



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Hospital de Clínicas
Divisão de Enfermagem
Serviço de Educação em Enfermagem



Minicurso: “Noções de enfermagem sobre instrumentação
cirúrgica”

Instrutora: Daniela Galdino Costa

Orientações Gerais



- Registrar entrada e saída no ponto eletrônico;
- Intervalo?
- Dificuldade em fazer minicurso nos três turnos;
- Processo contínuo;
- Material didático.

Plano de aula

- Organização da unidade de Centro Cirúrgico
- Atribuições do Instrumentador
- Legislação vigente
- Nomenclatura cirúrgica
- Posicionamento do paciente para cirurgia



Fonte imagem: <http://www.cataniastudio.com/>

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

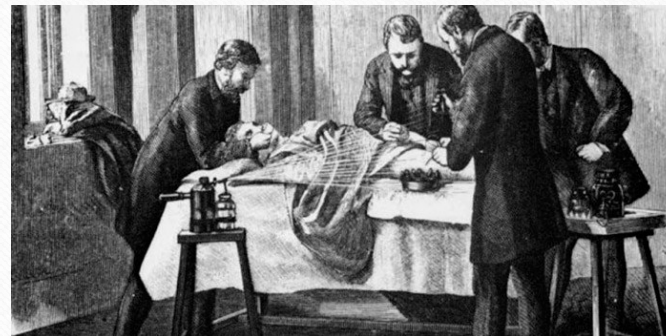


Fonte imagem:
<https://www.buzzero.com>

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

- História: As primeiras intervenções cirúrgicas foram consequências das constantes guerras entre os povos antigos (amputações de membros).
- Atividades de enfermagem na época: cuidados aos pacientes, limpeza e manutenção do ambiente.
- A cirurgia evoluiu a partir de 1846 com a descoberta da anestesia.

Fonte: SOBECC, 2013




Fonte imagem:
<http://diariodebiologia.com/>

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Cirurgia: Intervenção, manual ou através de instrumental, no corpo de um paciente.

Podem ser classificadas quanto à urgência:

- ✓ Cirurgias Eletivas: A realização pode aguardar ocasião mais propícia, ou seja, pode ser programado. Por exemplo: mamoplastia.
- ✓ Cirurgias de Urgência: Tratamento cirúrgico que requer pronta atenção e deve ser realizado dentro de 24 a 48 horas. Por exemplo: apendicectomia. 
- ✓ Cirurgia de Emergência: Tratamento cirúrgico que requer atenção imediata por se tratar de uma situação crítica. Por exemplo: Ferimento por arma de fogo em região precordial, hematoma subdural.

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Podem ser classificadas quanto à finalidade:

- ✓ **Cirurgia Curativa:** Tem por objetivo extirpar ou corrigir a causa da doença, devolvendo a saúde ao paciente. Para essa finalidade é necessário às vezes a retirada parcial ou total de um órgão.
- ✓ **Cirurgia Paliativa:**
Tem a finalidade de atenuar ou buscar uma alternativa para aliviar o mal, mas não cura a doença.
- ✓ **Cirurgia Diagnóstica:**
Realizada com o objetivo de ajudar no esclarecimento da doença.
- ✓ **Cirurgia Reparadora:**
Reconstitui artificialmente uma parte do corpo lesada por enfermidade ou traumatismo.
- ✓ **Cirurgia Reconstrutora / cosmética / plástica:**
Realizada com objetivos estéticos ou reparadores, para fins de embelezamento.

Fonte: PORTAL EDUCAÇÃO

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Podem ser classificadas quanto ao porte cirúrgico:

- ✓ **Grande porte:** Com grande probabilidade de perda de fluido e sangue. Por exemplo: cirurgias de emergência, vasculares arteriais.
- ✓ **Médio Porte:** Com média probabilidade de perda de fluido e sangue. Por exemplo: cabeça e pescoço .
- ✓ **Pequeno porte:** Com pequena probabilidade de perda de fluido e sangue. Por exemplo: plástica mamoplastia e endoscopia.

