

Aula 00

*Enfermagem Cirúrgica, Urgência e
Emergência e UTI p/ Concursos - Curso
Regular (Com Videoaulas) 2020*

Autor:
Lorena Campos

26 de Dezembro de 2019

Sumário

Introdução ao Estudo da enfermagem em centro cirúrgico.....	8
1 - Considerações Iniciais	8
2 - Centro Cirúrgico.....	8
2.2 – Conceitos e abordagem geral	8
2.3 – Zoneamento do Centro Cirúrgico	9
2.4 – Dimensionamento de pessoal no Centro Cirúrgico.....	13
2.5 – Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico	16
3 – Cirurgia Segura.....	20
4 – Tempos Cirúrgicos	23
4.1 – Diérese.....	23
4.2 – Hemostasia.....	24
4.3 – Exérese	25
4.4 – Síntese.....	25
5 – Classificação das Cirurgias.....	26
5.1 – Classificação conforme o número de microrganismos	26
5.2 – Classificação segundo a urgência clínica	27
5.3 – Classificação segundo a tempo de cirurgia.....	29
5. - Posicionamento do Paciente	30
6. - Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)	37
6.1. - Admissão na SRPA	39
7. - Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato	43
7. - Infecção do Sítio Cirúrgico	43
8 – Considerações Finais	47



Questões Comentadas	48
Resumo	62



APRESENTAÇÃO DO CURSO

Iniciamos nosso **Curso de Centro Cirúrgico** em teoria e questões, voltado para provas **objetivas e discursivas** de concurso público.

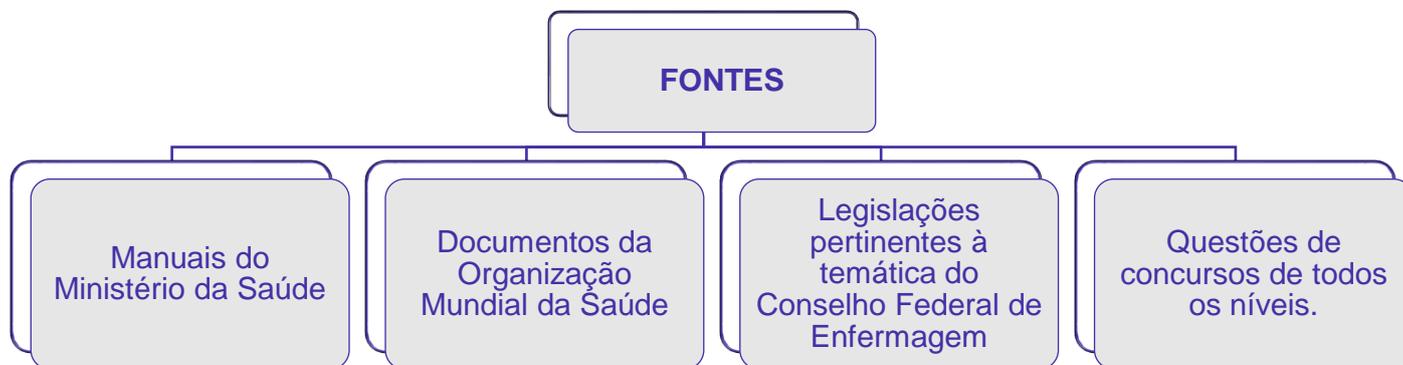
É interessante saber que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 7 milhões de pacientes sofrem algum tipo de complicação pós-operatória (complicações evitáveis) e cerca de 1 milhão destes pacientes evoluem para óbito.

Diante disto, abordaremos os tópicos mais cobrados pelas bancas, justificando-se também pela estimativa da OMS, que tem por prioridade desde 2009, reduzir os riscos cirúrgicos por meio do *checklist* para cirurgia segura (abordaremos com mais clareza e profundidade logo mais).

Nós iremos abordar todos os assuntos de forma didática, te proporcionando conhecer não apenas sobre os conceitos que eu citei acima, mas também compreender as ações da enfermagem frente a eles. Tenho a intenção de te auxiliar em três níveis de aprendizagem, sendo o conhecimento, a compreensão, e a análise. Para isso, utilizaremos de mapas conceituais, esquemas, resumos, questões e comentários.

Confira mais detalhes algumas considerações sobre a nossa **metodologia**.

Você terá nesta aula a apresentação do conteúdo a partir das seguintes "fontes".



Para deixar nosso momento de estudo mais interessante, consideramos questões sobre as temáticas dos mais variados níveis de complexidade, com o intuito de traçarmos todas as possibilidades das bancas. Deste modo, a partir delas e com base nas literaturas acima citadas, construiremos uma base sólida para que você tenha sucesso no seu percurso de aprendizagem, bem como nas provas que fará.

Esta é a nossa proposta!

Vistos alguns aspectos gerais da matéria, teçamos algumas considerações acerca da **metodologia de estudo**.



As aulas em *.pdf* tem por característica essencial a **didática**. Pautamos principalmente nos manuais do Ministério da Saúde, bem como preconizações da Organização Mundial da Saúde, e traduzimos para o nosso curso de modo que você tenha uma leitura fácil e simplificada, facilitando o aprendizado.

Isso, contudo, não significa superficialidade. Pelo contrário, sempre que necessário e importante os assuntos serão aprofundados. A didática, entretanto, será fundamental para que diante do contingente de disciplinas, do trabalho, dos problemas e questões pessoais de cada aluno, possamos extrair o máximo de informações para hora da prova.

Para tanto, o material será permeado de **esquemas, gráficos informativos, resumos, figuras**, tudo com a pretensão de “chamar atenção” para as informações que realmente importam.

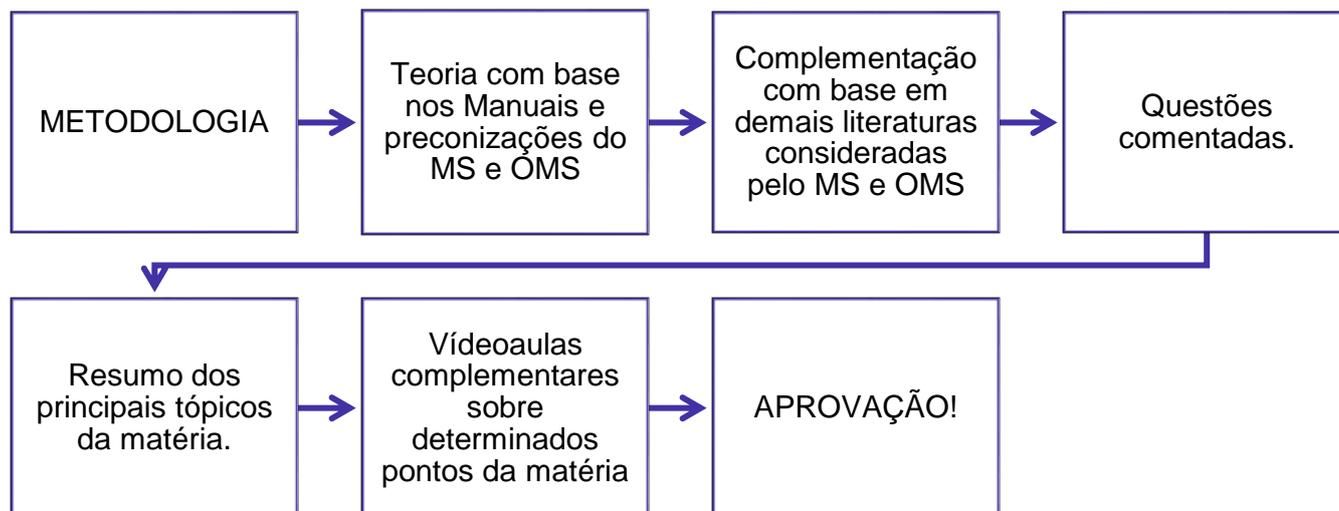
Com essa estrutura e proposta pretendemos conferir segurança e tranquilidade para uma **preparação completa**, sem **necessidade de recurso a outros materiais didáticos**.

Finalmente, destaco que um dos instrumentos mais relevantes para o estudo em *.PDF* é o **contato direto e pessoal com o Professor**. Além do nosso **fórum de dúvidas**, estamos disponíveis por **e-mail** e, eventualmente, pelo **Facebook**. Aluno nosso não vai para a prova com dúvida! Por vezes, ao ler o material surgem incompreensões, dúvidas, curiosidades, nesses casos basta acessar o computador e nos escrever. Assim que possível respondemos a todas as dúvidas. É notável a evolução dos alunos que levam a sério a metodologia.

Além disso, teremos vídeo aulas! Essas aulas destinam-se a complementar a preparação. Quando estiver cansado do estudo ativo (leitura e resolução de questões) ou até mesmo para a revisão, abordaremos alguns pontos da matéria por intermédio dos vídeos. Com outra didática, você disporá de um conteúdo complementar para a sua preparação. Ao contrário do PDF, evidentemente, **AS VIDEO AULAS NÃO ATENDEM A TODOS OS PONTOS QUE VAMOS ANALISAR NOS PDFS, NOSSOS MANUAIS ELETRÔNICOS**. As vídeo aulas que você terá acesso irão abordar os aspectos mais importantes do seu material em PDF, te permitindo esclarecer dúvidas de pontos essenciais e fundamentais para a sua preparação.

Assim, cada aula será estruturada do seguinte modo:





APRESENTAÇÃO PESSOAL

Para iniciarmos nossas atividades de estudo, gostaria que você me conhecesse brevemente. Me chamo **Lorena Campos Santos**, sou Enfermeira desde 2011, e me graduei no Centro Universitário Unieuro, em Brasília - DF.

Sou Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Programa de Residência da FEPECS/SESDF (2012/2014), e também especialista em Docência e Ensino Superior. Além disso, mestranda em Educação pela Universidade Católica Portuguesa, de Braga, Portugal.

Estou envolvida com docência na área da **Enfermagem** desde 2013, e tenho me dedicado ao Ensino Superior, Pós-Graduação, Formação Complementar e Concursos Públicos. Nestes âmbitos de atuação, tenho desenvolvido conteúdos específicos para UTI, saúde do adulto e idoso, SAE (sistematização da assistência de enfermagem), processo de enfermagem, e captação de órgãos e transplante (a qual também possuo experiência assistencial).

Logo abaixo, deixarei as possibilidades para que você entre em contato comigo, caso tenha alguma dúvida. Será um grande prazer te ajudar em momentos de dúvidas, e também receber sugestões para melhor te atender e te auxiliar nesse processo de aprendizagem.

E-mail: contato@ensinoenfermagem.com.br

Instagram: <https://www.instagram.com/ensino.enfermagem/>

CRONOGRAMA DE AULAS



Veja abaixo sobre o que estudaremos neste momento, e nos demais:

AULAS	TÓPICOS ABORDADOS	DATA
Aula 00	Centro Cirúrgico Zoneamento do Centro Cirúrgico Dimensionamento de Pessoal Cirurgias Seguras/Protocolo da Organização Mundial da Saúde Classificação das Cirurgias Tempos Cirúrgicos	
Aula 01	Clínica cirúrgica Controle hemodinâmico. Avaliação e controle da Dor. Feridas operatórias e curativo.	
Aula 02	Urgência e Emergência Política Nacional de Atenção às Urgências, e Classificação de Risco. Rede de Atenção às Urgências e emergências (RUE). Parada Cardiorrespiratória, Primeiros Socorros em situações clínicas (IAM, AVE) e Suporte Básico de Vida. Síndromes Coronarianas e terapia fibrinolítica. Exame Físico cardíaco. Envenenamento por animais peçonhentos	
Aula 03	UTI Escalas aplicáveis em UTI. Tipos de Choque. Insuficiência Cardíaca Congestiva. Pericardite. Antibioticoterapia (vancomicina, Anfotericina B). Sedação e analgesia. Cálculo de gotejamento. Efeito colateral de opiáceos. Arritmias no paciente grave e monitorização hemodinâmica. Distúrbios hidroeletrolíticos, balanço hídrico.	
Aula 04	UTI Pneumotórax e Hemotórax. Edema Agudo de Pulmão (EAP). Tromboembolismo Pulmonar. Insuficiência Respiratória. Monitorização respiratória. Pneumonia associada à ventilação. Aspiração Traqueal. Gasometria. Prevenção de Infecção.	
Aula 05	UTI Infecções do Trato Urinário Relacionadas à Assistência de Saúde (ITU-RAS). Lesão Renal Aguda e Insuficiência Renal Crônica. Modalidade de diálise. Nutrição Parenteral e enteral. Morte encefálica e manutenção do potencial doador/ Transplantes e modalidades de transplante Código de Ética voltado para situações de UTI. Hipotermia terapêutica. Principais Diagnósticos de Enfermagem em UTI.	

~~Pode incluir no cronograma todas as aulas. ☺~~



Essa é a distribuição dos assuntos ao longo desse nosso primeiro encontro, e tenho certeza que irá contribuir para sua trajetória de estudos.

Bom, essa foi uma parte interessante para termos gastado um pequeno tempo explicando. O seu material foi feito com muita atenção e embasado no que tem sido cobrado incisivamente. Espero que goste e que siga firme em seu propósito! Agora, vamos ao que interessa? ;)

A partir de agora, iniciaremos com Centro Cirúrgico como temática, e abordaremos tópicos importantes como zoneamento do centro cirúrgico, dimensionamento de pessoal e legislação envolvida, além de outros tópicos fundamentais, como o Protocolo de Cirurgias Seguras da Organização Mundial de Saúde.

Outros temas também serão abordados aqui, como classificação das cirurgias, posicionamentos cirúrgicos e etc.. Portanto, se acomode bem, deixe um copo de água pertinho, e bons estudos!

Um grande abraço,

Prof. Lorena Campos.



INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

1 - Considerações Iniciais

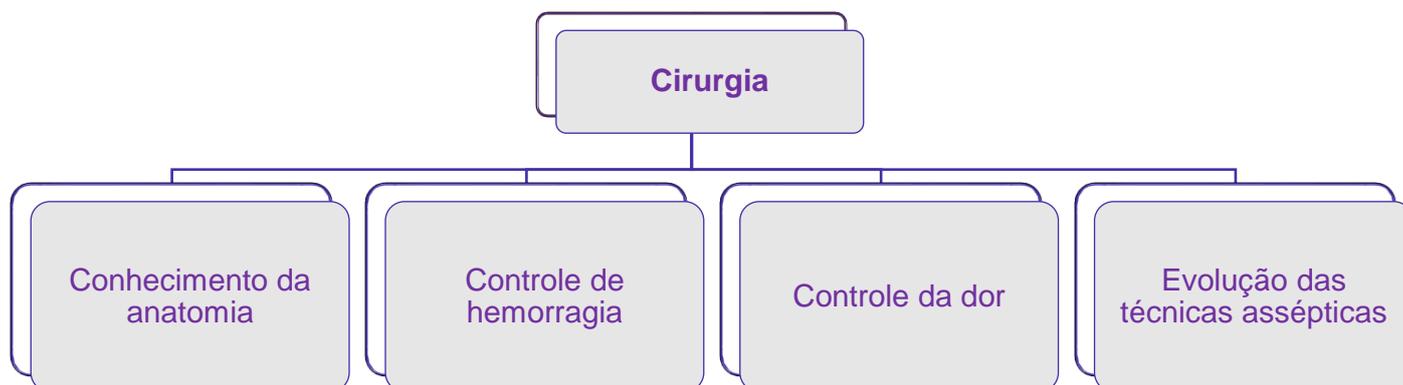
Neste primeiro momento, faremos uma breve abordagem sobre **Centro Cirúrgico**, para que você compreenda um pouco mais sobre esta unidade, facilitando a sua compreensão a respeito dos tópicos mais específicos sobre ela.

Boa aula!

2 - Centro Cirúrgico

2.2 - Conceitos e abordagem geral

Ao falarmos sobre Centro Cirúrgico, compreendemos que ao longo dos anos quatro situações proporcionaram força à cirurgia, sendo:



O desenvolvimento destes tópicos foi suficiente para alavancar as intervenções cirúrgicas com mais segurança, aprimorando cada vez mais as técnicas e diminuindo riscos ao paciente.

Nem sempre nos atentamos a entender sobre os conceitos que permeiam o que estamos estudando, e eles são fundamentais para que possamos compreender sobre o contexto geral. Portanto, gostaria de compartilhar o **conceito de Centro Cirúrgico** com você, antes de iniciarmos nosso estudo mais profundo sobre ele.



