podem ser mantidos em berços; nos leitos abertos, devem ser mantidos em incubadoras;
- RNs com critérios de isolamento que estão em outras salas por falta de leito na UTI 2 devem permanecer em incubadora, e podem sair para o colo da mãe se em precaução de contato. Se infecção transmissível por via aérea, não deve sair da incubadora.

Critérios para liberação de isolamentos

A liberação do RN em isolamento será realizada de acordo com a avaliação dos profissionais da CCIH e a equipe médica assistente. Para fins de conhecimento, seguem os seguintes critérios:

• Amostras com resultado positivo para GMR

Precaução de contato deverá ser mantida durante toda a internação, exceto:

- Bronquiolite/BCP virais: manter precauções enquanto houver sintomas respiratórios, independente da pesquisa de vírus negativa, e/ou até 7 dias de ATB;
- Covid-19: os casos devem ser discutidos individualmente com o CCIH;
- Enterocolite: até 7 dias de ATB e ausência de sinais e sintomas;
- Gastroenterite: até 7 dias de ATB e ausência de sinais e sintomas;
- Hemoculturas, secreções, escarros, urina e outros materiais clínicos positivos para bacilos Gram-negativos (BGN): após 7 dias de ATB e melhora clínica;
- Meningite meningocócica (*Neisseria meningitidis*) ou *Haemophilus influenza*: após 24h de ATB;
- RN de mãe e/ou pai com suspeita ou diagnóstico confirmado de infecção transmissível por via aérea: quando a infecção do pai/mãe estiver curada ou diagnóstico for negativo/não confirmado;
- RNs transferidos de outros hospitais: após swabs de rastreamento para GMR negativos;
- Secreções purulentas sem culturas positivas: liberar quando ausência de secreção;

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

- *Staphylococcus aureus* resistente à vancomicina (MRSA) e *Pseudomonas aeruginosa* resistente à carbapenêmicos: liberação após o término do tratamento com antimicrobiano, melhora clínica e resultado de nova cultura negativo;
- Conjuntivites: após 48h de tratamento e 24h sem secreção ocular.

Medidas preventivas

► PRECAUÇÃO PADRÃO

TODOS os pacientes, independente da presença de doenças ou germes transmissíveis.

► PRECAUÇÃO DE CONTATO

- Germe multirresistente (GMR);
- Varicela;
- Infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas em curativos;
- Impetigo;
- Pediculose;
- Escabiose;
- Herpes zoster disseminado;
- Bronquiolite;
- *Monkeypox*;
- Rotavírus;
- Gastroenterite por *E. coli* enteropatogênica, *Shigella spp.*, *Salmonella spp.*, Hepatite A.

► PRECAUÇÃO DE GOTÍCULAS

- Coqueluche;
- Difteria;
- Caxumba;
- Influenza;
- Rubéola;
- COVID-19.

► PRECAUÇÃO PARA AEROSSÓIS

- Tuberculose pulmonar bacilífera;
- Varicela;
- Herpes zoster;
- Sarampo;
- Varíola;
- Infecção por SARS;
- *H1N1 e COVID, apenas em procedimentos que gerem aerossol.

Atenção! Em RNs com suspeita ou caso confirmado de **COVID-19**, devem ser usados os cartazes de:

- **Gotículas e Contato (se não estiver em VM)**
- **Aerossóis e Contato (se estiver em VM)**



Rastreamento para pesquisa de VRE, *Acinetobacter* resistente a carbapenêmico e ECR

Coletar os **Swabs de Rastreio** para todos os RNs provenientes de outro hospital ou emergência com **internação > 48 horas**.

- 3 áreas
- 3 swabs
- 5 pedidos

Cavidade oral	Pele (Testa, face anterolateral, axilas)	Anal/Retal
<i>Acinetobacter</i>	<i>Acinetobacter</i>	- KPC (carbapenase) - VRE - <i>Acinetobacter</i>
Quando houver cateter: Sítio de inserção de cateter - <i>Acinetobacter</i>		

▶ PASSO A PASSO PARA SOLICITAÇÃO DE PESQUISA PARA GMR

Colocar as informações clínicas:
Usa ATB, se é comparativo
Rastreamento de GMR veio de outro hospital,
Rastreamento de GMR com vistas a liberação, etc.

Colocar palavra Pesquisa

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

The screenshots illustrate the workflow in the AGHUse system for selecting exams and regions:

Screenshot 1: Selecting Exams

The interface shows a table of available exams. A red arrow points to the table with the text "Selecione um de cada vez" (Select one at a time).

Nome usual do exame	Material	Unidade	Sigla	Nome
PESQUISA DE ACINETOBACTER INAI RESISTENTE	OUTROS (ESPECIFICAR)	MICROBIOLOGIA	INAI	PESQUISA DE ACINETOBACTER INAI RESISTENTE
PESQUISA DE CARBAPENEMASE	OUTROS (ESPECIFICAR)	MICROBIOLOGIA	CARB	PESQUISA DE MICROORGANISMOS PRODUTORES DE CARBAPENEMASE
PESQUISA DE VRE	OUTROS (ESPECIFICAR)	MICROBIOLOGIA	VRE	PESQUISA DE ENTEROCOCCUS SP RESISTENTE A VANCOMICINA
PESQUISA DE VIRUS RESPIRATORIOS	SECREÇÃO DE NASOFARINGE	BIQUIMICA	IV	MINOFLUORESCÊNCIA DIRETA PARA VIRUS RESPIRATORIOS

Screenshot 2: Exam Selection and Region Selection

The interface shows the "Exames" section. A red arrow points to the "Urgente" checkbox with the text "Desmarca o 'urgente'" (Uncheck 'urgent'). Another red arrow points to the "Região" dropdown menu with the text "Escolha a região" (Choose the region).

Screenshot 3: Region Selection

The interface shows the "Região" dropdown menu. A red arrow points to the menu with the text "Escolha a região" (Choose the region).

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Ação	Item	Descrição do Exame	Urgente	Data Programada	Situação
	1	PESQUISA DE ACINETOBACTER PAN RESISTENTE - OUTROS (ESPECIFICAR) - MICROBIOLOGIA	Sim	04/10/2017 09:17	COLETADO PELO SOLICITANTE
	2	PESQUISA DE ACINETOBACTER PAN RESISTENTE - OUTROS (ESPECIFICAR) - MICROBIOLOGIA	Sim	04/10/2017 09:20	COLETADO PELO SOLICITANTE
	3	PESQUISA DE ACINETOBACTER PAN RESISTENTE - OUTROS (ESPECIFICAR) - MICROBIOLOGIA	Sim	04/10/2017 09:22	COLETADO PELO SOLICITANTE

*Quando são mais de um do mesmo exame como o acinetobacter, não pode ser todos na mesma hora (é só trocar os minutos!).

40. DESCARTE DE RESÍDUOS

Resíduos do Grupo A

Resíduos com Risco Biológico – Saco Plástico Branco

Resíduos contaminados com sangue e/ou secreção, ou líquidos corpóreos.

- Bolsa dialisadora;
- Bolsa de sangue;
- Frascos de vacina;
- Equipos de soro, sem ponteira (exceto os considerados químicos, que tiveram contato com quimioterápicos e antimicrobianos);
- Equipos sem ponteira de NPT;
- EPIs contaminados com sangue e secreção ou utilizados em pacientes com COVID;
- Materiais contaminados com sangue ou secreção, tais como: gaze, algodão, seringa sem agulha e etc.



Resíduos com Risco Biológico – Saco Plástico Vermelho

Somente resíduos de casos suspeitos ou confirmados, de alta infectividade para príons.

- Órgãos, tecidos e fluidos orgânicos de alta infectividade para príons;
- Materiais resultantes da à saúde de indivíduos ou animais, suspeitos ou confirmados, que tiveram contato com órgãos, tecidos e fluidos de alta infectividade para príons.

Observação: Os sacos vermelhos somente são fornecidos em casos de suspeita ou confirmação por príons (nestes casos, realizar contato com a Gestão Ambiental).



Resíduos do Grupo B

Resíduos com Risco Químico – Saco Plástico Laranja

Coletor para Descarte de Frasco de Medicamentos

Para frascos de medicamentos vazios ou com sobras (exceto: ampolas).

- Bisnagas de pomadas;
- Frasco ampola;
- Contrastes;
- Frascos de medicação aerossol.

Observação: Frascos de psicotrópicos e entorpecentes devem ser esvaziados antes do descarte.



Bombona de 1L para Sobras de Medicamentos Psicotrópicos e Entorpecentes

As bombonas possuem uma porção de polímero que promove a solidificação dos resíduos.

- Sobras de psicotrópicos e entorpecentes;
- Comprimidos;
- Sobras de medicamentos as ampolas.

Observação: Recolhida por funcionário específico do serviço de higienização. Quando necessário, solicitar pelo ramal 7980.

**Lembrete importante!**

Ao descartar qualquer medicamento psicotrópico ou entorpecente, deve-se realizar o duplo registro em planilha específica.



- Os cadernos de controle de uso de medicamentos controlados, devem ficar armazenados na unidade por 4 meses e, após, podem ser descartados na caixa verde (Descarte de papel para picote).

**Coletor Químico para Quimioterápicos e Antimicrobianos**

- Materiais utilizados para administração de antimicrobianos: bolsas de soro, seringas sem agulha e equipos;
- Materiais utilizados para administração de Quimioterápicos: kits, seringas sem agulha, luvas, aventais e máscaras;
- Aventais plásticos utilizados na produção de Quimioterápicos (CMIV);
- Pote de contraste vazio.



Observação: Os kits e seringas utilizados para a administração de quimioterápicos devem ser acondicionados em sacos transparentes e após selados antes do seu descarte no coletor de resíduo químico.

Quando se tratar de descarte de bolsa de soro e equipo de resíduo químico, ambos devem ser descartados acoplados e conectados.

Resíduo do Grupo D

Resíduos sem risco biológico, químico ou radiológico (equivalentes aos resíduos domiciliares).

Resíduos Reciclável – Saco Verde

Para serem considerados recicláveis, os resíduos devem possuir mercado ou operação que viabilize sua transformação industrial.

- Almotolias vazias;
- Flaconetes – ampola de plástico (ex: eletrólitos);
- Bolsa de soro vazia, que não sejam de infusão de antimicrobianos e quimioterápicos;
- Extensor de ar comprimido;
- Seringa de diluição, leite materno ou nutrição;
- Bolsa CAPD infusora;
- Máscaras de nebulizadores;
- Invólucros de materiais estéreis, manta de esterilização (SMS) e embalagem plasteril;
- Bombonas de ácido peracético, hipoclorito, detergente, álcool, saneantes e removedor;
- Embalagens de papel, papelão, plásticos, isopor e Tetrapack®;
- Embalagens de cremes, álcool gel, sabonete líquido;
- Copos descartáveis;
- Garrafa plástica;
- Latas de azeite, cola e refrigerantes;
- Vidros (enrolar em papel antes do descarte);
- Cabos elétricos;
- Talheres, tesouras;
- Frasco de spray de aromatizante e inseticida;
- Réguas, pranchetas e pastas;
- Napas e *blackout*;
- Frasco de nutrição enteral e parenteral (descartar sobras na pia);
- Embalagens de alimentos vazias do Serviço de Nutrição e Dietética;
- Fitas de vídeo cassete;
- Bula e caixa de medicamento (em pequena quantidade).



Observação: Não há necessidade que o material seja lavado. Bulas e caixas de medicamentos devem ser rasgadas antes do descarte.

Papel para picote – Caixa Verde

Documentos e impressões com dados da instituição, de pacientes e funcionários.



Resíduos Não Recicláveis – Saco Preto

Para resíduos que não possuam mercado reciclador ou que a operação de reciclagem seja inviável.

- EPIs sem contaminação química e biológica: avental, touca, propé, máscara;
- Algodão e gaze, isento de sangue ou secreção;
- Fraldas descartáveis e absorventes;
- Lençol descartável (se não contaminado com sangue e secreção);
- Ampola de garrafa térmica (enrolar em papel toalha antes de descartar no coletor);
- Bolsa CAPD coletora;
- Materiais mistos: bsnaga de creme dental, blister de medicamento vazio, carimbos, canetas, etc. [comprovante cartão ponto];
- Matérias pequenos e difíceis de separar na triagem: tampa de caneta, clips, tampa de agulha, lacres de embalagens, pulseiras de identificação, etc;
- Folhas de etiquetas e papel filtro;
- Carpetes e tapetes;
- CD, DVD, disquetes (destruir informação contida neles);
- Colchão piramidal e espuma (devem ser descartados somente pela lavanderia);
- Sobra de alimentos;
- Tecidos;
- Louça de cerâmica (se quebrada embrulhar em papel toalha);
- Sombrinhas e guarda chuvas;
- Medicoool (com gel);
- Pera de esfigmomanômetro.

**Resíduo do Grupo E – Perfurocortantes****Resíduos Perfurocortantes – caixas instaladas em suportes e potes**

Materiais perfurocortantes ou escarnificantes.

- Agulhas;
- Ampolas de vidro;
- Escalpe;
- Lâminas de barbear;
- Lâminas de bisturi;
- Lâminas e aminulsa;
- Lancetas;
- Micropipetas;
- Ponteiras de equipo;
- Ponteiras de micropipetas;
- Mandril de cateter;
- Tubos capilares;
- Todos utensílios de vidro quebrados em laboratório (tubos de coleta sanguínea, placas de petri).



Observação: A NR 32 estabelece que as caixas devem permanecer fixas em suporte e o responsável pelo seu fechamento é o gerador. Ao atingir a linha pontilhada ou preenchimento de 2/3 de sua capacidade, a caixa deve ser fechada pelo gerador e entregue entre higienização e chefia de enfermagem da área.

No pote de plástico rígido, devem ser acondicionados somente:

- Lâminas;
- Lancetas.



Chamados de recolhimento pela Intranet

Resíduos recolhidos por chamado, via Sistema AGHUse:

- Filmes radiológicos (retirar do envelope e o laudo);
- Papel para picote (em grande quantidade ou necessidade de acompanhar fragmentação);
- Pilhas e baterias;
- Produtos vencidos;
- Sucatas (peças ou partes – sem patrimônio);
- Termômetros digitais e de mercúrio;
- Resíduos químicos líquidos.



41. MATERIAIS

Controle de qualidade interna (CIC) dos equipamentos de glicosímetros

- Deve ser realizado a cada 15 dias (a data para controle da próxima realização encontra-se na planilha de passagem de plantão da UTI 4);
- Não esquecer de rotular os frascos com as soluções controle com a etiqueta multidoses;
- A solução controle tem validade de 90 dias após a abertura do frasco.

- [Link](#) para a planilha "on-line";

- [Link](#) do guia com o passo a passo para execução dos controles quinzenais elaborado Serviço de Diagnóstico Laboratorial (SDLab);

Procedimento de registro e geração on line da planilha/relatório

1. Com o [link](#) aberto clicar no ícone PREENCHER FORMULÁRIO. Clicar no endereço eletrônico que abriu;
2. Testar o glicosímetro com os controles e preencher os itens do formulário e enviar;

Observação: clicar em apenas um glicosímetro. Para outro glicosímetro um novo formulário será aberto.

3. Repetir passos 1 e 2 para a quantidade de glicosímetros existentes na unidade.

Observações:

- Ao executar o passo 1 e 2 acima descrito a planilha já está sendo, automaticamente, construída. Nos acessos subsequentes vocês já estarão visualizando o relatório de cada glicosímetro. Esta visualização pode ser acessada clicando no número sequencial correspondente ao número de série do glicosímetro no campo Histórico de registros por aparelho.

- O Item "erro reportado" deverá ser preenchido apenas quando houver detecção de um erro no qual foi feita ação de correção.

- Caso haja necessidade de assessoramento remoto e/ou dúvidas, contatar Marilei Wolfart (ramal 7392) ou Daniel Writzl Zini (ramal 8022).

