

2014.2

ENFERMAGEM CLÍNICA CIRÚRGICA



**INSTITUTO
FORMAÇÃO**
Cursos Técnicos Profissionalizantes

Profª Eunaldo Dias

✓ ASPECTOS HISTÓRICOS DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CIRÚRGICO

Até meados do século XVIII, um grande número de moléstias, de dores, de falta de assistência médica assolava o mundo. A medicina interna teve sua evolução histórica por caminhos diferentes da cirurgia, sendo estas duas profissões completamente diferentes na forma de saber, de poder, de habilitação e de participação na sociedade. A medicina interna foi mais valorizada no meio acadêmico, exigindo mais reflexão, estudos e percepção por parte dos médicos e estes não incorporavam a cirurgia como uma das suas disciplinas. Da mesma forma, a enfermagem e a medicina tiveram origens distintas e existiram como tais por muitos séculos, sem muita relação entre si (THOWALD, 1976). Os procedimentos cirúrgicos realizados nessa época eram limitados, destacavam-se as amputações, extração de abscessos e dentes e ligação de artérias, evitavam-se as da região do abdômen e outras cavidades do corpo, assim como do sistema nervoso central. Os principais desafios enfrentados eram a dor, a hemorragia e a infecção, neste sentido os cirurgiões se mostravam temerosos a operar seus doentes, além de que para realizar cirurgias não passavam por uma academia, mas por um aprendizado prático, acompanhando um mestre renomado em suas atividades, sendo chamados de “cirurgiões barbeiros” (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997; DAVIS, 1970; THOWALD, 1976).

✓ PACIENTE CIRURGICO E O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

De acordo com Pitrez e Pioner (2003, p.19) define-se como “paciente cirúrgico aquele cujo tratamento implica um ato cirúrgico”. Este tipo de terapia pode representar uma agressão orgânica, psíquica, apresentando características definidas, além de que na maioria das vezes o paciente não se encontra preparado para o inesperado, como o diagnóstico da necessidade de uma cirurgia, uma situação de risco, crítica e evasiva, com indefinição de fatos que irão advir, transformando a intervenção em uma situação assustadora, que traz à tona sentimentos dolorosos e angustiantes. Nessa perspectiva Carraro (1997, p.4) enfatiza que: Uma situação cirúrgica envolve não apenas o ato cirúrgico em si, [...] mas envolve mudança da rotina diária do ser humano, separando-o do contexto a que está habituado e expondo-o ao estresse de uma hospitalização carregada de características e singularidades. Dentre estas características destacam-se a solidão, o medo, a ansiedade, a esperança, a mudança de hábitos e a necessidade imposta de se relacionar com a diversidade de pessoas de princípios desconhecidas, entregando-se aos seus cuidados.

Os pacientes ficam bastante vulneráveis ao ambiente hospitalar. Para Durman (2000) o paciente ao se internar não deixa sua essência humana na portaria do hospital, ele traz consigo sua inteligência, seus sentimentos e seus mitos em relação à doença, vêm com numerosas percepções desenvolvidas na sua cultura, educação e toda bagagem de vida.

✓ PROCESSO DE CUIDADO

Sendo a enfermagem uma profissão em que os enfermeiros prestam cuidados a outras pessoas, o cuidar se torna uma ação inerente à profissão. Para Waldow (1998) cuidar é a nossa prática, que se caracteriza por ações e comportamentos de cuidar, podendo ser considerada uma forma de ser e de se relacionar. Nestes sentido, para a autora o processo de cuidar pode ser entendido como um conjunto de ações e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar o processo de viver ou morrer, proporcionando ao paciente a necessidade que apresenta de conforto físico, emocional e espiritual. As funções exercidas pela enfermagem durante a trajetória de sua história, multiplicaram-se com o passar do tempo, deixando de ser apenas curativa e ganhando dimensões preventivas e de reabilitação. Para Passos (1996, p.33) “Do simples cuidado direto com o ser humano, ele tornou-se também planejamento, produção e propagação do saber, administração e fiscalização da assistência”. Assim com a multiplicação das funções, e após estudos realizados, evidenciou-se que os cuidados que eram realizados sem um planejamento e sem uma sistematização necessitavam a implementação de um modelo para sistematizar a assistência de enfermagem estada ao paciente. Neste contexto, surge o processo de enfermagem como metodologia assistencial que o enfermeiro utiliza para o planejamento e implementação dos cuidados, sendo aplicada também para o paciente no período perioperatório (FLORIO; GALVÃO, 2003).

O procedimento cirúrgico é uma situação estressante para o paciente, ao deparar-se com a mesma é acometido de muitos medos, diante destas características entendemos que a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada, “...pois torna-se um processo individualizado, planejado, validado e, principalmente, contínuo...” (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p. 692). O processo de enfermagem é considerado a metodologia de trabalho mais conhecida no mundo (BORK, 2005). De acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, art 11, alínea c, “O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: Privativamente:... c) planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem”. Da mesma maneira o COFEN, reforça a necessidade de se planejar a assistência de enfermagem com a Resolução nº 272/2004, artigo 2ª na qual a sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada. Existem muitas definições em relação ao processo, para Potter e Perry (2002, p. 101) “o processo de enfermagem é um método para a organização e prestação da assistência de enfermagem”, que tem como propósitos identificar as necessidades de assistência, estabelecer um plano de cuidados para satisfazer as necessidades dos pacientes.

Para Ladden (1997. p.5):

O processo de enfermagem é uma forma de pensar nas ações, e que se contrasta com aquela consideração da enfermagem como uma única série de rituais e procedimentos escritos num livro de receita que deve ser aprendido. O foco do processo de enfermagem está centrado no paciente, as intervenções de enfermagem prescritas são aquelas que atendem as necessidades do mesmo. A metodologia utilizada com o paciente cirúrgico

pode ser denominada como Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), definida como “um processo que objetiva a promoção, manutenção e recuperação da saúde do cliente e da comunidade, devendo ser desenvolvido pelo enfermeiro com base nos conhecimentos técnicos e científicos inerentes à profissão” (POSSARI, 2004, p. 209). É um método utilizado para planejar um cuidado individualizado, de acordo com cada tipo de cirurgia, sendo do mesmo modo uma ferramenta para favorecer uma interação maior entre enfermeiro e paciente, visando à qualidade da assistência e benefícios para o paciente.

Desta maneira, Araújo et al. (2004) reforça que o profissional precisa evoluir da simples execução mecânica da técnica para a etapa de compreensão do significado pessoal do paciente. O planejamento da assistência para Galvão, Sawada e Rossi (2002) possibilitará a implementação de intervenções que atendam às reais necessidades do paciente, minimizando sua ansiedade e os riscos inerentes ao procedimento anestésico cirúrgico.

Para Arruda (1999) e Carraro (2001) os cuidados da enfermagem no período pré-operatório ainda podem ser centrados num cumprimento de normas e rotinas, principalmente quando influenciados pelo modelo médico, fazendo com que o enfermeiro utilize, na sua prática assistencial, o diagnóstico médico, e não o de enfermagem como primeiro norteador para o planejamento da assistência, embora não responda adequadamente as necessidades da profissão, assim enfocando mais a doença do que a pessoa e suas experiências de vida e desta maneira para Galvão (2002), os profissionais que têm interesse na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, com vistas a atender as reais necessidades do paciente, frente ao procedimento anestésico cirúrgico, devem ir a busca de conhecimento científico para fundamentar a prática da enfermagem perioperatória..

✓ PREPARANDO O PACIENTE PARA CIRURGIA

O período pré-operatório classifica-se em pré-operatório mediato e pré-operatório imediato. O mediato consiste na assistência prestada ao paciente em vigência de cirurgias eletivas. Compreende o período desde a internação até as 24 horas antes da cirurgia, e tem por objetivo principal preparar o paciente psicológica e fisicamente para o ato cirúrgico e estabilizar condições que podem interferir na recuperação. O período pré-operatório imediato consiste na assistência pré-operatória prestada ao paciente imediatamente, ou seja algumas horas antes da cirurgia, e termina com o início da cirurgia (SANTOS, 2003; SMELTZER; BARE, 2002). O preparo pré-operatório do paciente cirúrgico pode ocorrer no consultório médico ou em sua residência antes da internação, por ocasião da internação durante os dias pré-operatórios, na noite que precede a cirurgia, caso o paciente se encontre no hospital, ou na manhã da cirurgia por ocasião da admissão.

