



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N° 04	Data: 13/03/2012
		Revisão N° 03	Data: 09/06/2020
Título: Admissão da Puérpera no Pós-Parto Vaginal		Área de Aplicação: Alojamento Conjunto	
Responsáveis	Nome	Cargo	
Elaboração	Márcia da Costa Seixas Ana Carolina de Sá Moreira Catão	Chefe do Alojamento Conjunto Chefe do Ambulatório e Admissão	
Revisão	Viviane Saraiva de Almeida Isabela Dias Ferreira de Melo	Assessoria de Planejamento, Supervisão e Cuidado	
Aprovação	Ana Paula Vieira dos Santos Esteves	Diretora de Enfermagem	

1. EXECUTANTE

1.1 Compete ao Enfermeiro e ao Técnico de Enfermagem a recepção e acolhimento da puérpera na unidade associados à prestação dos cuidados de enfermagem voltados à segurança, conforto e avaliação.

2. RESULTADOS ESPERADOS

- 2.1 Orientar as puérperas quanto às rotinas do setor e as ações de enfermagem durante a internação no Alojamento Conjunto.
- 2.2 Detectar alterações clínicas, obstétricas, psicológicas, físicas e sociais que dificultam a manutenção do bem estar após o parto.
- 2.3 Reunir informações evolutivas a respeito destas alterações, avaliando a necessidade de orientação ou assistência de enfermagem.

3. MATERIAL NECESSÁRIO

- 3.1 Estetoscópio.
- 3.2 Esfigmomanômetro.
- 3.3 Termômetro.
- 3.4 Relógio.
- 3.5 Impressos de enfermagem
- 3.6 Caneta.



4. ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

4.1 Realizar a higienização das mãos (ver POP de Higienização das Mãos).

4.2 Acomodar as puérperas no leito, após recepcioná-las no setor (enfermeiro e/ou técnico de enfermagem).

4.3 Enfermeiro:

4.3.1 Realizar exame físico e avaliar: nível de consciência e lucidez, pele e mucosa, queixas algícas, episódios de êmeses, contratilidade uterina, perdas transvaginais, aspecto da episiorrafia (caso tenha sido realizada), eliminações vesicointestinais (ver POP de Exame Físico da Puérpera no Alojamento conjunto).

4.3.2 Registrar todas essas informações no impresso Registro do Enfermeiro (ver em Figuras e Anexos).

4.3.3 Orientar a puérpera quanto:

4.3.3.1 As rotinas do setor (horários de visitas, alimentação, manual de acompanhantes).

4.3.3.2 Cuidados prestados (ações de enfermagem, equipe multiprofissional entre outros).

4.3.3.3 Apresentação da enfermaria.

4.3.4 Orientar e estimular a amamentação (ver POP de Amamentação).

4.3.5 Orientar e estimular os cuidados da mãe para com o recém-nascido (RN).

4.3.6 Registrar a admissão em livro próprio.

4.3.7 Realizar evolução em prontuário (impresso de evolução comum).

4.3.8 Preencher impresso de Avaliação de Risco da Paciente (Anexo 1) e Prescrição de Enfermagem – Puérpera (Anexo 2).

4.3.9 Aprazar a prescrição médica.

4.4 Técnico de Enfermagem:

4.4.1 Acomodar a puérpera no leito.

4.4.2 Verificar os sinais vitais - Temperatura, Pulso, Respiração e Pressão Arterial (ver POP de Verificação da Pressão Arterial em Adultos, Verificação da Frequência do Pulso Radial em Adultos, Verificação da Temperatura Axilar e Verificação da Frequência Respiratória).

4.4.3 Encaminhar a puérpera ao banho de aspersão, caso as condições clínicas permitam.

4.4.4 Orientar e estimular a amamentação (ver POP de Amamentação).

4.4.5 Orientar e estimular os cuidados da mãe para com o recém-nascido.



- 4.4.6 Realizar o registro de enfermagem sucinto, descrevendo as condições físicas e mentais da paciente no momento da admissão no impresso Evolução Diária de Enfermagem (ver em Figuras e Anexos).
- 4.4.7 Preencher identificação do leito (Anexo 3) e afixar na parede em cima da cabeceira da cama da paciente.
- 4.4.8 Realizar o registro de enfermagem sucinto, descrevendo as condições físicas e mentais da paciente no momento da admissão, no impresso Evolução Diária de Enfermagem (Anexo 4).