Principais erros reportados nos aparelhos de glicosímetros e possíveis soluções:

Erro	Solução
E - 1	Tira-teste pode estar danificada, inserida incorretamente ou foi usada anteriormente. Retirar a fita e inseri-la novamente. Se o erro persistir, trocar a fita.
E - 3	Ocorreu algum erro no monitor ou na tira-teste, essa mensagem pode ocorrer quando o frasco das tiras não ficou bem fechado ou as tiras podem ter sido danificadas devido a um armazenamento ou manuseio inadequados. Repeir com outra tira-teste. Se uma segunda mensagem de E - 3 aparecer, realize um teste utilizando a solução de controle e uma nova tira-teste. Consulte o item 2.1 deste POP.
E - 4	A quantidade de sangue ou da solução controle absorvida pela tira-teste foi insuficiente para medição ou aplicada após o início do teste. Descarte a tira-teste e repita o procedimento.
E - 6	O sangue ou solução de controle foi aplicado na tira-teste antes de aparecer o símbolo de gota piscando no visor. Repetir testagem com outra tira-teste.
E - 7	Um erro eletrônico ocorreu. Retirar as baterias, e manter pressionando o botão liga/desliga por pelo menos 2 segundos e reintroduzir as baterias. Se o erro persistir realizar contato com a Garantia de Qualidade, ramal 7392 para avaliação do aparelho.
E - 8	A temperatura está acima ou abaixo da faixa apropriada para o sistema (8º a 44ºC. Dirija-se a um local dentro da faixa de temperatura apropriada e aguarde uns 5 minutos para reutilizar o aparelho. NÃO AQUECER OU RESFRIAR O APARELHO ARTIFICIALMENTE.
E - 9	As baterias podem estar descarregadas. Troque-as, mas se a mensagem continuar após a troca de baterias, proceder conforme o descrito no E - 7.
E - 10	As definições de data e hora podem estar incorretas ou inexistentes. Ajuste-as conforme orientação do item 1.1 deste POP.
E - 11	A tira-teste pode estar danificada. Repetir testagem com outra tira-teste.
E - 12	A amostra de sangue pode conter um alto nível de ascorbato. Contatar médico assistente.
E - 13	Pode haver presença de líquido ou material estranho na fenda para a tira-teste. Retire a tira e introduza-a novamente ou repita o teste com uma nova tira-teste.
E - 14	Um erro eletrônico ocorreu. Realizar contato com a Garantia de Qualidade, ramal 7392 para avaliação do aparelho.

CME

Todas as orientações referentes aos materiais processados no CME, assim como a forma correta de realizar as solicitações via sistema informatizado encontram-se disponibilizadas compiladas na **"Pasta Azul"** disponível na sala de materiais:

Horários de entrega e retirada de materiais no CME

- Das 8 às 9h;
- Das 14h às 15h;
- Das 21h às 22h.

Caso haja necessidade, realizar contato através

- E-mail: cme@hcupa.edu.br
- Ramal: 1012.



Incubadoras

► LIMPEZA E CONSERVAÇÃO DA INCUBADORA

- Desmontar a incubadora e utilizar uma compressa com desinfetante padronizado (quaternário de amônia) para a higienização minuciosa de todas as peças;
- Rotular a incubadora com fita adesiva (fita crepe) no lado externo, indicando data, hora, turno e nome de quem limpou (assinar em dupla, realizando dupla checagem da higiene realizada);
- Trocar filtro conforme validade (90 dias);
- Trocar a incubadora a cada 15 dias;
- Se incubadora umidificada, trocar a cada 7 dias;
- Realizar a limpeza concorrente das incubadoras em uso a cada 6 horas.

Incubadora de transporte

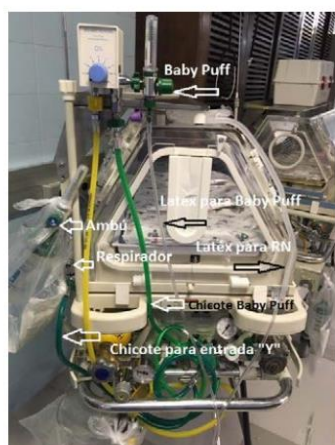
- Higienizar a cada 15 dias conforme escala da unidade;
- A cada uso, realizar limpeza concorrente com desinfetante padronizado;
- Se transporte de paciente com suspeita ou confirmado de COVID, desmontar a incubadora para higienizar.

► UMIDIFICAÇÃO DAS INCUBADORAS

- Umidificar incubadora para os menores ou igual a 32 sem de IG e/ou peso menor ou igual a 1500g;
- Nas primeiras 24hs manter umidificação a 90% para estabilidade térmica do recém-nascido (demais permanecem iguais: 70% do 2º ao 7º dia de vida, 50% até 30 dias de vida).

► INCUBADORA DE TRANSPORTE

- A revisão e manutenção é de responsabilidade do técnico de posto juntamente com o enfermeiro da UTI 3;
- Manter as incubadoras aquecidas (35 à 37°C), revisadas e prontas para uso;
- Devem ser higienizadas imediatamente após o seu uso e/ou a cada 15 dias, conforme tabela fixada próximo as mesmas.



Montagem correta



Uso de respirador de transporte (Monal®) na incubadora

► MALETA DE TRANSPORTE

- Realizar conferência dos itens SEMANALMENTE:
 - Lista com a relação dos materiais da maleta encontra-se dentro da mesma.

► FILTRO DAS INCUBADORAS

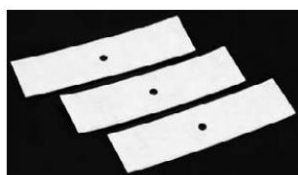
- Trocar a cada 3 meses;
- Solicitar reposição ao almoxarifado ao pegar o último filtro no estoque (ramal 8176).



Vision®
cor amarela, mais grossa



Duetto®
Amarela mais fina



Giraffe®



Monal®

Limpeza e desinfecção de materiais de terapia respiratória nas unidades

Material/Equipamento	Tipo de tratamento	Periodicidade	Observações
Ambú® de silicone e acessórios (válvulas, máscaras)	L/E	Por paciente ou conforme a validade	Esterilização em autoclave a vapor no CME
Bacias	L: Água e sabão D: Quaternário de amônio	Por paciente	
Bandeja	L: Água e sabão (SN) D: Quaternário de amônio	A cada uso	
Bicos (chupeta)	L/D: Sol Hipoclorito 0,0125% *imerso 20min*	Se sujo e/ou 1x ao dia (N)	
Bombas de Infusão	L/D: Quaternário de amônio	A paciente. no mesmo 1x/dia ou se sujidade	
Campânulas	L/D: Quaternário de amônio	Por paciente ou semanal p/ o mesmo paciente	

Legenda:

L: Limpeza; D: Desinfecção; E: Esterilização

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Material/Equipamento	Tipo de tratamento	Periodicidade	Observações
Circuitos de aparelhos de VM (invasiva)	E	Por paciente/ 30 dias p/ o mesmo paciente	Esterilização em autoclave vapor no CME
Circuitos de aparelhos de VAF (tromba)	L/D	Por paciente/ 30 dias p/ o mesmo paciente	Esterilização em autoclave vapor no CME
Circuito de Óxido Nítrico	L/D	Por paciente	**filtro não deve ser processado*
CPAP (máscaras, traqueias)	L/D	Por paciente	Desinfecção com Peróxido de Hidrogênio
Espaçadores	L/E	Por paciente	
Estetoscópio	D: Quaternário de amônio	Por paciente	
Extensores de nebulização	Não reutilizável	Por paciente ou mensal p/ o mesmo paciente	Descarte Lixo verde
Filtros expiratórios (conectados aos circuitos de VM) - Hepa	Descarte	Por paciente/ 30 dias	Descarte lixo preto
Frascos de aspiração (de vidro)	L: Água e sabão D: Quaternário de amônio	Por paciente ou diária para o mesmo paciente	Água+sabão e desinfecção com glucoprotamina
Frascos umidificação p/ O2 (plásticos)	L/D	Por paciente ou mensal p/ o mesmo paciente	Desinfecção térmica no CME (apenas o frasco, sem tampa) *NÃO ENVIAR VEDANTE*
Lâminas do aparelho de laringoscopia	L/D	Após cada uso	Esterilização em autoclave a vapor no CME
Manguitos de esfigmomanômetro	D: Quaternário de amônio	Por paciente	
Manômetro de Ambú® azul	D: Quaternário de amônio	Por paciente	
Nebulizadores	L/D	Após cada uso ou 1x turno p/ o mesmo paciente	Desinfecção térmica no CME
Sensor de Baby-log®	D: Quaternário de amônio (manter imerso por 20 min e lavar com AD)	A cada troca circuito	
Sensor de oximetria	D: Quaternário de amônio	Por paciente	
Termômetro	D: Quaternário de amônio	Por paciente	
Traqueias Ambú® azul	D: Quaternário de amônio	Por paciente	
Umidificador (reservatório) de incubadora	L/D	A cada 7 dias e troca da incubadora	Esterilização em autoclave a vapor no CME
Válvulas de vácuo e/ou ar comprimido p/ aspiração / acessórios (manômetros, roscas, hastes, tampas)	L: Água e sabão D: Quaternário de amônio	Por paciente	

Legenda:

L: Limpeza; D: Desinfecção; E: Esterilização

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Material/Equipamento	Tipo de tratamento	Periodicidade	Observações
Válvulas de O2 e Ar comprimido/acessórios (manômetros, roscas, hastes, tampas)	L: Água e sabão D: Quaternário de amônio	Por paciente	
"Y" para campânula	L: Água e sabão D: Quaternário de amônio	Por paciente	

Legenda:

L: Limpeza; D: Desinfecção; E: Esterilização

Periodicidade de troca de materiais invasivos e descartáveis

Material	Tempo de permanência	Responsabilidade da colocação/troca
Água da VM com equipo	96h	Turno de instalação
Água umidificador O2	1x/dia	Noite
Almotolias	7 dias	Todos
Ambú®	30 dias	Turno de intimação
Ayres, intermediários	30 dias	Turno de intimação
Bureta	7 dias	Turno de instalação
Máscara		
Campânula	7d (higiene 1x/turno)	Turno de instalação
Cateter de aspiração (sistema fechado)	7 dias (turno da instalação)	Turno de instalação
Cateter extra nasal	7 dias	Turno de instalação
Circuitos VM	30 dias	Turno de instalação
Conector sem agulha em infusão contínua (Clave)	7 dias	Turno de instalação
Conector sem agulha em infusão contínua (Clave)	96h	Turno de instalação
Copo de umidificação de O2	30 dias	Turno de instalação
Dânulas	96h	Turno da instalação
Equipo (sistema) para hemodiálise lenta e contínua	96h	Turno de instalação
Equipo para BI somente soro	7 dias	Turno de instalação
Equipo para infusão intermitente		Turno de instalação
Equipo para NPT (solução + lipídios)	24h ou a cada troca de frasco	Turno de instalação
Equipo PVC	7 dias	Turno de instalação
Equipo sangue	Uso único	
Equipos para infusão contínua	7 dias	Turno de instalação
Equipo para AD do respirador	96h	Turno da instalação
Extensor de aspiração	1x/d	(troca conforme sala: 1M, 2N, 3T, 4M)
Extensor de nebulização	30 dias	Turno de instalação
Extensor de O2	30 dias	Turno de instalação
Extensor de O2 na incubadora	15 dias	Turno da instalação

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

Material	Tempo de permanência	Responsabilidade da colocação/troca
Extensor/frasco de aspiração	24h	(troca conforme sala: 1M, 2N, 3T, 4M)
Extensores e perfusores em infusão contínua		Turno de instalação
Extensores e perfusores em infusão intermitente		Turno de instalação
Filtro das incubadoras	3 meses	Turno da última troca
Filtros VM	30 dias	Turno de instalação
Frasco de aspiração	1x/d	(troca conforme sala: 1M, 2N, 3T, 4M)
Frasco de umidificação de O ₂	30 dias	Turno de instalação
Frasco/bolsa soro com adição de outros componentes	24h	Turno de instalação
Frasco/bolsa soro sem adição de outros componentes	7 dias	Turno de instalação
Frascos de vácuo e ar comprimido para nebulização	30 dias	Turno de instalação
Kit transdutor de pressão invasiva	7 dias	Turno de instalação
Medicações	Conforme orientação da farmácia	
Perfusor de dieta	12h	Às 9h e às 21h
Perfusor de soro	24h	Turno de instalação
Perfusor de medicação	24h	Turno de instalação
Seringa de dieta	A cada dieta	A cada dieta
Solução de diálise peritoneal	Seguir recomendação do fabricante	
Soro para nebulização	6h	N M T
Soro para preparo de medicamento (flaconete 10 mL / bolsa 50 mL)	Uso imediato	
Umidificação da incubadora	1x/d	Noite
Válvulas de O ₂ e ar comprimido para aspiração e acessórios (manômetros, roscas, hastes, tampas)	30 dias	Turno de instalação
Válvulas de vácuo e/ou ar comprimido para aspiração e acessórios (manômetros, roscas, hastes, tampas)	30 dias	Turno de instalação

Pedido de material semanal pelo enfermeiro

- Enfermeiro do **dia** da **UTI 4** realiza a contagem dos materiais nas **quartas-feiras**, conforme tabela abaixo (fixada na sala dos enfermeiros). E o enfermeiro da **noite** faz a **solicitação** no AGHUse.

PEDIDO DE MATERIAL SEMANAL - QUARTAS FEIRAS									
GRUPOS SEPARADOS									
ALMOXARIFADO 1 - GRUPO 2- MEDICAMENTOS				Data: RM: _____		Data: RM: _____		Data: RM: _____	
CÓDIGO	MATERIAL	ESTOQUE	Unidade	Pedido	Unidade	Pedido	Unidade	Pedido	
286903	Alcool 70% 100 ml	60							
273707	Cloroexidine Aquosa 2%	40							
286908	Cloroexidine Alcoólica c/cor 2%	10							
303355	Cloroexidine Alcoólica s/cor 2%	qnd faltat							
18490	Vitamina A + D pomada Tubo	30							
293326	SF0.9% - 10ml ficonete	800							
12840	Água destilada de 20ml	1000							
302215	Alcool Gel 60ml	200							
ALMOXARIFADO 33			RM: _____		RM: _____		RM: _____		
292177	Incidin (quaternário)	30							
18961	T.C.M.	20							
ALMOXARIFADO 1 - GRUPO 3			RM: _____		RM: _____		RM: _____		
292101	Bateria glicosímetro	6							
ALMOXARIFADO 1 - SEM GRUPO			RM: _____		RM: _____		RM: _____		
287239	Pote de micro porção(leite)	500							
DEVEM SER DIGITADOS NA MESMA SOLICITAÇÃO- COLOCAR SOMENTE ALMOX.1 - NÃO DIGITAR GRUPO									
ALMOXARIFADO 1 - GRUPO 9			RM: _____		RM: _____		RM: _____		
305279	sabonete líquido banho	5640ml							
ALMOXARIFADO 1 - GRUPO 1			RM: _____		RM: _____		RM: _____		
283850	Líquido teste glicosímetro	1							
ALMOXARIFADO 1 - GRUPO 22			RM: _____		RM: _____		RM: _____		
290123	Papel milimetrado desfibrilador	1							
ALMOXARIFADO 1 SEM GRUPO			RM: _____		RM: _____		RM: _____		
280048	Spray protetor de pele s/ alcool	1							
302683	Gel de ultrassom-250g	6							
289893	sensor oxímeter maximo<1Kg	conf.perda							
289894	sensor maximo >3Kg	conf.perda							
239798	sensor neliocor	conf.perda							
294256	manguito 2 vias n°1	4							
294255	manguito 2 vias n°2	4							
294254	manguito 2 vias n° 3	6							
270666	manguito 2 vias n°4	4							
289710	Sensor babylog (draguer)	6							
187070	Frascos de ECU/tampa verm	40							
279979	Frasco de coleta diurese	20							
29700	Papel Indicador de Ph	2							
ALMOXARIFADO - 1 GRUPO 63			RM: _____		RM: _____		RM: _____		
295273	Detergente neutro	5							
ALMOXARIFADO 1 - GRUPO 4			RM: _____		RM: _____		RM: _____		
39500	Fita metrica	6							
NÃO ESQUECER DE CONFIRMAR O PEDIDO APÓS DIGITADO									
pedido RM EXTRA: material			data			RM			
Fones: Expedição: 8176 Gr 22:8166 Farmácia: 8517 Farmácia Industrial: 8141 Ped. Almojarifado 13: 8323 Mat. médico:8776									
REVISAR NECESSIDADE- pedir almojar SN									
EMAIL CHEFIA		Termômetro digital - 184764		4					
275587		Piña termômetro		4					
EMAIL CHEFIA		Luvos vinil		3x tam					
287451		Toucas CPAP XG							

- A divisão da contagem segue a seguinte escala (manhã e tarde):

Escala de Pedido de Material Semanal

JANEIRO - Tarde
 FEVEREIRO - Manhã
 MARÇO - Tarde
 ABRIL - Manhã
 MAIO - Tarde
 JUNHO - Manhã
 JULHO - Tarde
 AGOSTO - Manhã
 SETEMBRO - Tarde
 OUTUBRO - Manhã
 NOVEMBRO - Tarde
 DEZEMBRO - Manhã

- Os enfermeiros do final de semana (UTI 4), devem realizar a contagem dos seguintes materiais e anexá-los ao pedido semanal:
 - Filtro *Hepa*®
 - Toucas CPAP
 - Sensor de oximetria
 - Nebulizadores
 - Máscaras de CPAP
 - Vedantes de copo umidificador de O₂

▶ PASSO A PASSO PARA SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS NO AGHUse



1. **Criando o atalho no AGHUse:** Menu > Suprimentos > Estoque > Movimentação Estoque > Requisição Materiais > **Gerar/Alterar RM.**



2. Abrir o Gerar/Alterar RM:



3. Clicar em **Nova requisição:**



- Preencher o **Centro de Custo** de Requisição e de Aplicação (**UCI 27256, UTI 27290**);
- Escolher o **Almoxarifado** (conforme lista);
- Escolher o **Grupo Material** (se não houver, deixar em branco).