Atualmente, como já mencionado anteriormente, existem muitos procedimentos cirúrgicos em que os pacientes são internados no período da manhã, realizando a cirurgia no seu decorrer e recebem alta no mesmo dia, tendo como finalidade diminuir custos da internação bem como o índice de infecção hospitalar (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996). A maioria dos pacientes chega para internar no período pré-operatório imediato, ou seja, poucas horas antes do procedimento. Assim em cirurgias eletivas é neste período

que se inicia o preparo, que é executado pela equipe de enfermagem. Pitrez e Pioner (2003, p. 39) conceituam o pré-operatório como um conjunto de medidas adotadas nessa fase, cujo objetivo comum é alcançar o paciente a um estado fisiológico o mais próximo do ideal, de modo a suportar, com um mínimo de morbidade, as agressões físicas e metabólicas impostas pelo trauma operatório. Entende-se desde cuidados gerais e rotineiros a modelos especializados, dentro das especificidades próprias a cada situação, quais sejam, o tipo de patologia, o estado do paciente e o porte da intervenção a ser executada.

✓ PREPARANDO O PACIENTE PARA CIRURGIA

O período pré-operatório classifica-se em pré-operatório mediato e pré-operatório imediato. O mediato consiste na assistência prestada ao paciente em vigência de cirurgias eletivas. Compreende o período desde a internação até as 24 horas antes da cirurgia, e tem por objetivo principal preparar o paciente psicológica e fisicamente para o ato cirúrgico e estabilizar condições que podem interferir na recuperação. O período pré-operatório imediato consiste na assistência pré-operatória prestada ao paciente imediatamente, ou seja algumas horas antes da cirurgia, e termina com o início da cirurgia (SANTOS, 2003; SMELTZER; 19 BARE, 2002).

O preparo pré-operatório do paciente cirúrgico pode ocorrer no consultório médico ou em sua residência antes da internação, por ocasião da internação durante os dias pré-operatórios, na noite que precede a cirurgia, caso o paciente se encontre no hospital, ou na manhã da cirurgia por ocasião da admissão. Outro fator relevante é o fato que, no período pré-operatório, o paciente deve ser escutado em relação aos seus medos e dúvidas para que as orientações como também os cuidados executados não sejam realizados de forma precipitada, explicando assim, fatos que ele não deseja saber, e deixando de lado o que realmente deseja, da mesma forma realizando um cuidado que não contemple suas expectativas. Nas palavras de Backes et al. (2004, p 12) “o conhecimento do paciente, sua participação nas decisões, no preparo a ser realizado, se tornam competência do profissional que o atende”. Com esse entendimento a enfermagem deve realmente dedicar tempo para o atendimento das necessidades dele, e isto pode ser realizada durante a visita pré-operatória.

- **Orientação:**

O valor da orientação pré-operatória tem sido reconhecido pela equipe cirúrgica, trazendo benefícios comprovados, exercendo efeitos positivos na recuperação do paciente, como na função ventilatória, capacidade funcional e física, sensação de bem estar e duração da internação (POTTER; PERRY, 2002). Cada paciente deve receber orientações individualmente, observando suas preocupações ou necessidades particulares. Frequentemente, são combinadas com vários cuidados preparatórios para permitir o fluxo fácil da informação (SMELTZER; BARE, 2002).

- **Preparo Psicológico e Espiritual**

Para Lopez e Cruz (2002) no momento em que o paciente é internado para a realização de um procedimento cirúrgico, pouco sabe sobre sua situação e sobre o que acontecerá com ele no período que antecede à intervenção. Sente ameaças às suas necessidades básicas (físicas, emocionais e espirituais); faz questionamentos constantes que perduram a sua consciência; e, traz dúvidas que podem ser causadas pelo medo e aflição, justificando-se desta maneira a importância do preparo psicoespiritual, que deve ser realizado pela equipe de enfermagem no período que antecede à cirurgia.

- **Jejum**

O jejum é solicitado como exigência para grande parte das cirurgias sendo determinada pelo tipo de anestesia e o procedimento cirúrgico a ser realizado. O período exigido pode variar de acordo com a cirurgia, em média 8 a 10 horas antes da mesma (NETTINA, 2003). Quando o paciente se encontra internado no dia anterior da cirurgia e esta estiver agendada para o período matutino geralmente na véspera do procedimento o paciente recebe dieta leve no jantar, e após isso é orientado a permanecer em jejum. Quando ele não se encontra internado, e interna momentos antes da cirurgia é orientado a realizar uma dieta leve em sua casa e após isto permanecer em jejum. Se a cirurgia está marcada para o período vespertino, e se não houver envolvimento de segmentos do trato digestivo, e sem haver contra-indicações, o paciente pode receber dieta leve no café da manhã, tanto quando está internado ou vai internar no período matutino (SMELTZER; BARE, 2002). O jejum é necessário, porque o estômago deve estar isento de alimentos no momento de determinadas cirurgias, para prevenir vômitos e consequente aspiração do conteúdo gástrico para as vias respiratórias (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

- **Sinais Vitais**

Os sinais vitais podem ser definidos como “parâmetros regulados por órgãos vitais, portanto revelam o estado funcional dos mesmos” (GABRIELLONI, 2005, p.112). Desta forma a mensuração destes parâmetros é um cuidado importante no pré-operatório de todas as cirurgias, pois permite a detecção imediata das condições clínicas, identificação de problemas, bem como avaliação das respostas do paciente frente às prescrições médicas e de enfermagem. Os sinais vitais devem ser checados registrados no prontuário com o horário da verificação na admissão do paciente e a intervalos regulares conforme indicação, bem como antes da medicação pré-anestésica. O profissional de enfermagem ao exercer este cuidado deve visar à correta realização e a redução de riscos ao paciente (BLACK; MATASSARIN -JACOBS, 1996, GABRIELLONI, 2005).

Muitos fatores podem interferir na variação dos sinais vitais como: idade, gênero, exercício, emoções, dor, estresse, ambiente, uso de drogas, patologias, entre outros. Desta forma no período pré-operatório a medicação bem como o estresse provocado pelo ato cirúrgico pode provocar alterações fisiológicas nos sinais vitais, assim certo aumento na pressão arterial ou da pulsação é frequente, devido à ansiedade, entretanto se ocorrerem acentuadas diferenças, estas devem ser relatadas ao cirurgião e ao anestesista, pois a alteração nos sinais vitais podem levar a complicações no período trans-operatório.

Na vigência de alterações a cirurgia pode ser adiada e o paciente medicado, ou ainda a cirurgia pode ser suspensa até que ele seja estabilizado. Desta forma, quando o paciente é internado e antes dele ser encaminhado ao centro cirúrgico deve ser verificado os sinais vitais pois o anestesista se baseia nestes dados para compará-los com os verificados durante a cirurgia, além das alterações apresentadas que devem ser comunicadas (POTTER; PERRY, 2002).

- **Pré-Anestésico**

Os medicamentos pré-anestésicos são drogas prescritas com a finalidade de conferir maior conforto ao paciente, facilitar os procedimentos do ato anestésico, reduzir a ansiedade do mesmo, facilitar a indução da anestesia e diminuir as secreções da faringe. Normalmente são administradas umas a duas horas antes das cirurgias. Os mais utilizados são os medicamentos do grupo dos anticolinérgicos, tranquilizantes e hipnoanalgésicos (GUELLERE; ANTONIO; SOUZA, 1993). As medicações utilizadas no período pré-operatório podem ser classificadas como sedativos, tranquilizantes, analgésicos ou narcóticos, antieméticos e anticolinérgicos. Uma única droga pode possuir propriedades de várias classes, sendo atualmente o midazolam um dos medicamentos mais utilizados. As medicações podem ser ministradas por via oral, intramuscular ou endovenosa, e via de regra geralmente são ministradas de 30 a 90 minutos antes da cirurgia (HOFFER, 1997). Os medicamentos tranquilizantes têm como finalidade diminuir a ansiedade, os sedativos provocar o sono desejado com também reduzir ansiedade, os analgésicos ou narcóticos aliviam a dor e diminuem a ansiedade, os anticolinérgicos controlam as secreções, aliviam a dor e são sedativos e os antieméticos diminuem o risco de aspiração (BLACK; MATASSARIN -JACOBS, 1993; HOFFER, 1997).

- **TIPOS DE ANESTÉSIA**

Objetivo: Estado de relaxamento, perda da sensibilidade e dos reflexos, de forma parcial ou total, provocada pela ação de drogas anestésicas, é evitar a dor e facilitar o ato operatório pela equipe cirúrgica.

- **Anestesia geral (inconsciência.) Anestesia geral:** administra-se o anestésico por via inalatória, endovenosa ou combinado (inalatória e endovenosa), com o objetivo de promover um estado reversível de ausência de sensibilidade, relaxamento muscular, perda de reflexos e inconsciência devido à ação de uma ou mais drogas no sistema nervoso. Raqui anestesia é indicada para as cirurgias na região abdominal e de membros inferiores, porque o anestésico é depositado no espaço subaracnóide da região lombar, produzindo insensibilidade aos estímulos dolorosos por bloqueio da condução nervosa.