Fonte: PORTAL EDUCAÇÃO



Fonte imagem:
<https://www.nelsonastur.com.br>

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Ou ainda de acordo com a duração do procedimento:

- ✓ Asa I (até 1h50m)
- ✓ Asa II (De 1h51m até 2h50m)
- ✓ Asa III (De 2h51m a 3h:40m)
- ✓ Asa IV (Acima de 3h51m)



Fonte imagem:
<https://www.google.com.br>

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Podem ser classificadas quanto ao **Potencial de Contaminação**:

- ✓ **Cirurgia Limpa:** São aquelas realizadas em tecidos estéreis, na ausência do processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras; cirurgias eletivas atraumáticas, que não ocorrem penetração de tratos digestivo, respiratório e urinário. Ex.: Artroplastia de Quadril, cirurgia cardíaca.
- ✓ **Cirurgia Potencialmente Contaminada:** São aquelas realizadas em tecidos traumatizados recentemente e abertos, colonizados por flora bacteriana pouco abundante, com pequenas quebras na assepsia, na ausência de supuração local. Ex.: Cirurgias de vias biliares
- ✓ **Cirurgias Contaminadas:** São aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana abundante, na ausência de supuração local. Ex.: Cirurgia de Cólon
- ✓ **Cirurgia Infectada:** São intervenções realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo inflamatório infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja.
Ex.: Nefrectomia com presença de infecção.

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Mapa cirúrgico:

Os pedidos de cirurgia deverão ser entregues na Secretaria do Centro Cirúrgico até as 11:00h da véspera da data da cirurgia, quando se tratar de final de semana e feriados o pedido deverá ser entregue no ultimo dia útil que antecede a data proposta para a cirurgia.

Há no setor uma escala de prioridades por dia, , elaborada pelo chefe de serviço e diretor clinico.

O mapa cirúrgico deverá ser distribuído até as 14:00h do dia anterior ao da cirurgia nas diversas unidades do hospital.

Cirurgias Eletivas de grande porte poderão ser iniciadas até as 16h.

Cirurgias Eletivas de pequeno porte poderão iniciar até as 17h.

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

- O termo Unidade é amplo: Constitui em Centro Cirúrgico (CC), Recuperação Pós-Anestésica (RPA) e Centro de Material e Esterilização (CME).

- Áreas dependentes e interligadas.

- Principais componentes:

- ✓ Vestiários
- ✓ Corredores internos
- ✓ Área de escovação
- ✓ Salas operatórias
- ✓ Depósitos de materiais e equipamentos



- ✓ Secretária
- ✓ Área de recepção de pacientes *
- ✓ Sala de conforto com copa*
- ✓ Salas de apoio*
- ✓ Sala de espera com sanitários*

* Não adequado

Fonte imagem:
<http://www.hojf.com.br>

Fonte: SOBECC, 2013

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

As técnicas assépticas padronizadas têm o objetivo de proporcionar maior controle do ambiente operatório, diminuindo os riscos de contaminação ao paciente.

As áreas do CC são assim classificadas:

✓ Áreas não restritas:

Circulação de pessoas é livre, não exigindo cuidados especiais e nem uso de uniforme privativo. Ex.: Vestiários e corredor de acesso.

✓ Áreas semirrestritas:

Circulação de pessoas e equipamentos, de modo a não interferir no controle e na manutenção da assepsia cirúrgica. Uso de uniforme privativo e de calçados adequados. Ex.: farmácia-satélite, copa.

✓ Áreas restritas:

Locais onde deve estabelecer rotinas próprias para controlar e manter a assepsia local. Uso de uniforme privativo, máscara (cobrindo boca e nariz). Ex.: Sala Operatória

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

- O CC deve ser de fácil acesso às unidades assistenciais, principalmente Pronto Socorro Adulto, Infantil e Ginecologia e Obstetrícia; e as unidades fornecedoras como: almoxarifado, farmácia, lavanderia e banco de sangue.
- De acordo com a SOBECC (Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico e as RDC pertinentes, as áreas devem ser assim organizadas:
- Vestiários para profissionais

Feminino e Masculino, dotados de vaso sanitário; lavatório, chuveiro; armários com chave para guarda de pertences pessoais (em quantidade suficiente para atender à demanda da unidade); água quente e água fria.
- Sala de recepção e transferência de pacientes

Local apropriado para transferência do paciente. Algumas instituições não utilizam a área de transferência de pacientes como barreira física, permitindo a livre circulação de macas e camas.

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

- Secretaria

Local destinado a realização de tarefas administrativas do CC, relatórios, estatísticas, agendamento de cirurgias, acesso a programação cirúrgica (mapa).
- Corredores

Devem ter largura mínima de 2 metros, não podendo ser utilizadas como área de estacionamento de carrinhos. A RDC 50 refere ser dispensáveis circulações exclusivas para elementos e materiais sujos e limpos.
- Área de escovação

Utilizada para escovação cirúrgica das mãos e antebraços. Devem estar próximos as SO, possuir torneiras com mecanismos que dispensem o uso das mãos, sua altura e profundidade devem ser suficientes para permitir a realização da lavagem das mãos e dos antebraços sem que os MMSS toquem as torneiras. Recomenda-se, no mínimo, duas torneiras para cada SO

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

- Sala de Cirurgias ou Sala Operatória Salas para cirurgias de pequeno porte devem ter dimensões de 20 m², as de tamanho médio 25 m², e as destinadas para grande porte devem ter 36 m².
- Sala de apoio às cirurgias especializadas Não disponível no setor. Ideal para cirurgias cardíacas (CEC) e transplantes (Perfusão do órgão).
- Sala de materiais e equipamentos Guarda de equipamentos específicos, como microscópios e armários de vídeos que não se encontrem em uso. Pode ser usada também para manutenção preventiva e corretiva.
- Sala de guarda de torpedos Destinado a guarda de cilindros de gás carbônico e nitrogênio.

