

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS**

**MAYRA PIRES LIMA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:  
A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA  
DE QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES DE ALTO RISCO NA  
MATERNIDADE ESTADUAL BALBINA MESTRINHO.**

Manaus-Amazonas

2017

**MAYRA PIRES LIMA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:  
A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA  
DE QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES DE ALTO RISCO NA  
MATERNIDADE ESTADUAL BALBINA MESTRINHO.**

Projeto de intervenção apresentado a Escola de Enfermagem-UFAM ,como requisito parcial para obtenção do título de Especialista ao Curso de Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, EE/UFMG.  
Orientadora: Profª Lisbeth Lima Hansen

Manaus-Amazonas

2017

## RESUMO

Trata-se de um Trabalho de conclusão de curso em formato de projeto de intervenção cujo objetivo é implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em obstetrícia no alojamento conjunto para gestantes de alto risco na Maternidade Balbina Mestrinho. Serão utilizados instrumentos em formato Word implantados e utilizados pela equipe de enfermagem do alojamento conjunto Alto Risco. Percurso metodológico: após o reconhecimento da rotina , fluxos e impressos da maternidade será feita a análise e readequação dos impressos utilizados pela maternidade na aplicabilidade do plano de cuidados direcionado às gestantes de alto risco. Posteriormente, será elaborada a proposta do projeto de intervenção para a gerência de enfermagem e profissionais do alojamento de gestantes de alto risco. Finalmente, será feita uma oficina de orientação e treinamento da equipe de enfermagem especializada no atendimento as gestantes de alto risco e a Implantação do projeto no alojamento conjunto-GAR após aprovação dos gestores responsáveis. Serão feitas avaliações a cada 6 meses quanto a execução da propostas de melhorias mediante os resultados obtidos. Dentre os resultados esperados estão: Implantar efetivamente a Sistematização da assistência de enfermagem no alojamento conjunto para gestantes de alto risco; Qualificar a assistência de enfermagem as gestantes de alto risco em 6 meses após a implantação do projeto ;Sensibilizar os profissionais de enfermagem da unidade quanto a importância e efetividade na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem; Tornar a Maternidade Balbina Mestrinho uma Unidade Padrão Ouro na Assistência Sistematizada de Enfermagem às Gestantes de Alto Risco. O projeto tem caráter contínuo de aplicabilidade tendo em vista que a maternidade é referência no atendimento à gestante de alto risco no Estado do Amazonas.

**Palavras – chave:** Gravidez de Alto Risco .Processo de Enfermagem. Equipe de Enfermagem

## **ABSTRACT**

This is a study of course completion in the form of an intervention project whose objective is to implement the Systematization of Nursing Care in obstetrics in the joint housing for high-risk pregnant women in the Balbina Mestrinho Maternity. We will use instruments in Word format implanted and used by the nursing team of the Alto Risco joint accommodation. Methodological course: after the recognition of the routine, flows and printed of the maternity will be done the analysis and readjustment of the forms used by the maternity in the applicability of the plan of care directed to the pregnant women of high risk. Subsequently, the proposal of the intervention project for the nursing management and housing professionals of high risk pregnant women will be elaborated. Finally, an orientation and training workshop will be held for the nursing team specialized in the care of high-risk pregnant women and the implementation of the project in the joint housing-GAR after the approval of the responsible managers. Evaluations will be made every 6 months regarding the implementation of the proposed improvements through the results obtained. Among the expected results are: Effectively implement the Systematization of nursing care in the joint housing for high-risk pregnant women; Qualify nursing care for high-risk pregnant women 6 months after project implementation; Raise nursing unit professionals' awareness of the importance and effectiveness of nursing care systematization; Make the Baldwin Maternity Maternity a Standard Gold Unit in Systematized Nursing Care for High Risk Pregnant Women. The project has a continuous character of applicability considering that maternity is a reference in the care to pregnant women of high risk in the State of Amazonas.

**Key - words:** High Risk Pregnancy. Nursing Process. Nursing team

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**A&CR:** Acolhimento e classificação de Risco

**CCIH:** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

**CIPE:** Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem

**COFEN:** Conselho Federal de Enfermagem

**CPNI-H:** Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar

**HE:** Histórico de Enfermagem

**MS:** Ministério da Saúde

**NANDA:** Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem

**NIC:** Nursing Interventions Classification

**NOC:** Nursing Outcomes Classification

**PAISM:** Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PCLH:** Programa de Coleta de Leite Humano

**PE:** Prescrição de Enfermagem

**PNH:** Política Nacional de Humanização

**PPP:** Pré parto, Parto, Pós parto

**RAS:** Rede de atenção à saúde

**RH:** é uma abreviatura do nome do macaco “Rhesus”, no qual os cientistas Landsteiner e Wiener identificaram pela primeira vez a presença do antígeno que denominaram “fator Rh”.

**SAE:** Sistematização da Assistência de Enfermagem

**SRPA:** Sala de Recuperação Pós Anestésica

**UCINCA:** Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

**UCINCo:** Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

**UGAR:** Unidade de Gestação de Alto Risco

**UTIM:** Unidade de Terapia Intensiva Materna

**UTIN:** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO.....</b>	<b>7</b>
<b>3. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO-POLÍTICO.....</b>	<b>11</b>
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
<b>6. PÚBLICO ALVO.....</b>	<b>23</b>
<b>7. METAS .....</b>	<b>23</b>
<b>8. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS .....</b>	<b>23</b>
8.1-CRONOGRAMA:ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO.....	24
<b>9.ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS.....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>29</b>

## 1.INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha propõe a implantação de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde a década de 1980, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiros obstetras e neonatais, obstetrites, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros, e que dá continuidade às demais ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM) e da Política Nacional de Humanização (PNH).<sup>23</sup>

Trata-se de uma estratégia para garantir às mulheres e às crianças uma assistência que lhes permita vivenciar a experiência da maternidade e nascimento com segurança, respeito e dignidade, afirmando que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher, parceiro(a) e sua família.

Nesta perspectiva a enfermagem obstétrica visa acima de tudo garantir um atendimento humanizado e de qualidade ao binômio mãe e filho, não esquecendo de sua família que desempenha um papel essencial no bom resultado do plano de parto. Diante desse objetivo a enfermagem ciência tem entre suas estratégias e ferramentas a **Sistematização da Assistência de Enfermagem(SAE).**

A SAE é o que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Existem diversas formas de sistematizar (organizar/ ordenar) a assistência, para torná-la segura, por exemplo: Os protocolos, a escala de funcionários diária, os fluxos, o processo de enfermagem são formas de sistematizar/ organizar a assistência de enfermagem.<sup>5,7,18,22</sup>

Diante de uma nova experiência de atuação em maternidade, em especial na Maternidade Balbina Mestrinho, referência Estadual no atendimento as gestantes de alto Risco, é de extrema necessidade a implantação da sistematização da Assistência de Enfermagem, utilizando o processo de enfermagem, como ferramenta indispensável para garantir um atendimento de qualidade e de forma sistematizada e padronizada a essas mulheres.