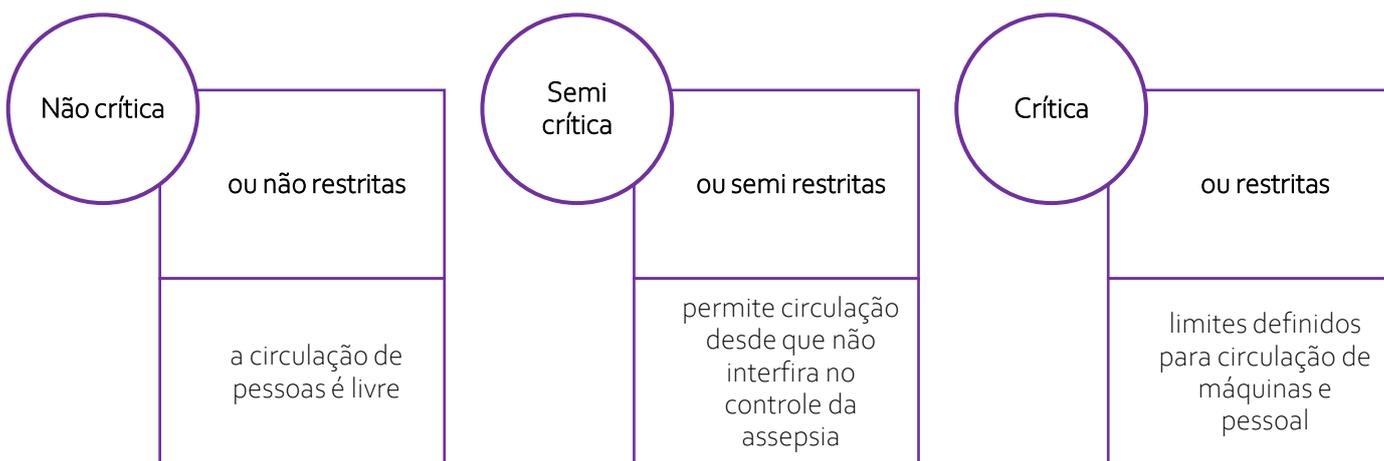
2.3 – Zoneamento do Centro Cirúrgico

De acordo com Martins e Dall’Agnol¹, trata-se de uma unidade a qual são realizados **procedimentos anestésico-cirúrgico, diagnósticos** e também **terapêuticos**, que permeiam o âmbito eletivo e também de urgência. Nesse sentido, é importante que você compreenda que naturalmente este ambiente é composto por procedimentos invasivos, sendo imprescindível recursos materiais de grande precisão, tal qual profissionais habilitados que sejam capazes de manusear tais instrumentos necessários para a finalidade da unidade.

Nesse contexto de característica desta unidade, podemos dizer ainda que se trata de uma unidade de alto risco conforme tratado pela RDC 307/2002, principalmente pela possibilidade aumentada de transmissão de infecção.

Se você já entrou em um Centro Cirúrgico, talvez não tenha se atentado que existe uma certa delimitação de áreas. Essa delimitação é realizada conforme os riscos e o grau de criticidade do local, e realmente você não verá cores, por exemplo, para dizer o quanto é crítica uma determinada área.

Não conseguiu entender bem? Vejamos o organograma abaixo!



¹ Martins FZ, Dall’Agnol CM. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. Rev Gaúcha Enferm. 2016.



Como te apresentei logo acima, a classificação em zona abrange três áreas (não crítica, semi-crítica, e crítica), sendo que cada área tem níveis de permissões diferentes.

Vamos detalhar um pouco mais as três características.

A primeira área chama-se **Zona Não Crítica/Não Restrita**² e o próprio termo reflete o seu grau de criticidade e riscos. Nesta área (não crítica), também conhecida como não restrita, pode conter **pessoas circulando**, sem que haja **cuidados especiais**, e uso de **uniformes privativos**. Podemos ter como exemplo de uma área não crítica os locais de transferência de macas, vestiários, elevadores, corredores externos e secretarias.

Já a **Zona Semi crítica/Semi restritas**² possui a característica de permitir a circulação de equipamento e também de pessoas, desde que essa atividade não interfira no controle da assepsia cirúrgica. É importante que você compreenda que, o fato de permitir essa circulação significa dizer que não haverá nenhum tipo de cuidado, sendo necessário o uso de roupas privativas, gorros e calçados adequados.

Para que você compreenda melhor o tipo de ambiente que é classificado como semicrítica, temos a sala de conforto, a copa, a farmácia satélite, e a sala para guardar equipamentos, por exemplo.

Vejamos agora sobre a **Zona Crítica**.

Zona Crítica²: O comportamento na zona crítica é bem diferente em comparação com as demais zonas citadas logo acima. Esta área possui limites extremamente definidos quando falamos de circulação de pessoas e também equipamentos.

Alguns materiais são obrigatórios nesta área, como máscaras cirúrgicas que cubram tanto a boca quanto o nariz. Além disso, roupas privativas. As técnicas de assepsia devem também ser seguidas com rigor, de modo a diminuir e evitar qualquer tipo de complicação decorrente da assistência prestada por esta unidade.

Eu quero te apresentar alguns **exemplos** de zona crítica, para que você entenda melhor sobre quais locais exatos do Centro Cirúrgico estamos falando. A própria sala cirúrgica é considerada uma zona crítica; os corredores internos, os lavabos, e também as ante-salas. Todos esses locais são considerados, portanto, como **ZONA CRÍTICA**.

A Enfermagem possui fundamental importância em todos os processos assistenciais do Centro Cirúrgico, sendo de responsabilidade primordial do Enfermeiro a garantia da segurança no período pré-operatório, transoperatório, e também pós-operatório, sendo todas as atividades desempenhadas nestes três momentos, fundamentais para a diminuição de situações que podem evoluir para óbito.

² Práticas recomendadas SOBECC. 7ª ed. rev. e atual. São Paulo, SP: SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.



Por qual motivo devo compreender sobre Centro Cirúrgico?



Quando falamos em Centro Cirúrgico, mesmo que você não tenha tanta intimidade com os serviços desenvolvidos nesta unidade, tenho certeza que vem à sua cabeça situações complexas de atendimento. Realmente as atividades da Enfermagem são muito particulares no Centro Cirúrgico, e precisam ser compreendidas para que se possa aplicar ações específicas de prevenção e controle de riscos.

Nesse contexto de ações complexas e também controle de riscos, a Enfermagem irá desenvolver ações particulares. Logo abaixo veremos exatamente as ações inerentes do Enfermeiro de Centro Cirúrgico.

Antes de continuarmos, é importante que eu faça uma observação quanto ao que iremos estudar: o dimensionamento de pessoal deve ser pautado, independente da unidade, na resolução 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem.

Após saber sobre a resolução que pauta o dimensionamento de pessoal, a [543/2017 do COFEN](#), vamos compreender um pouco mais sobre as ações do Enfermeiro no Centro Cirúrgico.

Realizar o dimensionamento da equipe é fundamental para que as atividades desta unidade aconteçam, e trata-se da realização de um cálculo para identificar quantas pessoas serão necessárias para que a assistência seja prestada. Essa é uma das atribuições fundamentais.

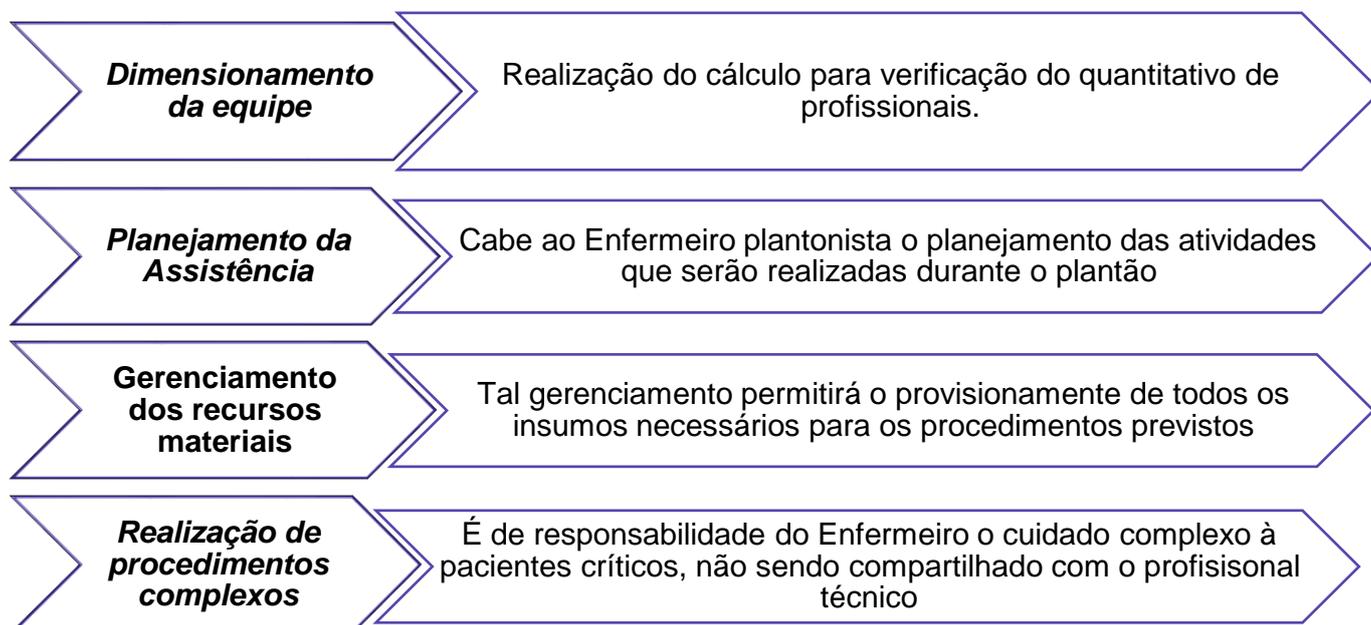
Além do dimensionamento, o planejamento da assistência também é uma responsabilidade do Enfermeiro de Centro Cirúrgico. É nesse momento que todas as ações que serão realizadas durante o plantão serão organizadas, sistematizadas e, posteriormente, distribuídas. Atente-se a isto, pois você pode se deparar com essa informação.

Bom, vimos dois aspectos importantes, a verificação de quantos profissionais serão necessários para desenvolver as atividades da unidade (e isto não é feito diariamente), e também o planejamento da assistência (este sim é realizado diariamente).

O gerenciamento dos recursos materiais também é atribuição do Enfermeiro, e aqui não estamos falando de providenciar lâmpadas, canetas, não. Nada neste nível. O gerenciamento dos recursos materiais está ligado aos insumos necessários para que os procedimentos que já foram planejados possam acontecer. Esta, talvez, seja uma das mais importantes atribuições do profissional Enfermeiro.



Como último tópico que vou trazer para ti, mas igualmente importante, temos a realização de procedimentos complexos necessários aos pacientes críticos, sendo portanto uma atividade de exclusividade do Enfermeiro.



Os Recursos Humanos no contexto do Centro Cirúrgico são específicos ao serviço prestado, e encontraremos como profissionais que fazem parte do quadro não apenas Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, mas também anestesiológicos, cirurgiões das mais diversas áreas, biomédicos, técnicos em laboratórios, dentre outros. Entretanto, é importante lembrar que a Enfermagem é responsável pelo dimensionamento apenas de sua equipe, e para isso, utilizaremos a resolução 543/2017.

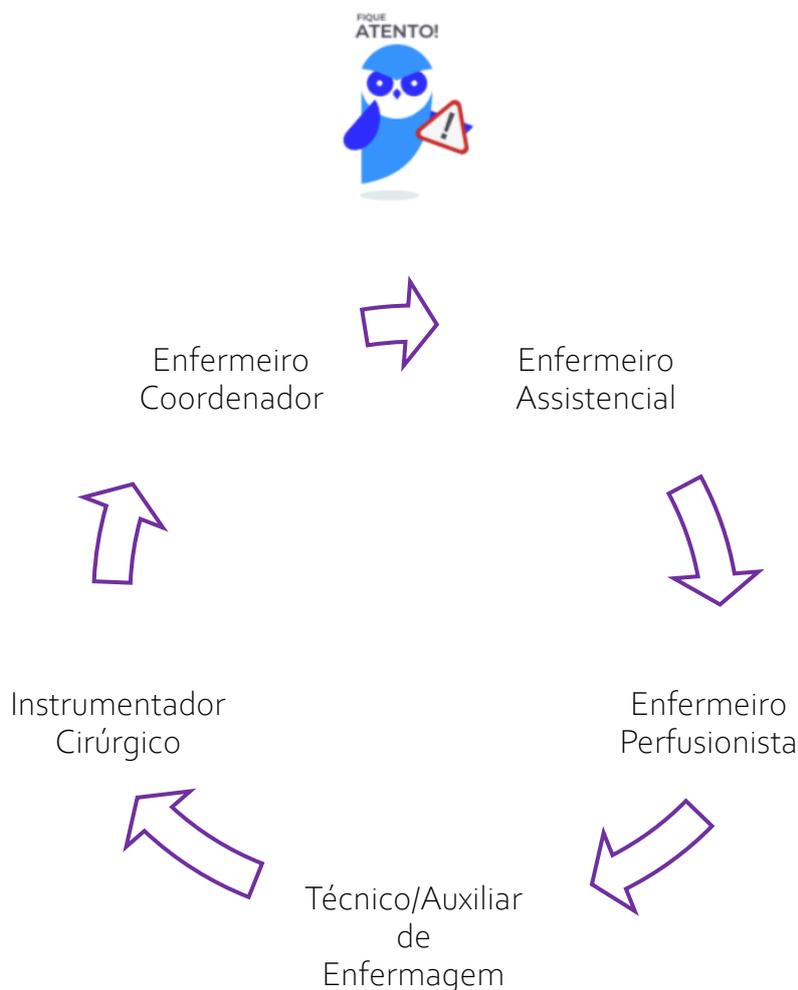
Nesse caso acima falado, não há possibilidade de proceder adequadamente sem que se saiba a composição da equipe a ser organizada. Portanto, para que um dimensionamento seja realizado, o Enfermeiro responsável por fazê-lo deve compreender sobre a composição da equipe que irá atuar nos serviços de Centro Cirúrgico.

A equipe será composta por um profissional Enfermeiro Coordenador, que terá como responsabilidade o gerenciamento dos recursos humanos e materiais; o enfermeiro assistencial, que estará em contato direto com a assistência fim do Centro Cirúrgico; Enfermeiro Perfusionista, considerado membro da equipe cirúrgica, que tem como responsabilidade a operação de máquinas de circulação extracorpórea em cirurgias torácicas e cardíacas, garantindo no momento da cirurgia o funcionamento da circulação sanguínea, mantendo o paciente submetido à cirurgia o controle hidroeletrólítico, hemodinâmico, sanguíneo e pressórico. Esse profissional é extremamente necessário e, na realidade, imprescindível.



Além destes profissionais que falamos acima, também temos o Técnico de Enfermagem, o Instrumentador Cirúrgico, e o Auxiliar de Enfermagem, sendo todos supervisionados e acompanhados pelo Enfermeiro Assistencial.

Fique atento para a composição da equipe de Enfermagem. Veja!



Além destes profissionais que citamos acima, também se encontram na unidade os profissionais do administrativo.

2.4 – Dimensionamento de pessoal no Centro Cirúrgico

O **Dimensionamento da Equipe de Enfermagem**³ no contexto de Centro Cirúrgico trata-se da quantidade mínima para o quadro dos profissionais da Enfermagem, e leva em consideração aspectos específicos da

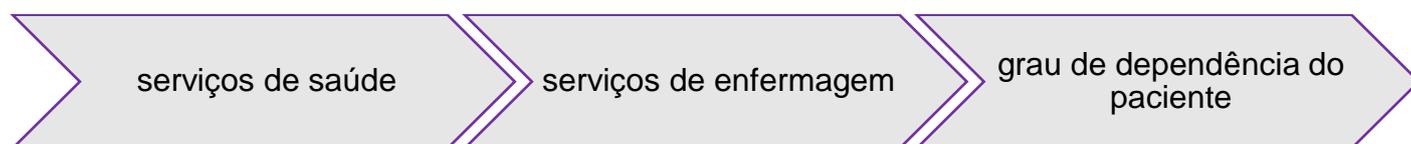
³ Resolução 543/2017 – parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem.



Unidade, como a Classificação da Cirurgia, o tempo em horas de assistência ao paciente segundo a magnitude/porte da cirurgia realizada, bem como o tempo necessário para limpeza das salas.

Como abordado acima, vimos que o Conselho Federal de Enfermagem liberou uma Resolução 543/2017, que orienta o cálculo do dimensionamento da equipe de Enfermagem. Por meio desta resolução é possível compreender os parâmetros que representam as normas técnicas mínimas, sendo, portanto, referência para orientar os gestores, enfermeiros e gerentes no planejamento do quantitativo necessária para a execução das ações de Enfermagem.