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

- Rouparia

Armazenamento de roupas para consumo da unidade, essa área poderá ser substituída por armários móveis ou fixos, de acordo com a rotina de abastecimento da instituição.
- DML

Área exclusiva para armazenamento de materiais de limpeza e desinfecção do ambiente cirúrgico.
- Sala de Conforto*

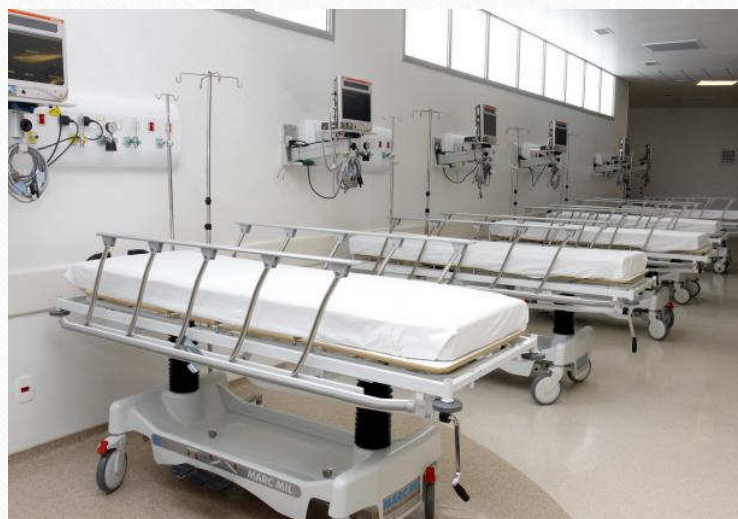
Local utilizado pelos profissionais no intervalo de descanso durante a jornada de trabalho. Utilizada também para refeições rápidas.
- Sala de espera para acompanhantes e familiares

Localizada próxima a saída do CC, deve ser equipada e mobiliada de forma a oferecer conforto e privacidade. Geralmente utilizada para noticiar os familiares sobre os pacientes cirúrgicos.

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

- SRPA

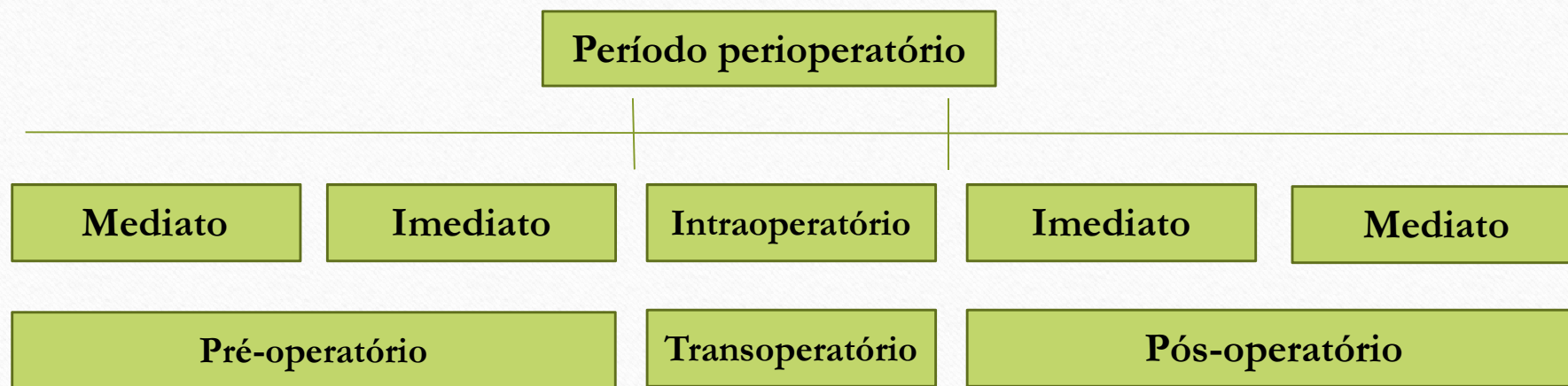
Anexa ao CC, proporcionar rápida transferência do paciente da SO para RPA. O setor deverá ter a rota de fuga para emergências preestabelecidas, aprovada, sinalizada em todas as áreas com tinta luminosa.