A gestante de alto Risco requer avaliações específicas e condutas padronizadas e individualizadas tendo em vista a grande diversidade de agravos possíveis nesta unidade.

Elaborar um plano de cuidados observando a individualidade e a integralidade da paciente deve proporcionar a mulher e a sua família um maior conforto e bem estar físico e emocional durante sua permanência na unidade.

A equipe de enfermagem deverá ser apta a acolher e avaliar a gestante de alto risco de forma humanizada e qualificada, além de planejar a assistência sistematizada implementar e registrar os cuidados prestados de forma integral.

O projeto será implantado na unidade de gestação de alto Risco (UGAR), tendo como público-alvo a equipe de enfermagem da unidade. O Percurso metodológico utilizará instrumentos, reuniões, estudos clínicos, capacitações e oficinas teórico-práticas, além da supervisão corretiva na aplicabilidade dos instrumentos e ferramentas.

Todas as intervenções propostas terão como base os protocolos vigentes e atuais do ministério da Saúde , entre eles a Rede de Atenção Materno Infantil-Rede Cegonha, além de pesquisas em saúde materno infantil baseadas em evidências científicas.

## **2.APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO**

A Maternidade "BALBINA MESTRINHO" foi inaugurada em 14 de maio de 1961 no Governo do Professor Gilberto Mestrinho com o nome em homenagem a genitora do senhor Governador na ocasião, contava naquele período com 83 (oitenta e três) funcionários e 70 (setenta) leitos e, tinha como objetivo atender apenas obstetrícia. Atualmente a unidade mantém 113 leitos. A Maternidade Balbina Mestrinho está localizada na Zona Centro-Sul de Manaus no endereço: Rua Duque de Caxias, Nº 1140, Bairro Praça 14 de Janeiro CEP: 69020-430, Telefone: (92) 3182-4500. Mantém o serviço de Referência em Alto Risco para todo o Estado do Amazonas, mas atende também risco habitual.

**2.1-Missão:** “Assistência à mulher grávida e ao seu filho com compromisso e competência”.

**2.2-Visão:** “Consolidar a Maternidade como referência, buscando a excelência de sua missão e promovendo ações de aprendizado, ensino e pesquisa”.

### **2.3-Capacidade instalada**

- ✓ 01 ambulatório para gestante de Alto Risco;
- ✓ 01 albergue com capacidade para acolhimento de 10 mães;
- ✓ 8 leitos de PPP;
- ✓ 03 leitos de reanimação neonatal
- ✓ 43 leitos de alojamento conjunto, sendo que destes 3 leitos para mães em processo de abortamento;
- ✓ 10 leitos na Unidade de Gestação de Alto Risco-UGAR;
- ✓ 20 leitos de UCINCo;
- ✓ 10 leitos de UTIN;
- ✓ 10 leitos de UCINCA;
- ✓ 07 leitos de UTI Materna;
- ✓ Centro de parto Normal Intra-Hospitalar(CPNI-H) com 3 leitos de PPP e 3 alojamento conjunto.
- ✓ Centro Cirúrgico/SRPA:3 salas cirúrgicas/4 leitos de SRPA;

### **2.4-Serviços ofertados.**

- ✓ Atendimento de pré-natal de Alto Risco;
- ✓ Acolhimento com Classificação de Risco;
- ✓ Raio X;
- ✓ Fisioterapia;
- ✓ Atendimento de Terapia Ocupacional;
- ✓ Serviço de Cardiologia;
- ✓ Serviço de Ultrassonografia;
- ✓ Atendimento de Psicologia;
- ✓ Atendimento de Fonoaudiologia
- ✓ Laboratório
- ✓ Serviço Social
- ✓ Serviço de Oftalmologia,

- ✓ Palestras em Educação em Saúde Ministrada por Médicos e enfermeiros,
- ✓ Imunizações,
- ✓ Procedimentos diversos como: Curativos, Nebulizações, Injeções;
- ✓ Ensino e Pesquisa na área Ambulatorial e Hospitalar,
- ✓ Acompanhamento ao recém nascido até um ano de idade pelo programa follow-up;
- ✓ Serviço de teste do Pezinho, Olhinho, Orelhinha, Língua e do coraçãozinho;
- ✓ Serviço de nutrição e nutrição parenteral;
- ✓ PCLH
- ✓ UTI Materna,
- ✓ UTIN,
- ✓ UCINCA,
- ✓ CPNI-H
- ✓ Ouvidoria.

#### **2.5-Programas e Comissões que a Maternidade mantém:**

- ✓ Programa de assistência as gestantes diagnosticadas com RH Negativo;
- ✓ Programa Follow-up (equipe multidisciplinar, acompanha os neonatos até 1 ano);
- ✓ CCIH-Controle de Infecção Hospitalar;
- ✓ Programa Aleitamento Materno;
- ✓ Programa Triagem e Diagnostico Neonatal;
- ✓ Programa de Residência Médica e Coordenação de Estagio;
- ✓ Programa de Notificação de Doenças Compulsórias;
- ✓ Programa Hospital Amigo da Criança;
- ✓ Programa – Método Mãe Canguru;
- ✓ Programa de combate à transmissão vertical;
- ✓ Programa Juntos pela Cidadania;
- ✓ Programa de Educação Permanente;
- ✓ Projeto Nascer;

### **3.JUSTIFICATIVA: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS**

A enfermagem obstétrica tem como um dos objetivos promover o bem estar e a continuidade da assistência à mulher desde o período pre-concepcional até o pós parto não esquecendo do cuidado direto ao binômio mãe-filho. O cuidado da enfermagem obstétrica deve ser realizado com qualidade e responsabilidade técnica, em especial às gestantes de alto risco, devido a sua complexa condição de saúde e suas necessidades de cuidados específicos em cada caso, fazendo assim com que o planejamento da assistência seja diferenciado e mais especializado. Prestar cuidados de qualidade a mulher, gestante, parturiente e puérperas é um compromisso que todos os profissionais da maternidade devem ter como meta, desde o seu acolhimento na recepção até sua saída verificada pelo guarda de segurança.