4. Em Itens:

Material: procurar o material desejado; digitar a **quantidade** e clicar em **Adicionar**.



5. Clicar em **Gravar** e **SEMPRE APÓS** clicar em **Confirmar** (se apenas clicar em gravar, o pedido não será gerado).

Aparecerá uma mensagem em azul no canto superior direito informando que o pedido foi enviado à impressora do Almoxarifado correspondente.

* Se for gerado um **pedido extra de urgência**, ligar para o Almoxarifado (Ramal: 8176) solicitando a separação do pedido e buscá-lo (dependendo do material poderá ser enviado pelo tubo pneumático).

Teste do desfibrilador

Localizado no carro de emergência em frente a UTI 1. Deve haver a realização diária do teste: realizado pelo enfermeiro da UTI 1, no turno da manhã.

Para realização do teste, seguir as informações contidas no folder localizado junto ao aparelho.

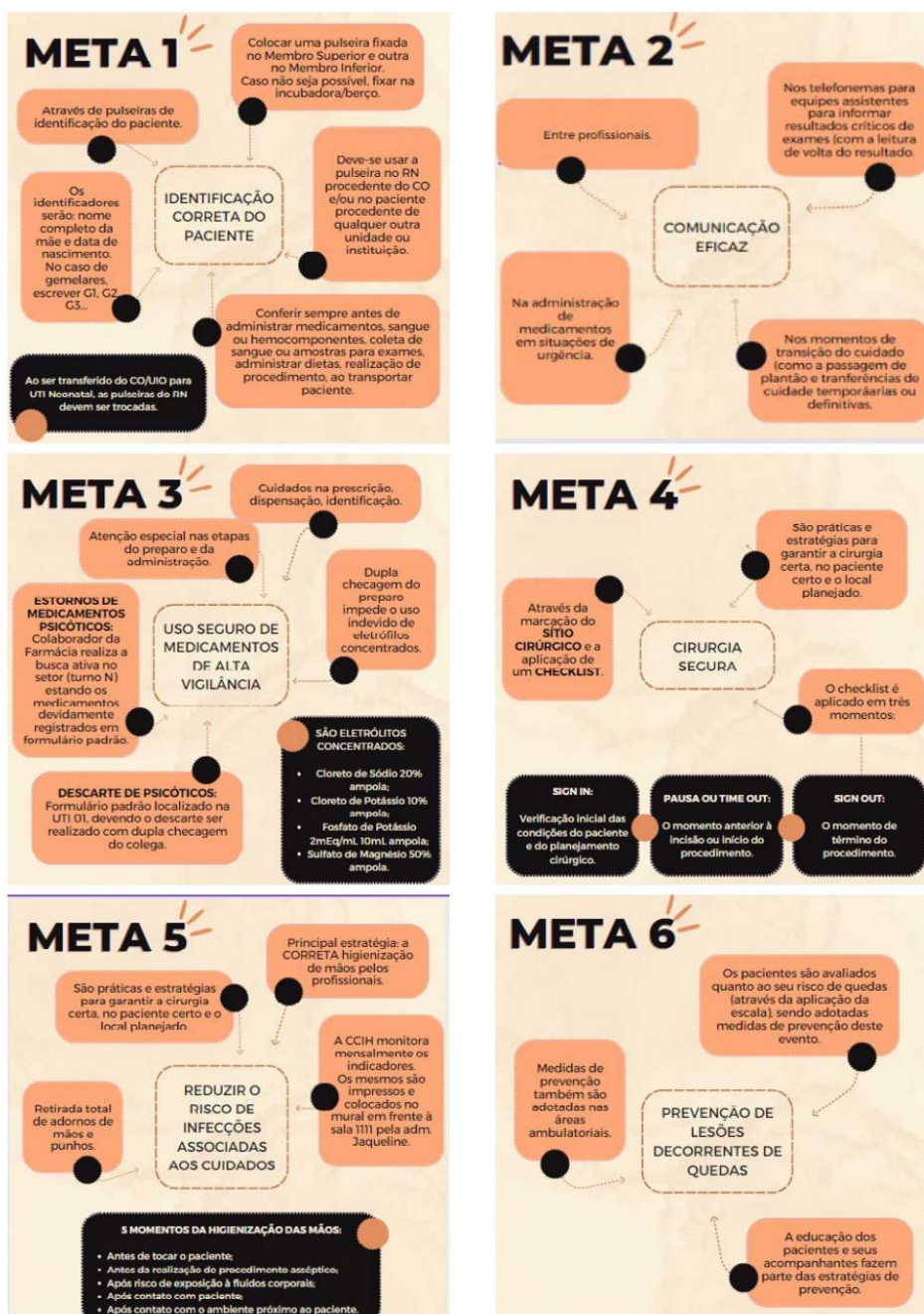
Anexar os comprovantes dos testes realizados na Planilha **"REGISTRO DOS TESTES DESFIBRILADOR - CARRO DE PARADA UTI 01 NEONATOLOGIA DESFIBRILADOR Número 04 – MARCA PHILIPS"**, localizado na pasta preta na lateral do carro de emergência.

ROLO DE PAPEL p/ reposição no **armário da sala dos enfermeiros**. Se acabar pedir almoxarifado (8176) cod. 290123 ou pedido semanal.



42. SEGURANÇA DO PACIENTE

Metas Internacionais de Segurança do Paciente



SEÇÃO II – ROTINAS ADMINISTRATIVAS

43. ACIDENTE DE TRABALHO

- PROT-0037 é o protocolo institucional que trata sobre o fluxo de atendimento diante da exposição à material biológico;
- Se o paciente fonte é desconhecido ou positivo para HIV, o primeiro atendimento após a exposição é uma emergência médica e a profilaxia deve ser iniciada precocemente;
- Quando houver acidente de trabalho de qualquer natureza, é necessário dirigir-se ao SMO (Serviço de Medicina Ocupacional) que funciona nos seguintes horários:
 - **Segunda a sexta** (manhã e tarde): dirigir-se ao SMO com o encaminhamento da chefia de unidade ou liderança do turno;
 - **Noite e finais de semana:** acionar o supervisor de enfermagem e dirigir-se ao SMO, no primeiro dia útil, com o encaminhamento da chefia de unidade ou liderança do turno.
- A chefia de unidade ou liderança do turno deve realizar a descrição detalhada de como ocorreu o acidente, utilizando o formulário disponível na Intranet (Autorização de atendimento - código CGP-068FE), como o ao lado.

44. AUSÊNCIAS AO TRABALHO

Licença Nojo

Grau de parentesco	Número de dias
Cônjuge Ascendentes (pais, avós, bisavós) Descendentes (filhos, netos, bisnetos) Irmão Pessoa que viva sob sua dependência e que esteja devidamente comprovada em sua ficha funcional	3 dias: Porto Alegre e Grande Porto Alegre 4 dias: Fora da Grande Porto Alegre
Demais graus de parentesco não previstos acima	Liberação por compensação de horas combinada com a chefia

Licença Gala: até 3 dias consecutivos.

Doação voluntária de sangue: 1 (um) dia, a cada 12 meses.

Folga eleitoral: até dois dias (consecutivos ou não).

Comparecimento a juízo: pelo tempo que se fizer necessário.

45. CONTATOS

Principais ramais

Setor	Ramal	Setor	Ramal
Administradora Jaqueline	8994	BIP Higienização	7696
Almoxarifado	8176	BIP Laboratório	17064
Banco de leite	8161	Laboratório Coleta	8274
Lactário	8373/7963	Laboratório Hemato	8674
Banco Sangue Laboratório	8322	Laboratório Micro	8319
Banco Sangue Transfusional	1022	Mensageiro	8585
BIP Cirurgia Pedi	17078	PAV	8017
Cafeteria 2º andar	8642	Psicologia	8507
Cafeteria 3º andar	8083	RX	8324
Casa de Apoio	8589	BIP RX	17085
CCIH	8645	Secretário	8142
Chefia Neo Enf	8230	BIP Secretário	17093
Chefia Neo Med	8230	BIP Supervisora	17038
CME	1012/6141	Sala Prescrição	8204
CMIV	8177	Sala 1101	8143
CO Admissão	7513	Sala 1102	7696
CO Posto	8108	UIO	8115
CO SR	8136	10º N	8371
Engenharia respirador	8105	10º S	8396
Engenharia gases	8106	UTIP	8374
Engenharia climatização	8206	Ressonância	7622/8324
Enfermagem	6090	Sala dos Enfermeiros	7810
Emergência Pedi	6095	Sala da Prescrição	8204
Farmácia	8270/8170	UTI 1	8143
Farmácia CIM	8016	UTI 2	7696
Farmácia Pesadinho	8141	Chefia da Enfermagem	8230
Farmacêutica	8866	BIP Psicologia	17088

- Para solicitar **dietas extras** para os **bebês da UCI** (Centro de Informações de Nutrição), deve-se ligar para o **RAMAL 6126**.
- A referência para Ronda na CGP é *Eloíza Helena Farias*, cujo **RAMAL é 7794** e e-mail **efarias@hcpa.edu.br**.
- Todas as demandas que acarretem impacto no acesso e circulação de pessoas no HCPA, com entrada pelo Bloco A, devem ser encaminhadas para a Recepção Social A - Bloco A através do e-mail **recepcaosociala@hcpa.edu.br**.

46. ESCALAS

Banco de Horas Negativo

- Será permitido o banco de horas negativo (até 12 horas), a ser pago em até 3 meses;
- É de responsabilidade do colaborador o controle do seu banco de horas, sejam elas positivas ou negativas;
- As folgas deverão ser combinadas entre os colaboradores e chefia imediata, conforme a escala permitir;
- Caso não ocorra o pagamento dessas horas no período estipulado, será descontado em folha de pagamento;
- Terá prioridade de folga:
 - O colaborador que não ganhou domingo e/ou feriado;
 - O colaborador que estiver com banco de horas positivo;
 - O colaborador que estiver com banco de horas negativo.
- Só quem estiver com banco de horas positivo receberá pelas horas extras realizadas;
- A possibilidade de ter banco de horas negativo é um benefício, mas para que seja mantido, todos precisam respeitar e cumprir as regras acima descritas;
- O colaborador que porventura não se disponibilizar a pagar suas horas, não poderá continuar usufruindo deste benefício.

Horas Extras

- Para realizar a hora extra, seja na Neo ou outro setor, o colaborador precisa estar com seu banco de horas positivo, nunca negativo;
- O limite de horas por colaborador é de 20h/mês;
- Os colaboradores que desejam fazer horas para banco devem fazer essas horas na Neonatologia, não em outros serviços. Horas extras em outros serviços seguem liberadas, desde que sejam seguidas as orientações acima;
- É necessário anotar sua HE no formulário na sala dos enfermeiros até o dia 15 de cada mês, quando fecha a escala. Neste dia, será recolhido os formulários para digitação no Ronda. Não será aceito registro de HE após dia 15, e as horas serão colocadas para banco;
- Preencher todos os itens do formulário de HE, com nome do substituído, CP, motivo, etc;
- É obrigatório registrar intervalo, seja batendo o cartão ou ajustando o ponto depois, pois a extra poderá não ser processada por falta de intervalo;
- Quando for solicitado HE para no mínimo dois turnos a seguir, a solicitação deverá ficar 2h para aqueles que ainda não fizeram HE na escala possam se marcar. Após 2h, quem já fez HE poderá se marcar;
- Todo colaborador que fizer hora extra que exceda as 6 horas, deve registrar o intervalo de 15 minutos, conforme a tabela abaixo:

Turno	Horário
MANHÃ	9:00 às 09:15
TARDE	16:00 às 16:15
NOITE (até à 1h)	21:00 às 21:15
NOITE (após à 1h)	04:00 às 04:15

- Quando a HE for para o turno seguinte (urgente), vale quem registrar primeiro o interesse;
- Quando for HE à noite, quem se disponibilizar deverá colocar se é noite toda ou 6h.

Escala Enfermeiros

- Número de trocas:
 - Diurno 4, sendo a 5ª mediante envio de e-mail para a chefia da sua unidade;
 - Noturno 3, sendo a 4ª mediante envio de e-mail para a chefia da sua unidade.

47. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

- **Distribuição dos EPI's:** SESMT - subsolo em direção a ala norte;
- **Horário de distribuição:**
 - Segundas, Quartas e Sextas das 8 às 9h e das 14 às 15h.
- * **Final de semana, feriados e madrugada:** contatar disponibilidade do técnico de segurança pelo ramal 8745.

48. GESTÃO DE LEITOS

- Os enfermeiros da UTI 4 e da 1115 são os responsáveis por regular as trocas de leitos;
- Rotineira/plantonista irá:
 - Listar para a enfermeira da UTI 4 quem são os elegíveis para UCI e;
 - Sinalizar quando precisa trocar de leito (por haver leito dado para o GERINT ou bebê para nascer logo), senão fica como plano para trocar quando necessário.
- Enfermeira da UTI 4 verá com a da 1115 quais as possibilidades de remanejamentos e salas e realizá-los;
- Em caso de superlotação da UTIN, UCIN e/ou do CO permanece o atendimento de recém-nascidos com indicação de internação nascidos das pacientes que chegarem à emergência obstétrica. O setor de recepção e segurança da instituição e o auxiliar administrativo do CO orientam as pacientes sobre a superlotação dessas unidades e possibilidade de necessitar transferência após nascimento.

Plano de Contingência (Leitos Extras de observação e de Internação)

- Plano de contingência da UTI:
 - Ordem de leitos extras quando UTI lotada: 1105 (6º leito), 1101 (5º leito), 1103 (7º leito) e 1101 (6º leito).
 - Foi organizado junto à DENF um plano de contingência que prevê, excepcionalmente, a ocupação da sala 1113 (ou 1117, a que estiver vazia) com 3 leitos de UCINCo para 1 técnico de enfermagem, caso a UTI esteja lotada e haja necessidade de leito de cuidado semi-intensivo (UCINCo). Nesta situação de contingência, mantém-se somente uma das salas com os 5 leitos de UCINCa e a outra ocupada com 3 pacientes de UCINCo;
 - Caso a necessidade de leitos de UCINCa ultrapasse 5 leitos e necessite internação de RN de Canguru na outra sala no momento ocupada com 3 leitos de UCINCo, será avaliado previamente a disponibilidade de quadro de pessoal extra com as chefias do Serviço e a DENF (neste caso, a sala poderá comportar no máximo 3 leitos de UCINCo e 2 leitos de UCINCa e haverá necessidade de um segundo técnico de enfermagem);
 - Independentemente de ter ou não leitos vagos na UTI, um leito de urgência deve estar devidamente montado para receber pacientes graves (leito extra na UTI 1).
- Transferências:
 - Solicita-se leito de transferência do RN para central de regulação de leitos e, após confirmação do leito, é realizado transporte via ambulância providenciada pelo HCPA.
 - O transporte da ambulância é realizado com médico pediatra ou neonatologista da UTI móvel.
 - Em concordância com o CO, a gestante poderá ser transferida em determinadas situações.