5. CUIDADOS

- 5.1 O sistema de Alojamento Conjunto, iniciado no Centro Obstétrico é assegurado por 24 horas durante todo o período de internação. A mãe e o bebê têm garantido o seu lugar no Alojamento Conjunto até que ambos tenham alta hospitalar, o que facilita a amamentação, sempre que o bebê quiser, o que chamamos de livre demanda.
- 5.2 As puérperas serão admitidas provenientes do Centro Obstétrico ou da Emergência Obstétrica.
- 5.3 A comunicação prévia ao Alojamento Conjunto quanto à internação ou transferência deverá acontecer com o propósito de verificar a disponibilidade de leito no setor.
- 5.4 Toda puérpera em pós-parto imediato tem direito a um acompanhante.
- 5.5 Reforçar as orientações caso seja verificado que a puérpera não tenha assimilado as informações inicialmente recebidas na admissão.
- 5.6 Avaliar criteriosamente a contratilidade uterina, perdas sanguíneas, pois perdas superiores a 1.000 ml e que ocasionem instabilidade hemodinâmica já podem ser consideradas como hemorragia pós-parto.
- 5.7 Avaliar a dor no pós-parto e se necessário utilizar medicamentos analgésicos eficazes, sob orientação médica. A dor intensa pode ser considerada um risco ao sucesso da amamentação, fator crucial para a manutenção de um puerpério tranquilo e para a saúde do RN, interferindo de forma negativa na capacidade da mãe para amamentar.
- 5.8 O aleitamento materno é incentivado, já na primeira hora de vida do bebê, assim como o contato pele a pele. Todas as mães são orientadas sobre como reconhecer os primeiros sinais de fome de seu bebê.
- 5.9 O aleitamento cruzado é contraindicado, ou seja, cada mãe deve amamentar somente o seu filho. Aqui desaconselhamos o uso de outros alimentos artificiais ou líquidos, a não ser por indicação médica.



- 5.10 Não recomendamos o uso de bicos, chupetas e mamadeiras, assim como, não recebemos doações de produtos, nem propagandas de leites artificiais.
- 5.11 Reforçar todas as orientações caso seja verificado que a puérpera não tenha assimilado as informações recebidas.

6. REFERÊNCIAS

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - Maternidade Escola. **Normas e Rotinas para o Incentivo à Amamentação da Maternidade Escola UFRJ**. 2019.
2. ALMEIDA, N.; FERNANDES, A. G.; ARAÚJO, C. G. **Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 03, p. 358-367, 2004.
3. ALVES; SILVA, A. M. S (Orgs.) **Avaliação da qualidade de Maternidades: Assistência à mulher e seu recém nascido no SUS - UFMA/UNICEF - São Luís**, 2000.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em 17 jul 2015.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília, 2001. Disponível em : http://www.sbp.com.br/src/uploads/2012/12/cd03_13.pdf. Acesso em 17 de jul 2015.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília. 2004 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em 17 de jul 2015.