É importante que você compreenda que, tal cálculo, é independente da unidade para a qual será realizado, deve considerar características relativas em três âmbitos:



Os serviços de saúde devem ser considerados pois refletirão a característica das ações da Enfermagem, e também o grau de dependência do paciente em relação aos cuidados da equipe. Você vai concordar comigo que a dependência de um paciente de Unidade e Terapia Intensiva é bem diferente do paciente que está na clínica médica, por exemplo. Esses dados são fundamentais, e para ajudar, existe uma legislação que já demonstra o tempo de atenção, de assistência que deveremos dispor aos paciente/situação.

Não se preocupe com esse tempo, pois eu vou te apresentar logo abaixo. Recomendo fortemente que não se esqueça deles.

Quando falamos em dimensionamento em Centro Cirúrgico, considera-se necessariamente a Classificação da Cirurgia, as horas necessárias para a assistência segundo o porte da cirurgia, o tempo que teremos para limpeza da salas, como vimos acima. De modo que, o tempo em horas é distribuído da seguinte forma:

- 1,4 horas de enfermagem, por cirurgia de porte 1;
- 2,9 horas de enfermagem, por cirurgia de porte 2;
- 4,9 horas de enfermagem, por cirurgia de porte 3;
- 8,4 horas de enfermagem, por cirurgia de porte 4.

O que vimos acima representa a distribuição da equipe de enfermagem frente ao porte da cirurgia. Sei que você ainda não estudou neste material sobre porte de cirurgias, mas verá adiante. Se quer entender melhor sobre os portes, para otimizar a aprendizagem, basta ir no tópico 5.3 deste material.



Agora eu vou te apresentar uma outra forma de considerar a quantidade de profissionais para desempenho das atividades, sendo pautada em horas de serviços prestados (24 horas).

Em relação à proporção de profissionais por categoria, em 24 horas de serviços prestados, temos:



A cada três salas que acontecerão cirurgias eletivas, deve haver um 1 Enfermeiro responsável.

Nas salas de cirurgias de urgência e emergência, também deve haver um enfermeiro exclusivo em cada sala.

Quanto ao técnico de Enfermagem, deve haver um como circulante exclusivo para cada sala, e um auxiliar ou técnico para instrumentação, também de forma exclusiva para cada sala.

Vamos resolver uma questão, e entender como as bancas cobram esse assunto:



(FGV - 2013) - De acordo com os parâmetros estabelecidos para o dimensionamento do quadro de Profissionais da Enfermagem nas Unidades Assistenciais, o cálculo da assistência intermediária, nas 24 horas, deve considerar:

- a - 3,8 horas de Enfermagem, por cliente
- b - 5,6 horas de Enfermagem, por cliente
- c - 7,3 horas de Enfermagem, por cliente
- d - 9,4 horas de Enfermagem, por cliente
- e - 10 horas de Enfermagem, por cliente

Comentários:

Considera-se a letra B como alternativa correta. Contudo, precisamos falar um pouco mais sobre esse tema, uma vez que **houve revogação da Resolução nº 527/2016 pela Resolução nº 543/17.**



Apesar da revogação, a quantidade a ser considerada para fins de cálculo para referencial mínimo da equipe de enfermagem para 24 horas em cada unidade de internação não foi alterada, sendo considerado os mesmos parâmetros que a Resolução anterior (527/2016).

Contudo, observa-se que a banca dispõe valores fracionados, mas para fins de cálculo, considera-se valores não fracionados. Vejamos os valores trazidos pela Resolução 543/2017:

- 4 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado mínimo;
- 6 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intermediário;
- 10 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado de alta dependência;
- 10 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado semi-intensivo;
- 18 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intensivo.

Mais adiante, veremos a quantidade em horas por porte de cirurgia.

Gabarito letra B

Vamos prosseguir!

2.5 – Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico

Esse ambiente de Centro Cirúrgico é bem particular tanto em seu dimensionamento de pessoal, quanto aos processos de sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e, antes de darmos prosseguimento sobre esse assunto, gostaria de um momento para diferenciarmos dois termos muito confundidos, SAE e Processo de Enfermagem (previstos pela Resolução do Cofen 358/2009).

Ao falarmos sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem voltamos para ações gerenciais como um todo, a qual permite que as atividades da equipe de enfermagem sejam realizadas. Dentro desse processo gerencial temos os protocolos operacionais, as teorias de Enfermagem, e o Processo de Enfermagem (instrumento metodológico que falaremos mais sobre ele). É importante você saber que, para o contexto dos profissionais Enfermeiros de Centro Cirúrgico existe um outro instrumento que deve ser aplicado também em conjunto com os descritos acima, sendo portanto, o SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória).

Vamos praticar um pouco sobre essa temática!





NUCEP - 2014: São objetivos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), EXCETO:

- a) Aumentar o grau de satisfação dos enfermeiros no seu desempenho, aumentando também o vínculo deste profissional com a instituição
- b) Implementar as ações de enfermagem de forma sistemática
- c) melhorar a comunicação e prevenir erros, omissões e repetições desnecessárias no atendimento do paciente
- d) atender o paciente de forma comunitária
- e) reduzir a incidência e a duração de estadia do paciente no hospital

Comentário:

É importante que você entenda que estamos falando da SAE, e não do Processo de Enfermagem. SAE é todo processo gerencial que permite a aplicabilidade adequada da assistência de enfermagem por meio de inúmeros instrumentos e possibilidades, como por exemplo protocolos operacionais, normas, rotinas, cálculo de dimensionamento de pessoal, providenciar materiais, e também aplicar o Processo de Enfermagem (sim, caro leitor, o Processo de Enfermagem é instrumento da SAE).

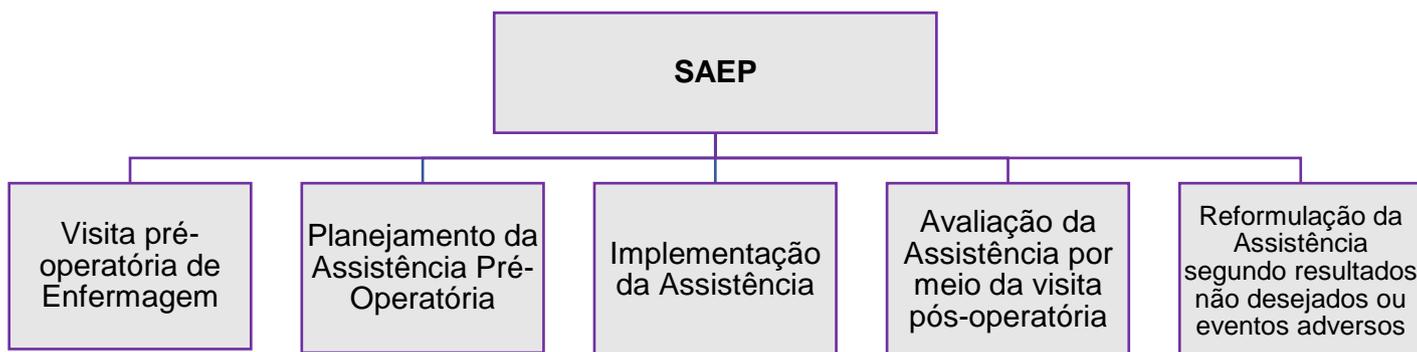
Nesse contexto, a SAE tem por finalidade melhorar o desempenho do profissional da enfermagem, e em específico do Enfermeiro pelo PROCESSO DE ENFERMAGEM, sistematizar ações e implementá-las, prevenir erros e omissões, melhorar a qualidade das ações, e atender o paciente, família e coletividade de forma individualizada e também humanizada.

Portanto, observamos que a afirmativa D não se encaixa nas especificações de finalidade da SAE, uma vez que sugere atendimento de forma comunitária.

Gabarito: afirmativa D

O SAEP tem como objetivo a promoção, proteção e também recuperação da saúde, sendo composto por 5 etapas. Vejamos quais são:





ESCLARECENDO!



Você pode encontrar algum material que fale sobre **3 fases da SAEP, e também pode ser cobrado em prova**. De forma geral, realmente ela pode ser dividida em:

- 1. **Visita pré-operatória**

- 2. **Implementação da assistência de enfermagem (transoperatório)**

- 3. **Visita pós-operatória**

Nesse sentido, se a abordagem que eu te apresentei está errada, apenas detalhada, uma vez que que você observará no organograma acima (com as 5 etapas) uma etapa de planejamento - que está entre a visita pré-operatória e implementação, e uma outra etapa, chamada reformulação da assistência segundo resultados não desejados, que está logo após a visita pós-operatória.

Portanto, você deve ficar atento à solicitação da banca. Mas não se preocupe, pois eu trouxe uma questão para resolvermos juntos.

Portanto, a SAEP faz parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem, e tem por finalidade a prevenção de complicações resultantes do processo anestésico-cirúrgico e no plano da assistência perioperatória, oferecendo apoio emocional tanto ao paciente, quanto à família, auxiliando também na compreensão dos problemas de saúde. Essa assistência prestada por meio da SAEP adequa rotinas, normas e condutas, sendo um modelo de atendimento participativo, individualizado, que deve ser documentado e avaliado continuamente.

Veja que a SAEP se assemelha muito com o Processo de Enfermagem (PE), e as duas são consideradas complementares no ambiente de trabalho do Centro Cirúrgico. Abaixo, falaremos um pouco mais sobre o PE, que se configura em 5 etapas.





(IBFC - 2016) - Considerando os Sistema de Enfermagem de Assistência Perioperatória (SAEP), leia as afirmativas abaixo e a seguir assinale a alternativa correta.

- I - Tem como base o atendimento das necessidade humanas básicas e o processo de enfermagem.
- II - É constituído de 3 etapas: visita pré-operatória de enfermagem, planejamento da assistência de enfermagem e visita pós-operatória de enfermagem.
- III - Consiste exclusivamente na identificação do diagnóstico de enfermagem em pacientes cirúrgicos.
- IV - Tem a finalidade de gerenciar casos, incluindo as fazes de planejamento, implementação e coordenação dos serviços cirúrgicos.

Comentários:

Item I - A afirmativa está correta, tendo como base o atendimento às necessidades humanas básicas e o Processo de Enfermagem. Não tem a finalidade de substituir o processo de enfermagem já conhecido, mas utilizá-lo a partir de uma sistemática mais objetiva.

Item II - Essa questão pode gerar confusão na hora da análise. Mas lembre-se que, caso a banca fale em 3 fazes, você deve considerar a visita pré-operatória, implementação no transoperatório, e visita pós-operatória. A banca traz ao invés da implementação propriamente, o planejamento (que não estaria errado caso ela falasse em 5 etapas). Entretanto, falando-se em apenas 3 etapas, considere sempre:

- 1. Visita pré-operatória

- 2. Implementação da assistência de enfermagem (transoperatório)

- 3. Visita pós-operatória

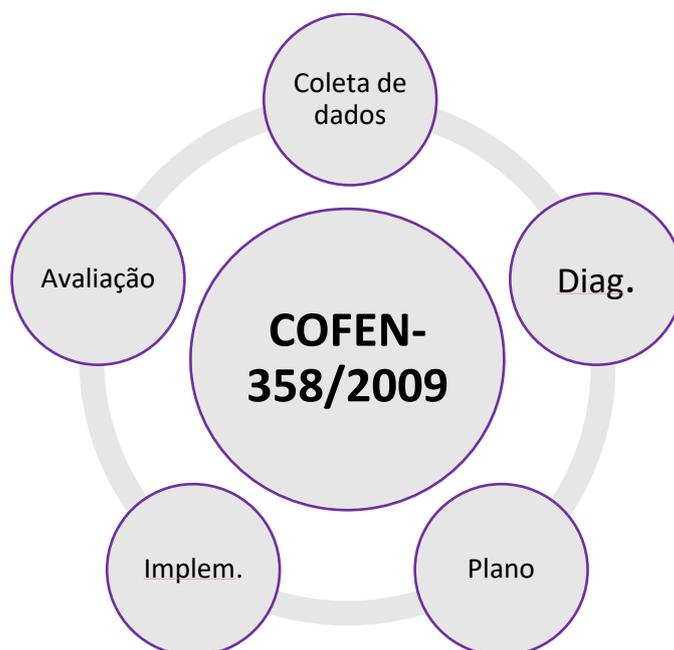
Item III - A SAEP tem a finalidade de intervir nas necessidades do paciente. O processo diagnóstico é importante na assistência de enfermagem, mas a banca o traz como objetivo exclusivo e, diante disso, considera-se objetivo as intervenções, mesmo que elas sejam precedidas de um diagnóstico de enfermagem.

Item IV - A SAEP proporciona meios para que seja prestada uma assistência de enfermagem global.

Gabarito: Letra C



Vimos até aqui a respeito da SAEP, e eu gostaria de aproveitar e te apresentar o Processo de Enfermagem.



Consideramos o PE (Processo de Enfermagem) como um instrumento metodológico e obrigatório quanto à sua aplicação em todos os níveis de atendimento da Enfermagem, inclusive no Centro Cirúrgico, permitindo a identificação de problemas, respostas humanas indesejáveis e vulnerabilidades à essas respostas humanas indesejáveis.

Neste sentido, contribui para a Assistência de Enfermagem qualificada e livre de danos à saúde do paciente, corroborando com o que, inclusive, se preconiza pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem por objetivo com o manual "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" melhorar a assistência cirúrgica e reduzir o número de mortes e complicações cirúrgicas (veremos esse tópico mais detalhadamente logo adiante).

3 - Cirurgia Segura

A Organização Mundial da Saúde, durante o segundo desafio global sobre segurança do paciente, apresentou o manual "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", com o intuito de diminuir mortes a complicações por procedimentos cirúrgicos, pautando-se em um conjunto de padrões de segurança.

Foi determinado pela OMS 4 áreas com necessidade de intervenção para potencializar a segurança da assistência cirúrgica, sendo: prevenção de infecção de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas eficientes, e mensuração da assistência cirúrgica.



Neste contexto, estabeleceu-se 10 objetivos essenciais (que estão dispostos em uma lista intitulada “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS”) devem ser alcançados por todas as equipes cirúrgicas durante a assistência. Vejamos os objetivos:



10 objetivos essenciais para a segurança cirúrgica

- 1 - A equipe operará o paciente certo e sítio cirúrgico certo.
- 2 - A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
- 3 - A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
- 4 - A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
- 5 - A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
- 6 - A equipe usará de maneira sistemática métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico.
- 7 - A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas.
- 8 - A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
- 9 - A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
- 10 - Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos

Esses objetivos, que totalizam 10, contribuem para que se alcance o nível de uma cirurgia sem riscos ao paciente, e envolvem desde a confirmação do local de cirurgia, racionalização do uso de anestésicos, intervenções imediatas às perdas de vias aéreas, e também vigilância sobre principalmente os resultados cirúrgicos.

A Organização Mundial de Saúde, pautada nesses objetivos que acima conversamos, liberou a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Vamos ver:



- A- Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua marcação;
- B- Revisar verbalmente com o anestesiológico o histórico de reação alérgica;
- C- Confirmar a assinatura do consentimento para cirurgia;
- D- Verificar a correta contagem de instrumentos, compressas e agulhas;
- E- Verificar se os exames de imagem foram necessários para a cirurgia.

Comentários:

Antes de comentarmos os tópicos, quero te lembrar que a banca fala em verificação após o término da cirurgia e antes mesmo do paciente sair da sala. Sabendo disso, podemos iniciar a nossa discussão. Vamos lá!

Letra a - a confirmação do sítio cirúrgico deve ser realizada sim, mas ANTES da indução anestésica. Como a banca te solicita ação após o procedimento e antes de sair da sala de cirurgia, esta questão está errada.

Letra b- Esta revisão sobre histórico anestésico também deve ser prévio ao procedimento. Questão errada.

Letra c- A assinatura também deve ser confirmada antes do procedimento, antes da indução anestésica. Posteriormente a isto, é muito provável, mas muito provável mesmo que paciente não tenha condições alguma de confirmar sobre sua assinatura. Questão errada!

Letra d - Antes que o paciente saia da sala, é obrigatório que se realize a contagem dos instrumentos, compressas e agulhas. Questão correta.

Letra e- A verificação dos exames deve ser realizada previamente, para subsidiar a cirurgia. Não faz sentido algum a verificação posterior (a não ser que sejam novos exames realizados após a saída da unidade). Questão incorreta.