49. GESTÃO DE DESEMPENHO E ACOMPANHAMENTO FUNCIONAL

Mapa de Competências

Enfermeiros

  MAPA DE COMPETÊNCIAS		
Carreira: ENFERMEIRO - ENF CENTRO OBST E NEONATOLOGIA (CON)		
COMPETÊNCIAS INSTITUCIONAIS		
1	COMPROMISSO COM AS PESSOAS	Desenvolve e mantém relações interpessoais de forma respeitosa através da comunicação clara e efetiva, interação e cooperação.
2	COMPROMISSO COM O TRABALHO	Realiza o trabalho conforme procedimentos estabelecidos e a descrição da função, garantindo as entregas dentro dos prazos e da qualidade determinados.
3	COMPROMISSO COM AS MUDANÇAS	Busca oportunidades no dia a dia para melhorar seu trabalho continuamente e está aberto às mudanças em acordo aos objetivos institucionais.
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS		
1	Competência Técnica	Domina e utiliza com habilidade as técnicas, normativas e boas práticas da função, aplicando-as adequadamente.
2	Gerenciamento	Coordena equipes, orientando tecnicamente, utilizando ferramentas de gestão, administrando conflitos e recursos, educando e assegurando o cumprimento das rotinas para o alcance dos melhores resultados.
3	Segurança e Qualidade Assistencial	Executa assistência humanizada e centrada no paciente. Domina e aplica as metas internacionais de segurança na prática assistencial. Identifica e notifica incidentes e situações de risco e colabora no desenvolvimento da cultura de segurança.
4	Processo de Enfermagem	Executa e registra o processo de enfermagem nas etapas de sua competência, organizando o trabalho por meio de ações que integram protocolos assistenciais, POPs e planos de cuidado.
5	Análise e Solução de Problemas	Prevê, identifica, aceita e assume obstáculos, erros e problemas como parte de sua tarefa, analisando-os sob diferentes pontos de vista, propondo soluções eficientes (faz com qualidade) e eficazes (faz o que é certo), gerando impactos positivos.

Técnico em Enfermagem

  MAPA DE COMPETÊNCIAS		
Carreira: TEC ENF CENT OBST E NEONAT		
COMPETÊNCIAS INSTITUCIONAIS		
1	COMPROMISSO COM O TRABALHO	Realiza o trabalho conforme procedimentos estabelecidos e a descrição da função, garantindo as entregas dentro dos prazos e da qualidade determinados.
2	COMPROMISSO COM AS PESSOAS	Desenvolve e mantém relações interpessoais de forma respeitosa através da comunicação clara e efetiva, interação e cooperação.
3	COMPROMISSO COM AS MUDANÇAS	Busca oportunidades no dia a dia para melhorar seu trabalho continuamente e está aberto às mudanças em acordo aos objetivos institucionais.
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS		
1	Competência Técnica	Domina e utiliza com habilidade as técnicas, normativas e boas práticas da função, aplicando-as adequadamente.
2	Segurança e Qualidade Assistencial	Executa assistência humanizada e centrada no paciente. Domina e aplica as metas internacionais de segurança na prática assistencial. Identifica e notifica incidentes e situações de risco e colabora no desenvolvimento da cultura de segurança.
3	Processo de Enfermagem	Executa e registra o processo de enfermagem nas etapas de sua competência, organizando o trabalho por meio de ações que integram protocolos assistenciais, POPs e planos de cuidado.
4	Atenção Concentrada	Independentemente das circunstâncias, aplica seu pensamento com concentração às atividades. Mantém o foco e a determinação necessários para o bom desempenho, minimizando os erros e a baixa produtividade.
5	Senso de Urgência	Mostra capacidade de analisar as diferentes situações e identificar o que é urgente, mostrando capacidade de priorizar e prontidão para agir consciente dos impactos nas situações do dia a dia.

Acompanhamento funcional

Deve ser aplicado imediatamente após o ocorrido e, preferencialmente, com os enfermeiros envolvidos.

Modelo de Acompanhamento funcional



UFRRS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
PRONTO-SOCORRO



Porto Alegre, xx de xxxxx de 202x.

De: Fulana CP 12345 e Fulana CP 12345
Para: Fulana CP 12345

Registro de Acompanhamento Funcional

Nesta data, em reunião com a técnica de enfermagem FULANA CP 12345, conversou-se sobre situação ocorrida no dia XX/XX/202X que envolveu a organização da escala na unidade e aspectos de comunicação (**EXEMPLO**).

Descrever o ocorrido de forma completa. Pode-se dividir em itens conforme as competências ou dimensões que precisam de melhoria. **Exemplo:**

- 1) Comprometimento no trabalho: Colaboradora fulana...
- 2) Postura Profissional: Colaboradora fulana apresentou postura inadequada...

Descrever combinações com o colaborador, que devem ser atingidas em tempo acordado com a liderança. Podem ser ao final do documento ou ao final de cada item acima:

Combinações: (1) Atentar....; (2) Cumprir....; (3) Reportar.... (**EXEMPLOS**)

Ainda pode-se associar o ponto de melhoria ao Código de Conduta e Integridade do Hospital ou ao Regimento da Diretoria de Enfermagem. **Exemplo:**

Aspectos sinalizados como ponto de melhoria estão contemplados no Código de Conduta e Integridade da instituição, nos seguintes itens: (**CITAR OS ARTIGOS QUE EMBASAM A CONVERSA**)

Finalizando:

As lideranças se colocam à disposição para auxiliar na melhoria dos aspectos sinalizados.

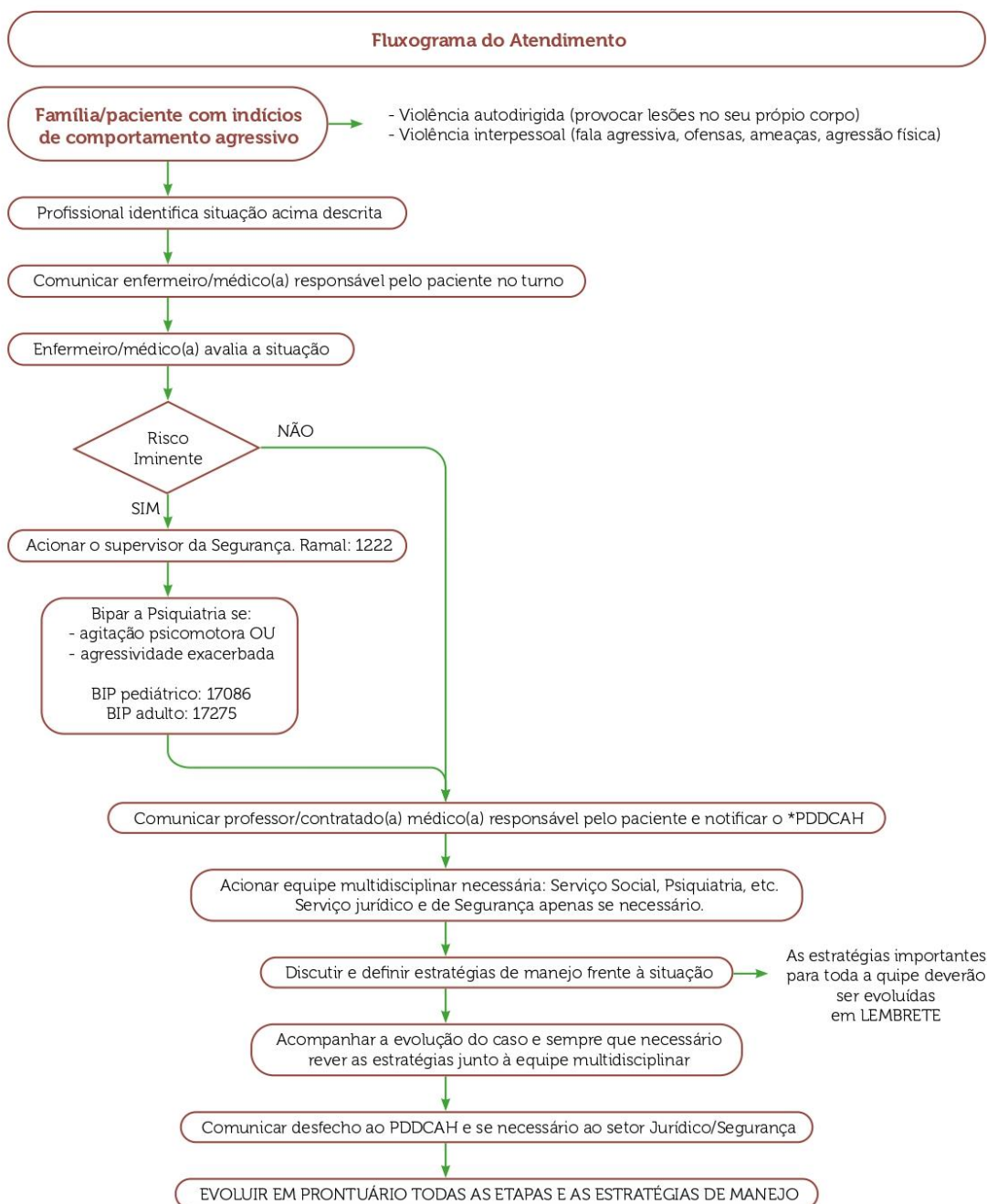
Téc. Enf. Fulana CP 12345

Enf Fulana CP 12345

Enf Fulana CP 12345

50. PROGRAMA PARA DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS (PDDCAH)

- Na neonatologia, este protocolo se aplica aos pais que apresentam comportamento violento com os RNs ou com a equipe assistencial;
- Ao identificar algum comportamento agressivo, a equipe deve fazer os encaminhamentos necessários conforme o fluxograma abaixo;
- É importante que a situação evidenciada seja evoluída no prontuário do RN;
- Caso a violência identificada seja direcionada do familiar ao paciente, notificar o Programa de Proteção à Criança através de consultoria via AGHUse;
- Para notificações ao programa, enviar e-mail através do endereço: **L-PDDCAH@hcpa.edu.br**

PROT-0083: Protocolo Assistencial de Situações de Violência e Pediatria.

51. NR-32

Principais orientações

- Utilize os EPI's sempre que houver exposição a material biológico;
- Evitar utilizar anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir ao paciente;
- Utilize avental abotoado e cabelo preso;
- Os homens devem manter a barba aparada;
- O uso de cílios postiços por profissionais de saúde está impedido no HCPA;
- Utilize o crachá sem cordão;
- Não utilize uniforme nos refeitórios;
- Utilize calçados fechados;
- Consuma alimentos e bebidas no refeitório e em locais específicos, e guarde alimentos em locais destinados para esse fim;
- As unhas devem estar naturais, limpas e curtas, não podendo fazer uso de esmaltes nem utilizar unhas postiças ao entrar em contato direto com os pacientes;
- Deixe no local de trabalho equipamentos de proteção individual e vestimentas utilizadas em suas atividades laborais;
- O uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos.

52. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Objetivo

Favorecer a identificação e análise de causas e fatores contribuintes e, com isto, instituir medidas de proteção e promoção à saúde. A notificação é feita pelos profissionais de forma voluntária (anônima ou identificada). Quando identificada, o profissional que realizou a notificação recebe retornos automáticos das evoluções e dos encaminhamentos relacionados à sua notificação.

O que notificar?

- **Circunstância de risco:** situação de risco com capacidade de causar incidente ou evento adverso;
- **Quase falha (near miss):** situação em que houve falha/erro detectado previamente, não atingindo o paciente e/ou profissional;
- **Incidente:** falha/erro que atingiu o paciente, familiar ou profissional, mas não causou danos;
- **Evento adverso:** falha/erro ocorrido em qualquer etapa do processo assistencial ou de trabalho, que atingiu o paciente, familiar ou profissional, acarretando dano.

Como notificar?

As notificações podem ser realizadas através do *link* disponível na intranet.

Outra forma é pelo e-mail da Gerência de Risco: gnotificacao@hcpa.edu.br ou pelo ramal 7798.



MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

- Acessar o sistema de notificações com Login e senha institucionais;

- Selecionar o tipo de notificação;

- Ao notificar, deve-se fornecer informações relacionadas ao incidente ou evento ocorrido de forma detalhada.

53. SERVIÇO SOCIAL E PSICOLOGIA

- Ao solicitar as consultorias para prematuros ao nascimento, detalhar mais o caso na solicitação sempre que possível, procurando não escrever apenas “Método Canguru”, para que as consultoras possam ter um conhecimento prévio do caso;
- Solicitar consultoria para o Serviço Social a todos os recém-nascidos que internam na UTI Neonatal. Procure especificar a condição clínica e social (se sabida) para nortear o primeiro atendimento. Para a UCI, seguem as solicitações por demanda.

Visita de crianças (irmãos)

A primeira visita é sempre acompanhada pela Psicologia para avaliação da criança. A partir da segunda visita, não há necessidade de acompanhamento da Psicologia, a não ser que a psicóloga julgue necessário. A combinação da segunda visita em diante fica diretamente com a enfermeira.

Visita dos avós

Reforçar nas orientações de admissão (não necessariamente no dia da internação) que os pais devem dizer ao secretário os nomes dos avós para cadastro no sistema.

Casa de Apoio

Solicitar no AGHUse consultoria para o Serviço Social, podendo-se ligar para o ramal 8305 durante a semana para agilizar ou para o BIP nos fins de semana.

Liberação de acompanhante fora pai e mãe

- Na ausência dos pais, eles podem indicar UMA pessoa para acompanhar o bebê;
- Tanto a enfermeira, quanto a assistente social ou a psicóloga podem fazer essa abordagem aos pais e definir a pessoa;
- Qualquer uma das três, quando definido, deverá (1) sinalizar para o secretário o nome do acompanhante para registrar no sistema, (2) enviar e-mail para a Recepção Central com o nome do paciente, registro, leito, nome do acompanhante e período de liberação, (3) evoluir no prontuário do paciente;
- Incluir a informação na planilha da enfermeira para passagem em plantão.

54. ÓBITOS

Preparo e acompanhamento do corpo pós óbito.

Cabe ao administrativo

- Buscar *kit* contendo o atestado de óbito (3 vias);
- Confirmar os dados de identificação do paciente com o responsável;
- Preencher e imprimir o formulário de comunicação de óbito;
- Fornecer o atestado de óbito (2 vias), preenchido pelo médico, ao responsável pelo paciente;
- Arquivar 1 via no prontuário do paciente;
- Orientar o responsável sobre o local (cartório) para registro do óbito.

Cabe à enfermagem

- Iniciar o preparo do corpo após a confirmação do óbito;
- Identificar o RN com duas pulseiras de identificação (uma no membro superior e outra no membro inferior);
- Envolver o RN em dois cueiros e identifica-los com etiquetas de identificação do bebê;
- O RN deve ser colocado em um berço comum ou carro de transporte com colchão com a comunicação do óbito para ser transportado ao morgue;
- Encaminhar o corpo ao morgue (Morgue do Bloco A – Sala 008H) com formulário de comunicação de óbito em duas vias, preenchida pelo administrativo;
- Colocar o corpo em um dos boxes (maca) identificados;
- Colocar uma via do formulário de comunicação de óbito, no acrílico correspondente à vaga ocupada;
- Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

Observações: Em caso de necropsia, permanece a mesma orientação de preparo do corpo.

- Em caso de cremação, é necessário ter assinatura de dois profissionais médicos no atestado de óbito.
- Os familiares que não forem registrar o óbito podem ser encaminhados para a sala de espera ao lado do Morgue.
- O formulário de comunicação do óbito deve ser fixado no lençol que cobre o corpo com esparadrapo.
- Se o óbito ocorrer após as 18 horas, deve-se ligar para os ramais 8191 ou 8194 antes de encaminhar o corpo, para que a equipe de segurança do hospital abra o Morgue.
- Ramal do Morgue Bloco A: 8193.

► DOAÇÃO DE CORPOS PARA ESTUDOS UNIVERSITÁRIOS

Nos casos de familiares que mostrarem o desejo de fazer a doação do corpo de FM ou RN para estudo nas universidades, a orientação do serviço social (enviada por e-mail em 06/02/2023) é:

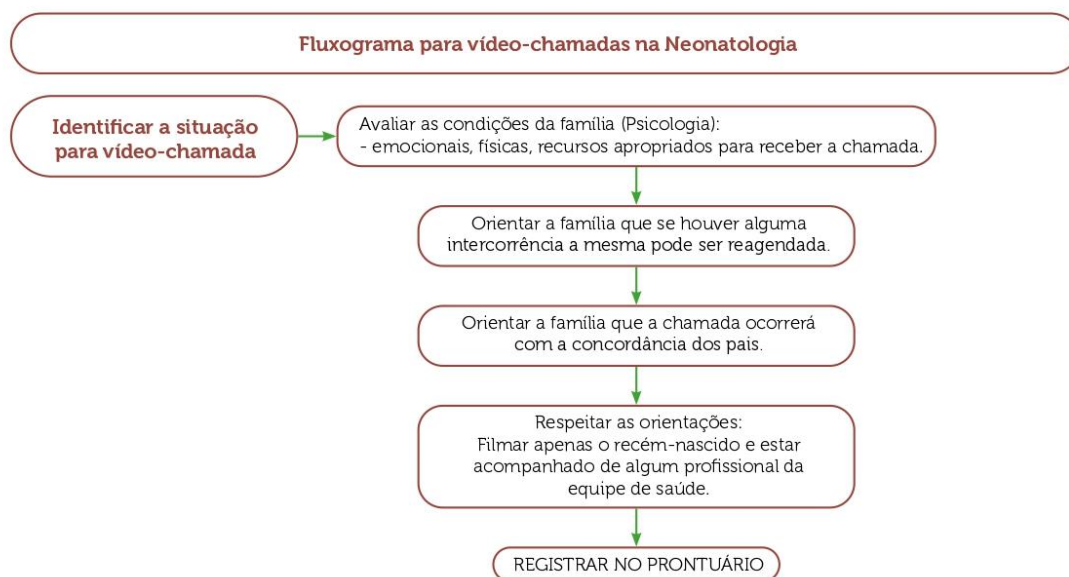
- Não tem sido aceito esse tipo de corpo devido a superlotação (conforme contato com Unisinos, Feevale, UFCSPA e UFRGS);
- Não é algo a ser abordado especificamente pelo Serviço Social;
- A doação de corpos é uma possibilidade de encaminhamento ao corpo humano após o óbito, porém, cabe ao familiar buscar informação sobre a doação junto as universidades e decidir onde doar.