- **Anestesia peridural:** o anestésico é depositado no espaço peridural, ou seja, o anestesista não perfura a duramater. O anestésico se difunde nesse espaço, fixa-se no tecido nervoso e bloqueia as raízes nervosas.

- **Anestesia local:** infiltra-se o anestésico nos tecidos próximos ao local da incisão cirúrgica. Utilizam-se anestésicos associados com a adrenalina, com o objetivo de aumentar a ação do bloqueio por vasoconstrição e prevenir sua rápida absorção para a corrente circulatória .

- **Anestesia tópica:** está indicada para alívio da dor da pele lesada por feridas, úlceras e traumatismos, ou de mucosas das vias aéreas e sistema geniturinário.

- **Cuidados Cutâneos**

A principal finalidade da preparação cutânea apropriada da pele do paciente, é tornar a mesma o mais livre possível de microorganismos, reduzindo o risco de infecção da ferida cirúrgica, podendo envolver um banho de banheira ou chuveiro ou uma esfregação do local da incisão com solução degermante anti-séptica seguida da remoção de pêlos para a cirurgia (ARCHER et al., 2005). Os cuidados de higiene fazem parte da vida diária das pessoas, porém é de responsabilidade da equipe de enfermagem orientar e encaminhar o paciente para higiene corporal completa, ou prover meios para a higiene do acamado (SILVA; RODRIGUES;)

A remoção de pêlos ou tricotomia é realizada da área onde será feita a incisão cirúrgica. Modernamente existem controvérsias acerca deste cuidado como medida de preparo pré-operatório, sendo que cada instituição tem uma orientação em relação à remoção de pêlos. Este cuidado pode aumentar o potencial da infecção da ferida cirúrgica, por este motivo quando realizada deve ser feita o mais próximo possível da cirurgia. Recomenda-se que a tricotomia seja realizada apenas quando os pêlos interferirem no procedimento operatório (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

- **Roupas**

Quando o paciente é encaminhado ao centro cirúrgico é solicitado que retire todas as suas roupas, e coloque a camisola hospitalar, que é aberta atrás e amarrada (SMELTZER; BARE, 2002), sendo que este deve ser auxiliado na colocação da mesma. A camisola é utilizada em todas as cirurgias para facilitar na hora, a indução da raqueanestesia e peridural, além de facilitar sua retirada quando preciso (ERZINGER, 1984). Alguns pacientes se sentem constrangidos com a colocação do mesmo, principalmente os pacientes do sexo masculino, por ser uma camisola muitas vezes curta e aberta atrás, sem botões deixando os mesmos totalmente desnudos.

- **Preparo Gastrintestinal**

Em determinadas cirurgias, existe a necessidade de preparo intestinal e/ou passagem de sonda nasogástrica. O cuidado realizado para o esvaziamento intestinal tem por finalidade evitar o traumatismo acidental de alças intestinais nas cirurgias abdominais e pélvicas, além de facilitar a visão do campo operatório, e evitar o risco da liberação do conteúdo intestinal, ou contaminação acidental do peritônio pelas fezes (SMELTZER; BARE, 2002;BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996). Geralmente se faz uso de laxativos, clister, ou limpeza mecânica do cólon com sondas e utilização de soluções. Os laxativos são medicamentos que são ingeridos por via oral, que estimulam o esvaziamento intestinal, o clister tem por finalidade esvaziar o intestino inferior do conteúdo fecal, sendo administrado por via retal. Os pacientes que são internados no mesmo dia podem ser orientados a receber um ou mais clisteres em casa, na noite que precede a cirurgia que, no entanto requer uma excelente educação (BLACK; MATASSARIN JACOBS, 1996). Este

cuidado pode ser desconfortável para o paciente, sendo assim a orientação sobre o procedimento é de grande importância para ele.

- **Eliminações Urinárias**

Em casos de cirurgias de grande porte, geralmente é realizada a sondagem vesical, que se refere à introdução de uma sonda através do meato uretral até a bexiga, para monitorizar o fluxo urinário durante o decorrer da cirurgia, além de prevenir o trauma da bexiga, bem como favorecer a abordagem dos órgãos da cavidade pélvica (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997). Quando o paciente não vai ser submetido à sondagem vesical, é função da equipe de enfermagem antes de encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico, orientá-lo a esvaziar a bexiga, e verificar se foi avisado para a possibilidade deste cuidado. É importante solicitar ao paciente que esvazie a bexiga, para prevenir distensão vesical durante o cuidado, ou para evitar que sinta vontade de urinar durante a cirurgia (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

- **Controle de Peso**

O peso é uma medida de grande importância, para o enfermeiro, bem como para o médico, para avaliação de tendências futuras de aumento e perda de peso, cálculo do índice de massa corpórea, bem como para dosagens de medicamentos. Quanto à frequência da mensuração, está condicionada ao exame físico na admissão do paciente e algumas vezes a prescrição médica. Algumas instituições hospitalares utilizam o peso referido pelo paciente o que torna esse dado pouco fidedigno (GABRIELLONI, 2005). O controle do peso, como rotina antes de todos os cuidados cirúrgicos é realizada pela importância que este tem, para a administração de medicamentos, principalmente os anestésicos, os utilizados em casos de uma emergência, para o cálculo exato das suas doses. Existem instituições nas quais o peso é verificado como rotina.

- **Remoção de Próteses e Dentaduras**

Para Potter e Perry (2002) qualquer tipo de prótese pode facilmente se perder ou danificar durante a cirurgia, desta maneira elas devem ser removidas e guardadas em local seguro, incluindo as próteses dentárias, membros artificiais e lentes de contato, aparelhos de audição e óculos. As próteses dentárias devem ser removidas, dada a possibilidade de deslizarem para as vias aéreas inferiores durante a indução anestésica (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997). Devem ser guardadas de acordo com a política da instituição de saúde ou entregues aos membros da família (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

- **Remoção de Jóias, Esmalte e Maquiagem**

A remoção de jóias, alianças, grampos, prendedores de cabelos e outros, estão atribuídos diretamente ao controle de infecção, para evitar perda e possível queimadura relacionada ao uso de bisturi elétrico aterrado, sendo o último motivo citado, para Graziano (1998) ainda não estar devidamente esclarecido. Ainda existem outros motivos citados pela mesma autora como garroteamento do dedo por edema quando utilizados

anéis. A equipe de enfermagem é responsável por orientar o paciente sobre a necessidade destes cuidados, sendo que quando retirados imediatamente devem ser guardadas em lugares adequados e de comum acordo com o paciente (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996). Como rotina na maioria das instituições, as jóias são retiradas em todos os procedimentos cirúrgicos, sendo que a retirada de uma aliança para o paciente pode ser traumatizante, especialmente se este nunca foi removido por crença, desde a data do casamento.

- **Transporte**

O transporte deverá ser realizado trinta a quarenta minutos antes da cirurgia, o paciente deverá ser transportado de maca confortável e com proteção lateral e deverá estar protegido com lençóis, com a cabeceira da maca elevada. O mesmo deve ser acompanhado até a entrada do centro cirúrgico para que se sinta seguro e confiante (SOUZA, 2003), sendo também coberto com lençóis e cinto de segurança (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996). Os pacientes devem ser encaminhados ao centro cirúrgico de maca principalmente quando tomaram a medicação pré-anestésica. Este meio de transporte também pode ser instituído pela CCIH como norma do hospital.

- ✓ **CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA POR POTENCIAL DECONTAMINAÇÃO**

- **Limpas:** realizadas em tecidos estéreis ou de fácil descontaminação, na ausência de processo infeccioso local, sem penetração nos Tratos Digestório, respiratório ou urinário, em condições ideais de sala de cirurgia. Exemplo: cirurgia de ovário;*Potencialmente contaminadas: realizadas em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de supuração local, com penetração nos tratos digestório, respiratório ou urinário sem contaminação significativa. Exemplo: redução de fratura exposta;

Contaminadas: realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, de difícil descontaminação, com processo inflamatório mas sem supuração. Exemplo: apendicite supurada;*Infectadas: realizadas em tecido com supuração local, tecido necrótico, feridas traumáticas sujas. Exemplo: cirurgia do reto e ânus com pus.

- ✓ **PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES**

Alteração dos sinais vitais (TPR- A hipotensão arterial: PA) Hidratação rigorosa pela via EV, Mantendo-se posição em caso de Hipertermia retirar os cobertores.

- ✓ **ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS)**

- **Dor:** Geralmente na região da cirurgia Cefaléia pós Raquianestesia;

- **Ações:** Decúbito baixo em posição afrouxar e/ou trocar os curativos, aliviar supina, a retenção de urina e fezes, fazer a Hidratação adequada por VO mudança de decúbito, apoiar segmentos e/ou EV do corpo em coxins e aplicar compressas frias ou quentes, escurecer o ambiente , estimulando o cliente a repousar e/ou proporcionar-lhe algo que o distraia, por exemplo, televisão, música, revistas, etc. .Administração de medicação .