4 - Tempos Cirúrgicos

Essa expressão "tempos cirúrgicos" reflete a sequência de procedimentos utilizada na manipulação de tecidos e vísceras durante o ato operatório, sendo organizado em 4 tempos, sendo⁴:



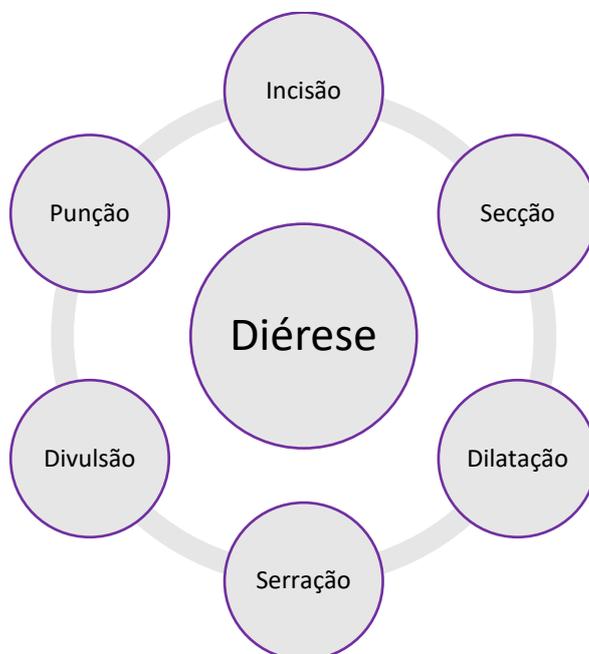
Não se preocupe, pois eu vou te explicar todos os 4 tempos de uma forma detalhada logo mais abaixo. Vamos lá!

4.1 - Diérese



A palavra **diérese** é sinônimo de cortar, separar. Portanto, ao falarmos de diérese, consideramos o ato de seccionar os tecidos, propiciando o campo operatório, ou liberando estruturas anatômicas⁴.

Essa etapa é praticada com instrumentos capazes de cortar os tecidos moles, produzindo uma ferida incisa. Pode-se obter diérese por meio de:



O corte (diérese) pode ser realizado por meio de alguns meios, sendo: incisão, secção, dilatação, serração, divulsão e punção. Se algum desses termos forem cobreados pela sua banca, remetendo-se à diérese, você deve considerá-lo.

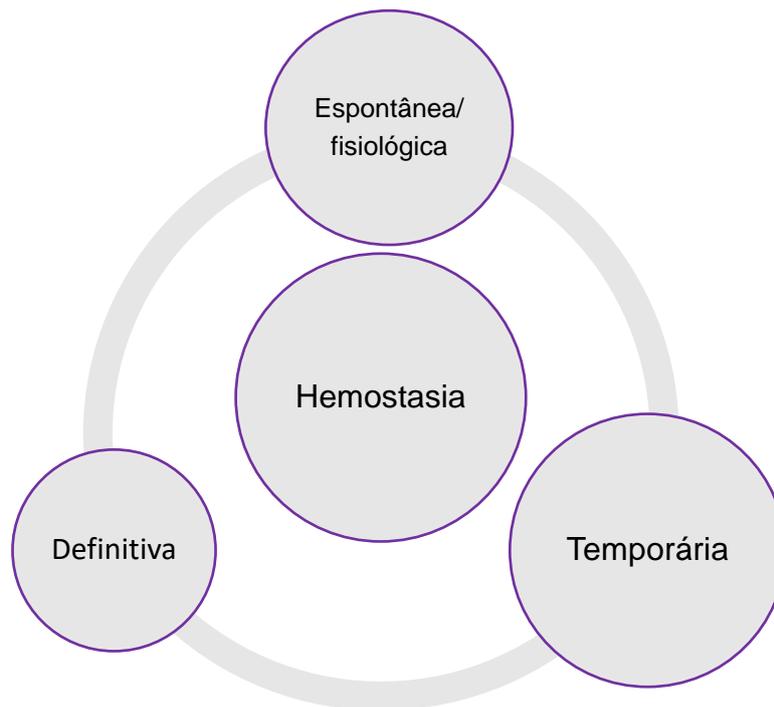
4.2 – Hemostasia

Hemostasia (hemo=sangue; stasis= parar) significa contenção de perdas sanguíneas, sendo classificada em espontânea/fisiológica, por meio da vasoconstrição como mecanismo, ou cirúrgica, sendo neste último caso, um conjunto de medidas utilizado pelo cirurgião para impedir que haja sangramento⁴.

Podemos classificar este tempo cirúrgico em:

⁴ Medeiros AC, Dantas-Filho AM. Intervenções fundamentais em cirurgia: diérese, hemostasia e síntese. J Surg Cl Res – Vol. 9 (2) 2018.





Espontânea/Fisiológica: mecanismos naturais que culminam na vasoconstrição dos vasos.

Temporária: diminuição ou contenção do fluxo sanguíneo durante o ato cirúrgico, podendo ser realizado por meio de oclusão endovascular, parada circulatória e pinçamento.

Definitiva: interrupção definitiva da circulação do vaso por meio de ligadura, cauterização, sutura, tamponamento e obstrução.

4.3 – Exérese

Nesta etapa ocorre a remoção cirúrgica de um tecido e/ou órgão, e é considerado o tempo que exige maiores cuidados da equipe cirúrgica.

4.4 – Síntese

Para que você compreenda melhor sobre síntese, tenha o termo "junção" como sinônimo. Essa etapa consiste na junção das bordas dos tecidos e órgãos que foram cortados/seccionados, e a sutura é o método mais empregado. Com essa ação, garante-se que o processo cicatricial seja otimizado, fornecendo força tênsil necessária para que aconteça a união cicatricial.





(COMPERVE - 2018) - Um jovem de 27 anos foi admitido no centro cirúrgico para submeter-se a apendicectomia por método cirúrgico aberto do abdome. O ato cirúrgico em que ocorre a abertura do abdome, secção dos tecidos, permitindo o acesso ao apêndice é a:

- a) hemostasia
- b) diérese
- c) exérese
- d) síntese

Comentários:

Ao falarmos de hemostasia, estamos considerando o ato de interromper sangramentos. Diérese refere-se ao ato de cortar, sectionar. Exérese - ato de retirar. Síntese - ato de juntar. Nesse contexto, a **alternativa b** é considerada a correta.

5 - Classificação das Cirurgias

5.1 - Classificação conforme o número de microrganismos

Segundo o Ministério da Saúde⁵ a classificação das cirurgias é dada pelo número de microrganismos presentes no tecido que será operado, e diante disto, podemos citar:



Limpas: todas as vezes que se realizar cirurgias em tecidos estéreis ou de fácil descontaminação, e na ausência de processo infeccioso local, considera-se limpa. É imprescindível que, para continuar a ser

⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Adulto – Assistência Cirúrgica e Atendimento de Emergência. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. 2003.



considerada como limpa, não haja penetração nos tratos digestórios, respiratório ou urinário, e que a sala de cirurgia esteja em condições ideais.

Potencialmente contaminadas: considere cirurgia potencialmente contaminadas àquelas realizadas em tecidos de difícil descontaminação, ausência de supuração local, e com penetração nos tratos digestório, respiratório ou urinário, mesmo que não haja contaminação significativa.

Contaminadas: são todas as cirurgias realizadas em tecidos recentemente abertos/traumatizados, de difícil descontaminação, com presença de processo inflamatório, mas sem supuração.

Infectadas: realizados em tecidos com supuração local, feridas traumáticas sujas, e tecido necrótico. Quando abordamos esta definição, entendemos que o microrganismo que causou a infecção pós-operatória estava presente no sítio cirúrgico antes da intervenção cirúrgica.



"Supuração" significa a formação de pus. Portanto, havendo supuração, considera-se maior risco quanto ao procedimento.

Para encerrar nossa teoria quanto à aula de hoje, é importante falarmos um pouco sobre Infecção do Sítio Cirúrgico, citada acima, no tópico de Cirurgia Segura.

5.2 – Classificação segundo a urgência clínica

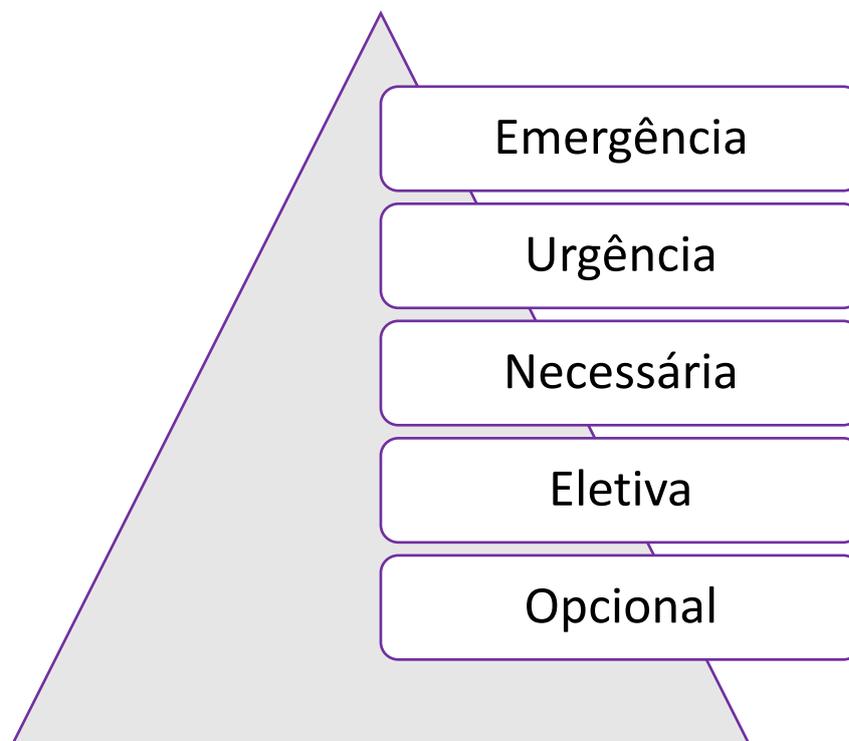


As cirurgias também podem ser classificadas conforme a necessidade de intervenção, baseando-se nas condições clínicas do paciente. Nesse sentido, podemos observar as seguintes classificações, separadas logo abaixo em ordem de prioridade, sendo que o topo da pirâmide é a prioridade máxima do contexto classificatório.



- Emergência: Esta classificação nos remete à necessidade de intervenção imediata, por isso você a viu no topo da pirâmide. Portanto, as cirurgias de emergência devem ser realizadas imediatamente, independente se há cirurgias necessárias ou eletivas marcadas. Atenção imediata;
- Urgência: Ao considerarmos uma cirurgia de urgência, estamos falando em um período de tempo que deve ser respeitado para início da mesma, compreendendo 24 a 30 horas. Portanto, se dissermos que é uma cirurgia de urgência, você já tem que entender que deve ser iniciada no máximo no período dito. Atenção entre 24 e 30 horas;
- Necessária: Ao falarmos sobre uma cirurgia necessária, considera-se, claro, que há uma necessidade de ser realizada, mas não identificamos no paciente alterações hemodinâmicas. Temos como exemplo algumas cirurgias necessárias na área da ortopedia.
- Eletiva: Nesse contexto, cirurgia eletiva reflete a uma necessidade de operar, mas caso o paciente não seja operado não se considera como irremediável;
- Opcional: Esta modalidade é a mais simples de lembrar. É opção do paciente fazer ou não, desde que não o exponha a nenhum risco não fazendo-a. Portanto, decisão do paciente.

Nesse sentido, vamos observar a imagem abaixo para que você não esqueça das classificações cirúrgicas quanto à necessidade de intervenção.



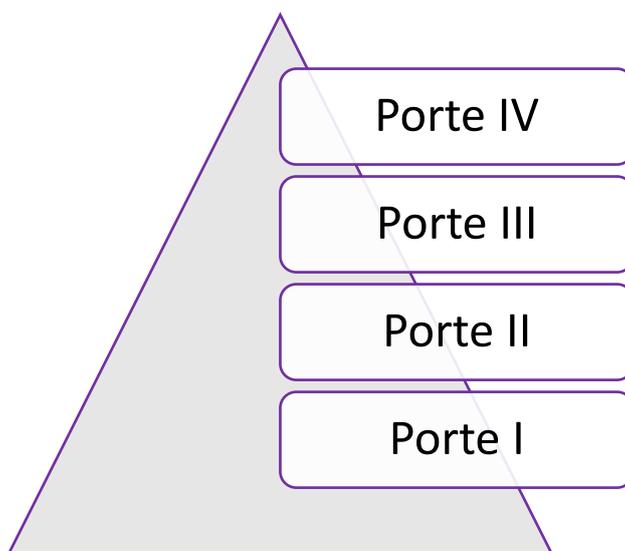
Essa classificação é importante para que a equipe de saúde consiga atender dentro não apenas da igualdade, mas da equidade. As cirurgias de emergências e urgência são as que denotam mais gravidade, não sendo



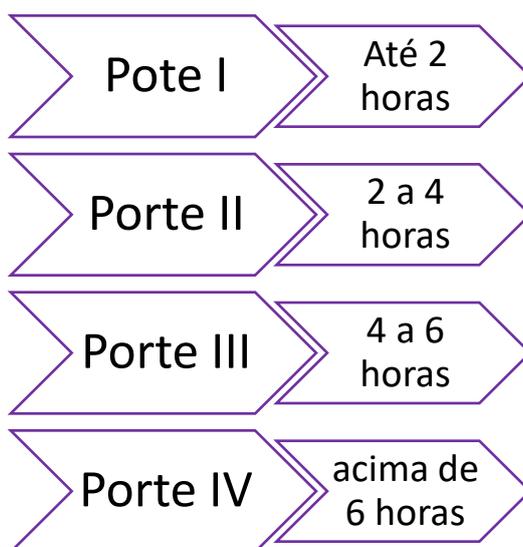
possível proporcionar períodos longos de espera para que ela seja realizada. Além disso, como vimos no início desse material, o Enfermeiro precisará compreender o que será atendido no seu plantão, para prever e prover condições quanto à equipe, e também recursos materiais. Nesses sentindo, tal classificação auxilia na organização que será realizada pelo Enfermeiro plantonista e também coordenador.

5.3 – Classificação segundo a tempo de cirurgia

Além das formas de classificação que vimos logo acima, também observamos na literatura a classificação conforme a duração da cirurgia.



A distribuição na pirâmide acima é para te auxiliar a entender que, quanto mais perto do topo da pirâmide, mais tempo será dispendido nessa cirurgia, logo, os riscos ao paciente são bem maiores. Portanto, temos os seguintes tempos separados por porte:



Veja que se considera intervalos, e não tempo categoricamente fechado. Logo abaixo, veremos outra forma de se classificar a cirurgia, que também encontramos o termo "porte", contudo, será complementado como: grande porte, médio porte, pequeno porte.

Esta forma de classificação se refere ao risco cardiológico.

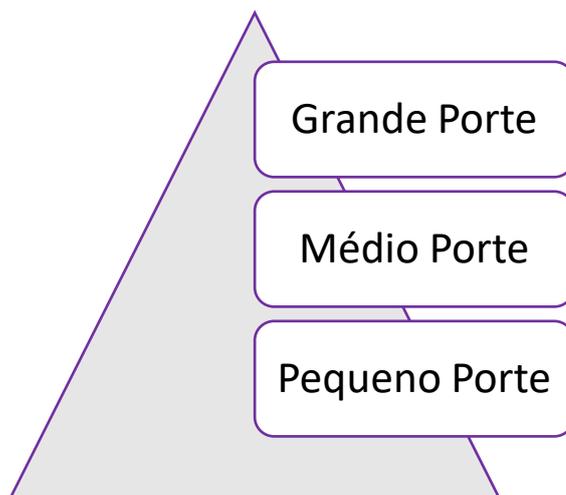
Vejamos com mais detalhes abaixo:

Quando classificamos a cirurgia em **Grande Porte**, consideramos que paciente possui possibilidade de perder muitos fluidos e também sangue, havendo, portanto, um risco cardiológico significativo.

Ao classificarmos a cirurgia como **Médio Porte**, temos uma possibilidade em grau médio de perda fluidos e sangue.

Já ao se classificar a cirurgia em **Pequeno Porte**, existe uma probabilidade pequena de haver perda de fluidos e sangue, logo, baixo risco cardiológico.

Não esqueça da classificação quanto ao risco cardiológico, sendo de Grande, Médio e Pequeno Porte. Veja abaixo:



5. - Posicionamento do Paciente

É fundamental falarmos do posicionamento do paciente para que seja realizada a cirurgia, uma vez que a maioria destas percorrerão horas, e o paciente não terá a possibilidade de se movimentar. portanto, o posicionamento do paciente para início do procedimento cirúrgico é imprescindível e de responsabilidade de toda equipe, o que inclui equipe de enfermagem, de cirurgia e também de anestesia.



Para que haja o posicionamento adequado, você deve compreender que determinadas cirurgias requerem posições distintas.