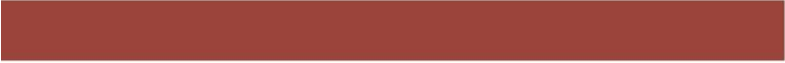
► LIDANDO COM A PERDA E CRIANDO MEMÓRIAS

Sempre que houver o óbito de um RN disponibilizar o Saquinho de Memórias, que deve conter:

- Certidão de Amor Eterno;
- Identificação do berço;
- Pulseira de Identificação;
- Cabelo, se quiserem uma mecha;
- Um coração de feltro branco para a família, e outro para o bebê;
- Carteira de Vacinação;
- Bolo de mesversário e touca de CPAP, se tiver.

55. VÍDEO-CHAMADAS NA NEONATOLOGIA





Elaboração: Enfª Diana Amanda Perlin.
Design e Diagramação: Daniela Barbosa Behrends.

1ª Edição | 2024

MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS

ARTIGO CIENTÍFICO

ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE NEONATOLOGIA.

RESUMO

Objetivo: Descrever o processo de elaboração de um Manual de rotinas e procedimentos para enfermeiros de um serviço de neonatologia. **Método:** Utilizou-se uma abordagem qualitativa, adotando o desenho de estudo de caso. As técnicas de pesquisa documental, grupo focal e observação participante foram empregadas para a coleta de dados. Na análise qualitativa, foram seguidas as etapas de compilação, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão. A identificação de rotinas e procedimentos foi realizada por meio da categorização não apriorística, a partir dos dados coletados. **Resultados e discussão:** Desenvolveu-se um manual abrangendo informações sobre rotinas e procedimentos de enfermagem em neonatologia, organizado em partes assistenciais e administrativas. As técnicas metodológicas empregadas foram eficazes, facilitando a identificação de temas relevantes. Destaca-se a importância da participação dos colaboradores nesse processo, contribuindo para a melhoria da estratégia de apresentação do manual. **Conclusão:** O manual desenvolvido representa um avanço significativo na enfermagem neonatal, atuando como recurso valioso para aprimorar continuamente a qualidade do cuidado, padronização e segurança. Além disso, é uma ferramenta eficaz para o treinamento de novos colaboradores e a educação contínua. Em síntese, o manual reflete o compromisso constante com a excelência do cuidado, mantendo-se dinâmico e atualizado.

DESCRITORES: Enfermagem Neonatal; Normas de Prática de Enfermagem; Utilização de Procedimentos e Técnicas; Comunicação Manual; Educação em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A evolução da assistência neonatal ao longo dos séculos reflete uma trajetória marcada por transformações significativas, espelhando o progresso no entendimento e cuidado dedicados aos recém-nascidos (RNs). O papel crucial da enfermagem na neonatologia destaca-se, particularmente, na obtenção de desfechos positivos para RNs prematuros (Rodrigues; Oliveira, 2004). Atualmente, o enfermeiro é reconhecido como o agente principal nos cuidados neonatais, desempenhando função vital para garantir uma assistência integral e qualificada (Frank *et al.*, 2018).

A complexidade intrínseca ao ambiente hospitalar requer processos altamente organizados, ancorados em normas, rotinas e protocolos para assegurar eficiência e segurança (Farias; Araújo, 2017; Oliveira; Affonso, 2018). Esse imperativo é ainda mais crucial na neonatologia, onde a padronização desses elementos é essencial para garantir uma assistência segura e de qualidade. Nesse contexto, os manuais emergem como componentes fundamentais para a organização efetiva dos serviços de saúde (Pacheco Junior; Mendes, 2015).

Desta forma, na busca incessante pela excelência na assistência à saúde, os manuais assumem um papel central na orientação e padronização dos procedimentos clínicos e administrativos, desempenhando um papel essencial na prática da enfermagem (Santos, 2017; Santos *et al.*, 2011). Um manual é definido como uma ferramenta composta por um conjunto de normas, procedimentos, funções, atividades, instruções e orientações capaz de possibilitar a caracterização e a condução das atividades a serem desenvolvidas, a fim de reproduzir, disseminar e sedimentar o conhecimento e a experiência (Pacheco Junior; Mendes, 2015).

Um manual bem estruturado se torna um instrumento importante para os profissionais, desde que esteja disponível para consulta sempre que necessário. Ele pode contribuir para a padronização e uniformização de práticas, agilidade e segurança na tomada de decisões, suporte ao processo educacional, além de atender as demandas institucionais como o desconhecimento do funcionamento de determinada unidade ou a necessidade de fortalecimento da imagem de um serviço ou atividade, problemas com processos organizacionais, necessidade de avaliação e análises da gestão dos processos, criação de manuais para fins de treinamentos, formalização de políticas e diretrizes da instituição, definição dos processos de admissão, treinamentos e avaliação, com destaque para os procedimentos (Santos,

2017; Santos *et al.*, 2011; Ballertero-Alvarez, 2015; D'Ascensão, 2001; Oliveira, 2013a; Andrade, 1975; Pimentel, 2012).

As normas, rotinas e procedimentos são adaptados às necessidades específicas de cada instituição ou serviço de saúde. Essas definições são orientadas pelo conhecimento científico atual, melhores práticas e protocolos estabelecidos, visando assegurar segurança, eficiência e qualidade nos processos de trabalho. Normas são condutas de trabalho que direcionam e organizam os processos institucionais, estabelecendo regras para procedimentos, tomada de decisão e definição do sistema de trabalho. Seu propósito é alcançar objetivos determinados pela administração superior, orientando o alcance eficiente e seguro dos objetivos organizacionais (Motta; Miranda; Tajra, 2020; Mendes; Chora, 2011).

Rotinas consistem em conjuntos de ações ordenadas que guiam a execução frequente e repetida de atividades, representando práticas constantes e um caminho já estabelecido. Estabelecem hábitos na realização consistente de tarefas (Motta; Miranda; Tajra, 2020; Mendes; Chora, 2011). Já os procedimentos, ou técnicas, são descrições minuciosas e sequenciais de atividades a serem realizadas, abrangendo desde tarefas clínicas até atividades administrativas e operacionais (Santos *et al.*, 2011). Essas definições são fundamentais para assegurar a organização, segurança e eficácia das atividades em diferentes contextos, como na área da saúde, onde a aplicação precisa de normas, rotinas e procedimentos é essencial para a prestação de cuidados adequados aos pacientes.

O presente artigo é produto de uma dissertação de mestrado e foi motivada pela vivência em um serviço de enfermagem em neonatologia cujo propósito foi desenvolver um Manual de Rotinas e Procedimentos para enfermeiros, abordando elementos específicos do serviço e contribuindo para resultados positivos na prestação de serviços. Seu objetivo é apresentar o processo de elaboração do manual, partindo da identificação das rotinas e procedimentos de enfermagem do serviço até a identificação da necessidade de padronização desses processos. A justificativa fundamenta-se na importância de fornecer um recurso sintetizado e de fácil acesso, capaz de subsidiar o processo educacional de novos enfermeiros, atender às demandas de profissionais mais antigos e, ao mesmo tempo, melhorar a eficiência operacional e a qualidade da assistência neonatal na instituição em foco.

MÉTODO

O presente estudo adotou uma abordagem qualitativa, especificamente um desenho de estudo de caso. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2016), permite a compreensão profunda das questões, seus significados e intencionalidades, incorporando elementos inseparáveis aos atos, relações e estruturas sociais. Já, o estudo de caso investiga fenômenos contemporâneos em profundidade e em seus contextos do mundo real (Yin, 2015), sendo uma escolha apropriada para explorar as práticas e procedimentos na Unidade de Neonatologia.

O estudo foi conduzido em uma Unidade de Neonatologia e a coleta de dados foi realizada em três momentos, utilizando estratégias diversificadas:

- Estratégia 1 - Pesquisa Documental: realizada entre fevereiro e maio de 2023, essa fase envolveu a busca e análise de documentos variados, como Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) disponíveis no sistema eletrônico da instituição, bem como atas de reuniões e comunicações via e-mail institucional.
- Estratégia 2 - Grupo Focal (GF): conduzido em dois encontros no mês de maio de 2023, este estudo contou com a participação de enfermeiros representativos da Unidade. As discussões foram registradas em áudio, seguindo um roteiro pré-definido. A seleção dos participantes foi intencional, onde foram convidados dez enfermeiros para representarem o serviço, compreendendo um total de nove enfermeiras que aderiram voluntariamente ao processo.
- Estratégia 3 - Observação participante: realizada concomitantemente às estratégias anteriores, a pesquisadora desempenhou o papel de membro ativo, engajando-se plenamente no ambiente de estudo para uma compreensão mais aprofundada dos processos.

O processamento e a análise dos achados foram conduzidos em diversas etapas. Inicialmente, as gravações das reuniões do Grupo Focal foram transcritas de maneira minuciosa e os dados da pesquisa documental organizados em planilhas eletrônicas.

No que tange à análise qualitativa, seguimos a metodologia proposta por Yin (2016), compreendendo as fases de compilação, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão. Tal abordagem permitiu uma investigação aprofundada e sistemática dos dados coletados, visando extrair *insights* significativos.

A identificação de rotinas e procedimentos, por sua vez, foi conduzida a partir dos dados, adotando a categorização não apriorística (Campos, 2004). Esse método possibilitou uma análise imparcial e abrangente das informações, contribuindo para a identificação de padrões e nuances nas práticas de enfermagem neonatal. O resultado final desse processo é uma compreensão mais clara e aprofundada das práticas de enfermagem na neonatologia, fundamentada em uma análise cuidadosa e metodologicamente robusta dos dados obtidos nas reuniões do GF.

A pesquisa seguiu as diretrizes ético-legais da Resolução nº 466/2012 do CNS. Os participantes foram devidamente esclarecidos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo total confidencialidade. Nomes fictícios foram adotados para preservar a identidade dos participantes. A pesquisa foi conduzida de forma independente, sem financiamento externo, evidenciando a imparcialidade financeira do estudo.

RESULTADOS

A pesquisa realizada no sistema eletrônico de armazenamento de documentos dos POPs permitiu identificar 78 relacionados à assistência de enfermagem na área de neonatologia. Esses POPs abrangem uma ampla gama de tópicos, desde procedimentos técnicos até cuidados específicos com RNs. Além disso, foram analisadas 14 atas de reuniões de enfermeiros do Serviço de Enfermagem em Neonatologia, cobrindo o período de fevereiro de 2021 a fevereiro de 2023 e 26 atas referentes às reuniões do Grupo de Trabalho do serviço, ocorridas entre agosto de 2020 e maio de 2023.

A análise de 1774 e-mails institucionais referentes às rotinas e procedimentos realizados pela enfermagem na neonatologia resultou na identificação de 366 e-mails relevantes, consolidando informações valiosas.

Com base nesses resultados, foi elaborada uma estrutura preliminar contendo 87 itens e 222 subitens para a construção do manual. Durante a reunião do Grupo Focal (GF), foram discutidos temas relevantes, eliminando 73 itens e subitens e

propondo a inclusão de 11 novos assuntos. A estratégia de apresentação do manual também foi delineada neste momento, optando-se por uma abordagem resumida e pontual, organizada em partes assistenciais e administrativas.

Por fim, foi retomada a busca documental, quando foram incorporados mais 25 POPs institucionais. Estes documentos, oriundos da última etapa da pesquisa e selecionados com base nos temas identificados durante o GF, complementaram a base de conhecimento para a elaboração do manual.

O produto desta pesquisa foi, portanto, um Manual de rotinas e procedimentos para enfermeiros de uma unidade de neonatologia contendo 142 páginas, composto pelos grandes tópicos: Capa, Apresentação, Sumário, Rotinas assistenciais e Rotinas Administrativas. Além disso, o Manual possui fluxogramas, quadros, tabelas e imagens para melhor entendimento sobre o tema.

O processo meticuloso de análise e compilação de dados, aliado à participação ativa do GF, culminou na conclusão do manual. Este, sintetiza as práticas da enfermagem neonatal e, também, representa um recurso valioso para aprimorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados. Este capítulo de resultados relata as descobertas e consolida o êxito da pesquisa na contribuição efetiva para o campo da enfermagem neonatal.

DISCUSSÃO

Afirmação da importância de se ter um manual

A condução do cuidado pela equipe de enfermagem, seja de maneira compartilhada ou exclusiva sob a responsabilidade do enfermeiro, está intrinsecamente sujeita a influências gerenciais e administrativas que propiciam a implementação de práticas sistemáticas e seguras (Andrade *et al.*, 2016). A importância da padronização de procedimentos e rotinas é especialmente evidente em áreas críticas, como a neonatologia, onde os RNs apresentam vulnerabilidade significativa (Oliveira, 2013b; Nascimento *et al.*, 2022; Santos; Scussiato, 2016).

Evidências de um estudo conduzido em um hospital público universitário indicam que a ausência de padronização na punção venosa periférica em recém-nascidos pode resultar em procedimentos não uniformes e dificuldades na obtenção de amostras sanguíneas (Oliveira, 2013b). Nesse contexto, a elaboração do manual

emerge como uma estratégia eficaz para prevenir tais problemas, promovendo práticas claras e uniformes na equipe de enfermagem.

Assim, é possível ver que a elaboração de um manual de rotinas e procedimentos destinado aos enfermeiros em ambiente hospitalar assume relevância significativa na garantia da uniformidade e qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Através desse manual, é possível orientar e guiar os profissionais de enfermagem de maneira clara, objetiva e de fácil compreensão, abordando temas como procedimentos, rotinas e políticas (Oliveira, 2013b; Nascimento *et al.*, 2022; Santos; Scussiato, 2016). As declarações subsequentes reforçam as informações apresentadas:

“Eu acho que a gente tem que pensar no processo de enfermagem, começar por ali o processo. E depois a gente descrever também as questões das rotinas e as nossas práticas” (Girassol).

“Sabe uma coisa que eu sinto muita falta? São rotinas que eu não sei onde estão escritas (Tulipa).

“Mas a gente tem dificuldade atualmente de achar um, num lugar só, essas coisas que a gente não tem na cabeça, que não é muito frequente, entendeu?” (Camélia).

Num cenário em que a segurança do paciente figura como prioridade, os manuais desempenham um papel crucial ao oferecer diretrizes claras e padronizadas. Ao estabelecer procedimentos uniformes, esses documentos contribuem para a mitigação de erros e a promoção de uma prática clínica segura, beneficiando não apenas os pacientes, mas também a integridade da equipe de enfermagem (Nascimento *et al.*, 2022). Ao fixar padrões documentados, os manuais se transformam em instrumentos facilitadores da avaliação da aderência às melhores práticas, propiciando a identificação de áreas de melhoria e a assegurando elevados padrões de cuidado.

Além dos benefícios diretos para a assistência ao paciente, a criação de um manual de rotinas e procedimentos também contribui para a melhoria da organização e eficiência dos processos de trabalho, otimizando a gestão e reduzindo custos (Maraschin *et al.*, 2023). Pesquisas em hospitais universitários indicam que a elaboração de manuais para enfermeiros gestores auxilia na uniformização de normas e rotinas entre os setores, facilitando suas decisões (Maraschin *et al.*, 2023).

Logo, a existência de um compêndio de rotinas e procedimentos para enfermeiros em ambientes hospitalares traz benefícios significativos para a prática clínica e gestão de processos. A padronização proporcionada pelo manual contribui efetivamente para a segurança e qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, prevenindo práticas não padronizadas que possam comprometer a assistência (Oliveira, 2013; Santos; Scussiato, 2016). Adicionalmente, a presença de um manual facilita a organização e eficiência do trabalho da equipe de enfermagem, promovendo a otimização da gestão e a redução de custos (Santos; Scussiato, 2016; Maraschin *et al.*, 2023).