- **Sonolência:** A sonolência é uma característica muito frequente no cliente cirúrgico. Ações: avaliação do nível de consciência deve ser sempre verificada mediante alguns estímulos (perguntas, estímulo tátil) alterações podem indicar complicações graves – como, por exemplo, hemorragia interna. Solução Os soluços são espasmos intermitentes do diafragma, provocados pela irritação do nervo frênico. No pós-operatório, suas causas mais comuns são a distensão abdominal e a hipotermia. Ações: aspiração ou lavagem gástrica (na distensão abdominal), deambulação, aquecimento do cliente hipotérmico e mudança de decúbito. (Plasil) de acordo com a prescrição médica.

✓ COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS

Limitação na expansão pulmonar acúmulo de secreção traqueobronquica e dificuldade do cliente em eliminá-la. Atelectasia: colapso dos alvéolos .

- **Ações:** pulmonares pela obstrução dos brônquios por tampão mucoso. Manutenção da ventilação (artificial) Manifestações: aumento na frequência Permeabilidade das vias respiratória .Dispneia, hipoventilação. Estimulação da tosse, Estimulação de exercícios respiratórios, Realizar nebulização, mudança de decúbito.

- **Complicações urinárias.** Complicações urinárias: infecção urinária e a retenção urinária (bexigoma), é geralmente causada por falhas na técnica de sondagem vesical e refluxo da urina. Manifestação: hipertermia, disúria e alterações nas características da urina.

- **Ações:** higiene íntima adequada do cliente, bem como técnica asséptica na passagem da sonda e sempre utilizar extensões, conectores e coletores esterilizados com sistema fechado de drenagem.

- **Retenção urinária:** medicando o cliente contra a dor, promovendo sua privacidade, mudando-lhe de posição (se não houver contra-indicação) e avaliando a presença de dobraduras e grumos nas extensões das sondas e drenos nas proximidades da bexiga.

✓ COMPLICAÇÕES GASTRINTESTINAIS

Náuseas e vômito Os efeitos colaterais dos anestésicos e a diminuição do peristaltismo ocasionam distensão abdominal, acúmulo de líquidos e restos alimentares no trato digestório; em consequência, o cliente pode apresentar náuseas e vômito.

- **Ações:** clientes sem sonda nasogástrica devem ser colocados em decúbito lateral ou com a cabeça lateralizada para facilitar a drenagem do vômito pela boca.

- **Ações:** clientes com sonda nasogástrica, abrir a sonda e, mantendo-a aberta, proceder à aspiração para esvaziar a cavidade gástrica. Administrar antieméticos, passar a sonda nasogástrica (mantendo-a aberta) e aspirar mais frequentemente o conteúdo gástrico, de acordo com as orientações da enfermeira e/ou médico.

- **Constipação intestinal:** Diminuição do peristaltismo provocada pelo efeito colateral do anestésico, imobilidade prolongada no leito, quadro inflamatório, exposição e manipulação do intestino durante as cirurgias abdominais e o medo da dor. Como resultado, ocorre retenção de fezes acompanhada ou não de dor, desconforto abdominal e flatulência.

- **Ação:** movimentação no leito, deambulação precoce, ingestão de líquidos e aceitação de alimentos ricos em celulose. A aplicação de calor na região abdominal e a orientação, ao cliente, para que degluta menos ar ao beber ou ingerir alimentos pode ajudar no retorno do

movimento peristáltico e diminuir o acúmulo de gases. promover sua privacidade para que possa eliminar os gases e, o médico pode prescrever laxante no período noturno e/ou lavagem intestinal.

- **Sede:** Provocada pela ação inibidora da atropina, perdas sanguíneas e de líquidos pela cavidade exposta durante o ato operatório, sudorese e hipertermia.

- **Ação:** A equipe de enfermagem deve observar a presença de sinais de desidratação (alteração no turgor da pele e da PA e diminuição da diurese), manter a hidratação por via oral e, nos clientes impossibilitados de hidratar-se por via oral, umidificar os lábios e a boca, realizar higiene oral e manter hidratação endovenosa.

✓ COMPLICAÇÕES VASCULARES

- **Hemorragia Primária:** se relaciona com o processo cirúrgico Intermediária: primeiras 12 horas de pós-operatório.

- **Secundária:** até 24 horas após a cirurgia Interna: se faz para o interior de uma cavidade Externa: a localização do sangramento e visível o sangue se exterioriza.

Manifestações: taquicardia, taquipnéia, cianose, hipotensão e choque.

- **Ações:** Controlar SV, posicionamento adequado de acordo com possibilidade, Supressão do sangramento (compressão dos vasos ou tecidos quando possível), Cateterismo vesical, sonda nasogástrica, Lavagem gástrica no caso de hemorragia digestiva, Controlar medicamentos e soluções administradas incluindo hemoderivados, coleta e amostra de exames.

✓ O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO

Abrange desde o momento pela decisão cirúrgica até a transferência do cliente para a mesa cirúrgica.

✓ ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

O período de recuperação anestésica é considerado crítico, pois os pacientes encontram-se muitas vezes inconscientes, entorpecidos e com diminuição dos reflexos protetores. A enfermagem deve estar voltada para a individualidade de cada paciente, desde a admissão, até a alta da unidade. (prestando também informações aos familiares que aguarda notícias).

✓ VIGILÂNCIA CONSTANTE ATÉ SUA COMPLETA RECUPERAÇÃO

Estabilidade hemodinâmica. Amplitude respiratória normalizada. Saturação de O₂ nos limites normais. Estabilidade da temperatura corporal. Estado de consciência.

✓ O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO

Pós-operatório: inicia-se a partir da saída do cliente da sala de operação e perdura até sua total recuperação. Subdivide-se:

- **Pós-operatório imediato (POI):** até às 24 horas posteriores à cirurgia.

Pós-operatório mediato: após as 24 horas e até 7 dias depois;

Tardio: após 7 dias do recebimento da alta.

Objetivos: identificar, prevenir e tratar os problemas comuns aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos, tais como dor, entubação traqueal, náuseas, vômitos, retenção urinária, flebite pós-venóclise e outros, com a finalidade de restabelecer o seu equilíbrio.

✓ AVALIAÇÃO BÁSICA PÓS-OPERATORIO IMEDIATA

Avaliação da permeabilidade da via aérea e toma providências necessárias. Avalia a presença de ronquidão, estridor, sibilos ou diminuição do murmúrio vesicular; Aplicar oxigênio umidificado através de cânula nasal ou máscara facial; Registrar os SSVV (pressão arterial, frequência, força e ritmo cardíaco, frequência e profundidade das respirações, saturação de oxigênio, coloração da pele e temperatura.) , Avaliar condição do local da cirurgia . Avaliar nível de consciência.

PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO: As primeiras 24 horas após o ato cirúrgico (há dor mas com menos intensidade) Promoção de deambulação precoce. .

Higiene após a cirurgia. Realizar curativo após o banho.

PÓS-OPERATÓRIO TARDIO: Difícil determinação. Se relaciona com o desaparecimento dos achados clínicos (dor ,mal estar, instabilidade dos sistemas orgânicos). Evolução da cicatrização do processo cirúrgico. As ações de enfermagem se baseiam nas manifestações do cliente a pós a cirurgia. Orientação do auto cuidado.

✓ PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DIVIDE-SE EM MEDIATO E IMEDIATO

- **Pré-operatório mediato:** o cliente é submetido a exames que auxiliam na confirmação do diagnóstico e que auxiliarão o planejamento cirúrgico, o tratamento clínico para diminuir os sintomas e as precauções necessárias para evitar complicações pós-operatórias, ou seja, abrange o período desde a indicação para a cirurgia até o dia anterior à mesma;

- **Pré-operatório imediato:** corresponde às 24 horas anteriores à cirurgia e tem por objetivo preparar o cliente para o ato cirúrgico mediante os seguintes procedimentos: jejum, limpeza intestinal, esvaziamento vesical, preparo da pele banho com soluções antissépticas e aplicação de medicação pré-anestésica. A tricotomia quando indicada, será realizada 2 horas antes da cirurgia para evitar colonização da pele.

- **PRÉ-OPERATÓRIO MEDIATO- Preparo emocional:** Orientar quanto a dor e náusea. Orientar quanto a deambulação precoce, ensinar movimentos ativos dos MMII . Mensurar dados Antropométricos (peso e altura), sinais vitais para posteriores comparações. Encaminhar para realizar exames de sangue, raio-X, ECG, TC e outros. Preparo do intestino quando indicado dias antes ou na noite anterior a cirurgia.