Observando o funcionamento da Maternidade Balbina Mestrinho desde fevereiro de 2017 , período este, que desempenho minhas atividades profissionais ,percebi que a qualidade da prestação dos cuidados as gestantes de alto risco apresentava falhas principalmente relacionado aos seguintes aspectos:

- ✓ Pouco trabalho interdisciplinar na avaliação e direcionamento do tratamento da paciente;
- ✓ Não realização do exame físico e avaliação integral da gestante de alto risco em cada plantão, observado nos registros dos profissionais enfermeiros;
- ✓ Dificuldade na identificação visual rápida nos dados vitais e de controle da gestante;
- ✓ Falta de conhecimento teórico-prático quanto a aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem em obstetrícia;
- ✓ Pouca adesão e valorização da SAE-Obstetrícia por parte da equipe técnica, devido a não utilização por parte dos enfermeiro;
- ✓ Formulários de registros de prescrição e evoluções inadequados e sem continuidade e condutas interdisciplinar, além de apresentar espaço reduzido para detalhamento da assistência prestada pelo profissional, em especial a do enfermeiro plantonista;

Diante desse diagnóstico e sabendo que a SAE possibilita a qualificação do plano de cuidados dos pacientes e a necessidade da efetiva aplicação das boas práticas por

toda a equipe de saúde e apoio administrativo, propõe-se este projeto de intervenção que proporcionará uma contínua educação e treinamento baseado nas seguintes etapas essenciais:

- ✓ Entrevista e exame físico com classificação de Risco caracterizando uma anamnese completa ;
- ✓ Identificação dos achados e necessidades de enfermagem;
- ✓ Determinação dos Diagnósticos de enfermagem;
- ✓ Prescrição de enfermagem;
- ✓ Evolução de enfermagem;

De acordo com o fluxo que a paciente irá seguir será necessária a reavaliação física e atualização do plano de cuidados pelos enfermeiros de cada plantão, ficando fixada em 12hs;

#### **4.REFERENCIAL TEÓRICO-POLÍTICO**

##### **4.1-A REDE CEGONHA E A GESTANTE DE ALTO RISCO**

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.<sup>14</sup>No contexto atual, frente aos desafios citados, o Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, institui a Rede Cegonha.<sup>14</sup>

Segundo a portaria 1459, de 24 de junho de 2011,a Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças :<sup>14,23</sup>

- O processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento;
- A articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto;
- A qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades;

- A melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades);
- A ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico;
- A humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê).

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional. O início de sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional. Desta forma, a Rede Cegonha conta com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação).<sup>23</sup>

Os princípios da Rede Cegonha são:<sup>23</sup>

- humanização do parto e do nascimento, com ampliação das boas práticas baseadas em evidência;
- organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS);
- acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção;
- vinculação da gestante à maternidade;
- gestante não peregrina;
- realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno.

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco”.<sup>2,9,12,13,14,15</sup>

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (CALDEYRO-BARCIA, 1973)<sup>14</sup>

Embora os esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham gerado nenhuma classificação capaz de prever problemas de maneira acurada, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador.<sup>12,14</sup>

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido.<sup>2,9,12,13,14,15</sup>

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.<sup>14</sup>

Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Sua identificação nas mulheres em idade fértil na comunidade permite orientações às que estão vulneráveis no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional. Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar. Como exemplo podemos citar uma mulher diabética, que deve estar bem controlada antes de engravidar.<sup>8,9,12,14</sup>

Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe.<sup>8,9,12,14</sup>

Na maioria dos casos a presença de um ou mais desses fatores não significa a necessidade imediata de recursos propedêuticos com tecnologia mais avançada do que os comumente oferecidos na assistência pré-natal de baixo risco, embora indiquem uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes. Pode significar apenas uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento. <sup>14</sup>

Além disso, atenta-se para uma necessidade maior de ações educativas dirigidas aos problemas específicos detectados nas gestantes. Em muitos casos, intervenções junto à família e à comunidade podem gerar impactos positivos. No decorrer do acompanhamento das gestantes consideradas de baixo risco, deve-se atentar para o aparecimento de algum desses fatores no curso da gestação. <sup>14,19</sup>

Diante de todos os aspectos relacionados a assistência as gestantes, em especial as de alto risco, os avanços técnicos-científicos, a complexidade dos serviços de saúde regulada pelas normas, procedimentos e leis existentes recomenda que todos os profissionais de saúde mantenham os instrumentos de registro adequadamente preenchidos em todas as etapas do atendimento: anamnese, exame físico, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e encaminhamentos. Segundo recomenda o Manual Técnico do Ministério da Saúde, a anamnese deve ser feita de forma completa, registrando antecedentes pessoais e familiares, as características individuais, condições socioeconômicas, história reprodutiva pregressa, doença obstétrica atual e intercorrências clínicas. As orientações de um exame completo e adequado registro devem ser seguidas em todas as etapas do atendimento, visando a uma assistência integral e de qualidade às gestantes. <sup>6,12,14,</sup>

Os profissionais de saúde convivem hoje com uma nova realidade nos serviços de assistência, surge a cada dia um processo contra um profissional da equipe de saúde ou um serviço, no que é denominado medicina defensiva. Nesse enfrentamento os profissionais precisam ter os seus direitos também assegurados, e para tanto é necessário o cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos na legislação vigente.

É importante destacar o papel da equipe de enfermagem neste processo. A enfermagem por acompanhar os pacientes em maior parte do tempo e ser a categoria profissional com maior número de registros, devem se atentar para a importância do registro no prontuário, principalmente naqueles casos onde acontece alguma

intercorrência, onde as anotações serão consideradas ferramentas fundamentais na elucidação dos casos nos fóruns, tanto administrativos como legais, podendo representar importante ferramenta na defesa do profissional. O registro realizado nos serviços de saúde é um direito que deve ser assegurado a todos e, mais que isso, é uma atitude de cidadania.<sup>6</sup>

O profissional de saúde deve estar em completa sintonia com os direitos assegurados à gestante; eles devem ser respeitados para que se garanta uma gravidez saudável e um parto seguro. Finalmente, é importante reiterar a necessidade do adequado preenchimento de todos os instrumentos de registro disponíveis, para que a assistência prestada à gestação seja de qualidade; com isso se asseguram os direitos da gestante, lembrando que o prontuário não pertence ao serviço e deve estar disponível para qualquer tipo de esclarecimento solicitado pela gestante ou por uma autoridade judiciária.<sup>5,6</sup>

Diante de todos os desafios da qualificação e abordagem adequada as gestantes, parturientes e puérperas nas unidades de saúde da Rede SUS, um grande desafio dos defensores da humanização desse atendimento é a redução da violência obstétrica e tantos outros procedimentos iatrogênicos relatados pelas pacientes e familiares. É desafio e compromisso do Governo Brasileiro ampliar o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade nos serviços de saúde, garantindo que o SUS seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, o que é responsabilidade de todos os gestores e profissionais da saúde, contando com a participação e coresponsabilização dos usuários.<sup>20</sup>

Nessa direção, a Rede Cegonha, com todos os seus princípios e medidas, adota estratégias para reorganização dos processos de trabalho no campo obstétrico-neonatal, entre eles a implantação do Acolhimento e Classificação de Risco nas portas de entrada dos serviços de urgência de obstetrícia (A&CR).<sup>10,11</sup>

A Rede Cegonha tem como diretrizes para nortear a reorganização dos processos de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais:

- ✓ Garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência;
- ✓ Garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto;

- ✓ Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- ✓ Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;
- ✓ Gestão democrática e participativa. Gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de co-responsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores.

Segundo a Política Nacional de Humanização “acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e co-responsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”. (PNH/MS, 2006).<sup>10,11</sup>

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante.<sup>10,11</sup>

Acolhimento significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas”, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.<sup>10,11</sup>

O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de “bondade” e “favor” por parte de alguns profissionais; não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.<sup>10,11</sup>

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares.