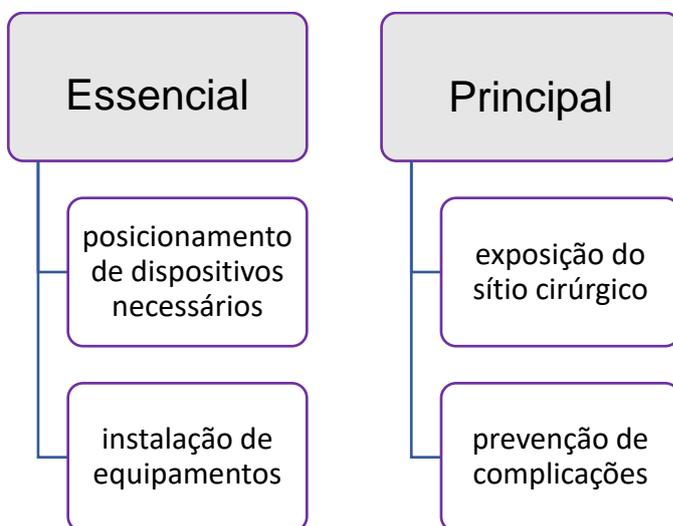
Quando falamos em posição cirúrgica, consideramos ser a posição a qual colocamos o paciente depois da anestesia, para que deste modo, seja submetido à cirurgia.

O processo de posicionamento possui dois pontos bem específicos, sendo:

- Essencial: O termo posicionamento essencial considera dispositivos e equipamentos, ou seja, a disposição/posicionamento destes necessários para o procedimento cirúrgico.

- Principal: Já o posicionamento principal, trata da exposição propriamente do local a ser operado, do sítio cirúrgico, e deve ser realizado sempre com vistas a prevenir complicações, como por exemplo, lesões cutâneas.

Não se esqueça, portanto, que o posicionamento é dividido em:



Sabemos no nosso contexto de cuidados, que o posicionamento influencia diretamente no desenvolvimento de lesões cutâneas, e que em casos de cirurgias demoradas, esse risco é potencializado.



Algumas situações devem ser consideradas como risco para desenvolvimento de lesões, como o Índice de Massa Corpórea (IMC), comorbidades associadas, a própria faixa etária, o tipo de posicionamento necessário para a cirurgia, o tipo de anestesia e por último, o tempo que demorará o procedimento cirúrgico.

Quando falamos em **IMC**, estamos considerando diretamente a capacidade de proteger proeminências ósseas, claro, pensando no sentido de risco de alterações cutâneas durante o procedimento cirúrgico. Quanto menor o IMC do paciente, maior a exposição das proeminências. Em contra partida, quanto maior o IMC, maior será o peso sobre as estruturas corporais, que também eleva o risco de lesões. Nesse sentido, o IMC é fundamental na avaliação prévia à cirurgia.

As **comorbidades** estão como critérios que aumentam o risco de lesões. Podemos observar algumas mais discutidas, como doenças vasculares, diabetes mellitus, obesidade ou desnutrição, e também, presença de lesão previamente diagnosticada. Essas situações contribuem significativamente para o aparecimento de lesões decorrentes de procedimentos cirúrgicos.

A **Diabetes Mellitus** é considerada um dos fatores mais gritantes de risco para desenvolvimento de lesões perioperatórias⁶ por posicionamento, uma vez que é característico da sua fisiopatologia a diminuição da perfusão tissular pela diminuição do fluxo sanguíneo, dificultando o processo cicatricial e reposição das células endoteliais.

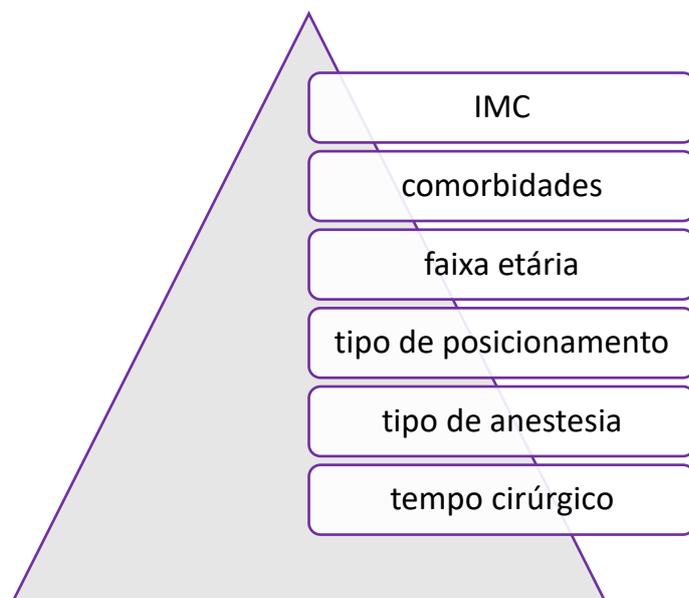
A **faixa etária** é deve ser tratada como um risco significativo, e é evidente que os idosos são classificados como o grupo que mais tem possibilidades de desenvolverem alterações cutâneas/lesões. A redução na elasticidade, a perda de massa muscular, e também diminuição de resposta inflamatória (dentre outras alterações), são significativas para potencializar o dano de tecidos.

É importante que eu alerte você sobre os **posicionamentos**, e em um estudo recente, observou-se que a posição Trendelenburg é que gera maior risco de desenvolvimento de lesões cutâneas, seguida da Supina, Litotômica, Lateral e Prona.

Vejamos novamente as situações consideradas como risco.

⁶ Peixoto CA, Ferreira MBG, Felix MMS, Pires PS, Barichello E, Barbosa MH. Classificação de risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2019.

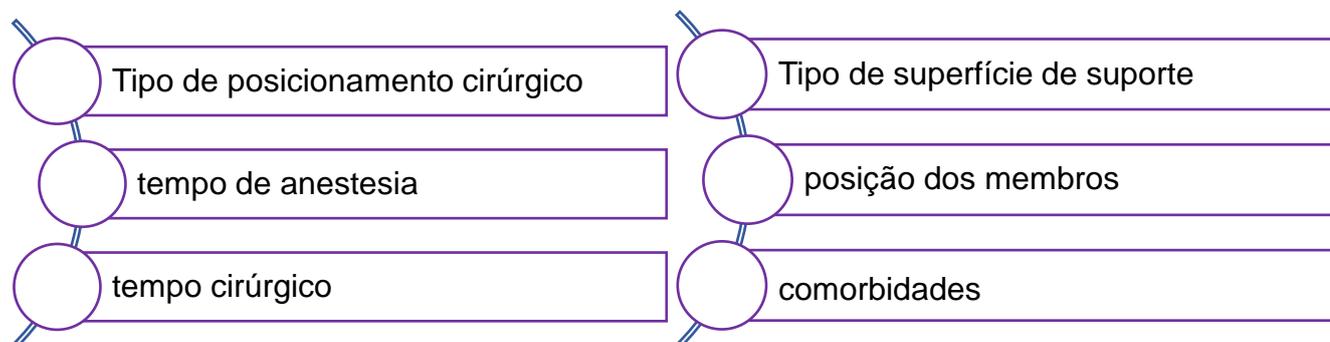




Para esse contexto de risco de lesões decorrente do posicionamento cirúrgico, existe uma escala que auxilia o Enfermeiro a identificar e intervir adequadamente nos riscos, caso seja possível. Segundo a SOBECC (2017), é necessário que o Enfermeiro aplique escalas de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico do paciente (ELPO).

A ELPO possui variação de score entre 7 a 35 pontos, sendo que, quanto maior o escore, maior o risco do paciente desenvolver lesões pelo posicionamento durante a cirurgia.

Essa escala nos permite avaliar alguns pontos específicos a este risco:



A ELPO foi desenvolvida por uma Enfermeira brasileira, e tem como foco a identificação de riscos de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico, e principalmente pela permanência prolongada do paciente em diferentes tipos de posicionamento cirúrgico.

É importante compreender que a escala é um instrumento que deve ser aplicado, mas que o Enfermeiro deve ter total domínio sobre as alterações fisiológicas.



Vamos entender um pouco mais sobre a escala ELPO. Veja que para cada tópicos na vertical, há uma especificação na horizontal, seguida do score que se aplica a ela. Portanto, trata-se de uma escala de fácil aplicação, que é imprescindível para o controle de riscos.

Itens \ Escore	5	4	3	2	1
Tipo de posição cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelenburg	Lateral	Supina
Tempo de cirurgia	Acima de 6h	Acima de 4h até 6h	Acima de 2h até 4h	Acima de 1h até 2h	Até 1h
Tipo de anestesia	geral + regional	geral	regional	sedação	local
Superfície de suporte	sem uso superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou pernas estreitas	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico
Posição dos membros	elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou abertura dos membros superiores > 90°	elevação dos joelhos > 90° ou abertura dos membros inferiores > 90°	elevação dos joelhos < 90° e abertura dos membros inferiores < 90° ou pescoço sem alinhamento-esternal	abertura dos membros superiores < 90°	alinhamento corporal
Comorbidades	úlceras por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	obesidade ou desnutrição	diabetes mellitus	doença vascular	sem comorbidades
Idade do paciente	>80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos

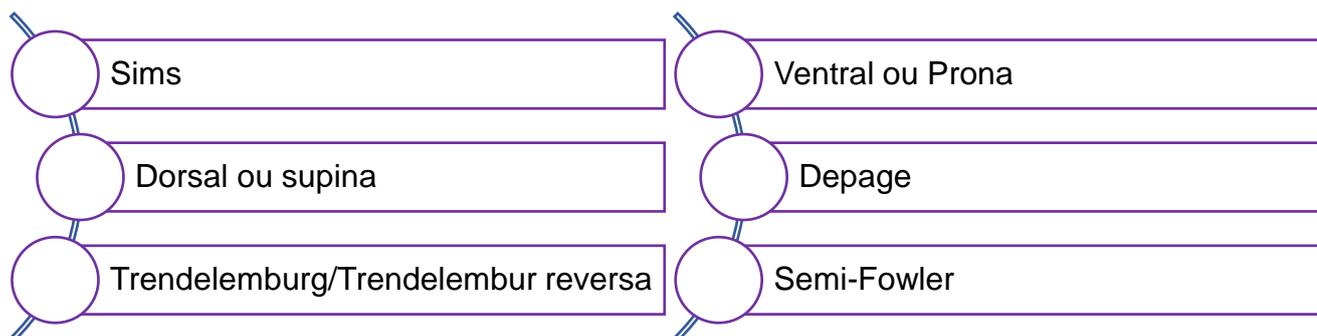
SOBECC, 2018.

Posições do Paciente

O posicionamento do paciente é fundamental para um procedimento seguro, e implica a utilização de alguns instrumentos, como bandagens, apoios e coxins, e também a escolha das superfícies de suporte. As posições que serão utilizadas para posicionar o paciente dependerão do tipo de cirurgia, tendo-se a Sims, Dorsal ou supina, Trendelenburg, Ventral ou Prona, Depage e Semi-Fowler.

Veja abaixo!





Litotômia: Esse posicionamento também é conhecido como ginecológico, onde o paciente permanecerá em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas, afastadas, sendo apoiadas em perneiras. Os braços devem estar estendidos e também apoiados.

Sims: Esta posição, também conhecida como lateral, o paciente será acomodado em lateral esquerdo ou direito, com a perna que ficar do lado de cima após o posicionamento flexionada, e apoiada em uma superfície de repouso.

Dorsal ou Supina: A posição dorsal ou supina é caracterizada pelo paciente encontrar-se deitado, com o dorso voltado para a superfície, pernas e braços estendidos. Para realização de Cesariana posiciona-se a paciente neste decúbito, por exemplo.

Trendelemburg: Esse posicionamento é uma variação do decúbito dorsal, sendo que a parte superior do dorso é abaixada e os pés elevados. Esta posição é muito utilizada para cirurgias de órgãos pélvicos.

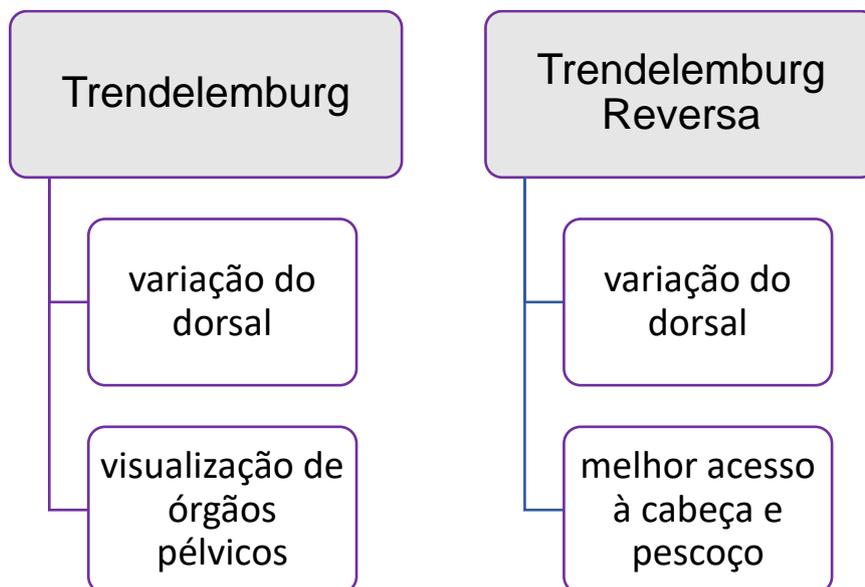
Trendelembur reversa: Trata-se da mesma forma de posicionar, entretanto, os pés serão abaixados, e a parte superior do tórax elevada. Este posicionamento será observado em cirurgias abdominais e cranianas.

Ventral ou Prona: O posicionamento ventral (também chamado de prona), o paciente será acomodado com o abdome para baixo e os braços dispostos/estendidos para frente apoiados em talas. Temos algumas cirurgias de coluna, por exemplo, que serão realizadas neste posicionamento.

Depage/Kraske/Canivete: Este posicionamento é utilizado em cirurgias proctológicas, e o paciente é posicionado em decúbito ventral, com posterior angulação da mesa, elevando as nádegas pela flexão do troco sobre as costas. Para que você não esqueça, posicionaremos o paciente no formato de "V" invertido. É importante saber que essa posição pode trazer dificuldade respiratória.

Semi-Fowler: O paciente será posicionado em decúbito dorsal, com cabeceira mais elevada (ângulo de 30 a 45°).

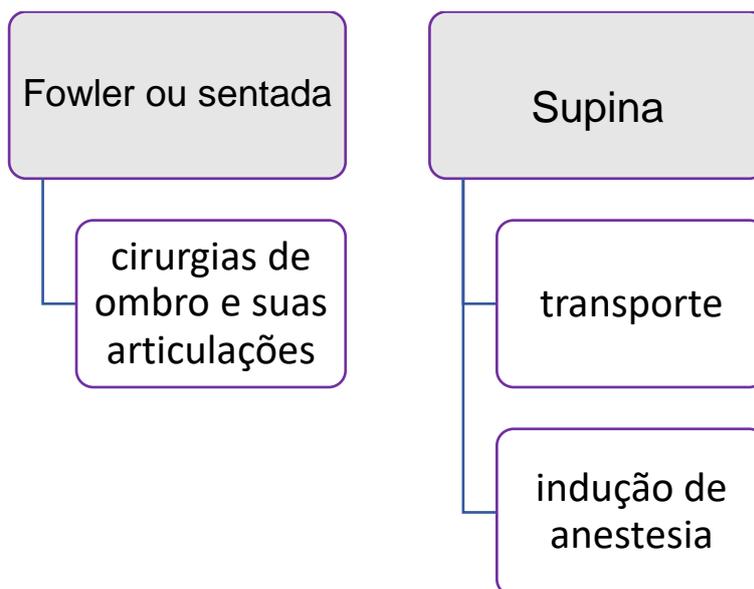




Já a **posição Trendelemburg**, como já falamos, é uma variação do decúbito dorsal, e é amplamente utilizada para melhor visualização de órgãos pélvicos. Não esqueça, "pés para cima, cabeça para baixo".

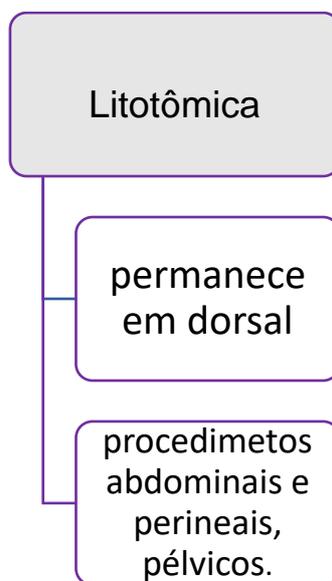
A **Trendelemburg verersa** será o contrário da Trendelemburg convencional, e não esqueça, "pés para baixo, cabeça para cima".

Abaixo, veremos os demais posicionamentos em gráfico, para que você consolide a memorização.



Fowler ou sentada é uma posição bastante vista, e te trouxe acima outras possibilidades de vermos a sua utilização, como por exemplo as cirurgias de ombro e respectivas articulações.