7. FIGURAS E ANEXOS

ANEXO 1 – Avaliação de Riscos da Paciente

 Maternidade Escola		Avaliação do Paciente	
		Paciente: _____ Idade: _____ Data da Internação: _____ Leito: _____ Prontuário: _____ Setor: _____	
Enfermagem			
Avaliação de Riscos			
QUEDA			
Fatores de Risco <input type="checkbox"/> RN em incubadora ou berço de acrílico <input type="checkbox"/> Jejum maior que 12h <input type="checkbox"/> Alteração do nível de consciência (agitação, confusão, sonolência) <input type="checkbox"/> Déficit motor <input type="checkbox"/> Déficit Neurológico <input type="checkbox"/> Déficit sensitivo: visão, tato, audição <input type="checkbox"/> Alteração do equilíbrio <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos (sedativos, hipotensores, antidepressivos, neurolépticos, benzodiazepínicos e outros anestésicos) <input type="checkbox"/> Hipotensão postural/síncope	Identificação <input type="checkbox"/> Alto Risco (4 ou mais) <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Sem Risco AMARELO	Recomendações <ul style="list-style-type: none"> • Identificar no leito o risco de queda • Identificar no prontuário e nas prescrições • Manter grades do leito elevadas e cama em posição baixa • Manter portinholas das incubadoras fechadas • Manter berço de acrílico em posição baixa • Orientar paciente e acompanhante para solicitar a enfermagem para saída do leito ou poltrona sempre que necessário • Adequar horários dos medicamentos que causam sonolência, tontura ou vertigem • Avaliar uso de calçados 	
FLEBITE			
Fatores de Risco <input type="checkbox"/> Acesso periférico <input type="checkbox"/> RN prematuro <input type="checkbox"/> Dificuldade de imobilização do cateter no membro <input type="checkbox"/> Infusões com ml/h alto <input type="checkbox"/> Punção periférica anterior no mesmo local <input type="checkbox"/> Inserção de CVP em situação de emergência <input type="checkbox"/> Múltiplas punções venosas <input type="checkbox"/> Fragilidade capilar <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Uso de soluções concentradas irritantes ou vesicantes <input type="checkbox"/> História prévia de flebite	Identificação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não AZUL	Recomendações <ul style="list-style-type: none"> • Identificar no leito o risco de flebite • Identificar no prontuário e nas prescrições • Utilizar fixação, cobertura e procedimento padronizado para instalação e manutenção de cateter e/ou acesso • Avaliar o tipo de cateter em relação ao uso de drogas, em parceria com a equipe médica • Manter vigilância no local puncionado e anotar aspecto • Adequar diluições e tempo de infusão dos medicamentos Tipos de Flebite Flebite intensidade 1: dor local, eritema ou edema, sem endurecimento e cordão fibroso não-palpável Flebite intensidade 2: dor local, eritema ou edema, formação de endurecimento e cordão fibroso não-palpável Flebite intensidade 3: dor local, eritema ou edema, formação de endurecimento e cordão fibroso palpável Flebite intensidade 4: dor local, eritema ou edema, formação de endurecimento, formação de cordão fibroso palpável e saída de secreção purulenta	
ÚLCERA POR PRESSÃO			
Fatores de Risco <input type="checkbox"/> RN prematuro extremo <input type="checkbox"/> Baixo peso/Desnutrido <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Edema generalizado <input type="checkbox"/> Restrição no leito <input type="checkbox"/> Alterações na sensibilidade cutânea <input type="checkbox"/> Alterações no nível de consciência	Identificação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não VERDE	Recomendações <ul style="list-style-type: none"> • Identificar no leito o risco úlcera por pressão • Identificar no prontuário e nas prescrições • Inspeccionar as áreas de risco • Hidratar a pele diariamente • Manter o paciente livre de umidade • Avaliar aceitação alimentar e acionar a nutricionista quando necessário • Utilização de protetores mecânicos (coxins) e dérmicos (hidrocolóide), quando necessário • Utilizar lençol imóvel e técnica correta para imobilização, quando necessário • Realizar mudança de decubito com frequência • Orientar paciente e/ou acompanhante quanto à necessidade da movimentação do leito 	
Data da Avaliação/ Reavaliação: _____	Enfermeiro(a)/COREN: _____		Setor: _____
Motivo da reavaliação: _____			

Fonte: Maternidade Escola da UFRJ



ANEXO 2 - Prescrição de Enfermagem – Puérpera



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA

Nome: _____ Data: ____/____/__() SD () SN
Registro: _____ Leito: _____

Prescrição de Enfermagem - PUÉRPERA		
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Apazamento
Cólica uterina. Especificar: () leve () severa	Avaliar a cólica quanto à localização, frequência e duração	
	Avaliar a eficácia das medidas de controle da cólica	
	Ensinar medidas não farmacológicas para alívio/controla da dor	
	Oferecer informações sobre as causas da cólica	
	Avaliar a eficácia da medicação, após sua administração	
	Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor	
	Estimular a verbalização da dor	
	Favorecer o repouso e o sono adequados para facilitar o alívio da dor	
	Monitorar a satisfação da paciente com o controle da dor	
	Registrar características da dor	
	Verificar o nível de desconforto com a paciente	
	Observar e registrar presença de sangramento	
Característica do período pós -parto	Monitorar e registrar os sinais vitais	
	Monitorar e registrar as características dos lóquios vaginais	
	Monitor e registrar a permeabilidade do acesso venoso periférico	
	Medir e registrar a altura uterina	
	Realizar exame físico	
	Rever benefícios de uma boa higiene pessoal, roupas confortáveis e um sutiã adequado	
Falta de conhecimento sobre o cuidados com o recém-nascido	Avaliar disponibilidade para aprender	
	Avaliar o conhecimento sobre os cuidados com o recém-nascido	
	Orientar sobre os cuidados com recém - nascido relacionados ao banho, aleitamento materno, higiene corporal , higiene do coto umbilical	
	Orientar a puérpera sobre puericultura	
Fezes presente normal	Orientar sobre emissão da certidão de nascimento	
	Registrar aspecto da eliminação intestinal, quanto à cor, odor, consistência, volume e resíduos alimentares	
Ferida cirúrgica limpa (cesareana). Aspecto: _____	Avaliar e registrar o processo de cicatrização e os aspectos da ferida	
	Cobrir a ferida cirúrgica com cobertura estéril	
	Manter a ferida sem cobertura	
	Estimular a ingestão de nutrientes	
	Motivar cuidados de higiene com a incisão cirúrgica	
	Orientar a puérpera a lavagem da incisão com água e sabão e mantendo bem seca	
	Orientar a puérpera e a família quanto aos sinais e sintomas de possível infecção	
	Orientar o retorno à unidade ou uma unidade de saúde de referência para a retirada de pontos cirúrgicos após dez dias	
Orientar quanto à importância da higiene corporal		
Ritmo respiratório normal	Realizar o curativo com técnica estéril	
	Monitorar e registrar a frequência e ritmo respiratório	
Urina normal	Monitorar e registrar o débito urinário	
	Avaliar e registrar as características da eliminação urinária cor, coloração, frequência e volume urinário	
	Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária, por ocasião da alta hospitalar	
	Retirar sonda vesical	
	Reforçar a orientação sobre ingestão hídrica	
Dor Aguda: localização _____	Aplicar compressa fria ou quente, de acordo com a necessidade	
	Avaliar a eficácia da medicação, após sua administração	
	Avaliar a eficácia das medidas não farmacológicas para controle da dor	
	Favorecer o repouso e o sono adequados para facilitar o alívio da dor	
	Registrar características da dor	
	Verificar o nível de desconforto com a paciente	