O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto. <sup>10,11</sup>

Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso. O acolhimento é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. <sup>1,10</sup>

#### **4.2-A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Todas as estratégias criadas e incentivadas pelo governo através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM) e da Política Nacional de Humanização (PNH) incluem a participação ativa da enfermagem no processo de melhoria da assistência nas unidades do SUS. Para isso toda a categoria de enfermagem precisa estar bem orientada e capacitada para alcançar os objetivos das ações, em especial a proporcionar a continuidade dos cuidados de forma mais adequada e humanizada as mulheres nas unidades de atenção básica e maternidades. A enfermagem obstétrica como ciência parceira e atuante ativa neste processo deve promover a qualificação dos profissionais que atuam direta e indiretamente neste processo, e ficar atenta principalmente em um dos pontos que mais observa-se perda da qualidade, como o acolhimento e o registro dos cuidados prestados. <sup>1,10,19</sup>

Observando os registros em saúde , tão importante para a continuidade do cuidado, a enfermagem detém de técnicas e instrumentos que possibilitarão a avaliação continua deste registro bem como uma prestação de cuidados de qualidade, entre elas, o processo de Enfermagem e a Sistematização da assistência de enfermagem(SAE).É importante definir a diferença entre esses dois métodos da enfermagem.<sup>6</sup>

A **sistematização da assistência de enfermagem** é o que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem.Existem diversas formas de sistematizar (organizar/ ordenar) a assistência, para torná-la segura, por exemplo:Os protocolos, a

escala de funcionários diária, os fluxos, o processo de enfermagem são formas de sistematizar/ organizar a assistência de enfermagem.<sup>18,22</sup>

O **Processo de enfermagem(PE)** é uma ferramenta metodológica utilizada para tornar a assistência de enfermagem *sistemática, organizada em fases*, com o objetivo de *orientar o cuidado profissional de enfermagem, de promover a qualidade no cuidado prestado*.<sup>18,22</sup>

O processo de enfermagem é uma atividade intelectual, que quando realizada de maneira adequada, **contribui para o fortalecimento da profissão enquanto ciência**, pois passamos do **cuidado empírico** (realizado pelo “achismo” ou intuição), **para o cuidado baseado em evidências**. Este trabalho intelectual é o que **norteia o raciocínio clínico e a tomada de decisão diagnóstica, de resultados e de intervenções**. A utilização desta ferramenta possibilita a documentação dos dados relacionada às etapas do processo, favorecendo a visibilidade das ações de enfermagem e, conseqüentemente, da sua relevância na sociedade.<sup>18,22</sup>

No Brasil o processo de Enfermagem tem como ícone a teoria de Wanda de Aguiar Horta, na década de 70. Tal teoria se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, tais sejam, por exemplo, a lei do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica): todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres; a lei da adaptação: todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; lei do holis- mo: o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser.<sup>25</sup>

A teoria das necessidades humanas básicas procura explicar a natureza da enfermagem, seu campo específico e sua metodologia de trabalho. Fundamenta-se na teoria de Maslow para explicar ser a enfermagem um serviço prestado ao homem visando assisti-lo no atendimento de suas necessidades básicas e desta maneira contribuir para mantê-lo em equilíbrio no tempo e espaço, seja prevenindo desequilíbrios, ou revertendo estes em equilíbrio. Da teoria proposta inferem-se os conceitos de enfermagem, assistir, assistência e cuidados em enfermagem. Algumas proposições e princípios também são expostos.

Diante das peculiaridades e especificidades da assistência de enfermagem as gestantes de alto risco é importante salientar que este projeto utilizara como base

científica para sua implantação a teoria das necessidades humanas básicas, de Wanda de Aguiar Horta.

Segundo a Resolução COFEN 358/2009, **o PE se organiza em 5 etapas:**<sup>5</sup>

1. Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem);
2. Diagnóstico de Enfermagem;
3. Planejamento de Enfermagem;
4. Implementação e;
5. Avaliação de Enfermagem.

Para fins didáticos, essas fases são descritas separadamente e em ordem sequencial. Mas vale destacar, que assim como Horta propôs, **as etapas são inter-relacionadas e, por isso, uma depende da outra.** Ademais, **essas etapas se sobrepõem, dado que o PE é contínuo.** Abaixo a descrição de cada fase:<sup>5,7,18,22</sup>

#### **4.2.1-Histórico de enfermagem (HE) ou Coleta de Dados**

É constituído por entrevista e exame físico. A entrevista investigará a situação de saúde do cliente ou da comunidade, identificando os problemas e necessidades de intervenções. Já o exame físico consiste na inspeção, palpação, percussão e ausculta, que necessita de conhecimento teórico e habilidades técnicas apropriadas para sua realização.<sup>5</sup>

#### **4.2.2-Diagnóstico de Enfermagem**

Nesta fase, o enfermeiro analisa os dados coletados e o estado de saúde do indivíduo, através da identificação e avaliação de problemas de saúde presentes ou em potencial.

Os diagnósticos serão elaborados de acordo com os protocolos da instituição, os mais utilizados são: NANDA e CIPE.<sup>5</sup>

#### **4.2.3- Planejamento de Enfermagem**

É determinado os resultados esperados, de maneira específica e identificado as intervenções necessárias para alcançar os resultados.<sup>5</sup>

As intervenções elaboradas devem ser direcionadas para alcançar os resultados esperados e prevenir, resolver ou controlar as alterações encontradas durante o histórico de enfermagem e diagnóstico de enfermagem.<sup>5</sup>

Existem diversos sistemas de classificação para intervenções de enfermagem, mas os mais utilizados no Brasil são a Nursing Interventions Classification (NIC) e a CIPE, baseado no julgamento clínico e conhecimento do enfermeiro para melhorar os resultados do cliente, e também a Nursing Outcomes Classification (NOC), para a classificação padronizada dos resultados dos clientes, que avalia o estado, comportamento ou percepção do cliente ou família, permitindo a qualificação do seu estado.<sup>5</sup>

#### **4.2.4-Implementação de Enfermagem**

Trata-se da **concretização do plano assistencial**, realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.<sup>5</sup>

#### **4.2.5-Avaliação de Enfermagem**

Processo sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade em um determinado momento do processo saúde-doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e verificação da necessidade de mudanças ou adaptações em alguma das etapas do Processo de Enfermagem.<sup>5</sup>

São utilizados indicadores para qualificação de avaliação:

- ✓ Ausente ou Presente;
- ✓ Melhorado ou Piorado;
- ✓ Mantido ou Resolvido.

Nesta etapa está a **evolução de enfermagem**, que é a **avaliação do paciente a cada 24 horas**.

No processo de enfermagem é **competência exclusiva do Enfermeiro a realização da consulta de enfermagem**, segundo a Lei n. 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e o “Guia de recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente”, que foi aprovado pela Resolução COFEN nº 514/2016, **que compreende:**<sup>5</sup>

- ✓ Histórico de enfermagem;
- ✓ Diagnóstico de enfermagem;
- ✓ Planejamento da assistência de enfermagem (que compreende também a prescrição de enfermagem) e;
- ✓ Evolução de enfermagem.