O **posicionamento Supino** também será muito utilizado em situações de transporte, e no momento prévio à cirurgia, para indução anestésica.



A **posição litotômica**, um termo bem esquisito, mas que reflete o posicionamento que mais desencadeia lesões cutâneas em procedimentos cirúrgicos.

6. - Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

A sala de recuperação pós-anestésica é considerada uma das unidades de grande complexidade. Nesse contexto, a Enfermagem possui especificidades quanto ao seu atendimento, tendo como objetivos principais a prestação de cuidados até que o paciente se recupere dos efeitos da anestesia, e também reestabeleça as suas funções motoras e sensoriais.

Além disso, dentro da sala de recuperação anestésica serão prestados cuidados para que, e até que, se estabeleça os sinais vitais. Algo muito importante na sala de recuperação, sendo considerado um objetivo da mesma, é a verificação e cuidados até que não se observe mais sinais de hemorragia, náuseas e também vômitos.

Vamos ver esses objetivos em uma tabela, para que você visualize mais facilmente.



SRPA

Cuidados até recuperação dos efeitos da anestesia

Cuidados até retorno das funções motoras e sensoriais

Cuidados até estabilização dos sinais vitais e orientação em tempo e espaço

Cuidados até não haver demonstração de hemorragia, náuseas e vômitos

Esse momento após a cirurgia é considerado crítico, e de potencial instabilidade hemodinâmica. Além disso, é característico da maioria dos pacientes, encontrarem-se inconscientes, ainda sob efeito em algum grau da sedação e analgesia e, principalmente, com diminuição dos reflexos protetores.

Imagem - Sala de recuperação anestésica



Fonte: Pixabay/ID166222. Disponível em: <http://twixar.me/L2FT>

6.1. - Admissão na SRPA

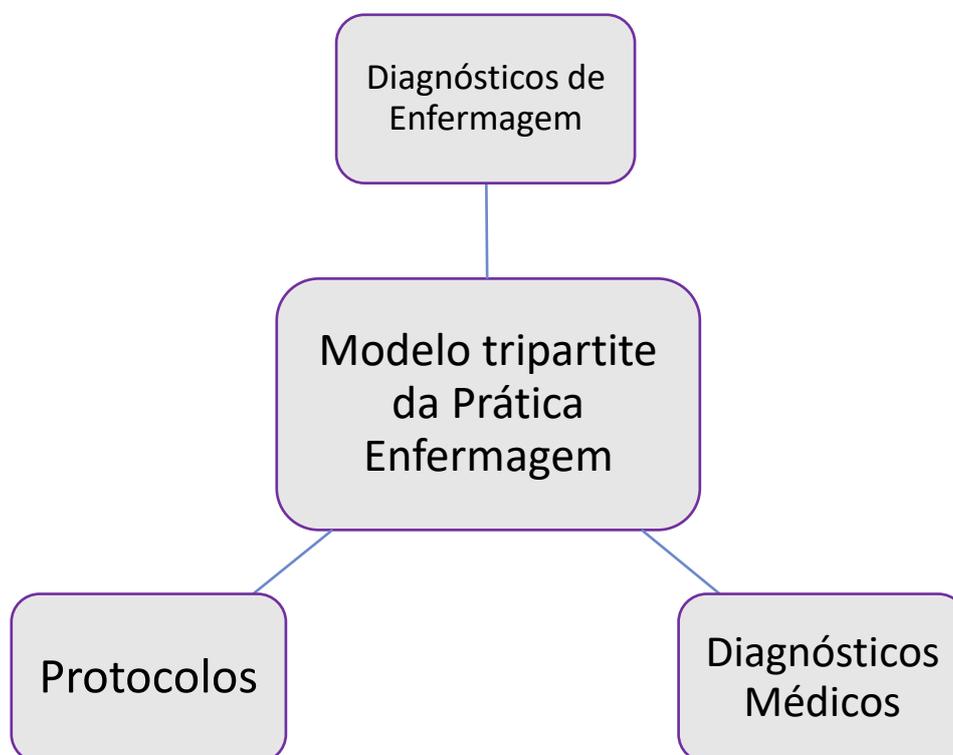
A admissão nesta unidade acontecerá após a transferência do paciente da Sala de Operação, e a Enfermagem é quem receberá primeiro este paciente. Neste sentido, o Enfermeiro deve compreender que suas ações serão pautadas também com base na Resolução 358/2009, abordando todos os cuidados com vistas à Sistematização da Assistência de Enfermagem/SAEP (protocolos institucionais, normas, rotinas), bem como no Processo de Enfermagem (levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação do processo estabelecido).

Neste momento de atendimento na sala de recuperação pós-anestésica, a Enfermagem deve se concentrar na prevenção de complicações e no tratamento propriamente dito.

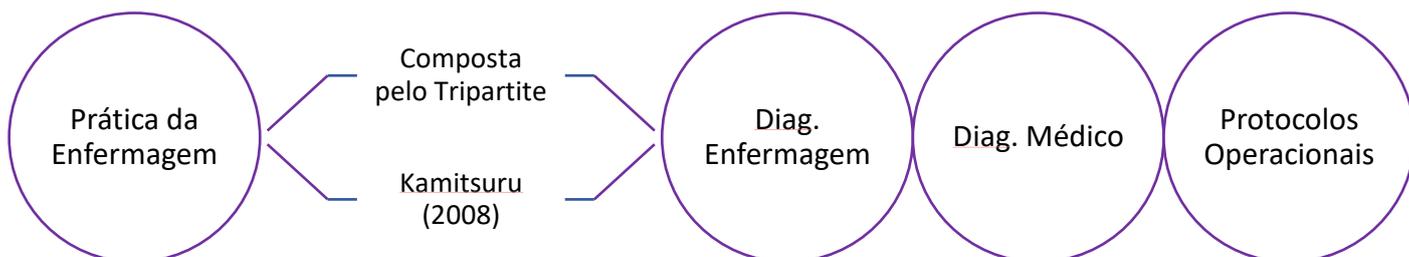
É interessante falarmos sobre essa última afirmativa, para podemos esclarecer um ponto de dúvida bastante presente no contexto do Enfermeiro. As ações da são pautadas em três tópicos muito importantes, sendo: Diagnósticos de Enfermagem, Necessidades Médicas frente à Diagnósticos Médicos, e Protocolos Institucionais.

Quero que você compreenda essa situação, uma vez que devemos na sala de recuperação pós-anestésica atender às necessidades médicas, fazendo parte do nosso escopo de prática.

Logo abaixo, eu vou te apresentar o que se chama de Modelo Tripartite da Prática de Enfermagem.



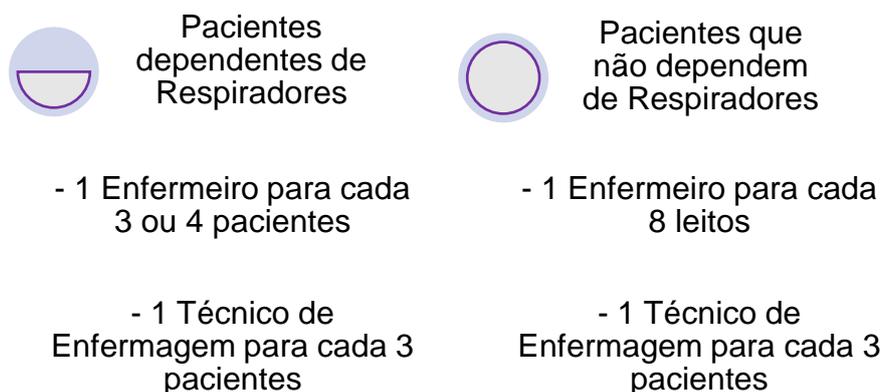
Esse modelo, que talvez você ainda não tenha ouvido falar, tem colaborado amplamente para entendermos o atendimento em enfermagem, sendo dividido em necessidades frente aos nossos diagnósticos, nos protocolos operacionais e normas institucionais, e também às necessidades frente aos diagnósticos médicos. Essa consciência é importante, para que você não deixe de estar atento às prescrições médicas, tampouco à monitorização do paciente, uma vez que devemos sim agir conforme à demanda médica também.



Já que você entendeu como devemos agir na sala de recuperação, e a base da justificativa, vamos entender um pouco mais sobre o dimensionamento dos profissionais que irão desempenhar as atividades neste local.

Quanto à **distribuição de pessoal nesta unidade**, temos também dimensionamento de pessoal, já falado neste momento de estudo.

Vejamos como se distribui:



Para auxiliar na verificação e acompanhamento dos sinais de gravidade do paciente na SRPA, temos vários métodos considerados pela literatura. Contudo, o método que as bancas mais cobrarão será a Escala de Aldrete e Kroulik.



De modo geral, os instrumentos de avaliação são pautados na evolução dos parâmetros respiratórios, circulatórios, neuromotores e também situações ligadas à atividade mental.

Considerando Escala de Aldrete e Kroulik, temos uma avaliação baseada em 5 parâmetros, sendo:



Perceba que existe uma distribuição em Scores que vão desde zero (0) à dois (2). Eu coloquei essas informações mais detalhadas na tabela abaixo, juntamente com a distribuição dos scores, dentro das condições que devem ser avaliadas.

Dentro da avaliação da atividade muscular, verificaremos: a movimentação dos membros (se dois ou os quatro membros), ou a incapacidade de mover.

Já quanto à respiração, a Escala de Aldrete e Kroulik permite avaliar a capacidade de respirar profundamente e também tossir livremente, bem como a presença de dispneia, ou apneia.

Quanto à circulação, é necessário avaliar por meio da escala os níveis pressóricos em comparação ao nível anestésico.

Consciência e SatO₂ também são parâmetros que a Escala Aldrete e Kroulik nos permite avaliar. Vejamos abaixo a apresentação da escala, seus parâmetros que serão avaliados, e também respectivos scores.



Escala de Aldrete e Kroulik

Atividade Muscular	Movimenta os 4 membros	2
	Movimenta 2 membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente e tossir livremente	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1
	Tem apneia	0
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado em tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
SatO₂	Capaz de manter SatO ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter SatO ₂ maior que 90%	1
	Apresenta SatO ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de O ₂ .	0

Antes de explicar melhor, veja o formulário disponibilizado pela SOBECC.

Os valores aferidos pela escala de Aldrete e Kroulik são fundamentais para a alta da SRPA, sendo o Score 8 como preditivo de alta.

Além da escala falada acima, temos também a Escala Modificada de Bromage, que avalia a existência ou não de bloqueio motor e a capacidade de flexionar o joelho e mover o pé, e levantar a perna.

Deste modo, temos a organização da escala também em scores.



Vejamos!

0	Sem bloqueio motor
1	Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levanta a perna
2	Pode mover apenas o pé
3	Não pode mover o pé ou o joelho

Fonte: Bromage PR. Philadelphia: WB Saunders; 1978: 144.

Já que falamos sobre alta da SRPA, vamos ver alguns outros tópicos que são considerados para alta.

- ✓ Valor da escala de Aldrete e Kroulik acima de 8;
- ✓ Valor da escala de Bromage 2, 1 ou 0, em pacientes que foram submetidas a anestesia regional (Raquianestesia ou Peridural), ou seja, pelo menos consegue mover o pé;
- ✓ Estabilidade dos sinais vitais, comparada com os sinais vitais de enfermaria ou da admissão;
- ✓ Orientação do paciente no tempo e espaço;
- ✓ Ausência de sangramento ativo e retenção urinária;
- ✓ Ausência de náusea e vômito; » Dor sob controle;
- ✓ Força muscular que favoreça respiração profunda e tosse;

7. - Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato

Ao longo do nosso conteúdo, discutimos o que a Enfermagem deve realizar durante o processo cirúrgico, e neste momento, falaremos um pouco mais sobre o Pós-Operatório Imediato.

Assistência de Enfermagem

- Avaliar a respiração a administrar oxigenoterapia conforme prescrição médica
- avaliar local da cirurgia e sistemas de drenagem
- monitorizar sinais vitais e nível de consciência
- avaliar nível de dor
- posicionar o paciente de modo a aliviar a dor
- avaliar permeabilidade dos cateteres e continuidade de infusões prescritas

7. - Infecção do Sítio Cirúrgico

A Organização Mundial de Saúde diz que cerca de 1/3 dos pacientes que são submetidos à procedimentos cirúrgicos nos países em desenvolvimento, são acometidos por infecção do sítio cirúrgico (ISC).

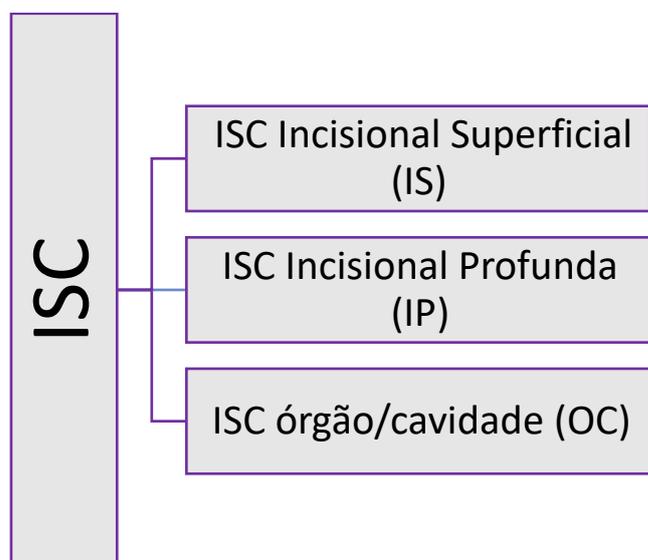


No ano de 2017, tivemos no Brasil uma taxa de 11% de ISC do total de procedimentos analisados².

ISC incisional superficial (IS): Essa classificação será considerada quando ocorrer nos primeiros 30 dias após a cirurgia (tendo como base o 1º dia a data da cirurgia), envolvendo apenas tecido subcutâneo, e sendo observado pelo menos **UM** dos seguintes critérios:

- ✓ Drenagem purulenta da incisão superficial;
- ✓ Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente;
- ✓ A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor, **EXCETO** se a cultura for negativa;
- ✓ Diagnóstico de infecção superficial pelo cirurgião ou outro médico assistente.

A ANVISA⁷ demonstra que a Infecção do Sítio Cirúrgico pode ser classificada através de alguns critérios, sendo eles:



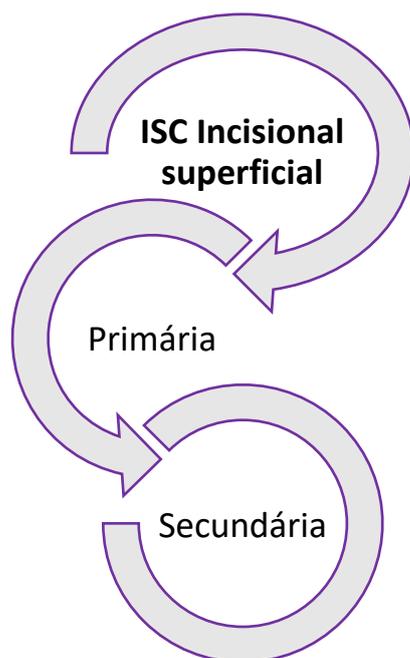
Além disso, a ISC incisional superficial possui subclassificação, sendo, portanto, a ISC incisional superficial, primária e secundária. Vejamos:

Primária: Quando identificamos a ISC incisional na primeira incisão realizada no paciente que possui mais de uma incisão.

Secundária: Identificada na incisão secundária no paciente com mais de uma incisão.

⁷ Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.





ISC INCISIONAL PROFUNDA (IP): Acontece nos primeiros 30 dias após a cirurgia (segue a mesma regra do 1º dia ser o dia da cirurgia), ou até 90 dias, caso haja colocação de implante, envolvendo tecidos moles profundos à incisão (como por exemplo a fáscia muscular e também o músculo), e presente pelo menos um dos critérios abaixo⁶:

Critérios da ISC Incisional Profunda (IP)

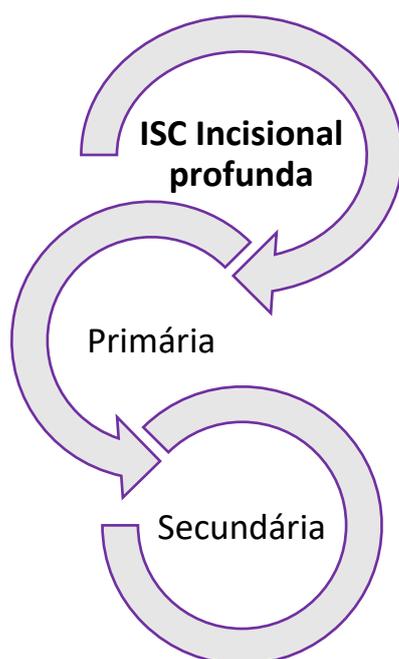
- Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não originada de órgãos e cavidades;
- Deiscência espontânea profunda ou incisão aberta pelo cirurgião e cultura positiva ou não realizada (quando o paciente apresentar 1 dos seguintes: febre (temperatura maior ou igual a 38°C), dor ou tumefação localizada;
- Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo tecidos profundos, sendo detectado durante exames clínicos, anatomopatológico ou de imagem.
- Diagnóstico de Infecção incisional profunda realizado pelo cirurgião, ou outro médico assistente⁶.