O método utilizado para a construção do manual

As metodologias adotadas neste estudo demonstraram eficácia significativa na elaboração do manual. É reconhecido que a criação de um manual de rotinas e procedimentos em uma instituição hospitalar deve ser orientada pelas necessidades específicas dessa instituição (Araújo, 2011). Conduzir pesquisa com base nas necessidades provenientes da prática assistencial indubitavelmente oferece contribuições significativas para o seu aprimoramento (Rostirolla, 2021). A partir da identificação dessas necessidades, a pesquisa direcionou-se para a busca de informações provenientes de diversas fontes internas e referências de práticas embasadas em evidências. A fase inicial da pesquisa, que consistiu na análise documental, permitiu a compreensão abrangente das normas, rotinas e procedimentos vigentes na instituição em foco.

A análise das contribuições dos participantes revelou que a compilação dos dados dessa etapa proporcionou uma identificação abrangente dos temas relevantes a serem abordados no manual em desenvolvimento:

“Eu acho que precisa de tudo que tá aqui” (Violeta).

“É, quer dizer, não consigo tirar nada” (Hortênsia).

“Ele tá completíssimo. Ele é muito importante, tá fazendo tudo, tudo [...] Coisas que até a gente nem colocaria, se fosse pensar assim, num manual [...] tirar e vai ser difícil” (Camélia).

Um estudo visando a criação de um manual para idosos destacou a participação crucial dos colaboradores, especialmente profissionais da enfermagem, no processo de elaboração (Santos *et al.*, 2011). Participando ativamente em reuniões, seminários e reflexões sobre temas específicos relacionados ao manual, esses colaboradores ofereceram sugestões e opiniões sobre normas, rotinas e técnicas de enfermagem prevalentes na instituição, considerando as necessidades básicas dos idosos institucionalizados. Trabalhando em conjunto com os pesquisadores, asseguraram que o manual atendesse às necessidades contextuais e fosse adequado à realidade da instituição (Santos *et al.*, 2011).

A técnica do grupo focal, utilizada neste estudo, revelou-se eficaz nesse processo, proporcionando uma plataforma na qual representantes imersos nas práticas cotidianas puderam contribuir de maneira afirmativa e construtiva. Esses participantes trouxeram contribuições significativas, abordando temas ausentes na lista inicial e excluindo tópicos julgados como dispensáveis. Essas interações enriqueceram a compreensão e a abordagem dos assuntos a serem incorporados no manual.

“Ah, tem muitos procedimentos em geral que a gente não precisa ter” (Rosa).

“Eu acho que só quando for coisas muito específicas, tipo [...] coisas que a gente não faz assim com tanta frequência” (Hortênsia).

“Aí eu acho que podia botar [...] Quem é que faz, pra onde ele encaminha, quem acionar, como é que identifica” (Tulipa).

Reitera-se, portanto, que qualquer tecnologia ou instrumento desenvolvido e destinado à intervenção em saúde, assim como para outras medidas, deve proporcionar participação ativa do público-alvo (Rodrigues *et al.*, 2021).

A seleção e inclusão de participantes com características diversas visaram abranger uma gama mais ampla de necessidades. Isso envolveu enfermeiros de turnos diurnos e noturnos, recém-chegados à equipe, colaboradores com experiência específica, profissionais menos familiarizados com a área neonatal e enfermeiros em funções gerenciais. Ressalta-se, neste contexto, a importância do manual para atender às diferentes demandas e perfis de colaboradores:

“Eu já ia sugerir separado as rotinas mais da UCI e da UTI [...] porque se a gente for pensar, tem coisas que são diferentes da UTI pra UCI [...] porque eu acho que o objetivo desse manual é facilitar o trabalho do enfermeiro que está chegando e que já está” (Orquídea).

“Eu como enfermeira nova que estou chegando, esse manual, por exemplo, me esclareceria o que eu tenho que fazer quando eu chego numa unidade ali e quais as minhas primeiras preocupações que eu tenho que ter, isso me ajuda a priorizar o que realmente tem que ser priorizado” (Rosa).

Frequentemente, a literatura é pouco clara, e discuti-la com profissionais especializados é uma experiência única, permitindo o diálogo e proporcionando uma compreensão mais profunda da necessidade de muitos cuidados (Oliveira; Lucena; Echer, 2014). Além disso, o uso de Tecnologias Educacionais facilita a troca de conhecimentos, valorizando a integração do saber prévio com o conhecimento científico contribuindo para a problematização e construção conjunta do conhecimento em saúde (Rodrigues *et al.*, 2021).

Simultaneamente aos processos metodológicos, a observação participante emergiu como um complemento significativo. Ao integrar o pesquisador como parte ativa do cenário estudado, essa abordagem possibilitou a observação direta e análise das necessidades relacionadas aos temas que deveriam ser abordados no manual. Essa imersão permitiu uma compreensão mais contextualizada e fundamentada nas demandas do cotidiano, enriquecendo a perspectiva da pesquisa.

Organização e apresentação do manual

A criação de um manual de condutas não apenas simboliza a organização e responsabilidade na elaboração de planos de ação (Echer, 2005), mas também demanda respostas a perguntas essenciais: O que?, como?, quando?, onde?, quem? e por que?, cada uma abordada com maior ou menor profundidade e amplitude (D’Ascensão, 2001). Durante a elaboração do manual, é crucial selecionar as informações relevantes, pois o documento deve ser atrativo, conciso e fornecer uma orientação significativa sobre o tema proposto. É essencial que seja de fácil compreensão e atenda às necessidades específicas de uma determinada situação de saúde, de modo a estimular a leitura por parte do público-alvo (Sant’Anna *et al.*, 2022).

Na literatura, não existe uma regra universal para a elaboração e apresentação de manuais. No entanto, alguns autores propõem opções ou requisitos que esses manuais devem abranger.

A construção de um manual demanda uma estruturação mínima de formatação, independentemente de seu propósito, e deve incorporar elementos essenciais como introdução, sumário ou índice numérico, instruções para uso e atualização, conteúdo, anexos, apêndices e glossários e, referencias (Ballesterio-Alvarez, 2015; Oliveira, 2013).

Pacheco Junior e Mendes (2015) destacam que a elaboração de um manual deve incorporar alguns requisitos básicos como: apresentar um texto conciso, redigido de forma simples, clara e eficaz; incluir índice e sumário; aderir às normas institucionais vigentes; ser flexível; e manter um processo contínuo de revisão, atualização e distribuição.

A contribuição dos enfermeiros foi crucial para o manual elaborado nesta pesquisa. Quando questionados sobre a estrutura mais eficaz, propuseram uma divisão clara entre blocos assistenciais e administrativos. Além disso, sugeriram uma subdivisão por assuntos em ordem alfabética, e dentro desses, uma organização sequencial com base na execução.

“Mas se for por tópicos, se tiver algum índice, para procurar do início, tu vai lá na alta e vai ver as informações” (Girassol).

“Mas se você colocar esses pontos, a temática por lógica alfabética não é, não é ruim, não [...] a gente sempre pensa na sequência” (Rosa).

“Sim, exato. Eu acho que é mais fácil. [ininteligível] E não tem que deixar separado, talvez uma parte mais administrativa, talvez seja uma coisa mais separada” (Jasmim).

“Grandes blocos e aí dentro dele a em ordem alfabética, digamos” (Margarida).

“Daí pode ser para ter alguns grandes blocos e depois... Tanto até esses grandes blocos separados e divididos por ordem alfabética e dentro deles os subitens também tem ordem alfabética” (Orquídea).

“Eu acho que tem que ter um bloco administrativo e outro assistencial” (Tulipa).

“Antes faz o assistencial, depois a administrativa. Dentro do assistencial, a ordem alfabética, admissão, aleitamento...” (Jasmim).

“Eu acho que a ordem alfabética facilita” (Rosa).

“E dentro, por exemplo, da divisão do recém-nascido ...aí sim tu encadeia a ordem correta. Seria o subitem, né? O grande item seria assistencial, item, admissão, e aí subitem...” (Margarida).

Destaca-se a relevância dos critérios na criação de materiais educacionais na área da saúde, ressaltando a necessidade de assegurar a qualidade e confiabilidade das informações e orientações fornecidas. Dessa forma, pode-se inferir que esses mesmos critérios são aplicáveis à elaboração e utilização de manuais na área da saúde (Sant’Anna et al., 2022).

Quanto à forma de escrita, o grupo mencionou que não era necessário seguir um formato padrão, como a apresentação de um Procedimento Operacional Padrão (POP), por exemplo, já que a finalidade deste manual é facilitar a busca e agilizar as ações de enfermagem:

“Eu acho que o manual te dá mais flexibilidade pra você escrever e é pra você passar informação maior pra que a pessoa consiga saber o que fazer” (Rosa).

“Tem itens que vai ser só uns tópicos, assim, entendeu?” (Tulipa).

“Porque eu acho que padrão não cabe pra todos... o pop ele muito engessa a gente nisso, né? Que tem que ter aquele padrão, então eu acho que aqui no manual não é isso. A gente quer uma coisa bem direta e prática, como se fosse assim, que eu estou te explicando. Tal coisa é assim...” (Margarida).

Isso está alinhado com a orientação da literatura, que preconiza a apresentação de forma objetiva e sucinta. Além disso, sugeriu-se a inclusão de elementos visuais como imagens, fluxogramas e tabelas, entre outros recursos, para facilitar a localização e compreensão das informações, possibilitando acesso rápido e agilizando o processo de trabalho.

“Só a foto já salvaria a minha vida” (Rosa).

“Porque é tipo... Uma frase, uma frase, tópico” (Margarida).

O uso de imagens, fluxogramas que representem diversos procedimentos descritos e anexos em forma de tabelas, são sugestões presentes na literatura e consideradas eficazes na elaboração e compreensão de um manual (Santos, 2017). As ilustrações, sejam desenhos, imagens, fotografias ou símbolos, devem ser elaboradas para capturar um elevado nível de atenção e interesse por parte do leitor (Pacheco Junior; Mendes, 2015; Rosa *et al.*, 2019). Além disso, é crucial que essas representações visuais complementem e reforcem as informações apresentadas no texto (Wild *et al.*, 2019).

Assim, o manual foi desenvolvido com a intenção de ser uma ferramenta prática, fornecendo explicações concisas e abrangentes. Adicionalmente, foram incorporadas tabelas, fluxogramas e figuras ilustrativas, buscando despertar o interesse do leitor. Essas características conferem ao manual uma relevância significativa como ferramenta inicial para profissionais que realizam suas práticas na instituição, especialmente no cuidado com os bebês. Desta forma, a existência desse manual revela-se crucial para apoiar tanto o aprendizado quanto a prática na área da enfermagem (Santos *et al.*, 2007).

Essa abordagem, ao combinar conhecimento científico e procedimentos técnicos, visa aprimorar a qualidade do cuidado prestado, resultando em um processo terapêutico mais satisfatório (Rosa *et al.*, 2019).

No que diz respeito ao *layout* do manual, após a fase de elaboração, foram realizados ajustes necessários. Isso incluiu a implementação da diagramação do manual, a distribuição estratégica de elementos gráficos nas páginas e a definição de tipografia, cores e ilustrações que fossem agradáveis ao leitor. Essas modificações visaram tornar o manual funcional, facilitando o entendimento do assunto abordado (Teixeira, 2020).

Com conteúdo focado na praticidade das ações e objetividade, o manual apresenta vantagens, como a portabilidade, possibilitando consulta em qualquer local necessário (Hoyashi, 2011). Desta forma, em consonância com o princípio de sustentabilidade adotado pela instituição, o manual será disponibilizado em formato digital. Essa decisão está alinhada à perspectiva de redução do uso de recursos naturais, evitando a impressão em papel e promovendo práticas eco eficientes. A

escolha pelo formato digital não apenas reflete o compromisso institucional com a sustentabilidade, mas também simplifica o acesso, a revisão, a atualização e a distribuição do manual, contribuindo para uma disseminação mais ampla e eficaz das informações nele contidas.

CONCLUSÃO

A elaboração do manual representa um marco significativo no avanço da enfermagem neonatal, proporcionando uma ferramenta valiosa para profissionais dedicados ao cuidado de recém-nascidos.

A metodologia adotada revelou-se eficaz ao atender às demandas específicas do serviço, resultando em um documento abrangente e prático. A diversidade de experiências e expertise na equipe ressalta a importância dos manuais como alicerce fundamental para estabelecer um conhecimento comum. Essas ferramentas desempenham um papel crucial no treinamento inicial e na capacitação contínua dos profissionais de enfermagem.

Apesar de ainda serem considerados "simples e ultrapassados" por muitos, a sua relevância persiste, sendo essenciais para garantir práticas consistentes e seguras. Contudo, é necessário reconhecer suas limitações, incluindo a necessidade de atualizações constantes para acompanhar as mudanças nas práticas clínicas e protocolos.

A avaliação e retroalimentação contínua da equipe são cruciais para manter a relevância do manual. A inclusão ativa dos profissionais no processo de desenvolvimento e atualização contribui para a aceitação e adaptação às necessidades práticas. A obsolescência do manual pode ocorrer se não for utilizado adequadamente, atualizado regularmente ou alinhado às práticas atuais.

Quanto às lacunas para pesquisas futuras, sugere-se explorar diferentes estruturas de manuais em unidades neonatais variadas e examinar o potencial de tecnologias emergentes para melhorar a acessibilidade e eficácia dos manuais. Além disso, a efetividade do manual na melhoria da qualidade da assistência neonatal e a percepção dos enfermeiros sobre sua utilidade na prática clínica são áreas que merecem investigação.

Em resumo, o manual é mais do que um documento; é um recurso dinâmico que reflete a evolução contínua da enfermagem neonatal. Suas páginas não

descrevem apenas procedimentos, mas também representam o compromisso constante com a excelência e a adaptação às mudanças na busca incessante por melhores cuidados neonatais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, O. B. Manual de normas e procedimentos de enfermagem de saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 455-466, 1975. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101975000400002>. Acesso em: 23 mar. 2022.

ANDRADE, S. R. *et al.* Fundamentos normativos para a prática do cuidado realizado pela enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1082-1090, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JDmgPbcmW5fRwgrRBnt8NVH/>. Acesso em: 02 nov. 2023.

BALLESTERO-ALVAREZ, M. E. **Manual de organização, sistemas e métodos: abordagem teórica e prática da engenharia da informação**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2015. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522493265/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>. Acesso em: 19 set. 2023.

D'ASCENÇÃO, L. C. M. **Organização, sistemas e métodos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso: 22 nov. 2023.

FARIAS, D. C.; ARAÚJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n6/1895-1904/pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

FRANK, E. S. M. P. *et al.* The nursing care of premature newborns in a neonatal intensive care unit. **Journal of Specialist.**, [s. l.], v. 3, n. 3, n.p., jul./sep. 2018.

HOYASHI, C. M. T. **Ensino de enfermagem: proposta de um manual de práticas**. 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente) – Centro Universitário de Volta Redonda, Fundação Oswaldo Aranha, Volta Redonda, 2011. Disponível em: https://sites.unifoa.edu.br/portal_ensino/mestrado/mecsm/aquivos/27.pdf. Acesso em: 05 nov. 2023.

MARASCHIN, M. S. *et al.* Gestão por processos de trabalho: elaboração de um manual adjutório para enfermeiros gerentes. **Revista Varia Scientia –Ciências da Saúde**, Cascavel, v. 9, n 1, p. 39-47, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/31515/22413>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.

MOTTA, A. L. C.; MIRANDA, R. P. R.; TAJRA, S. F. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Érica, 2020. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536532806/>. Acesso em: 05 jul. 2023.

NASCIMENTO, C. C. L. *et al.* Educational technology in pediatric intensive care unit: construction of nursing routine scans. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 9, p. e50111931751, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31751>. Acesso em: 02 nov. 2023.

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistemas, organização e métodos**: uma abordagem gerencial. São Paulo: Atlas, 2013a. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522482115/>. Acesso em: 05 jul. 2023.

OLIVEIRA, E. C. V. **A prática da punção venosa na coleta de sangue em recém-nascidos em um hospital público universitário**. 2013. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro) – Programa de Pós-graduação Scricito Sensu em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013b. Disponível em: <http://bdtd.ufm.edu.br/bitstream/tede/118/1/Dissert%20Ellen%20CV%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2023.

OLIVEIRA, S. M. K.O.; AFFONSO, L. M. F. **Fundamentos de administração hospitalar e saúde**. 1. ed. Porto Alegre: SAGAH, 2018. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595028630/>. Acesso em: 14 set. 2023.

OLIVEIRA, M. C.; LUCENA, A. F.; ECHER, I. C. Sequelas neurológicas: elaboração de um manual de orientação para o cuidado em saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1597-603, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9850/10063>. Acesso em: 05 nov. 2023.