Como visto, a 4ª fase, a de **IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM** não foi citada, pois esta, trata-se da execução das atividades prescritas na etapa de planejamento e não é de competência exclusiva do enfermeiro, mas sim de toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem).<sup>5</sup>

**Dentre as atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem no processo de enfermagem, especificamente na fase de IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM, estão:**<sup>5</sup>

- ✓ Realizar os cuidados prescritos pelo enfermeiro;
- ✓ Realizar anotações relacionadas às intervenções/atividades prescritas pelo enfermeiro sejam elas independentes, dependentes ou interdependentes, lembrando que fornecem dados importantes ao enfermeiro e à equipe multidisciplinar para realizar a avaliação/ evolução do paciente.

Todo integrante da equipe de enfermagem é essencial para que consigamos prestar uma assistência com qualidade, livre de danos, garantindo a segurança do paciente.<sup>5,7,18,22</sup>

Todas esses métodos e instrumentos de qualificação da assistência devem ser obrigatórios em todos os ambientes onde existe prestação de cuidados de enfermagem. Segundo Art. 1º da Resolução COFEN 358/2009, ***o Processo de Enfermagem deve ser realizado***, de modo deliberado e sistemático, ***em todos os ambientes, públicos ou privados***, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. E Segundo a mesma resolução, ***a Sistematização da Assistência de Enfermagem também é obrigatória***, uma vez que sistematizar a assistência organiza o trabalho profissional, por meio de protocolos, instrumentos e pessoal, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem.<sup>5,7,18,22</sup>

É importante conscientizar todo profissional de enfermagem que os métodos e estratégias propostos pela Ciência Enfermagem deve ser valorizado e colocado em prática, evitando assim que nosso trabalho e prestação da assistência ao paciente não

seja realizado de forma mecânica e o que mais vemos hoje nas unidade de saúde, sem humanização. <sup>5,6,7,18,22</sup>

Os profissionais de enfermagem devem ter a consciência e a responsabilidade com tudo que é realizado em seu período de trabalho. Não pode esquecer que o registro do processo de enfermagem no prontuário do paciente é o que permite a continuidade da assistência, fornece parâmetros para a avaliação nos dias seguintes, além de garantir respaldo legal aos profissionais de enfermagem, uma vez que comprova a sua realização ou execução. <sup>5,6,7,18,22</sup>

## **5.OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GERAL**

Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em obstetrícia na unidade de gestação de alto risco na Maternidade Balbina Mestrinho.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Sistematizar a assistência de enfermagem às gestantes de alto risco promovendo o acolhimento e cuidado qualificado e sistematizado por enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na unidade ;
- ✓ Implantar fichas e formulários que possibilitem a realização do exame físico padronizado por todos os enfermeiros que atuam no alojamento conjunto de alto risco;
- ✓ Realizar treinamentos periódicos sobre a qualidade do exame físico, avaliação e registro pela equipe de enfermagem do alojamento;
- ✓ Sensibilizar os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a necessidade da aplicabilidade da SAE orientando sobre a importância da realização do plano de cuidados em sua totalidade;

## **6.PUBLICO ALVO**

Enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam diretamente no cuidado as gestantes de alto risco da maternidade Balbina Mestrinho;

## **7.METAS**

- ✓ Implantar a Sistematização da assistência de enfermagem na unidade de gestação de alto risco;
- ✓ Capacitar os profissionais da equipe de enfermagem que prestam cuidados diretos as gestantes de alto risco quanto na Sistematização da Assistência de Enfermagem direcionada às gestantes de Alto Risco;
- ✓ Qualificar a assistência de enfermagem as gestantes de alto risco em 6 meses após a implantação do projeto;
- ✓ Sensibilizar os profissionais de enfermagem da unidade quanto a importância e efetividade na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem;
- ✓ Referenciar a Maternidade Balbina Mestrinho como Unidade Padrão Ouro na Assistência Sistematizada de Enfermagem às Gestantes de Alto Risco;

## **8.ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**

As principais estratégias serão:

- ✓ Entrevista com os profissionais de enfermagem para levantamento das principais dificuldades enfrentadas na prestação da assistência as gestantes de alto risco na maternidade;
- ✓ Levantamento dos instrumentos de avaliação e registro utilizados pelos profissionais de enfermagem;
- ✓ Reorganização dos impressos e formulários aplicando a SAE na Unidade De Gestação de Alto Risco;
- ✓ Aplicação de instrumentos que otimizem o atendimento as gestantes de alto risco de forma integral, qualitativa e de registro prático para utilização dos profissionais de enfermagem;

- ✓ Elaboração de um protocolo de normas e rotinas e orientativo de preenchimento adequado para todos os profissionais de saúde dos setores;
- ✓ Elaboração e implantação da educação em saúde voltada as gestantes de alto Risco;
- ✓ Aplicação de pré testes pelos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem dos os formulários, fichas e impressos sugeridos através dos profissionais;
- ✓ A aplicação da 1ª fase da SAE pelo enfermeiro que admitir a paciente na unidade. Os demais deverão realizar avaliações a cada 12 horas atualizando plano de cuidados a ser realizado pela equipe de enfermagem do plantão;
- ✓ Elaboração de relatórios a gerência de enfermagem informando os resultados dos testes aplicados e as adequações a serem feitas;
- ✓ Realizar oficinas e capacitações em Sistematização da Assistência de Enfermagem para Técnicos de enfermagem e enfermeiros;
- ✓ Reuniões Mensais para discussão de casos e padronizações de planos de cuidados;

## 8.1 CRONOGRAMA: ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO

O projeto seguirá as seguintes etapas:

ETAPA	PERIODO
1. Levantamento do diagnóstico situacional da maternidade Balbina Mestrinho no aspecto estrutura física e fluxo de atendimento e acolhimento das pacientes;	Fevereiro à Maio 2017
2. Reconhecimento da rotina, dinâmica e método de atendimento das gestantes de alto risco do acolhimento a alta na unidade;	Fevereiro à Maio 2017
3. Identificação e levantamento de procedimentos, rotinas e atuações profissionais que não respeitam os princípios da rede cegonha;	Fevereiro à Maio 2017
4. Análise e avaliação minuciosa dos instrumentos, fichas, formulários, materiais, protocolos e demais impressos	Fevereiro à Maio 2017