- **PREVENINDO INFECÇÕES e FATORES:** Quantidade e virulência dos microrganismos. Capacidade de defesa do cliente CUIDADOS DA EQUIPE. Uniformes limpos e unhas curtas e limpas, lavando as mãos antes e após cada procedimento, respeitando as técnicas assépticas na execução dos cuidados, oferecendo ambiente limpo e observando os sinais iniciais de infecção.

- **Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC)**

São infecções que ocorrem relacionadas à manipulação cirúrgica acometendo tecido subcutâneo, tecidos moles profundos (fáscia e músculo), órgão e cavidades com incisão. Enquadra-se como aquelas que ocorrem até o 30º dia de pós-operatório ou até 01 ano nos casos de cirurgias com implante de próteses. Segundo Ferraz, estima-se que a ISC ocorra após 11% das operações no Brasil. Essa ocorrência varia de acordo com o tipo de procedimento cirúrgico e a imunidade do paciente. Os patógenos causadores de ISC podem ser provenientes de três fontes: microbiota do próprio paciente, da equipe de saúde e também do ambiente inanimado, incluindo material cirúrgico.

- **INFECÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA** Caracteriza-se pela presença de secreção purulenta que varia de clara inodora a pus espesso com odor fétido, com a presença ou não de necrose nas bordas da ferida. Quando ocorre um processo inflamatório, normalmente os sintomas se manifestam entre 36 e 48 horas após a cirurgia, mas podem passar despercebidos devido à antibioticoterapia.

- **Prevenção:** preparo pré-operatório adequado, utilização de técnicas assépticas, observação dos princípios da técnica de curativo e alerta aos sinais que caracterizam a infecção. Os clientes devem ser orientados quanto aos cuidados, durante o banho, como curativo fechado. Nas instituições que têm por rotina trocar o curativos somente após o 2o dia pós-operatório (DPO), o mesmo deve ser coberto com plástico, como proteção à água do chuveiro - caso molhe-se acidentalmente, isto deve ser notificado. Nas instituições onde os curativos são trocados diariamente, o curativo pode ser retirado antes do banho, para que o cliente possa lavar o local com água e sabão, e refeito logo após.

- **Deiscência:** Abertura total ou parcial da incisão cirúrgica provocada por infecção, rompimento da sutura, distensão abdominal, ascite e estado nutricional precário do cliente.

- **Ação:** lavagem ou irrigação do local com solução fisiológica, podendo haver a necessidade de o cliente revisar os pontos cirúrgicos. A troca do curativo pode ou não ser atribuição da equipe de enfermagem e o tempo de permanência dos curativos fechados depende da rotina da instituição ou da equipe médica. Todos os curativos com saída de secreções (purulenta, sanguinolenta) devem ser do tipo fechado; nos casos de sangramento, indica-se o curativo compressivo.

- ✓ **CLASSIFICAÇÃO DAS CIRURGIAS QUANTO AO GRAU DE CONTAMINAÇÃO**

Grau de contaminação da operação: As cirurgias são classificadas em (1) **limpas**; (2) **potencialmente contaminadas**; (3) **contaminadas** e (4) **infectadas**. As taxas de ISC dependem diretamente do grau de contaminação da operação, sendo para cirurgias limpas de 1% a 5%, para as potencialmente contaminadas de 3% a 11%, para as contaminadas de 10% a 17% e para as infectadas acima de 27 %, segundo o Centers for Disease Control (CDC). A taxa de infecção em procedimentos limpos é um dos melhores indicadores de controle das infecções hospitalares.

01. CIRURGIAS LIMPAS: Eletiva, fechamento por primeira intenção, sem qualquer sinal ou sintoma de inflamação, sem penetração nos tratos respiratórios, gastrointestinal,

geniturinário ou orofaringe, sem qualquer falha na técnica asséptica e sem drenos. Ex. (a herniorrafia e safenectomia)

02.CIRURGIAS POTENCIALMENTE CONTAMINADAS: Abertura do trato respiratório, gastrointestinal ou geniturinário sob condições controladas, sem sinais de processo inflamatório. Penetração de orofaringe ou vagina. Pequena quebra de técnica. Ex. (gastrectomia).

03. CIRURGIAS CONTAMINADAS: Incisão na presença de inflamação não purulenta aguda, quebra grosseira da técnica asséptica, trauma penetrante há menos de quatro horas, feridas abertas cronicamente. Contaminação do trato gastrointestinal. Penetração no trato biliar ou geniturinário na presença de bile ou urina infectada. Ex. (colecistectomia com inflamação aguda).

04. CIRURGIAS INFECTADAS: Quando há presença de secreção purulenta, perfuração de víscera, trauma penetrante há mais de quatro horas, ferida traumática com tecido desvitalizado, corpo estranho ou contaminação fecal. Ex.: (ceco perfurado).

✓ PARAMENTAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO:

No intra-operatório a equipe cirúrgica deve estar atenta para a importância do uso adequado da paramentação com objetivo de proteger a área a ser operada da flora liberada pela equipe cirúrgica e esta da exposição às secreções dos pacientes.

Aventais: A utilização de avental objetiva prevenir a dispersão das bactérias no ar, provenientes do pescoço, antebraços e demais áreas expostas da pele, e evitar o contato da pele do cirurgião com sangue e fluídos corporais que possam vir a contaminar suas roupas. Deve ser retirado, com cuidado para não tocar em locais contaminados, após o término de cada cirurgia dentro da sala de operação e colocado no hamper para ser levado a lavanderia. Obrigatório a utilização em todo procedimento cirúrgico.

Máscara: Uso destinado à proteção da equipe cirúrgica frente ao risco de exposição a respingos de sangue e outros fluidos corporais. Uso obrigatório na sala de cirurgia. Após o uso devem ser cuidadosamente retiradas com manipulação somente das tiras e descartadas. Uso obrigatório nas áreas restritas do CC.

Propés: Usado para prevenir a transferência de microorganismo através dos sapatos; Não utilizá-los como substitutos dos sapatos (risco de contaminação com materiais perfurocortantes, sangue ou fluídos corporais). O uso de sapato fechado é imprescindível. Uso obrigatório nas áreas semi-restritas e restritas do CC.

Gorro: Reduzem a contaminação microbiana, do campo cirúrgico, proveniente do cabelo e couro cabeludo. Cobrir totalmente os cabelos na face e pescoço.

✓ LUVAS

Luvvas Cirúrgicas: Tem as funções de proteger o paciente das mãos do cirurgião e proteger o cirurgião de sangue contaminado. Uso obrigatório em qualquer procedimento cirúrgico.

Obs: É obrigatório o uso de duplo enluvamento para qualquer procedimento que durar mais do que 1 hora; ou trocar a luva a cada 2 horas de cirurgia (quando não fizer duplo enluvamento).

Devem ser utilizadas luvas estéreis nos seguintes procedimentos:

- Em qualquer procedimento cirúrgico;
- Parto normal;
- Procedimentos invasivos;
- Realização de acessos e procedimentos vasculares (vias centrais);
- Quaisquer outros procedimentos nos quais seja necessário manutenção da técnica asséptica.

Luvas de Procedimento: Prevenir contaminação das mãos dos profissionais com sangue e outros fluidos corporais. Uso obrigatório em todo procedimento com risco de contaminação (punção venosa, circulação de sala, limpeza e desinfecção de sala, etc.).

✓ CENTRO CIRÚRGICO

CLASSIFICAÇÃO DE AMBIENTE / FLUXO DE TRABALHO:

- **Áreas Irrestritas:** Onde os profissionais podem utilizar roupas comuns e circulares sem limitações (vestiário e recepção).
- **Semi-restritas:** Onde se utiliza roupa privativa e gorro (áreas de estocagem de artigos, corredores e salas internas).
- **Restritas:** Consistem nas salas cirúrgicas, com materiais estéreis expostos, sendo necessária utilização de roupa privativa, gorro e máscara, além do controle do número de pessoas (área de estocagem de materiais estéreis, salas cirúrgicas).

✓ RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO DE SÍTIO NO PÓS OPERATÓRIO:

CURATIVO: Mantêm umidade e temperatura adequadas nas feridas cirúrgicas, protegendo contra traumas mecânicos e contaminação do meio externo e absorvem as secreções, favorecendo a epitelização e a cicatrização. Por seu efeito compressivo, ajudam a prevenir a formação de hematomas e seromas, oferecem conforto físico e psicológico ao paciente. A sua utilização adequada é um meio de prevenção das ISC.

- Higienizar as mãos antes e depois da troca de curativos de qualquer contato com o sítio cirúrgico;
- Realizar o curativo com técnica e material asséptico, logo após o término da operação e mantidos por 24 horas, sem molhar;
- Fazer a troca do curativo após as 24 horas, antes desse horário, apenas se houver acúmulo de secreções;
- Após 24 horas as feridas suturadas, deverão ser mantidas preferencialmente descobertas;

- Manter o curativo semi-oclusivo por mais tempo na presença de foco infeccioso nas proximidades (colostomia, infecção);
- Comunicar ao SCIH a presença de sinais de infecção da ferida operatória: febre, edema, odor, calor, rubor e drenagem purulenta.