Fonte: Maternidade Escola da UFRJ



Hipertensão () leve () moderada () severa		Reduzir fatores que precipitam alteração de pressão arterial (esforço maior que suas condições)	
		Documentar fatores relacionados à alteração da pressão arterial	
		Estabelecer padrão de níveis tensoriais (horários, posição de verificação)	
		Iniciar estratégia de mudança dos fatores precipitantes	
		Reduzir a ansiedade	
		Manter as vias aéreas permeáveis	
		Manter o repouso no leito	
		Documentar fatores relacionados à alteração da pressão arterial	
		Monitorizar os medicamentos para controle da pressão arterial	
		Monitorar e registrar a pressão sanguínea	
		Monitorar e registrar presença de dispnéia, fadiga	
		Supervisionar a ingestão da dieta	
		Orientar períodos de repouso frequente para maximizar a perfusão periférica	
		Orientar sobre a modificação de fatores de risco. Especificar quais: _____	
		Orientar o paciente sobre a importância da comunicação a qualquer desconforto torácico	
Hiperglicemia		Monitorar o equilíbrio de líquido	
		Monitorar e registrar sinais de pré-eclâmpsia. Especificar quais: _____	
		Orientar dieta hipossódica e hipoproteica	
		Transferir a paciente	
		Avaliar as condições do acesso intravenoso.	
		Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, hálito de maçã verde, fraqueza)	
		Verificar glicemia capilar e realizar rodízio de punção das falanges dos membros	
		Administrar insulina conforme protocolo da instituição	
Hipoglicemia		Solicitar avaliação nutricional	
		Informar a paciente e acompanhante quanto à importância da nutrição adequada para estabelecer o estado de saúde	
		Estimular o paciente a aderir à dieta alimentar	
		Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre os riscos de saúde causados pela ingestão de uma dieta inadequada	
		Solicitar avaliação da Equipe de Obstetria	
		Administrar glicose hipertônica 50% de acordo com a via prescrita	

Enfermeiro

Fonte: Maternidade Escola da UFRJ



Evolução Diária de Enfermagem do Alojamento Conjunto - Verso (Técnico de Enfermagem)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO

MATERNIDADE-ESCOLA DA UFRJ
ENFERMAGEM

MATERNIDADE-ESCOLA Evolução Diária de Enfermagem Alojamento Conjunto

SINAIS VITAIS

Horário:	Admissão	10	12	14	18	22	24	02	06
T									
P									
R									
PA									

HGT: GLICEMIA CAPILAR

HORÁRIO									
RESULTADO									
NPH									
REGULAR									
LOCAL									
CARIMBO E ASSINATURA									

Fonte: Maternidade Escola da UFRJ

HISTÓRICO DE ALTERAÇÕES

DATA	VERSÃO	ELABORAÇÃO/REVISÃO	APROVAÇÃO
13/03/2012	1	Márcia da Costa Seixas Ana Carolina de Sá Moreira Catão/ Viviane Saraiva de Almeida	Gustavo Dias da Silva
13/08/2015	2	Márcia da Costa Seixas Ana Carolina de Sá Moreira Catão/ Viviane Saraiva de Almeida	Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
09/06/2020	3	Márcia da Costa Seixas Ana Carolina de Sá Moreira Catão/ Viviane Saraiva de Almeida Isabela Dias Ferreira de Melo	Ana Paula Vieira dos Santos Esteves