utilizados pela maternidade na aplicabilidade do plano de cuidados direcionado às gestantes de alto risco	
5. Observação e identificação das características do relacionamento interpessoal e Inter profissionais dos funcionários na unidade;	Fevereiro à Maio 2017
6. Observação e identificação das características do relacionamento profissional-gestante e família da admissão a alta na unidade;	Fevereiro à Maio 2017
7. Análise e descrição de todos os aspectos observados que precisam ser incentivados, mantidos ou melhorados;	Fevereiro à Maio 2017
8. Levantamento de referências bibliográficas	Março a Maio 2017
9. Leituras e fichamentos do conteúdo e condutas baseadas em evidências;	Março a Maio 2017
10. Elaboração do Projeto de intervenção	Março a Junho 2017
11. Aplicação de pré teste dos formulários com profissionais técnicos de enfermagem e enfermeiros no alojamento conjunto de alto Risco (ALCON GAR)	Junho de 2017
12. Elaboração de relatórios dos pré testes aplicados	Junho de 2017
13. Reformulação dos instrumentos de qualificação da assistência e avaliação clinica conforme sugestões da equipe técnica envolvida na aplicabilidade dos formulários	Junho de 2017
14. Apresentação proposta do projeto de intervenção conforme a realidade apresentada para a gerencia de enfermagem e profissionais do alojamento de gestantes de alto risco;	Junho de 2017
15. Oficina de orientação e treinamento da equipe de enfermagem especializada no atendimento as gestantes de alto risco	Julho de 2017
16. Implantação do projeto na UGAR após aprovação do setor de ensino e pesquisa da maternidade, gerência de enfermagem, diretor da maternidade e secretaria de saúde;	A partir julho de 2017
17. Avaliação periódica quanto a execução da propostas de	A partir de julho de

melhorias apresentadas e dos resultados obtidos;	2017
18.Elaboração do relatório parcial com os primeiros resultados obtidos com o projeto de intervenção	Agosto de 2017

**Tabela 1**

### 9.ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS

<b>Nº</b>	<b>ITEM</b>	<b>QUANT.</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
1.	Resma de folha de ofício	04	R\$ 15,00	R\$ 60,00
2.	Canetas	10	R\$ 1,50	R\$ 15,00
3.	Pranchetas	05	R\$ 7,50	R\$ 37,50
4.	Cartucho de Tinta preta para impressora EPSON JP 241	3	R\$ 35,00	R\$ 115,00
5.	Cartucho de Tinta colorida para impressora EPSON JP 241	3	R\$ 90,00	R\$ 270,00
6.	Transporte do pesquisador	10	R\$ 20,00	R\$ 200,00
7.	Impressão do Kit da SAE para a UGAR (média mensal)-	50 kits		

**Tabela 2**

Todos os custos desta pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador.




## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa , Guilherme Correa; Meneguim, Silmara; Lima ,Silvana Andréa Molina; Moreno, Vânia. **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2013 jan-fev; 66(1): 123-7
2. Calife,Karina; Lago, Tania; Lavras, Carmen. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: Manual técnico do pré natal e puerpério.**São Paulo: SES/SP, 2010.
3. Carvalho ,Elisabete Mesquita Peres de; Göttems, Leila Bernarda Donato; Pires ,Maria Raquel Gomes Maia. **Adesão às Boas Práticas na Atenção Ao Parto Normal: Construção e Validação De Instrumento.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2015.
4. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. **O Processo De Parir Assistido Pela Enfermeira Obstétrica No Contexto Hospitalar: Significados Para As Parturientes.** O Processo De Parir Assistido Pela Enfermeira Obstétrica. Escola Anna Nery:2012 .jan-mar; 16 (1):34-40
5. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Resolução 358/2009.** [on line]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html).
6. Conselho Federal de Enfermagem de São Paulo – COFEN. **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem.** [on line]. São Paulo; 2016. [18 Mai 2017]
7. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo .COREN. **Processo de Enfermagem: Guia para a Prática.** São Paulo; 2015. [18 Mai 2017]
8. Melo, Michele Nakahara; Amorim, Thaís Vasconcelos,; Salimena, Anna Maria de Oliveira et al. **Cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: contribuições para a enfermagem.** Revista de Enfermagem.Universidade Federal de Pernambuco.UFPE on line. Recife, 10(11):3911-7, nov., 2016
9. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres.** Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
10. Ministério da Saúde. **Humanização Do Parto e Do Nascimento.** Cadernos HumanizaSUS ; v. 4. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.1ª edição, 2ª Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Cadernos de Atenção Básica, n° 32.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1ª. ed. rev. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª. edição. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Nacionais De Assistência Ao Parto Normal**: versão resumida. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
16. Mouta RJO, Progianti JM. **Estratégias de Luta das Enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para Implantação de um Modelo Humanizado de Assistência ao Parto**. Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2009 Out-Dez; 18(4): 731-40.
17. Nascimento NM, Progianti JM, Novoa RI, Oliveira TR, Vargens OMC. **Tecnologias não invasivas de Cuidado no Parto Realizadas por Enfermeiras: A Percepção De Mulheres**. Tecnologias Utilizadas Por Enfermeiras Durante O Parto. Escola Anna Nery:2010 jul-set; 14 (3):456-461.
18. Nóbrega MML, Garcia TR. **Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no Brasil**. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 58. núm. 2, março-abril. 2005. pp.227-230.
19. Progianti JM, Costa RF. **Práticas Educativas Desenvolvidas por Enfermeiras: Repercussões Sobre Vivências de Mulheres na Gestação e no Parto**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília ,2012 (mar-abr; 65(2): 257-63).
20. Progianti JM, Porfírio AB. **Participação das Enfermeiras no Processo de Implantação de Práticas Obstétricas Humanizadas na Maternidade Alexander Fleming (1998-2004)**. Práticas obstétricas humanizadas implantadas por enfermeiras. Escola Anna Nery (impr.) 2012 jul -set; 16 (3):443- 450.
21. Vieira MJO, Santos AAP; Silva, JMO; Sanches, METL. **Assistência De Enfermagem Obstétrica Baseada em Boas Práticas : Do Acolhimento ao Parto**. Revista Eletrônica de Enfermagem.[Internet]. 2016.[acesso em 15 de maio de 2017].Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>.
22. Wall ML, et al. Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMISAE). **Avaliação de enfermagem: anamnese e exame físico: Adulto, Criança e Gestante**. Curitiba: Hospital de Clínicas, 2014. [Acesso em: 18 Mai 2017]. Disponível em: [http://www.hc.ufpr.br/arquivos/livreto\\_sae.pdf](http://www.hc.ufpr.br/arquivos/livreto_sae.pdf).
23. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**.Brasília:Junho,2011.
24. Rodrigues ,Ana Luzia; Maria ,Vera Lúcia Regina . **Teoria Das Necessidades Humanas Básicas: Conceitos Centrais Descritos Em Um Manual De Enfermagem**. Cogitare Enfermagem. 2009 Abr/Jun; 14(2):353-9.
25. Horta, Vanda de Aguiar. **Processo de enfermagem/ Com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos, Professora Assistente da Escola de Enfermagem da USP**.São Paulo : EPU 1979.