Nessa categoria, também temos subclassificações, que são:

Incisional profunda primária: Esta modalidade é identificada na incisão primária em paciente com mais de 1 incisão.

Incisional profunda secundária: quando falamos em secundária, é por ser identificada na incisão secundária em paciente com mais de 1 incisão.

Fiz um esquema abaixo, só para que você não esqueça. Veja.



Por fim, **ISC órgão/ cavidade (OC):** também acontecerá nos primeiros 30 dias após a cirurgia, ou até 90 dias caso tenha havido a colocação de implantes. Ela envolverá órgãos ou também cavidades que tenham sido abertas, ou mesmo manipuladas durante a cirurgia. Deve apresentar um ou mais dos seguintes critérios⁶:

Critérios da ISC Órgão/Cavidade (OC)

- Cultura positiva de secreção ou tecido do órgão/cavidade que tenha sido obtido de forma asséptica;
- Presença de abscesso ou outra evidência;
- Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo médico assistente⁶.

Vimos, portanto, que existem critérios que classificam as ISC, e que para classificar em órgão/cavidade, deve-se identificar um ou mais critérios acima listado. Nesse contexto, independente das classificações que



falamos até aqui, é importante que na sua prática clínica você se atente aos vários fatores envolvidos, e preze para diminuição de riscos.

Com isso, encerramos a teoria pertinente à aula de hoje.

8 – Considerações Finais

Bom, finalizamos a nossa aula de inauguração, e espero que você tenha aproveitado o nosso material.

Esse momento representou apenas uma pequena parte. Teremos outras possibilidades de encontro, e também de estudos juntos.

Um grande abraço, desejo boa sorte para ti, e estou à sua disposição pelos veículos abaixo caso tenha alguma dúvida.

Até a próxima aula. ;)

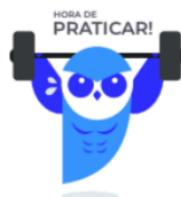
Profª. Lorena Campos

E-mail: lorenacamposenfermagem@gmail.com

Instagram: <https://www.instagram.com/ensino.enfermagem/>



QUESTÕES COMENTADAS



Gostaria de te informar que teremos questões estilo CESPE, uma vez que não foi encontrado tantas questões sobre a temática que estamos abordando no estilo ABCDE. Mas, discutiremos todas para que você

1. (AOCP - 2015) - O Centro Cirúrgico (C.C.) pode ser considerado uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especialidade, presença constante de estresse e a possibilidade de risco à saúde aos quais os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica e à recuperação anestésica. É considerado local de grande necessidade de organização complexa devido às suas características e assistência especializadas. Portanto o C.C. é constituído de um conjunto de áreas e instalações que permite efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o paciente e de conforto para equipe que o assiste. Dentre as finalidades do C.C., podemos citar:

a) realizar procedimentos cirúrgicos e devolver os pacientes as suas unidades de origem nas melhores condições possíveis de integridade; servir de campo de estágio para formação, treinamento e desenvolvimento de recursos humanos; servir de local para desenvolver programas e projetos de pesquisa voltados para o desenvolvimento científico e, especialmente, para o aprimoramento de novas técnicas cirúrgicas e assépticas; realizar procedimentos a pacientes não cirúrgicos que necessitam utilizar suas dependências em função de sua aparelhagem.

b) realizar procedimentos cirúrgicos e devolver os pacientes as suas unidades de origem nas melhores condições possíveis de integridade; prestar assistência integral ao paciente desde a sua internação até a alta, prestando cuidados clínicos e acompanhamento de doenças crônicas no ambulatório; realizar procedimentos a pacientes não cirúrgicos que necessitam utilizar suas dependências em função de sua aparelhagem.

c) realizar procedimentos cirúrgicos e devolver os pacientes as suas unidades de origem nas melhores condições possíveis de integridade; prestar assistência integral ao paciente desde a sua internação até a alta, prestando cuidados clínicos e acompanhamento de doenças crônicas no ambulatório; desenvolver programas e projetos de pesquisa.

d) realizar procedimentos cirúrgicos e devolver os pacientes as suas unidades de origem nas melhores condições possíveis de integridade; prestar a assistência de enfermagem ambulatorial.



e) realizar procedimentos cirúrgicos e devolver os pacientes as suas unidades de origem nas melhores condições possíveis de integridade; desenvolver programas e projetos de pesquisa; esterilização de material; prestar a assistência de enfermagem ambulatorial.

Comentários:

Alternativa a) A definição trazida pelo enunciado foi estabelecida pela Portaria 400 de 1977, que aprova as normas e padrões sobre construções e instalações de serviços de saúde.

Demais alternativas: É observado nas demais alternativas que cita-se como função do centro cirúrgico o acompanhamento a nível ambulatorial, o que não condiz com a finalidade da Unidade. **Portanto, considera-se o gabarito correta a alternativa A**

2. (CESPE - 2018) - Julgue o item relativo ao sítio operatório e ao sistema de drenagem: No caso de cirurgia limpa, o primeiro curativo deve permanecer por 48 h, se não houver contraindicação como dreno e exsudato excessivo.

a) certo

b) errado

Comentário:

Segundo a ANVISA (2017), em suas Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, as feridas com cicatrização por primeira intenção (bordos aproximados por sutura devem permanecer estéril por **24h a 48h, exceto** se houver drenagem da ferida ou indicação clínica. Deve-se substituir o curativo antes das 24 h ou 48 h se molhar, soltar, sujar ou a critério médico. **Gabarito correto: A.**

3. (CESPE - 2018) - Com relação a classificação e tipos de cirurgia, julgue o item subsecutivo. É classificada como limpa a cirurgia em que não há abertura de vísceras — como, por exemplo, na reparação de hérnia.

a) Certo

b) Errado

Comentário:

Não haver acesso não apenas às vísceras, bem como não ter sido encontrado sinais de inflamação durante o procedimento cirúrgico, torna a cirurgia classificada em limpa. É importante você compreender que, para efeitos de classificação como cirurgia limpa, considera-se também o uso de sistemas fechados de drenagem. **Afirmativa correta: A.**

4. (CESPE - 2018) - Com relação a classificação e tipos de cirurgia, julgue o item subsecutivo. Cirurgias de urgência exigem intervenção imediata porque acarretam consequências que põem em risco a vida do paciente:



- a) certo
- b) errado

Comentário:

A afirmativa está INCORRETA. Quando falamos em Cirurgias de Urgência, compreendemos que o paciente precisa de atenção imediata em um período de 24 a 30 horas. Isso diferencia-se nas questões de emergência, a qual o paciente requer atenção sem demora, sendo que o agravo é considerado potencialmente fatal.

5. (CESPE - 2015) - Com relação a classificação e tipos de cirurgia, julgue o item subsecutivo. Cirurgias eletivas são procedimentos planejados com antecedência para corrigir problemas não agudos.

- a) certo
- b) errado

Comentário:

Vimos que cirurgias que são classificadas como eletivas são aquelas em que o paciente deve fazer, mas que não tem determinação de tempo, tampouco riscos caso não seja realizada de forma imediata. Nesse contexto, a afirmativa está correta.

6. (CESPE - 2018) - Acerca de aspectos referentes às cirurgias pulmonares, julgue o item subsequente. Pneumonectomia é o termo utilizado para a remoção de um ou dois dos quatro lobos pulmonares.

- a) certo
- b) errado

Comentário:

Quando falamos na retirada de um pulmão, atribuímos o termo **Pneumonectomia** ou pneumectomia. Quando falamos na remoção de somente um lobo do pulmão é conhecida como lobectomia e a remoção de somente um segmento é conhecida como segmentectomia. A questão está errada, gabarito B.

7. (CESPE – 2018) - Acerca da sistematização da assistência de enfermagem no perioperatório, julgue o item a seguir. A posição de Trendelenburg é usualmente empregada para quase todos os procedimentos cirúrgicos perineais retais e vaginais:

- a) certo
- b) errado

Comentário:



O posicionamento em Trendelenburg é uma variação do posicionamento dorsal, portanto, não permite visualização da região perianal, uma vez que esta não ficará exposta. **Afirmativa ERRADA.**

8. (CESPE – 2018) - Com referência à analgesia e à anestesia, julgue o próximo item. Um anestésico local é uma substância que, colocada em contato com as fibras nervosas, não interrompe a transmissão do impulso nervoso.

a) certo

b) errado

Comentário: O procedimento anestésico é justamente para interromper tal processo de transmissão dos impulsos. **Afirmativa ERRADA.**

9. (CESPE - 2018) - Julgue o item que se segue, acerca de centro cirúrgico, sala de recuperação (SRPA) e central de material e esterilização (CME). As atribuições da enfermeira circulante de sala incluem assistir no posicionamento do paciente, preparar a pele deste para a cirurgia, gerenciar as amostras cirúrgicas e documentar eventos intraoperatórios.

a) certo

b) errado

Comentário:

As recomendações para o circulante incluem: Higienizar as mãos; Receber o paciente, apresentar-se e conferir sua identificação com o seu prontuário; Conferir os exames realizados pelo paciente; Realizar a monitorização do paciente; Auxiliar o médico anestesista na indução anestésica; Auxiliar a equipe cirúrgica a paramentar-se; Ligar os equipamentos cirúrgicos; Posicionar o foco cirúrgico; Aproximar o hamper próximo a equipe cirúrgica; Realizar a contagem do número de compressas utilizadas nos procedimentos cirúrgicos com abertura da cavidade abdominal; Manter a sala cirúrgica em ordem; Estar atento as solicitações da equipe cirúrgica; Encaminhar o paciente para a sala de recuperação pós-anestésica; Reorganizar a sala cirúrgica.

10. (CETRO – 2013) - O termo perioperatório é empregado para descrever todo o período da cirurgia. Sobre os períodos perioperatórios, analise as assertivas abaixo.

I. O termo pré-operatório tem início no momento da cirurgia e continua até o paciente chegar à recuperação anestésica.

II. O termo intraoperatório inclui todo procedimento cirúrgico até a transferência para a área de recuperação.



III. O termo pós-operatório inclui a admissão do paciente na recuperação anestésica e continua até o paciente receber uma avaliação de acompanhamento em casa ou ser transferido para uma unidade de reabilitação.

É correto afirmar que:

- (A) I e III, apenas.
- (B) I e IV, apenas.
- (C) I, III e IV, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, apenas.

Comentário: No contexto de Centro Cirúrgico, a Enfermagem perioperatória e perianestésica aborda relevante papel nas fases:



I – Quando falamos dos termos PRÉ-OPERATÓRIO, compreendemos que ele tem início quando se toma a decisão de se prosseguir com a intervenção cirúrgica e se encerra com a transferência do paciente para a mesa da sala cirúrgica. Portanto, está INCORRETA.

II - O termo INTRA-OPERATÓRIO aborda todo tipo de procedimento cirúrgico, e se encerra na transferência para a área de recuperação. Afirmativa CORRETA.

III - PÓS-OPERATÓRIO contempla a admissão do paciente na recuperação anestésica e continua até o paciente receber uma avaliação de acompanhamento em casa ou ser transferido para uma unidade de reabilitação. Afirmativa CORRETA.

Nesse sentido, podemos categoricamente afirmar que II e III estão corretas.

Gabarito letra D

11. (CESPE - 2017) - No período pré-operatório imediato de cirurgia de varizes, bem como durante a realização desse procedimento, o paciente deve ser mantido na posição:

- a) Sims
- b) Elliot
- c) Mayo-Robson



d) Fowler

e) Trendelemburg

Comentário:

Posição dorsal (ou supina): é aquela em que o paciente se encontra deitado de costas, com as pernas estendidas e os braços estendidos e apoiados em talas. O dorso do paciente e a coluna vertebral estão repousando na superfície do colchão da mesa cirúrgica.

Posição ventral (ou prona): o paciente fica deitado de abdome para baixo, com os braços estendidos para frente e apoiados em talas. O sistema respiratório fica mais vulnerável na posição de decúbito ventral.

Posição lateral (ou de Sims): o paciente permanece em decúbito lateral, esquerdo ou direito, com a perna que está do lado de cima flexionada, afastada e apoiada na superfície de repouso.

Posição de litotomia (ou ginecológica): o paciente permanece em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas, afastadas e apoiadas em perneiras acolchoadas, e os braços estendidos e apoiados.

Posição de Trendelemburg: é uma variação da posição de decúbito dorsal onde a parte superior do dorso é abaixada e os pés são elevados. Mantém as alças intestinais na parte superior da cavidade abdominal.

Posição de Fowler (ou sentada): o paciente permanece semi-sentado na mesa de operação. Posição utilizada para conforto do paciente quando há dispneia.

Posição de canivete (ou de Kraske): o paciente se encontra em decúbito ventral, com as coxas e pernas para fora da mesa e o tórax sobre a mesa, a qual está levemente inclinada no sentido oposto das pernas, e os braços estendidos e apoiados em talas.

Gabarito: letra E.

12. (IBFC – 2019) - Na fase pós operatória imediata o foco inclui a manutenção da(s) _____ do paciente, a avaliação dos efeitos dos agentes _____, a avaliação do paciente para a(s) _____ e fornecer conforto e alívio da(s) _____.

Assinale a alternativa que completa correta e respectivamente as lacunas.

a) vias aéreas/ anestésicos/ complicações / dor

b) vias aéreas/ orgânicos/ dor / complicações

c) pressão / anestésicos/ manutenção / dor

d) pressão / volêmicos / anotações / dor

Comentário:



O período do pós-operatório é extremamente delicado, a qual o paciente encontra-se em potencial instabilidade e nível de estresse fisiológico elevado. Desse modo a equipe deve trabalhar para estabilizar o paciente e evitar que as complicações do pós-operatório se instalem, além de, aliviar a dor (neste momento, é importante que você atente-se para frequência cardíaca e pressão arterial e, se possível, aplique escalas de dor) e o desconforto tão comuns neste período.

A avaliação do paciente inclui a observação das condições dos sistemas neurológico, respiratório, cardiovascular e renal; suporte nutricional e de eliminações; dos acessos venosos, drenos; ferida cirúrgica e posicionamento.

O espectro do cuidado de Enfermagem cobre uma ampla gama de atividades durante esse período.

Na fase pós-operatória imediata, o foco inclui a manutenção da via aérea do paciente, avaliação dos efeitos dos agentes anestésicos, avaliação do paciente para complicações e fornecimento do conforto e alívio para dor. Depois, as atividades de Enfermagem focalizam a promoção da recuperação do paciente e iniciação do ensino, dos cuidados de acompanhamento e referências essenciais para recuperação e reabilitação depois da alta (BRUNNER, 2005).

Gabarito Letra A

13. (CESPE - 2018) - A propósito dos períodos pré-, intra- e pós-operatório, julgue o item subsecutivo. Na fase pós-operatória mediata, o ponto central inclui a manutenção da via aérea do paciente e a avaliação dos efeitos anestésicos.

- a) certo
- b) errado

Comentário: Este momento se inicia após as primeiras 24 horas que se seguem a cirurgia, e estende-se até a alta do paciente, ou também até seu retorno ao domicílio. O tempo é variável, pois depende de cada resposta individual ao procedimento cirúrgico.

Gabarito: Errado.

14. (CESPE - 2018) - Acerca da sistematização da assistência de enfermagem no perioperatório, julgue o item a seguir.

É responsabilidade do cirurgião e do anestesista monitorar e tratar complicações no perioperatório; entretanto, cabe ao enfermeiro, além de auxiliar no tratamento, relatar observações importantes relativas a alterações de sinais vitais, náuseas e vômitos, anafilaxia, hipoxia, hipotermia, hipertermia.

- a) Certo
- b) Errado



Comentário: Auxiliar no tratamento do paciente faz parte do que chamamos de Modelo Tripartite da Prática de Enfermagem (Kamitsuru (2008).

Além dessa responsabilidade, temos também aquelas que pautam nas repercussões humanas indesejáveis, como citado pelo enunciado, tempos alterações dos sinais vitais, náuseas, vômitos, hipotermia. Portanto, temos uma afirmativa verdadeira.

Gabarito: Certo.

15. (CESPE – 2018) - Julgue o próximo item, referente à assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico.

A inserção de cateter vesical em ambiente cirúrgico é competência privativa do enfermeiro e do técnico de enfermagem.