RETIRADA DE PONTOS:

O tempo para retirada dos pontos deve respeitar o processo de cicatrização da ferida. Sua retirada precoce pode levar a deiscência da ferida, e seu adiamento permite que o fio funcione como corpo estranho levando a reações inflamatórias. Normalmente retiram-se os pontos em torno do 10º dia de pós-operatório ou a critério médico.

Técnica:

- Fazer anti-sepsia da ferida, incluindo os fios a serem retirados;
- Utilizar instrumental esterilizado;
- Corta-se o fio rente a pele e traciona-se a maior extremidade, de modo que a mínima quantidade de fio externo passe por dentro da ferida, evitando a contaminação do trajeto.

✓ CUIDADOS COM DRENOS

Dreno pode ser definido como um objeto de forma variada, produzido em materiais diversos, cuja finalidade é manter a saída de líquido de uma cavidade para o exterior. Cuidados gerais de enfermagem são: manter a permeabilidade, visando garantir uma drenagem eficiente; realizar o adequado posicionamento do dreno, evitando que ocorra tração e posterior deslocamento; realizar o curativo conforme a necessidade e com o material determinado para a prevenção de infecções; controlar a drenagem, atentando para a quantidade e aspecto da secreção drenada, e registrar corretamente todos estes dados.



Sistema para drenagem fechada de feridas: realiza a drenagem com o auxílio de uma leve sucção (vácuo), sendo composto por uma extensão onde uma extremidade fica instalada na cavidade e a outra em uma bolsa com o aspecto de sanfona. Seu manejo consiste em manter essa sanfona com a pressão necessária para que a drenagem ocorra com mais facilidade. Este sistema é utilizado principalmente para a drenagem de secreção

sanguinolenta, sendo amplamente utilizado nas cirurgias de osteosíntese e drenagem de hematoma craniano. Outra forma de drenagem fechada são os drenos com reservatório de Jackson-Pratt (JP), que funciona com pressão negativa e diferencia-se do anterior por possuir a forma de pêra – sendo comumente utilizado para cirurgias abdominais. O principal cuidado com esse tipo de dreno é a correta manutenção do vácuo, obtido com a compressão do reservatório. Caso contrário, a drenagem não será eficaz, podendo ocorrer acúmulo de secreção – o que provocaria no cliente dor, desconforto e alterações dos seus sinais vitais, entre outras intercorrências.

Sistemas de drenagem aberta: o dreno mais utilizado é o de Penrose, constituído por um tubo macio de borracha, de largura variada, utilizado principalmente para cirurgias em que haja presença de abscesso na cavidade, particularmente nas cirurgias abdominais – nas quais se posiciona dentro da cavidade, sendo exteriorizado por um orifício próximo à incisão cirúrgica. Com relação aos cuidados de enfermagem, por se tratar de um sistema aberto – que deverá estar sempre protegido por um reservatório (bolsa) – a manipulação deve ser feita de maneira asséptica, pois existe a comunicação do meio ambiente com a cavidade, o que possibilita a ocorrência de infecção – e o profissional deve estar atento para a possibilidade de exteriorização, o que não é incomum.

Dreno de tórax: Na cavidade torácica a pressão é menor que a do ar atmosférico, o que possibilita a entrada de ar. Sempre que o pulmão perde essa pressão negativa, seja por abertura do tórax devido à cirurgia, trauma ou por presença de ar, pus, ou sangue no tórax ocorrerá o colapso pulmonar. Na presença desse colapso faz-se necessária a realização de drenagem torácica para a reexpansão pulmonar pela restauração da pressão negativa. Para tal procedimento faz-se necessária a utilização de máscara, aventais e luvas estéreis, solução para a assepsia do local de punção, sistema de drenagem montado, anestésico local e material para curativo. Durante o procedimento, a equipe de enfermagem deve auxiliar a circulação dos materiais e promover conforto e segurança ao cliente.

Em relação à manutenção do sistema fechado, a equipe de enfermagem deve observar e realizar algumas ações específicas para impedir a entrada de ar no sistema pois, caso isto ocorra, o ar pode entrar nas pleuras (colabamento pulmonar) e comprimir os pulmões, provocando dispnéia e desconforto respiratório para o cliente. Como precaução a esta eventualidade o dreno deve estar corretamente fixado ao tórax do paciente com fita adesiva – o que impede seu deslocamento. Visando evitar o colabamento pulmonar a equipe deve adotar os seguintes cuidados: certificar-se de que as tampas e os intermediários do dreno estejam corretamente ajustados e sem presença de escape de ar, o que prejudicaria a drenagem; manter o frasco coletor sempre abaixo do nível do tórax do cliente – o qual, durante a deambulação, poderá utilizar uma sacola como suporte para o frasco coletor. O cliente deve ser orientado para manter o frasco coletor sempre abaixo do nível de seu tórax, e atentar para que não quebre – caso isto ocorra, deve imediatamente pinçar com os dedos a extensão entre o dreno e o frasco, o que evitará a penetração de ar na cavidade pleural.

Princípios importantes no manuseio do sistema de drenagem torácica. Trocar o frasco a cada 24 horas da seguinte maneira. Pinçar o dreno 15 cm acima da inserção no

frasco. O frasco a ser colocado deve ser estéril, graduado em ml e composto por um selo de água de maneira que o tubo extensor de vidro fique submerso. Deve estar identificado com data e horário da troca. Conectar a extensão de látex no vidro. Despinçar o dreno CUIDADOS. Jamais o dreno torácico deve ser separado do sistema de drenagem, antes de ser grampeado, isto é fechado. Jamais levante o sistema de drenagem, acima da cintura sem antes grampear o sistema. O sistema estéril, então ao manuseá-lo deve-se tomar as precauções de manuseio de material estéril. O selo d água deve ser verificado se está no nível coletor antes de abrir o sistema novamente. Adicionar água destilada até a marca apropriada, caso nível de líquido esteja abaixo do padrão. Deve-se instruir o cliente para deambular com o sistema. Ao desprezar o conteúdo não esquecer de medi-lo diminuindo o valor referente ao selo d água, descrever o aspecto e característica do líquido drenado. Examinar diariamente o local de inserção do dreno torácico, averiguando se está corretamente preso e palpando o local a procura de edema subcutâneo. Verificar se o selo d água apresenta movimentos de acordo com a respiração. Jamais grampeie o dreno torácico durante um longo período.. Manter o curativo do local do dreno seco e intacto.

✓ POSIÇÃO DO PACIENTE NA MESA DE CIRURGIA.

A posição na qual o paciente é colocado na mesa cirúrgica depende do procedimento operatório a ser realizado como também da condição física do paciente.

- **Posição dorsal:** A posição comum para a cirurgia é com o paciente deitado na horizontal; um braço está ao lado da mesa cirúrgica, com a palma da mão colocada para baixo; o outro está cuidadosamente posicionado sobre a braçadeira para a infusão venosa.

- **Posição de Trendelenburg:** Esta posição é utilizada para cirurgia na baixo abdome e na pelve, obtendo-se uma boa exposição pelo deslocamento dos intestinos em direção ao abdome superior. Nesta posição, a cabeça e o corpo estão abaixados, e os joelhos fletidos. O paciente é mantido na posição por contenção ao nível do ombro.

- **Posição de litotômica:** Nesta posição o paciente está deitado de costas com as pernas e coxas fletidas em ângulos agudos. A posição é mantida pela colocação dos pés em estribos. È utilizada em procedimentos cirúrgicos no períneo, reto e vagina.

- **Posição para cirurgia do Rim:** O paciente é colocado sobre o lado não operatório em posição de Sims, com um travesseiro de ar 12,5 a 15 cm firme sob a região lombar ou em uma mesa com elevador para as costas ou região lombar.

- **Posição decúbito ventral:** o paciente fica deitado de abdômen para baixo, com os braços estendidos para frente e apoiados em talas. O sistema respiratório fica mais vulnerável na posição de decúbito ventral.

- **Posição fowler ou sentada:** o paciente permanece semi-sentado na mesa de operação. Posição utilizada para conforto do paciente quando há dispnéia.

- **Posição de litotômia ou ginecológica:** o paciente permanece em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas, afastadas e apoiadas em perneiras acolchoadas, e os braços estendidos e apoiados em talas.

Posição de litotômia ou ginecológica: exemplo: posição utilizada para realização de cirurgias da cavidade perianal e ginecológica.

Ex: Perineoplástia, Hemorroidectomia, Histerectomia vaginal.

- **Posição de canivete(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. Exemplos: posição utilizada para realização de operações proctológicas. Hemorroidectomia, retirada de corpo estranho, fissura e fístulas anais.