## ANEXOS

### FICHAS E INSTRUMENTOS PARA DE IMPLANTAÇÃO DA SAE NA UNIDADE DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO-UGAR

		SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE MATERNIDADE ESTADUAL BALBINA MESTRINHO SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM					
<b>FICHA Nº 1</b> <b>ANAMNESE/EXAME FÍSICO DA GESTANTE-ADMISSÃO NA UP</b>							
BPA Nº _____		DATA: ___/___/___		UP: _____		LEITO: _____	
1ª ETAPA DA SAE: REALIZAR ANAMNESE/EXAME FÍSICO NA ADMISSÃO DA GESTANTE NO ALOJAMENTO RESPONSÁVEL: ENFERMEIROS ALOJAMENTO CONJUNTO GESTANTES DE ALTO RISCO-ALCON GAR							
NOME DA USUÁRIA: _____				IDADE: _____			
<b>EXAMES SOLICITADOS NO DIA E/OU RESULTADOS DO ULTIMOS REALIZADOS</b>							
HIV ___/___/___ ( ) REAG. ( ) SNR		HbsAg ___/___/___ ( ) REAG. ( ) SNR		HCV ___/___/___ ( ) REAG. ( ) SNR		VDRL/TR SIFILIS ___/___/___ ( ) REAG. ( ) SNR	
<b>EXAME FÍSICO</b>							
SINAIS VITAIS OBSERVADOS NA ADMISSÃO NO ALCON		HORARIO DE CHEGADA: ___:___h PA/PULSO: _____ BCFS: _____ PF: _____ MF: _____		OBSERVAÇÕES: _____			
ESTADO GERAL		( ) Bom Estado Geral ( ) Regular Estado Geral ( ) Estado Geral melhorado ( ) Lucida e orientada ( ) Confusa ( ) Mob. Normal ( ) Mob. Prej. ( ) OUTROS: _____					
PELE		( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) HIDRATADA ( ) DESIDRATADA ( ) ANICTERICA ( ) ICTERICA ( ) ACIANOTICA ( ) CIANOTICA ( ) OUTROS: _____					
APARELHO RESPIR.		( ) EUPNEICA ( ) TAQUIPNEIA ( ) BRADPNEIA ( ) TORAX ( ) DISPNEIA ( ) TAQUIDISPNEIA		( ) SIMETRICO ( ) ASSIMETRICO ( ) RETRAÇÃO ( ) OUTRAS OBSERVAÇÕES: _____			
MAMAS		( ) NORMAIS ( ) ASSIMETRICAS ( ) COLOSTRO ( ) FLACIDAS ( ) OUTRAS ALTERAÇÕES: _____		MAMILOS		( ) PROTUSOS ( ) PLANOS ( ) SEMIPLANOS ( ) INVERTIDOS ( ) OUTROS: _____	
APARELHO CARDIOV.		( ) RITMICO ( ) ARRITMICO ( ) NORMOCARDIA ( ) TAQUICARDIA ( ) BRADICARDIO ( ) OUTROS		ABDOME:		RHA: + ( ) ↓ ( ) ↑ ( ) ( ) - AU: _____ CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL: _____	
POSICAO FETAL		( ) DIREITA ( ) ESQUERDA ( ) NI		VARIACAO DE POSICAO			
SITUACAO		( ) LONGITUDINAL ( ) TRANSVERSA		APRESENTACAO FETAL		( ) CEFALICA ( ) PELVICA ( ) NI ( ) OUTROS: _____	
DINAMICA UTERINA PRESENTE:		FREQUENCIA: _____ DURACAO: _____ INTENSIDADE: _____		TONUS: ( ) HIPOSSISTOLIA ( ) HIPERSSISTOLIA INTENSIDADE: _____		BCFs COM DU ATIVA ANTES DA CONTRACAO DURANTE A CONTRACAO APOS A CONTRACAO	
GENTALIA INSPECÇÃO EXTERNA		( ) HIPERPIGMENTADA ( ) VARIZES ( ) TUMORES ( ) LESOES: _____ ( ) PERD. VAGINAIS: ( ) LÁ ( ) CORRIMENTO: _____ ( ) SANGRAMENTO: _____ ( ) OUTROS					
REALIZADO TOQUE VAGINAL:		( ) SIM ( ) NAO		DILATAÇÃO _____ cm ELASTICIDADE PERINEAL: APAGAMENTO _____ POSICAO DO COLO: COLO POST. ( ) COLO ANT. ( )			
INSPECÇÃO DE MEMBRANAS:		SANGRAMENTO ( ) Quantidade/Coloração: _____ LIQUIDO AMNIOTICO: ( ) CLARO ( ) MECONIAL FLUIDO ( ) MECONIAL ESPESSE ( ) ROTA as _____ hs ( ) FETIDO ( ) CLARO COM GRUMOS					
ELIMINAÇÕES		ELIM. VESICAIS: ( ) + ( ) ↓ ( ) ( ) - ELIM. INTESTINAIS: ( ) + ( ) ↑ ( ) ↓ ( ) -					
PRESENÇA DE EDEMA:		( ) - ( ) ++ ( ) +++ ( ) Unilateral de MMI, com sinais flogísticos ( ) MMSS: ( ) NORMAL ( ) EDEMA ( ) MMII: ( ) NORMAL ( ) EDEMA ( ) FACE: ( ) NORMAL ( ) EDEMA ( ) ABDOME: ( ) NORMAL ( ) EDEMA ( ) OUTROS					
HISTORIA OBSTETRICA G P A		PN: _____ PC: _____ OE: _____		PATOLOGIAS DURANTE A GRAVIDEZ(ES) ANTERIOR(ES): _____		PATOLOGIAS DURANTE A GRAVIDEZ ATUAL: _____	
IG NA 1ª CONSULTA DE PRE NATAL: DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___ IG ATUAL PELA DUM: _____				DATA 1ª USC: ___/___/___ IG NO DIA DA USC: _____ DPP /USC: _____ IG ATUAL PELA USC: _____			
OUTRAS AVALIAÇÕES/OBSERVAÇÕES							
HORARIO DA AVALIAÇÃO		_____ : _____ h		ASSINATURA/CARIMBO ENFERMEIRO AVALIADOR			
<b>LEGENDA</b>							
NI: NÃO IDENTIFICADA NSA: NÃO SE APLICA RHA: RUIDOS HIDROAÉREOS		PN: PARTO NORMAL PC: PARTO CESAREO OE: OBITO FETAL		AU: ALTURA UTERINA BCF: BATIMENTOS CARDIOFETAIS GRA: GESTAÇÃO PARTO/ABORTOS LA: LIQUIDO AMNIOTICO		MMSS: MEMBROS SUPERIORES MMII: MEMBROS INFERIORES	
Instrumento reavaliado e reformulado por: Engª Mayra Pires/Aluna Especialização Enfermagem Obstétrica- UFAM/Rede Cegonha/MS							