- a) Certo
- b) Errado

Comentário:

Segundo a Resolução COFEN 450/2013, "A sondagem vesical é um procedimento invasivo e que envolve riscos ao paciente, que está sujeito a infecções do trato urinário e/ou a trauma uretral ou vesical.

Requer cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas e, por essas razões, no âmbito da equipe de Enfermagem, a inserção de cateter vesical é privativa do Enfermeiro, que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento".

Quanto ao profissional técnico em enfermagem, observadas as disposições legais da profissão, compete a realização de atividades prescritas pelo Enfermeiro no planejamento da assistência, a exemplo de monitoração e registro das queixas do paciente, das condições do sistema de drenagem, do débito urinário.

Gabarito: Afirmativa certa.

16. (UFMA – 2019) - Um sangramento acima de 500ml nas 24h no pós-operatório imediato é considerado uma emergência cirúrgica. Quais cuidados devem ser priorizados pelo enfermeiro?

- a) Avaliação do nível de consciência, controle dos débitos, monitorização dos sinais vitais, conforto do paciente.
- b) Monitorização dos sinais vitais, avaliação do nível de consciência e controle dos débitos dos drenos e incisão cirúrgica, preparo do paciente para reoperação, se necessário.
- c) Monitorização dos sinais vitais, avaliação do nível de consciência e controle dos débitos dos drenos e incisão cirúrgica, cateterismo vesical de alívio, preparo do paciente para reoperação.



d) Monitorização dos sinais vitais, avaliação do nível de consciência e controle dos débitos dos drenos e incisão cirúrgica, curativo da incisão cirúrgica, preparo do paciente para reoperação

e) Monitorização dos sinais vitais, controle dos débitos dos drenos e incisão cirúrgica, cateterismo vesical de alívio e preparo do paciente para reoperação.

Na presença de sangramento, é imprescindível que haja a verificação contínua do nível de consciência (aplicar a Escala de Glasgow é importante nesse momento, atentando para quedas abruptas de interação).

Os sinais vitais serão verificados de modo a acompanhar gravidade, bem como o controle (no sentido de acompanhar os volumes), uma vez que, caso mantenha-se a drenagem excessiva com alteração dos demais parâmetros já mencionados, a reabordagem pode ser considerada pela equipe médica.

Comentário: A afirmativa correta é a B.

17. (CEPUERJ - 2019) - Para realizar um registro preciso do controle hídrico, com o objetivo de avaliar as funções renal e circulatória no período pós-operatório, deve-se:

a) registrar o débito urinário do paciente

b) desconsiderar secreções de feridas operatórias

c) computar o volume da solução para preenchimento do selo d'água

d) desconsiderar perdas insensíveis, como vômitos em pequenas quantidades

Comentário:

O registro das ofertas e perdas de líquidos é imprescindível para que possamos identificar a função renal, uma vez que denota diretamente as condições da filtração glomerular que, caso esteja baixa, será confirmado ou não o prejuízo renal através da avaliação das escórias (**creatinina – padrão ouro** para avaliação da função renal; ureia).

Nesse sentido, verificar volume urinário faz parte do Balanço Hídrico, que tem por finalidade avaliar a quantidade de líquidos que se é ofertada ao paciente, e quantidade de líquido que se perde. Portanto, a afirmativa do A é a correta.

Gabarito: A

18. (FCC – 2016) - O profissional de enfermagem, enquanto membro da equipe de saúde, participa da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, com o objetivo de ajudar as equipes cirúrgicas a reduzir a ocorrência de danos ao paciente. Dentre as verificações de segurança que devem ser completadas após o término do ato cirúrgico e antes do paciente sair da sala de operação, estão:

a) confirmar se o cirurgião que vai realizar a operação marcou o local da cirurgia.

b) perguntar, em voz alta, se os antibióticos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos.



- c) perguntar se o doente tem alguma alergia conhecida e, em caso afirmativo, qual.
- d) confirmar, verbalmente, com o doente a sua identidade, o tipo de procedimento previsto, o local da cirurgia e se o consentimento para a cirurgia foi dado.
- e) confirmar, em voz alta, a rotulagem correta de qualquer material obtido durante o procedimento cirúrgico, o nome do doente, a descrição e quaisquer marcas de orientação da amostra.

Comentário:

Nós vimos a sobre a **"Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica"** (OMS - 2009), e ao término do ato cirúrgico a equipe revisará de forma conjunta a cirurgia realizada, a contagem de compressas e instrumentais, bem como a identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida.

Também revisará qualquer mau funcionamento de equipamentos ou questões que necessitem ser resolvidas. Finalmente, a equipe revisará planos-chave e preocupações a respeito da abordagem pós-operatória e da recuperação antes de retirar o paciente da sala de operação.

Nesse contexto, a afirmativa correta é Letra A.

19. (CESPE – 2018) - Acerca da sistematização da assistência de enfermagem no perioperatório, julgue o item a seguir. A posição de Trendelenburg é usualmente empregada para quase todos os procedimentos cirúrgicos perineais retais e vaginais.

- a) Certo
- b) Errado

Comentário:

A posição de Trendelenburg é uma variação do decúbito dorsal, em que a parte superior do dorso permanecerá em um nível mais baixo e, em contrapartida, os pés ficarão mais elevados. É muito utilizada para oferecer maior visibilidade dos órgãos pélvicos, como por exemplo, laparoscopia de abdome inferior.

Já havíamos visto uma questão semelhante a esta, e isso é para despertar a necessidade de compreender mais sobre as posições, uma vez que as bancas se comportam de modo a cobrar o assunto com certa frequência.

Gabarito: Errado.

20. (CEPUEJ – 2019) - As infecções do sítio cirúrgico são as complicações mais comuns decorrentes do ato cirúrgico. Uma das estratégias de prevenção desse tipo de ocorrência é:

- a) realizar banho com clorexidina 2% para todos os pacientes cirúrgicos, incluindo cirurgias de pequeno porte, em até duas horas antes da abordagem cirúrgica



- b) realizar tricotomia em área de incisão cirúrgica, utilizando lâminas, em até duas horas antes de encaminhar o paciente para o centro cirúrgico
- c) realizar controle glicêmico no período pré-operatório e pós-operatório imediato, tendo por objetivo manter níveis glicêmicos abaixo de 180mg/dL
- d) realizar curativo em bordos aproximados por sutura, utilizando solução alcoólica até a retirada de debris e crostas do leito da ferida

Comentário:

Muitos estudos nos mostram que no período perioperatório o descontrole glicêmico é um fator significativo para infecção pós-operatória e, diante disso, assumimos o objetivo de manter a hemoglobina glicosilada menor que 7% em todo o perioperatório.

Esse cuidado deve manter-se até 24 horas após o final da anestesia, tendo como meta a manutenção da glicemia **abaixo de 180mg/dl**.

Gabarito: Considere a questão C.

21. (INSTITUTO AOCP - 2018) - Quanto ao momento operatório, o tratamento cirúrgico pode ser de emergência, urgência e eletivo. Em relação ao assunto, assinale a alternativa correta.

- a) Emergência: é a situação que, pela gravidade do quadro apresentado pelo paciente, exige intervenção cirúrgica imediata.
- b) Urgência: a intervenção cirúrgica é mediata, podendo o paciente aguardar por mais de 78 horas.
- c) Eletiva: é o tratamento no qual o paciente poderá aguardar apenas 24 horas.
- d) Emergência: a necessidade de intervenção cirúrgica poderá aguardar por mais de 24 horas.
- e) Urgência: a intervenção de cirurgia deverá ser imediata, correndo o paciente risco de vida.

Comentário:

Quando falamos em atendimento de EMERGÊNCIA, compreendemos que não há tempo para esperar, e que existe potencial risco de o paciente evoluir para óbito, caso não haja intervenção. Nesse contexto, é importante relembrarmos as classificações das cirurgias segundo seu grau de urgência. Vejamos!

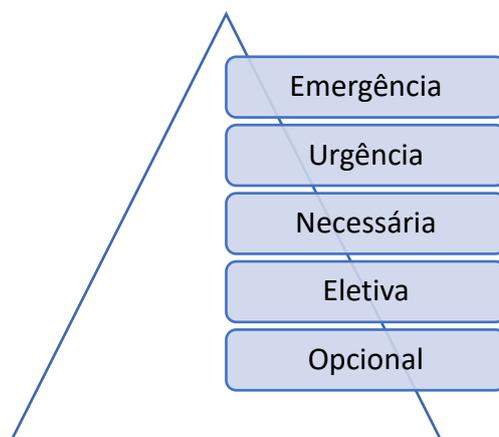
- Emergência: Atenção imediata;

- Urgência: Atenção entre 24 e 30 horas;

- Necessária: há a necessidade de cirurgia, e não se observa alterações hemodinâmicas, por exemplo;



- Eletiva: Deve-se operar, contudo, caso não seja operado, não se considera como irremediável;
- Opcional: decisão do paciente.



Gabarito: Letra A.

22. (INSTITUTO AOCP - 2015) - Um paciente adulto, submetido a uma cirurgia de médio porte, após o procedimento cirúrgico, foi encaminhado ao centro de recuperação pós-anestésico, com o objetivo principal de:

- a) aguardar a disponibilidade de leitos na unidade de clínica cirúrgica.
- b) avaliar o paciente com ênfase na previsão e prevenção de complicações que resultam da anestesia ou do procedimento cirúrgico.
- c) realizar avaliação primária do paciente submetido ao processo anestésico-cirúrgico, aguardando no máximo 15 minutos para sua alta.
- d) Inspeccionar os resultados imediatos da cirurgia e encaminhar o paciente para o centro de terapia intensiva se não houver estabilização dos sinais vitais nos primeiros 30 minutos.
- e) proporcionar cuidados para recuperação total da anestesia antes da transferência para outros setores do hospital.

Comentário:

A sala de recuperação pós-anestésica, como vimos, tem como objetivo a avaliação sistemática dos pacientes que são, inclusive, considerados como críticos, com ênfase na previsão e prevenção de complicações que resultam da anestesia ou do procedimento cirúrgico.

Considerar letra B.



23. (AOCP – 2015) – De acordo com os riscos de contaminação, as cirurgias são classificadas como limpas, potencialmente contaminadas, contaminadas e infectadas. Qual das cirurgias a seguir corresponde à cirurgia potencialmente contaminada?

- a) Cirurgia vascular;
- b) Cirurgia de mediastino;
- c) Herniorrafia;
- d) Safenectomia;
- e) Gastrectomia.

Comentário:

Observamos que as cirurgias consideradas potencialmente contaminadas são colonizadas por flora microbiana em menor número, ou em tecidos de difícil descontaminação. Também classificamos assim, aquelas em que há penetração do trato digestório, respiratório ou urinário. **Nesse contexto, a resposta correta trata-se da letra E.**

24. (VUNESP – 2019) – Implementada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ao estabelecer os resultados esperados, o Enfermeiro está executando a etapa do Processo de Enfermagem

- a) Diagnóstico de Enfermagem
- b) Implementação da Assistência de Enfermagem
- c) Avaliação
- d) Investigação
- e) Planejamento

Comentário:

- a) O diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa do processo de enfermagem, e consiste na identificação de respostas humanas indesejáveis.
- b) A Implementação é a fase posterior ao planejamento, e consiste na realização das atividades planejadas.



- c) O processo de avaliação é após a implementação, onde se identifica se as intervenções realizadas foram suficientes para retirar o paciente de riscos, ou se interrompeu respostas humanas indesejáveis.
- d) Investigação, esse termo pode até confundir você, mas ele remete à 1ª etapa, que é de levantamento de dados, anamnese.
- e) Planejamento. É comum observarmos nas literaturas apenas esse termo, sendo a etapa após o diagnóstico de enfermagem. Mas talvez você não tenha percebido que essa etapa possui duas outras sub etapas, sendo a determinação de metas e prescrição de enfermagem. **Portanto, esta é a alternativa que deve considerar.**

25. (CPCON – 2017) – De acordo com a Resolução COFEN 358/2009, que dispõem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, é CORRETO afirmar:

- a) O processo de Enfermagem apresenta-se diretamente ligado aos diagnósticos de enfermagem e se refere ao uso do NANDA em situações de clínicas geral.
- b) O Processo de Enfermagem é um processo de coleta de dados para formação dos diagnósticos clínicos e cirúrgicos apenas utilizados em ambientes hospitalares e é organizado em seis etapas.
- c) O Processo de Enfermagem é um processo metodológico que orienta o cuidado de Enfermagem e a documentação da prática profissional, organizado em cinco etapas.
- d) O Processo de Enfermagem é um resumo da fase inicial do Histórico de Enfermagem, dos resultados esperados e da avaliação clínica, e é pautada em quatro etapas.
- e) O Processo de Enfermagem se refere ao reconhecimento dos diagnósticos de enfermagem com base na NANDA.

Comentário:

- As afirmativas **A** e **E**, que trazem o NANDA como base única para a aplicação da etapa de diagnóstico de enfermagem, estão erradas. A taxonomia NANDA – I não é a única taxonomia a ser utilizada atualmente (apesar de ser a mais usada). Nesse sentido, temos mais de 12 taxonomias autorizadas e em uso. Portanto, tais questões estão incorretas.

- Afirmativa **B**: O processo de enfermagem em suas etapas possui a coleta de dados (etapa 1), entretanto, não respalda apenas esta necessidade, tampouco permite diagnósticos clínicos ou cirúrgicos, mas sim de respostas humanas indesejáveis, e vulnerabilidades à estas respostas. Além disso é organizado em 5 etapas (levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), e deve ser aplicado em todos os níveis que existir o cuidado profissional de enfermagem.



- Afirmativa **C**: Esta afirmativa está inteiramente correta. O processo de enfermagem é um instrumento metodológico, organizado em 5 etapas distintas (acima citadas), privativa do Enfermeiro em todo âmbito de assistência à saúde, e permite à este profissional a prescrição de cuidados adequados, focados nas reais necessidades do paciente. É importante lembrar que este processo é parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

- Afirmativa **D**: Como vimos, o processo de enfermagem possui 4 etapas.

RESUMO

↳ **Centro Cirúrgico**: possui finalidades distintas, e não inclui acompanhamento ambulatorial de pacientes crônicos.

↳ **Tempos cirúrgicos**: Refere-se à sequência de atividades/procedimentos que serão utilizados na manipulação de tecidos e vísceras durante a cirurgia.

- Diérese
- Hemostasia
- Exérese
- Síntese.

↳ **Zoneamento do Centro Cirúrgico**: O centro cirúrgico é um ambiente composto por procedimentos invasivos e profissionais capacitados para lidar com situações adversas e de complexidade técnica significativa. O zoneamento, é a separação/classificação dos "cômodos" do centro cirúrgico conforme os riscos e o grau de criticidade.

↳ **Zona Não Crítica/Não Restrita**: A área não crítica (também conhecida como não restrita, pode conter pessoas circulando, sem que haja cuidados especiais, e uso de uniformes privativos.

↳ **Zona Semi crítica/Semi restritas**: A área semicrítica possui a característica de permitir a circulação de equipamento e também de pessoas, desde que essa atividade não interfira no controle da assepsia cirúrgica.

↳ **Zona Crítica**: Esta área possui limites extremamente definidos quando falamos de circulação de pessoas e também equipamentos.



↳ **Classificação das cirurgias:** A principal classificação encontrada é quanto ao número de microrganismos presentes no tecido que será operado.

↳ **Limpa:** tecidos estéreis e de fácil descontaminação, e ausência de processo infeccioso local.

↳ **Potencialmente contaminada:** realizadas em tecidos de difícil descontaminação e ausência de supuração local; penetração nos tratos digestório, respiratório ou urinário.

↳ **Contaminadas:** tecidos recentemente abertos/traumatizados, de difícil descontaminação.

↳ **Infectadas:** presença de supuração local, feridas traumáticas sujas, e tecido necrótico.

↳ **Classificação das cirurgias conforme Urgência Clínica:** Classificação que tem como base a necessidade de intervenção, e necessidades clínicas do paciente.

↳ **Emergência:** Atenção imediata

↳ **Urgência:** Atenção entre 24 a 30 horas

↳ **Necessária:** Há necessidade de cirurgia, mas não há alteração hemodinâmica.

↳ **Eletiva:** Deve-se operar, mas caso não seja, não se tornará uma situação irremediável.

↳ **Opcional:** É decisão do paciente realizar ou não.

Esses tópicos devem ser enfatizados durante o seu processo de aprendizagem, e sempre revisitados. Portanto, finalizamos aqui o nosso momento de estudos, e nos encontramos em outros momentos.

Caso reste alguma dúvida, estou à disposição pelos seguintes e-mails:

- lorenacamposenfermagem@gmail.com
- contato@ensinoenfermagem.com.br
- lorena.cmps@gmail.com

Até a próxima.



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.