- **Posição lateral ou 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 exemplo: posição utilizada para realização de cirurgias do sistema renal. Cirurgia de retirada de rins.

- **Posição trendelenburg:** é uma variação da posição de decúbito dorsal onde a parte superior do dorso é abaixada e os pés são elevados. Exemplo: posição utilizada em cirurgias de órgãos pélvicos.

- **laparotomia de abdome inferior ou pelve**

Utilizada também para aumento do fluxo sanguíneo arterial para o crânio e aumento da pressão arterial.

- **Cuidados com o posicionamento do paciente no pós-operatório:**

- manipular lentamente, mas com movimentos firmes e seguros, o paciente anestesiado, pois a mudança repentina de posição pode provocar a queda da pressão arterial.
- Retirar alternadamente as pernas da perneira, a fim de prevenir o fluxo rápido de sangue da porção superior do corpo para os membros inferiores, o que levará à queda de pressão arterial.
- Manter a cabeça voltada para o lado com uma cânula de guedel na boca sempre que for possível, quando o paciente permanecer em decúbito dorsal, a fim de prevenir aspirações de secreções.

FIOS CIRÚRGICOS com ou sem agulhas, e sua numeração varia de 1 a 5 e de 0-0 a 12-0 (doze-zero).

- **CLASSIFICADOS**

- **Fios absorvíveis:** absorvidos pelo organismo após determinado período. O catgut é de origem animal (do intestino delgado dos bovinos), podendo ser simples (2 a 3 semanas) ou cromado (6 meses.).

- **Fios não-absorvíveis** permanecem encapsulados (envolvidos por tecido fibroso) nas estruturas internas e nas suturas de pele; devem ser removidos entre o 7º e o 10º dia de pós-operatório. O sangramento de capilares pode ser estancado pela aplicação de substância hemostática no local. **Ex:** a cera para osso - utilizada para estancar o sangramento ósseo nas cirurgias ortopédicas e neurocirurgias. Outro recurso é o bisturi elétrico, que pode ser utilizado com a função de coagulação e secção (corte) dos tecidos, através da aplicação local de descargas elétricas.

- **Fios cirúrgicos absorvíveis:** São fagocitados, hidrolisados, degradados e assimilados pelo tecido em que são implantados. Os de origem animal são fagocitados por meio de atividade enzimática durante o processo de cicatrização. Os de origem sintética são hidrolisados quando da reação com as moléculas de água dos líquidos corporais, que se degradam e são assimiladas pelos tecidos em cicatrização. Eles são divididos em dois grupos: sintéticos e biológicos.

- **Fios cirúrgicos absorvíveis biológicos:** São conhecidos como catagute (nome de origem inglesa devido à obtenção do intestino do gato) atualmente obtido da submucosa do intestino delgado de ovinos ou serosa de bovinos. Conforme o tempo de absorção, os catagutes podem ser simples ou cromados. Os simples apresentam absorção mais rápida, em torno de oito dias, e os cromados absorção mais lenta, em torno de 20 dias, sendo tratados com bromato de potássio. O catagute cromado é indicado para tecidos com cicatrização mais demorada, como em estruturas do aparelho gastrointestinal ou no útero.

O catagute simples e o cromado precisam ser mantidos em solução alcoólica para que sejam preservadas suas propriedades de manuseio, além de protegidos da luz e das grandes variações de temperatura, por isso são embalados em envelope primário aluminizado. Quando é removido de sua embalagem e não usado imediatamente, o álcool evapora e o fio perde sua flexibilidade. Para reestruturá-la, pode-se mergulhar o fio em água estéril ou soro fisiológico, entretanto o umedecimento excessivo pode reduzir a força de tensão.

- **Fios cirúrgicos absorvíveis sintéticos:** Ácido poliglicólico – fio multifilamentar com excelente maleabilidade e tem sido empregado em larga escala como substituto dos fios de absorção lenta e dos inabsorvíveis. O ácido poliglicólico é um material sintético obtido por meio de polimerização do ácido glicólico, de fácil manuseio, forte, flexível e de boa tolerância. São utilizados em anastomoses gastrointestinais, cirurgias ginecológicas, cirurgia geral e operações urológicas.

- **Polímeros sintéticos monofilamentares mais recentes:** Fios compostos por polímeros como poliglecaprone e polidioxanona. São monofilamentares, maleáveis e mantêm a resistência de tensão por um período mais prolongado que os sintéticos multifilamentares. Indicados quando se deseja um apoio prolongado para a ferida, como no fechamento de tecido facial ou para pacientes idoso oncológicos. Os fios absorvíveis sintéticos também são embalados em envelope primário aluminizado, porém, seco, para a sua proteção contra a umidade, a luz e as variações de temperaturas.

- **Fios cirúrgicos não absorvíveis:** São resistentes à digestão enzimática em tecido animal vivo. São de dois tipos: biológico e sintéticos. O algodão é derivado da celulose, de baixo custo, de fácil esterilização e de pouca reação tecidual. Fio torcido de calibre variado, encontrado no comércio embalado em envelopes e já pré-cortado, geralmente com 15 a 45 cm de comprimento. Indicado para tecidos de rápida cicatrização e contra-indicado para suturas cutâneas devido à suas reações tissulares.

✓ FIOS CIRURGICOS NÃO ABSORVIVEIS BIOLÓGICOS

O algodão é derivado da celulose, de baixo custo, de fácil esterilização e de pouca reação tecidual. Fio torcido de calibre variado, encontrado no comércio embalado em envelopes e já pré-cortado, geralmente com 15 a 45 cm de comprimento. Indicado para tecidos de rápida cicatrização e contraindicado para suturas cutâneas devido à sua reatividade tissular. O fio de seda, de origem animal, obtido de diversas espécies de bicho-da-seda. Suas fibras são retorcidas ou transadas e podem passar por processo de enceramento para diminuir sua capilaridade. Apresenta facilidade de manuseio, resistência à tração e segurança na fixação do nó.

Fios cirúrgicos não absorvíveis sintético subdivididos em 4 grupos:

- **Poliamida:** caracteriza-se pela elasticidade e resistência à água. Pode ser mono ou multifilamentar. Fio de pouca reação, mas de difícil manipulação, duro e corrediço e Pouca segurança de manutenção do nó.
- **Poliéster:** apresenta-se sob a forma simples, revestido de teflon ou siliconizado. Fio de difícil manejo por ser também corrediço; para que isso não ocorra, normalmente se adiciona teflon e silicone, mas estes materiais podem se dissociar e provocar reação tecidual. Utilizados em estruturas que requerem grande resistência à tração.
- **Polipropileno:** fio derivado das poliefinas, não biodegradável, e tem sido recomendado o tipo monofilamentado, para a síntese de feridas contaminadas, devido à reação tecidual mínima. É um dos fios mais inertes, com baixa capilaridade, com mínima reação tissular e com alta resistência à tração. É Indicado nas cirurgias cardiovasculares.
- **Metálico:** constituído de aço inoxidável e tântalo. Muito utilizado em tenorrafia; eventualmente em neurorrafias e fechamento de parede abdominal. O tântalo é menos resistente do que o aço inoxidável. São de fácil esterilização, bem tolerados, de espessura variável mono e multifilamentares.

✓ AGULHAS CIRÚRGICAS

A agulha não tem papel no processo de cicatrização. Deve ser suficientemente larga, penetrante para ultrapassar a resistência tecidual, resistente para não dobrar, mas ao mesmo tempo flexível, para dobrar antes de quebrar, resistente a corrosão de tamanho, forma, e calibre apropriados à aplicação a que se destina. São utilizadas na reconstrução, com a finalidade de transfixar os tecidos, servindo de guia aos fios de sutura. Quanto ao corpo, às agulhas são retas, curvas (círculos de 3/8, 1/4, 1/2 e 5/8) e semi-curvas específicas para cirurgia laparoscópica, quanto à ponta são cilíndricas (não cortantes), espatuladas, rombas ou triangulares, e quanto ao fundo podem ser traumáticas ou atraumáticas. As agulhas retas geralmente são cilíndricas ou triangulares, utilizadas na reconstrução de vísceras ocas, tendões, nervos e suturas intradérmicas. Frequentemente são usadas com as mãos, e mais raramente com porta-agulhas.

As **agulhas curvas** podem ser cilíndricas ou triangulares. Seu raio de curvatura é variável, adaptando-se a cada tipo de síntese, em tamanho adequado, sempre utilizadas

com porta-agulhas. As cortantes são usadas para sutura de pele e periósteo. As cilíndricas suturam estruturas e órgãos mais profundos.

As **agulhas atraumáticas**, isto é, aquelas que já trazem o fio montado, asseguram fácil penetração nos tecidos, sem deixar lacerações, sendo o tipo universalmente mais usado. Nas traumáticas os fios são montados no momento de uso e elas provocam dilacerações nos tecidos.