FICHA Nº02		
ACHADOS /DIAGNÓSTICOS/PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
ACHADOS DE ENFERMAGEM/EVOLUÇÃO DIÁRIA		
DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM	FATORES RELACIONADOS	
<i>Marcar com um X o(s) diagnóstico(s) referente a avaliação da gestante</i>	<i>(Colocar no parêntese a numeração referente ao diagnóstico)</i>	
1. ( ) ADAPTAÇÃO PREJUDICADA 2. ( ) ALTERAÇÃO DA NUTRIÇÃO <i>MENOS QUE O CORPO NECESSITA;</i> 3. ( ) ANSIEDADE 4. ( ) BAIXA AUTOESTIMA 5. ( ) CONSTIPAÇÃO 6. ( ) DÉFICIT AUTOCUIDADO 7. ( ) DÉFICIT DO VOLUME DE LÍQUIDOS 8. ( ) DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO, HIGIENE E ALIMENTAÇÃO 9. ( ) DÉFICIT DE CONHECIMENTO INEFICAZ 10. ( ) DOR 11. ( ) EXCESSO DE VOLUME DE LÍQUIDOS 12. ( ) HIPERTERMIA 13. ( ) HIPOTERMIA 14. ( ) INSEGURANÇA 15. ( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA 16. ( ) MATERNIDADE ALTERADA 17. ( ) MEDO 18. ( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA 19. ( ) PADRÃO DE ELIMINAÇÃO URINÁRIA ALTERADO 20. ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ 21. ( ) RISCO PARA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA 22. ( ) RISCO PARA ESTRESSE 23. ( ) RISCO PARA INFECÇÃO 24. ( ) RISCO PARA INFECÇÃO PUERPERAL 25. ( ) SONO PREJUDICADO 26. ( ) VÍNCULO MÃE E FILHO PREJUDICADO	<input type="checkbox"/> AO JEJUM PROLONGADO <input type="checkbox"/> A INFECÇÃO <input type="checkbox"/> AO MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> A MUDANÇA DE AMBIENTE <input type="checkbox"/> A AMAMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> A PREMATURIDADE <input type="checkbox"/> A ANORMALIDADE DO RN <input type="checkbox"/> AO USO DE COMPLEMENTO <input type="checkbox"/> AO REFLEXO SUCÇÃO INSATISFATÓRIA <input checked="" type="checkbox"/> MECANISMO REGULADORES COMPROMETIDOS <input checked="" type="checkbox"/> A INGESTÃO EXCESSIVA DE SÓDIO E LÍQUIDOS. <input type="checkbox"/> A PERDA DE LÍQUIDOS <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> AO PROCESSO DE INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> HIPERMETABOLISMO <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> A ESTRESSORES MÚLTIPLOS <input type="checkbox"/> A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO <input type="checkbox"/> A IMAGEM CORPORAL PERTURBADA <input type="checkbox"/> AS EXPECTATIVAS NÃO CONCRETIZADAS ACERCA DAS CAPACIDADES DO RN <input type="checkbox"/> RUPTURA DAS MEMBRANAS <input type="checkbox"/> IMUNOSSUPRESSÃO	<input type="checkbox"/> ABORTAMENTO <input type="checkbox"/> EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> DESCONFORTO DO PÓS-PARTO IMEDIATO <input checked="" type="checkbox"/> INCERTEZA DA EVOLUÇÃO DO PERÍODO <input type="checkbox"/> A AMEAÇA DE MORTE <input type="checkbox"/> A PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> A ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL <input type="checkbox"/> A PERDA SANGÜÍNEA <input type="checkbox"/> A EDEMAS <input type="checkbox"/> AS CONTRAÇÕES UTERINA <input type="checkbox"/> SONDAGEM <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> UMIDADE <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> LESÃO DE TECIDO <input type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> IMOBILIDADE FÍSICA. <input type="checkbox"/> TRAUMA/LESÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIA <input type="checkbox"/> AUMENTO DA TAXA METABÓLICA <input type="checkbox"/> PROCESSO INFECCIOSO <input type="checkbox"/> PREJUÍZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> A HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO <input type="checkbox"/> DÉFICIT DE CONHECIMENTO
OUTROS FATORES RELACIONADOS		
( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		
<b>ASSINATURA/CARIMBO ENFERMEIRO DIURNO</b> DATA: __/__/__ HORÁRIO: __: __ <b>hx</b>	<b>ASSINATURA/CARIMBO ENFERMEIRO NOTURNO</b> DATA: __/__/__ HORÁRIO: __: __ <b>hx</b>	

**PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**DATA:** / / **FICHA DE PRESCRIÇÃO**

NOME DA USUÁRIA		IDADE:	LEITO:		
Nº	PRESCRIÇÕES DIARIAS/ PLANO DE CUIDADOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM	DIURNO (Marcar X no cuidado a ser realizado)	CHECK-LIST ✓ realizado NR: não realizado	NOTURNO (Marcar X no cuidado a ser realizado)	CHECK-LIST ✓ realizado NR: não realizado
1.	Proporcionar ambiente <del>calmo</del> <del>silencioso</del> e acolhedor				
2.	Pouca luminosidade no quarto				
3.	Aferir e registrar sinais vitais de ___/___				
4.	Controle da PA a cada ___/___				
5.	Registrar e comunicar <b>IMEDIATAMENTE</b> ao enfermeiro a SSVV alterados presença de Perdas vaginais, contrações e dores;				
6.	Registrar e <b>Comunicar imediatamente</b> ao enfermeiro/medico plantonista alteração dos sinais vitais glicemia estado de consciência e orientação da <del>paciente</del> alteração dos <del>BCFS</del> Perdas vaginais, contrações e dores;				
7.	Avaliar e registrar a dor na escala de 1 a 10.				
8.	Realizar ausculta de BCF e DU de ___/___				
9.	Realizar <del>dinâmica</del> uterina.				
10.	Registrar e monitorar perdas transvaginais.				
11.	Ofertar dieta ___ conforme prescrição				
12.	Avaliar aceitação das dietas ofertadas				
13.	Orientar sobre dieta zero.				
14.	Incentivar hidratação oral				
15.	Orientar repouso absoluto				
16.	Manter cabeceira elevada				
17.	Manter posição supina por ___hs.				
18.	Manter as grades da cama elevadas				
19.	Evitar o toque vaginal				
20.	Avaliar aspecto de mamas e mamilos.				
21.	Avaliar e registrar aspecto do liquido amniotico SE PERDAS.				
22.	Orientar a paciente a comunicar sinais de alerta do trabalho de parto;				
23.	Identificar, datar e assinar equipo e <del>punção</del> <del>venosa</del> (trocar a cada 72h).				
24.	Avaliar a permeabilidade do AVP.				
25.	Registrar sinais <del>flogísticos</del> AVP				
26.	Retirar AVP e/ou sonda				
27.	Avaliar <del>turgor</del> cutâneo e mucosas				
28.	Observar e registrar as <del>eliminações</del> (periodicidade/características)				
29.	Encorajar micção				
30.	Registrar e comunicar náuseas e vômitos.				
31.	Incentivar deambulação.				
32.	Realizar compressa morna				
33.	Realizar Compressa fria				
34.	Incentivar uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor.				
35.	Realizar /Registrar /Fechar e avaliar Balanço Hídrico.				
36.	Avaliar padrão de sono e repouso.				
37.	Orientar higiene íntima correta				
38.	Registrar e Comunicar intercorrências/emergências;				
39.	Atenção para os Efeito Colateral/Reações adversas/Interação medicamentosa <del>da(s)</del> medicação( <del>ões</del> ):				
40.					
41.					
42.					
43.					
Assinatura do Enfermeiro Responsável Diurno: 		Assinatura do Enfermeiro Responsável Noturno:			