PACHECO JUNIOR, A. M.; MENDES, C. J. L. Qualis de produção técnica: desenvolvimento de métricas para manuais. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 42, supl. 1, p. 87-88, 2015. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912015000800087&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2023.

PIMENTEL, S. N. C. **Gerência dos serviços de saúde em atenção primária realizada pelo enfermeiro**. 2012. Monografia (Especialização em atenção básica em saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2012. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Gerencia_dos_servicos_de_saude_em_atencao_primaria_realizada_pelo_enfermeiro/460. Acesso em: 05 jun. 2023.

RODRIGUES, I. L. A. *et al.* Aprender brincando: validação semântica de tecnologia educacional sobre tuberculose para crianças escolares. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, e20200492, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/w9w8gnQGpW4zjW3yd7rBmCj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 dez. 2023.

ROSTIROLLA, L. M. **Tecnologia educacional do tipo manual para a coleta de dados na consulta do enfermeiro/processo de enfermagem**. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Educação Superior do Oeste, Universidade do Estado de Santa Catarina, Chapecó, 2021. Disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/771/TCC_LETICIA_26_09_2021_1_16593621023708_771.pdf. Acesso em: 05 dez. 2023.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C.S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 286-291, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/809>. Acesso em: 01 maio 2023.

ROSA, B. V. C. *et al.* Development and validation of audiovisual educational technology for families and people with colostomy by câncer. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20180053, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xm7r8rMqXyTgVMhNF7mvqgD/?lang=en>. Acesso em: 05 nov. 2023.

SANT'ANNA, R. M. *et al.* Tecnologias educacionais no cuidado à pacientes com doenças cardiovasculares. **Revista Científica de Enfermagem (Racien)**, São Paulo, v. 12, n. 37, p. 163-175, 2022. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/593>. Acesso em: 06 nov. 2023.

SANTOS, J. R. Conduta gerencial do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s. l.], ano 2, v. 1, n. 9, p. 30-46, dez. 2017. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/conduta-gerencial-do-enfermeiro>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SANTOS, E. F.; SCUSSIATO, L. A. Elaboração de um manual explicativo sobre prevenção de infecções relacionadas aos procedimentos de enfermagem em um setor de emergência. *In*: EVENTO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (EVINCI), 2., 2016, Curitiba. **Anais eletrônicos [...]**. Curitiba: Evinci, 2016. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/login?source=%2Findex.php%2Fanaisvinci%2Farticle%2Fdownload%2F1548%2F1274>. Acesso em: 02 nov. 2023.

SANTOS, S. S. C. *et al.* Pesquisa-ação na elaboração de manual de normas, rotinas e técnicas de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, n. 5, ed. Esp., p. 426-434, mar./abr. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31788>. Acesso em: 26 abr. 2023.

TEIXEIRA, T. O. **Elaboração e validação de um manual educativo para pacientes em uso de cateter central de inserção periférica (PICC)**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213993/001117806.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 nov. 2023.

WILD, C. *et al.* Validation of educational booklet: an educational technology in dengue prevention. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 1318-1325, 2019. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/n8RDQB8xP3MCtYt8LmgwpPm/abstract/?lang=en> Acesso em: 5 nov. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A jornada rumo à elaboração deste manual de rotinas e procedimentos destinado aos enfermeiros da neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi permeada por desafios instigantes, mas igualmente enriquecedores em termos de aprendizado. Ao integrar métodos como pesquisa documental, grupo focal e observação participante, foi possível identificar os temas cruciais, resultando em um material abrangente que, sem dúvida, contribuirá para elevar a qualidade do atendimento prestado aos recém-nascidos e suas famílias.

O manual representa um marco significativo no avanço da enfermagem neonatal, proporcionando uma ferramenta valiosa para profissionais dedicados ao cuidado de recém-nascidos. A metodologia adotada revelou-se eficaz ao atender às demandas específicas do serviço, resultando em um documento abrangente e prático. A diversidade de experiências e expertise na equipe ressalta a importância dos manuais como alicerce fundamental para estabelecer um conhecimento comum.

A análise meticulosa dos dados, em conjunto com a participação vibrante do grupo focal, resultou em um manual abrangente. Destaca-se a indispensabilidade da participação ativa dos enfermeiros no processo de criação do manual. A troca de experiências foi fundamental para identificar as reais necessidades da neonatologia, garantindo que o manual abordasse de maneira precisa e eficaz as rotinas e procedimentos essenciais para a prática diária.

Emergindo como uma ferramenta inestimável para aprimorar de forma contínua a qualidade dos cuidados prestados, destacamos a importância da padronização de procedimentos e rotinas para a segurança e eficácia das atividades na área da saúde. Este manual não apenas oferece suporte educacional a novos enfermeiros, mas também, atende às demandas dos profissionais mais experientes, melhorando a eficiência operacional e a qualidade da assistência neonatal.

Apesar de ainda serem considerados "simples e ultrapassados" por muitos, a relevância de um manual persiste, sendo essencial para garantir práticas consistentes e seguras. Contudo, é importante lembrar que o manual não é um produto finalizado; é um recurso dinâmico que deve ser constantemente atualizado para acompanhar as mudanças nas práticas clínicas e protocolos.

Além disso, a avaliação e retroalimentação contínuas da equipe são fundamentais para manter a relevância do manual. A inclusão ativa dos

profissionais, no processo de desenvolvimento e atualização, contribui para a aceitação e adaptação às necessidades práticas. A obsolescência do manual pode ocorrer se não for utilizado adequadamente, atualizado regularmente ou alinhado às práticas atuais.

As lacunas identificadas destacam áreas cruciais para futuras pesquisas e aprimoramento, como: a necessidade de avaliar a efetividade do manual por meio de indicadores de qualidade e satisfação; aprimorar a metodologia de elaboração de manuais de rotinas e procedimentos na saúde, considerando a diversidade de contextos em diferentes instituições; avaliar a efetividade do manual em outras instituições de saúde, verificando sua aplicabilidade e adequação em diferentes contextos. Essas sugestões visam contribuir para o contínuo aprimoramento do manual, além de orientar futuras pesquisas na área da enfermagem neonatal.

Em síntese, o manual é mais do que um documento; é um recurso dinâmico que reflete a evolução contínua da enfermagem neonatal. Suas páginas não descrevem apenas procedimentos, mas também representam o compromisso constante com a excelência e a adaptação às mudanças na busca incessante por melhores cuidados neonatais.

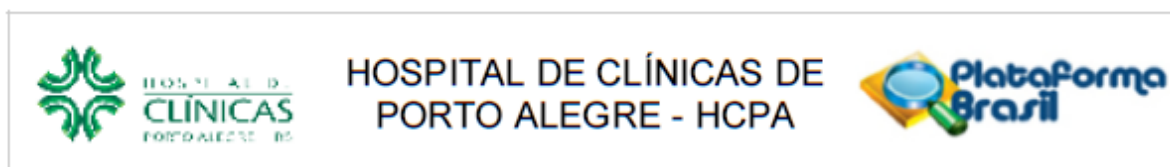
Espera-se que este trabalho se torne uma referência sólida para profissionais que desejam elaborar manuais de qualidade, impulsionando, assim, a melhoria contínua dos serviços de saúde à população.

APÊNDICE E ANEXOS

A. ROTEIRO UTILIZADO PARA O GRUPO FOCAL

I. INÍCIO
a. Apresentação do pesquisador/moderador. b. Apresentação dos objetivos da pesquisa. c. Apresentação da escolha dos integrantes do grupo focal. d. Divulgação das formas de registro do estudo bem como do anonimato dos envolvidos. e. Apresentação da proposta do grupo focal e duração aproximada do encontro. f. Momento de leitura e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
II. DESENVOLVIMENTO
<i>Primeiro momento:</i> a. Apresentação da lista de temas pré-selecionados oriundos da primeira etapa da pesquisa b. Discussão dos temas apresentados e escolha dos assuntos que irão compor o manual c. Levantamento de sugestões de tópicos não contemplados na primeira etapa da pesquisa que devem ser incluídos no manual. <i>Segundo momento:</i> a. Definição da forma padrão de apresentação dos conteúdos que irão compor o manual.
III. CONSIDERAÇÕES FINAIS
a. Informar aos participantes que a discussão está se aproximando do final. b. Oportunizar que os participantes exponham comentários, sugestões ou observações pertinentes com a temática da discussão e que não estava na pauta do roteiro. c. Agradecimento pela participação e encerramento.

B. APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: projeto de pesquisa

Pesquisador: DIANA AMANDA PERLIN

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66910923.9.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.899.555

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo do projeto e das Informações Básicas da Pesquisa "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS__DO_PROJETO_2076984", de 27/01/2023.

Resumo - A neonatologia é um campo das ciências da saúde responsável pelo atendimento de recém-nascidos que demanda habilidades e competências singulares. Para oferecer um cuidado de qualidade e excelência aos neonatos, destaca-se a atuação do profissional enfermeiro, que realiza suas atividades de forma contínua e sistematizada. Sendo assim, desenvolve suas ações metodicamente a partir de normas, rotinas e procedimentos padronizados. Justifica-se a construção deste trabalho pela necessidade de haver um instrumento que concentre todas as rotinas e processos realizados pelos enfermeiros da unidade de neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e que esteja disponível para consulta rápida e de fácil acesso, além de uniformizar e coordenar suas atividades. Assim, tem-se como objetivo deste estudo, elaborar um manual de rotinas e procedimentos para enfermeiros do Serviço de Enfermagem em Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SENEO/HCPA). Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso. A coleta dos dados será realizada em quatro momentos, compreendidos pelas seguintes estratégias: pesquisa e análise documental, grupo focal, observação participante e

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 5.899.555

questionário. Os dados qualitativos serão analisados conforme as fases de compilação, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão dos dados. Já as rotinas e os procedimentos a serem contemplados no manual serão identificados a partir da categorização não apriorística.

Objetivo da Pesquisa:

Primário - Elaborar um Manual de Rotinas e Procedimentos para enfermeiros do Serviço de Enfermagem em Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SENEO/HCPA).

Secundário:

- Identificar o conjunto de rotinas e procedimentos de enfermagem do SENEIO/HCPA;
- Identificar rotinas e procedimentos de enfermagem do SENEIO/HCPA que ainda não estão padronizadas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, como a possível ocorrência de desconforto devido ao tempo que disponibilizará para a participação do Grupo Focal (GF) e do preenchimento do instrumento de coleta dos dados e de abordar situações envolvendo questões particularmente pessoais. Para a instituição, pode haver prejuízo nas atividades laborais caso haja o afastamento do participante de sua atividade laboral durante a realização do GF. Caso o participante sinta algum desconforto poderá interromper a participação a qualquer momento, assim como, havendo prejuízo da assistência à saúde dos pacientes internados devido à permanência do informante no GF, a chefia do serviço poderá solicitar sua exclusão como sujeito do estudo. Ainda, pode haver risco da não atualização periódica do material elaborado, ou seja, do manual. Sendo assim, a pesquisadora assumirá o compromisso inicial de sua atualização numa periodicidade anual, até que esta responsabilidade seja designada a um membro ou grupo da equipe do Serviço de Enfermagem da Neonatologia (SENEIO). Esta atualização se dará conforme os passos de análise documental descritos na metodologia deste projeto.

Benefícios: A partir da divulgação dos dados da pesquisa e da disponibilização do manual para o SENEIO/HCPA, espera-se alcançar uma melhor padronização das normas, rotinas e procedimentos realizados pelos enfermeiros do serviço, assim como oportunizar uma consulta de fácil acesso para todos. Além de contribuir para a padronização dos processos institucionais, o manual poderá

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** oep@hcpa.edu.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 5.899.555

ser utilizado para a qualificação profissional e para o treinamento de novos colaboradores. Consequentemente, contribuirá na garantia da qualidade e da segurança da assistência prestada aos recém-nascidos, permitindo um atendimento com maior agilidade e precisão por ser um material que reunirá as informações mais importantes de forma sintetizada.

A relação risco/benefício do projeto submetido é aceitável e adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto de pesquisa para o Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição, do Ministério da Saúde. O estudo está delineado para ser desenvolvido na Unidade de Neonatologia (SENEO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
- O estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. A amostragem é a do tipo intencional, estimada de seis a 10 participantes enfermeiros do corpo clínico e gerencial do SENEIO.
- A escolha dos participantes será feita juntamente com a chefia do serviço e terá a intenção de contemplar a maior diversidade possível de representantes do grupo de enfermeiros. Tem-se a pretensão de incluir representantes dos diferentes turnos, assim como: informantes cujo primeiro contato com a especialidade ocorreu neste serviço; enfermeiros experientes na temática da neonatologia; aqueles considerados referências em determinado assunto relacionado à especialidade; entre outros que se julgarem necessários e disponíveis para a participação no estudo.
- A coleta dos dados será realizada em quatro momentos através das seguintes estratégias: pesquisa e análise documental, grupo focal, observação participante e questionário.
- O Grupo Focal (GF) terá como finalidade definir, juntamente com os colaboradores representantes da equipe de enfermeiros, quais as normas, rotinas e procedimentos serão incluídos no Manual. Também, neste grupo será deliberado um modelo padrão de apresentação e descrição dos assuntos abordados.
- Simultaneamente com as etapas de coleta de dados, será utilizada a técnica de observação participante para agregar valor aos dados coletados.
- Será utilizada a técnica do questionário caso quando se eleger como conteúdo indispensável na construção do manual qualquer assunto não contemplado na primeira etapa da coleta de dados, se fará uma nova busca nos demais documentos da instituição. Se, mesmo assim, não houver

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** oep@hcpa.edu.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 5.899.555

descrição deste tópico, após concordância da chefia de enfermagem do serviço, a pesquisadora fará contato com o enfermeiro expertise naquele contexto e o convidará para realizar a descrição formal do assunto em questão com base no modelo de apresentação dos conteúdos construído a partir do GF.

- Os enfermeiros serão convidados a participarem do estudo, por meio de convite formal via e-mail institucional.

- Metodologia de Análise de Dados: Os dados qualitativos serão analisados conforme as fases propostas por Yin (2016), que consiste na compilação, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão dos dados. As rotinas e os procedimentos a serem contemplados no manual serão identificados a partir do material coletado à semelhança dos procedimentos propostos por Campos (2004) para a categorização não apriorística, definida por categorias que surgem a partir das respostas dos sujeitos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – documento apresentado e adequado, atendendo aos parâmetros recomendados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- O projeto não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS N.º 466/2012 e na Norma Operacional CNS/Conep N.º 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

- O projeto está aprovado para inclusão ou revisão de registros de 10 participantes neste centro.

- Deverão ser apresentados relatórios semestrais e um relatório final.

- Os projetos executados no HCPA somente poderão ser iniciados quando seu status no sistema AGHUse Pesquisa for alterado para "Aprovado", configurando a aprovação final da Diretoria de Pesquisa.

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 5.899.555

- Textos e anúncios para divulgação do estudo e recrutamento de participantes deverão ser submetidos para apreciação do CEP, por meio de Notificação, previamente ao seu uso. A redação deverá atender às recomendações institucionais, que podem ser consultadas na Página da Pesquisa do HCPA.

- Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular N.º 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2076984.pdf	27/01/2023 20:41:08		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	27/01/2023 20:37:49	DIANA AMANDA PERLIN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	20/01/2023 22:38:00	DIANA AMANDA PERLIN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Diana_Amanda_Perlin.pdf	20/01/2023 22:37:50	DIANA AMANDA PERLIN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar

Bairro: Rio Branco

CEP: 90.410-000

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-6246

Fax: (51)3359-6246

E-mail: cep@hcpa.edu.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 5.899.555

PORTO ALEGRE, 16 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
Daisy Crispim Moreira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) intitulada: **“ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: projeto de pesquisa”**, que tem como objetivo principal a elaboração de um Manual de Rotinas e Procedimentos para enfermeiros do Serviço de Enfermagem em Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SENEO/HCPA). O tema escolhido se justifica pela necessidade de existir um material para consulta que reúna as principais informações sobre as rotinas e os procedimentos realizados pelos enfermeiros de forma sintetizada e de fácil acesso, contribuindo para a padronização, segurança e qualidade dos processos de trabalho.

O trabalho está sendo realizado pela mestrandia Diana Amanda Perlin sob a supervisão e orientação do Prof. Dr Rodrigo de Oliveira Azevedo.

Para alcançar os objetivos do estudo, será realizado um encontro em grupo para discussão de assuntos referentes ao tema da pesquisa. Este encontro será gravado em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá interagir a partir do roteiro conduzido pelo pesquisador.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo. Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para minha atuação profissional;
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Diana Amanda Perlin, telefone (51) 3359-8142, e-mail: daperlin@gmail.com e endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2350, Av. Protásio Alves, 211 - Santa Cecília, Bloco A, 11º andar, setor de Neonatologia – Porto Alegre, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo e-mail cep@hcpa.edu.br, telefone (51) 33596246 ou Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco – Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20 __.