As **agulhas espatuladas** são achatadas com bordas laterais cortantes. São utilizadas principalmente em cirurgias oftalmológicas.

✓ TERMINOLOGIA CIRÚRGICA

É o conjunto de termos próprios que expressam o segmento corpóreo afetado e a intervenção cirúrgica realizada no tratamento daquele tipo de afecção. É formada por uma **raiz** (blefaro) e um **sufixo (plastia)** igual a reparação plástica da pálpebra.

Blefaroplastia = cirurgia para reparação da pálpebra (s).

Exemplos de Raiz ou Prefixo:

Raiz Relativo a (o)

- adeno --> Glândula
- cisto --> Bexiga
- gastro --> Estômago
- nefro --> Rim
- rino --> Nariz
- oto --> Ouvido
- osteo --> Osso
- traqueo --> Traquéia
- colpo --> Vagina

Sufixos

O sufixo na terminologia cirúrgica indica a intervenção cirúrgica a ser realizada. Os principais sufixos são:

- **Tomia:** significa incisão, abertura de parede ou órgão.
- **Stomia:** significa fazer uma nova boca, comunicar um órgão tubular ou oco com o exterior.
- **Ectomia:** significa retirar parcial ou totalmente um órgão.
- **Plastia:** significa reparação plástica da forma ou função do segmento afetado.
- **Rafia:** significa sutura.
- **Pexia:** significa fixação de uma estrutura corpórea.
- **Scopia:** significa visualizar o interior de um órgão cavitário ou cavidade com auxílio de aparelhos especiais.
-

Sufixo Tomia

- Artrotomia – articulação
- Broncotomia – brônquio
- Cardiotomia – cárdia
- Tenotomia – tendão.
- Traqueotomia – traquéia
- Ureterolitotomia – ureter
- Traqueotomia – traquéia
- Flebotomia – veia
- Hepatotomia – fígado
- Cistotomia – bexiga
- Toracotomia – parede torácica.

Sufixo Stomia

- **Traqueostomia** – abertura na traquéia e sutura das bordas de abertura à parede do pescoço.
- **Jejunostomia** – abertura no jejuno e colocação de uma sonda via parede abdominal, geralmente para alimentação.
- **Gastrostomia** – abertura no estômago e colocação de uma sonda via parede abdominal, geralmente para alimentação.
- **Cistostomia** – abertura da bexiga e colocação de sonda via parede abdominal, para drenagem da urina.
- **Colostomia** – abertura cirúrgica do cólon para desvio do trânsito intestinal, através da parede abdominal etc.

Sufixo Ectomia

- **Endicectomia:** remoção do apêndice vermiforme.
- **Tiroidectomia:** remoção parcial ou total da tireóide.
- **Colecistectomia:** remoção da vesícula biliar.
- **Mastectomia:** remoção da mama.
- **Miomectomia:** remoção de mioma.
- **Prostatectomia:** remoção da próstata.
- **Ooforectomia:** remoção do ovário.
- **Pancreatectomia:** remoção do pâncreas.
- **Salpingectomia:** remoção da trompa de Falópio
- **Histerectomia:** remoção do útero.
- **Hemorroidectomia:** remoção de hemorroida.
- **Lobectomia:** remoção de lobo de um pulmão etc.

Sufixo plastia

- **Artroplastia:** articulação, para restaurar movimento ou função.
- **Mamoplastia:** correção cirúrgica da mama .

- **Rinoplastia:** correção cirúrgica do nariz.
- **Otoplastia:** correção cirúrgica do ouvido.
- **Queiloplastia:** correção cirúrgica nos lábios.
- **Salpingoplastia:** correção das trompas, para sua recanalização.
- **Ritidoplastia:** correção das rugas da face.
- **Pilorooplastia:** correção cirúrgica do piloro
- **Blefaroplastia:** correção cirúrgica das pálpebras.
- **Toracoplastia:** correção cirúrgica do tórax. etc...

Sufixo rafia

- **Colporrafia:** sutura da parede vaginal.
- **Blefarorrafia:** sutura da pálpebra.
- **Tenorrafia:** sutura do tendão
- **Palatorrafia:** sutura da fenda palatina.
- **Osteorrafia:** sutura ou colocação de fio metálico no osso.
- **Gastrorrafia;** sutura do estômago.
- **Períneorrafia:** sutura do períneo.
- **Herniorrafia:** sutura para correção de hérnia.
- **Cistorrafia:** sutura da bexiga etc.

Sufixo pexia

- **Retinopexia:** fixação da retina descolada.
- **Nefropexia:** elevação e fixação do rim.
- **Cistopexia:** elevação e fixação da bexiga.
- **Histeropexia:** fixação do útero a parede abdominal.
- **Orquidopexia:** fixação do testículo a bolsa escrotal. etc...

Sufixo scopia

- **Artroscopia:** visualização direta da articulação.
- **Broncoscopia:** visualização direta dos brônquios.
- **Cistoscopia:** visualização bexiga.
- **Esofagoscopia:** visualização do esôfago.
- **Endoscopia:** visualização de órgãos internos.
- **Colposcopia:** visualização da vagina.
- **Laringoscopia:** visualização da laringe.
- **Laparoscopia:** visualização da cavidade abdominal.
- **Ventriculoscopia:** visualização do ventrículo cerebral.
- **Gastroscopia:** visualização do estômago.
- **Colonoscopia;** visualização do cólon.

Exemplos dos principais aparelhos para visualização direta

- **Artroscópio:** artroscopia
- **Broncoscópio:** broncoscopia e laringoscopia

- **Cistoscópio:** uretroscopia, cistoscopia e ureteroscopia
- **Colposcópio:** colposcopia.
- **Colonoscópio:** colonoscopia.
- **Endoscópio digestivo:** esofagoscopia, gastroscopia e duodenoscopia.
- **Laparoscópio:** laparoscopia. etc...

Termos que não seguem as regras citadas

- **Amputação:** remoção de um membro ou de parte necrosada do corpo
- **Anastomose:** conexão e sutura de dois órgãos ou vasos.
- **Artrodese:** fixação cirúrgica de articulações.
- **Biópsia:** remoção de um tecido vivo para fins diagnósticos.
- **Cauterização:** destruição de tecido através de agente caustico.
- **Cesariana:** retirada do feto por incisão através da parede abdominal.
- **Cistocele:** queda da bexiga.
- **Curetagem uterina:** raspagem do conteúdo uterino.
- **Deiscência:** separação de bordas previamente suturadas e unidas.
- **Dissecção:** corte, retalho.
- **Divertículo:** bolsa que sai da cavidade.
- **Enxerto:** transplante de órgão ou tecido.
- **Evisceração:** saída de víscera de sua cavidade.
- **Fístula:** orifício que põe em comunicação parte de um órgão, cavidade ou foco supurativo, com a superfície cutânea ou mucosa.
- **Paracentese:** punção cirúrgica da cavidade para retirada de líquidos.
- **Toracocentese:** punção cirúrgica na cavidade torácica. etc...

✓ INSTRUMENTAL E SUA CLASSIFICAÇÃO

Instrumental Cirúrgico. O instrumental cirúrgico pode ser classificado e dividido em especial e comum. Especiais são aqueles usados em apenas alguns tempos de determinadas cirurgias. Já os comuns constituem o instrumental básico de qualquer tipo de intervenção cirúrgica em seus tempos fundamentais, a saber : diérese, exérese, hemostasia e síntese.

Instrumental comum: Seus nomes correspondem, em geral ao nome do autor que o descreveu. Em uma classificação geral os vários tipos de instrumentos poderiam ser agrupados também da seguinte maneira: diérese, hemostasia, prensão, separação, síntese e especiais. Nesta classificação são considerados apenas os instrumentos cirúrgicos propriamente ditos (“ferros”). Seringas e agulhas, drenos de borracha ou plástico, gaze, compressas e campos também podem ser relacionados como instrumental cirúrgico.

BIBLIOGRAFIA:

- BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. Editora Guanabara Koogan, 11ª Edição, Rio de Janeiro, 2008.
- BARROS, Alba Lúcia. Anamnese e Exame Físico. Editora Artmed, Segunda Edição, Porto Alegre, 2007.
- TANNURE, Meire Chucre. SAE Guia Prático. Editora Guanabara Koogan, Primeira Edição, Rio de Janeiro, 2008.
- SWANSON, Elizabeth. Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Editora Artmed. Segunda Edição, Porto Alegre, 2009,
- TASHIRO, Marisa Toshiko. Assistência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia. Editora Atheneu, Primeira edição, São Paulo, 2001.
- SALES, Orcélia. Leitura e Interpretação de Exames em Enfermagem. Editora AB, Terceira Edição, Goiânia, 2008,