Assinatura do participante

Prof Dr Rodrigo de Oliveira Azevedo
Orientador do estudo
e-mail: arodrigo@ghc.com.br

Enfª Diana Amanda Perlin
Mestranda
e-mail: daperlin@gmail.com
Fone: (51) 3359-8142
UTI Neonatal HCPA
Celular: (51) 99588-9695

D. LISTA DE ASSUNTOS CANDIDATOS A COMPORER O MANUAL ELABORADA ATRAVÉS DA PESQUISA DOCUMENTAL E LEVADA PARA DISCUSSÃO NO GRUPO FOCAL

Lista dos assuntos candidatos a serem incluídos no manual

DIVISÃO DAS TAREFAS CONFORME AS SALAS

REGISTROS DE ENFERMAGEM

1. Registros AGHUse
2. Controles do paciente
3. Prescrição de enfermagem
4. Aprazamento e checagem
5. Dupla checagem
6. Transferências do Paciente
7. Consultorias
8. Orientações preenchimento NAS

ADMISSÃO DO RN

1. Admissão do Recém-Nascido na
2. Folha de Admissão
3. Leito de urgência
4. Check list Leito Urgência
5. Colírio Iodopovidona
6. Pesagem do RN Embrulhado e Medidas Antropométricas
7. Vitamina K ao nascimento
8. Anamnese da neonatologia
9. Verificação de peso, Medidas antropométricas e sinais vitais
10. Orientação para o registro da Nota de Admissão (COPE)

TRANSPORTE DO RN

1. POP de Transporte do Recém-Nascido em Incubadora e Berço de Transporte
2. Transportes Neo-Radiologia

TRANSFERÊNCIA

1. Formulário de transferência temporária ou Definitiva do Cuidado
2. Transferência do cuidado para UIO
3. Transferência do cuidado para UTIP ou pediatria
4. Checklist Transferência ao 10o andar
5. Transferência para outra instituição

HORA DO PSIU

1. POP de Ambiente - Hora do Psiu
2. Horários para o Psiu

2. Indicador Aleitamento Materno Exclusivo na Alta
3. Orientações para alta de bebês com sonda
4. Prioridade de orientação farmacêutica na alta hospitalar

ROTINAS MATERIAIS

1. Manejo e Controle de Qualidade dos Glicosímetros
2. Termo-higrômetros

INCUBADORAS

1. Limpeza e Conservação da Incubadora
2. Umidificação das Incubadoras
3. Incubadora de Transporte
4. Limpeza incubadora de transporte
5. Maleta Incubadora de Transporte

LEITO DE OBSERVAÇÃO

1. POP do Recém-Nascido em Observação na Unidade de Internação Neonatal
2. Checklist de liberação do RN em observação
3. Checklist revisão diária do leito de observação

PROCEDIMENTOS

1. Verificação de Glicemia Capilar
2. Realização do Balanço Hídrico de Paciente Pediátrico e Neonatal
3. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
- 3.1 Via Intramuscular
- 3.2 Via Endovenosa
- 3.3 Via Subcutânea
- 3.4 Via Oral
- 3.5 Via Sondas Gástrica / Entérica, Gastrostomia / Jejunostomia em Neonatologia
- 3.6 Aplicação do Nitrato de Prata Bastão no Granuloma Umbilical
- 3.7 Conferência dos 6 Certos no Preparo e Administração de Medicamentos
- 3.8 Medicamentos Prescritos pelo Enfermeiro
- 3.9 Cuidados na Administração de Ganciclovir
- 3.10 Diluições medicamentos ("colinha")
- 3.11 Reconstituição medicamentos EV ("colinha")
- 3.12 Filgrastima - preparo de solução padrão na Neonatologia
- 3.13 Fentanil para Neonatologia

MANUSEIO MÍNIMO

1. POP de Manuseio Mínimo do RN Prematuro Cuidado Neuroprotetor
2. Inclusão Controles e Escala de Manuseio Mínimo

MÉTODO CANGURU

1. Registro de Recém-nascidos - Método canguru
2. Planilha
3. Consultorias
4. Ambulatório Canguru

CONFORTO

1. Avaliação e manejo da dor em RNs
2. Cuidados com Ninho de Toalha
3. Temperatura da Sala, incubadoras
4. Manutenção da temperatura corporal dos recém-nascidos
5. Temperaturas Salas UTI e Bases Aquecidas Respiradores

HIGIENE

1. Banho do Recém-nascido na Sala de Admissão
2. Banho de Aspersão do Recém-Nascido Prematuro
3. Banho de Imersão do Recém-Nascido em Neonatologia
4. Indicação do banho com Clorexidine e Concentração
5. Higiene oral em recém-nascidos
6. Higiene do Coto Umbilical
7. Higiene Perineal na Criança
8. Cuidados com Estomias de Eliminação

ALEITAMENTO

1. Registros de Enfermagem AM
2. Colostroterapia
3. Caixa transporte para colostro
4. Consultorias Amamentação
5. Dieta APLV
6. POP de Observação da Mamada
7. POP de Prevenção de Dor e Trauma Mamilar
8. POP de Manejo do Trauma Mamilar
9. POP de Manejo do Ingurgitamento Mamário e das Mamas Cheias

ALTA HOSPITALAR

1. Formulário de alta hospitalar (antigo)

- 3.14 Prescrição e administração de Fenobarbital
- 3.15 Preparo da Vasopressina na Neonatologia
- 3.16 Paracetamol Injetável
- 3.17 Imunoglobulina Humana 5g 100 MI
- 3.18 PROFILAXIA DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV
- 3.19 Preenchimento Correto da Etiqueta de medicamentos
- 3.20 Administração de Cefepime em PICC
- 3.21 Rótulos semelhantes
- 3.22 Psicotrônicos SN
- 3.23 Cuidados Bebê Quimioterapia
- 3.24 Controlados na UCI
- 3.25 Rotina dos Eletrólitos Concentrados na Neo
- 3.26 Armazenamento dos medicamentos de alta vigilância (MAV)
- 3.27 Dextrose gel para hipoglicemia
- 3.28 Rodízio das medicações subcutâneas

4. FOTOTERAPIA

- 4.1 Cuidados com Recém-Nascidos em Fototerapia
- 4.2 Protocolo de Fototerapia na UIO

5. OXIGÊNIO

- 5.1 Cuidados com Oxigenioterapia na Incubadora
- 5.2 Instalação e Cuidados com Ventilação Não Invasiva (VNI) e CPAP Nasal
- 5.3 Cuidados com Curativo e Aspiração de Traqueostomia – Cânula Plástica
- 5.4 Aspiração do Tubo Endotraqueal com Sistema Fechado
- 5.5 Cuidados com Oxigenioterapia e Cálculo da Concentração de Oxigênio por Campânula
- 5.6 Cuidados na Instalação de Equipamento NAVA
- 5.7 APARELHO DE OXÍDO NÍTRICO
- 5.7.1 ADAPTAÇÕES NO
- 5.8 Aquecimento de pacientes devido volume reduzido de água no umidificador
- 5.9 Planilha extubações acidentais (modificada)
- 5.10 Projeto COALA

6. PELE

- 6.1 Cuidados com a pele
- 6.2 Cuidados com estomas
- 6.3 BOLSA DE ESTOMA/URETOSTOMIA

- 6.4. esponja de CPAP
- 6.5. Curativo transparente não estéril

7. VACINAS

- 7.1. Cuidados com a Administração de Vacina Contra a Hepatite B em Recém-Nascidos
- 7.2. Transporte, Preparo e Administração da Vacina BCG
- 7.3. Cuidados no Preparo e Administração de Palivizumabe
- 7.4. Dispensação e Transporte dos Imunobiológicos no Ambiente Hospitalar
- 7.5. Carteiras de vacinação
- 7.6. BCG
- 7.6.1. BCG - Orientações para os pais
- 7.6.2. EMLA em Vacinas
- 7.7. SI-PNNI
- 7.7.1. Novo Link SI-PNI Web
- 7.7.2. Passo a passo para registro no SI-PNI

8. DIETA E SONDAS

- 8.1. Aspirado e Lavado Gástrico no Recém-nascido
- 8.2. Administração de Dieta Enteral na Neonatologia
- 8.3. Verificação de pH Gástrico-Enteral
- 8.4. Cuidados com Gastrostomia e Jejunostomia
- 8.5. Colostroterapia
- 8.6. Pacientes com ícone de NPO
- 8.7. BIP Banco de Leite à noite
- 8.8. Modificações prescrições de dietas
- 8.9. Recolhimento de dietas
- 8.10. Padronização bico ortodôntico
- 8.11. Dieta complementar à noite
- 8.12. Fortificante do leite materno à beira leito
- 8.13. Novo local para dieta complementar
- 8.14. Necessidades extração LM - madrugada - após 1h da manhã

9. NPT

- 9.1. Nutrição Parenteral Total - NPT em Neonatologia
- 9.1.1. Troca da Bolsa de NPT na mudança de sítio ou dispositivo vascular
- 9.1.2. Equipe fotossensível lipídios

10. HEMODERIVADOS E TRANSFUSÃO

- 1. Coleta de Prova de Compatibilidade Transfusional em Áreas não atendidas pela Equipe Transfusional
- 2. Volume de hemocomponente enviado na bolsa
- 3. Transporte de material ao banco de sangue
- 4. Equipo e Bureta Sangue

11. COLETAS

- 1. Novos tubos laboratório
- 2. Encaminhamento teste pezinho
- 3. Envio de Material Biológico pelo Tubo Pneumático
- 4. Suporte Frasco Coleta
- 5. Coleta de Sangue em Cateter Central para Exames Laboratoriais na Neonatologia - Cateter Venoso Central

12. EXAMES

- 1. Preparo para RNM

13. HD/ECMO

- 1. Protocolo de enfermagem de HD/ ECMO
- 2. Atendimento ao RN com Hérnia Diafragmática Congênita

14. DIÁLISE

- 1. Diálise Peritoneal
- 2. Cuidados na Instalação de Diálise Peritoneal em Buretas

15. INSULINA CONTÍNUA

16. EXANGUINEOTRANSFUSÃO

- 17. Cuidados na Inserção e Troca de Sondas Gástrica e Enteral

18. PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

- 1. Protocolo assistencial de extravasamento de acesso periférico
- 19. Cuidados na Instalação e Manutenção de Pressão Arterial Invasiva via Cateter Umbilical
- 20. Verificação de Pressão Intra-abdominal
- 21. Cuidados com Dreno de Tórax
- 22. Hipotermia Terapêutica
- 23. Atresia de Esôfago- cuidados
- 24. Passagem de Sonda de Aspiração Contínua em Recém-Nascidos
- 25. PUNÇÃO LOMBAR
- 1. Cuidados de Enfermagem em Anestesia Local e Sedação de RN Submetido à Punção Lombar
- 2. Orientação realização de PL na UIO

26. CUIDADOS COM CATETERES

- 1. Cuidados com cateter umbilical
- 2. Fixação cateter umbilical
- 3. Coleta Cateter Umbilical
- 4. Instalação e verificação de PVC
- 5. Salinização de cateter venoso central de curta permanência (CVC)

27. PICC

- 1. Cuidados com o PICC
- 2. Técnica de Inserção do PICC por Punção Direta
- 3. Prescrição cuidados PICC
- 4. Compressas PICC
- 5. Evolução de retirada
- 6. Tarefas Time PICC
- 7. Administração de Cefepime em PICC
- 8. Membro preservado
- 9. PICC em RN IPÉ
- 10. Ficha de acompanhamento diário de PICC
- 11. Cuidados com PICC 3 FR
- 12. Programa de Acesso Vascular
- 13. Check List passagem de cateter PICC
- 14. Obrigatoriedade da Prescrição Médica para Inserção de PICC
- 15. Aplicação do Check list de acesso vascular seguro
- 16. Uso de alteplase na Neonatologia

- 28. Imobilização de Clavícula no Recém-Nascido
- 29. Contenção Mecânica do Paciente Pediátrico e Neonatal
- 30. Instruções para Aplicação do Checklist nos Procedimentos Diagnóstico Terapêuticos (PDT) em Pacientes Pediátricos e Neonatais
- 31. Instalação de aEEG
- 32. Rotinas com meningiomielocele
- 33. Cuidados ao Paciente com Risco ou Alergia ao Látex

34. RN com SÍFILIS

- 1. Alterações Atendimento a Criança em Tratamento de Sífilis

35. AVALIAÇÃO OFTALMO

ISOLAMENTOS

- 1. Critérios para Instalação de Isolamentos na Neonatologia (intimação na sala 1102)
- 2. Critérios para Liberação de Isolamentos e Medidas de Prevenção na

Neonatologia

- 3. Coleta de Aspirado de Nasofaringe para Pesquisa de Bordetella e Vírus Respiratórios
- 4. Tutorial Pedidos Swab
- 5. Orientações do CEVS - Monkeypox em gestantes, puérperas e RNs
- 6. Cartazes Medidas Preventivas
- 7. Orientação pacientes COVID/ INFLUENZA
- 8. Utilização de Equipamentos de Proteção Individual para Atendimento a Pacientes com Suspeita ou Infectados por Coronavírus- COVID-19
- 9. Fluxo de Pacientes Suspeitos ou Confirmados COVID
- 10. Cartaz Bebês COVID
- 11. Fluxo de atendimento de RN no BC - COVID
- 12. Fluxo de realização de Pen G em RN de mãe COVID+ na UIO

MANUSEIO E DESCARTE DE RESÍDUOS

- 1. Manuseio de Perfurocortantes
- 2. Descarte de Resíduos
- 3. Segregação de resíduos
- 4. Descarte de psicotrópicos

MATERIAIS

- 1. Pedido de material
- a. Pedido de Materiais Semanais
- b. Passo a passo pedido de materiais no AGHUse
- 2. Dispensação Material Médico Hospitalar por Paciente
- 3. Materiais ECMO
- 4. Teste e Funcionamento desfibrilador
- a. desfibrilador "colinha"
- b. Registros dos Testes do Desfibrilador.doc
- 5. Integrantes time material
- 6. Materiais para procedimentos
- 7. Limpeza e Desinfecção de Materiais de Terapia Respiratória nas unidades
- 8. Periodicidade de Troca de Materiais Invasivos e Descartáveis (Cateteres, Sondas, outros Materiais)
- 9. Tempo de Permanência de Equipos-Soros nas Unidades de Enfermagem

CME

1. Tratamento de Materiais e Equipamentos nas Unidades de Atendimento ao Paciente
2. Solicitação de Materiais CME
3. Horários de entrega e retirada de materiais no CME

ADMINISTRATIVOS**ESCALAS**

1. Banco de Horas Negativo
2. Horas Extras
3. Escalas enfermeiros
4. Atestados médicos
5. Orientações sobre folga eleitoral

GESTÃO

6. Mapa competências enfermeiros
7. Modelo de Acompanhamento Funcional
8. Gestão de desempenho

CONTATOS

9. E-mail para contato da Recepção Social A - Bloco A
10. Número do WhatsApp e BIP do Programa de Acesso Vascular e TIME PICC
11. Acionamento médicos no plantão para intercorrências da UTIN
12. Chamado Psicologia
13. CASA DE APOIO - Solicitação de vaga Neo
14. Lista de ramais

EPIS

15. Reforço sobre distribuição dos EPIS, locais e horários para retirada

OUTROS

16. NR-32
17. Horário Refeitório Acompanhantes
18. COMSEq Neo
19. Plano de internação neonatal
20. Acompanhamento pais e visita avós na Neonatologia
21. Grupo de Trabalho Perinatologia
22. Placar de Risco Neonatologia
23. Gestão dos leitos
24. Informações por telefone

25. Doação de corpos para estudos em universidades

26. Leito de Urgência UTI 01

27. Horário fixo para conversa com médico

28. Sala de amamentação como sala de descanso

29. Fluxograma para vídeo-chamadas na Neonatologia.

30. Fluxo de acidente de trabalho

- a. Protocolo Institucional sobre Fluxo de atendimento diante da exposição à material biológico

31. Acreditação JCI

- a. Metas internacionais de segurança do paciente

- b. Psicotrópicos e MAV

- c. Acreditação - Checklist preparatório diário

- d. Perguntas e Respostas para preparo para a Avaliação da JCI

- e. Acreditação: planejamento estratégico

32. Protocolo violência e comportamento de familiares

33. Lidando com a perda e criando memórias – resumo

34. PDDCAH