Fonte: SOBECC, 2013

Fonte imagem:
<http://www.terramagazine.com.br>

Organização da unidade de Centro Cirúrgico



Períodos Cirúrgicos



Fonte imagem:
<http://aenfermagem.com.br/>

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Pré-operatório imediato

É o período de 24 horas antes do procedimento anestésico-cirúrgico, estendendo-se até o encaminhamento do paciente CC

Período Transoperatório

Compreende desde o momento em que o paciente é recebido no CC, até sua saída da SO.
Intraoperatório começa no início do procedimento anestésico-cirúrgico e vai até o seu término.

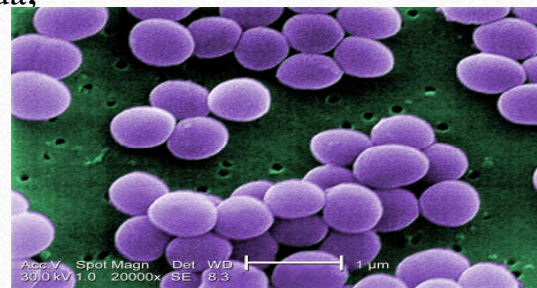
Pós-operatório

Imediato: Compreende as primeiras 24 horas após a intervenção anestésico-cirúrgica.
Mediato: Inicia-se após as primeiras 24 horas.

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Recomendações para limpeza do ambiente cirúrgico:

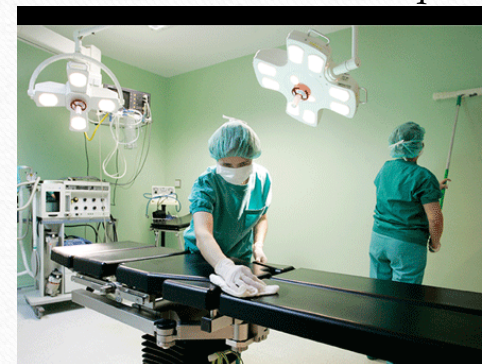
- As superfícies contaminadas podem servir de reservatório de agentes patogênicos;
- *Staphylococcus aureus* e *Enterococcus* permanecem viáveis no ambiente por algum tempo;
- A limpeza consiste na remoção, por meios mecânicos e/ou físicos, da sujidade;
- A limpeza da SO consiste não somente na limpeza mecânica, mas também controle de acesso de trânsito de pessoas, abertura das portas e ventilação adequada;



Fonte: SOBECC, 2013

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

- A limpeza das áreas não restritas e semirrestritas é realizada com uso de água, sabão e desinfetante. Deverá ser realizada pelo menos uma vez a cada plantão e sempre que necessário, vidros e janelas uma vez por semana;
- Na área restrita deverá ser realizado limpeza e desinfecção. Estrutura física (serviço de higienização), mobiliário, leitos e equipamentos (Enfermagem); Importante: a limpeza não deverá utilizar Clorexidina degermante e na desinfecção não deverá ser utilizado Clorexidina alcoólica e/ou aquosa;
- Sempre do mais limpo para o mais sujo



Fonte: SOBECC, 2013

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Tipos de limpeza:

Preparatória:

Antes da primeira cirurgia do dia. Se estiver sem uso por mais de 12 horas é recomendado a remoção de partículas de poeira com álcool a 70%.

Operatória:

Realizada pelo circulante, durante o procedimento cirúrgico, quando houver queda de material orgânico.



Nunca depositar as compressas diretamente no chão, para realizar contagem

()

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

()

A contagem de compressas deverá:

- Ser realizada antes do início do procedimento, tanto pelo circulante quanto pelo instrumentador;
- Ser realizada sempre que houver abertura de cavidades;
- Ser realizada em conjunto (Instrumentador, cirurgião e o circulante de sala) deverão conferir verbal e audivelmente o número de compressas disponível na mesa de instrumental antes da incisão;
- Não ser colocadas diretamente no chão, para evitar transmissão de microorganismos;
- Não colocar as usadas para outra finalidade no mesmo recipiente que as usadas para a cirurgia;
- Manter em Sala de Operação (S.O.) compressas com fios radiopacos;
- As compressas de tamanhos diferentes deverão ser especificadas e contadas separadamente;
- As compressas contadas, em hipótese alguma, deverão ser retiradas da sala antes da contagem final e término do procedimento;
- Nunca pesar compressas na Sala de Parto.

Fonte: Rotina Operacional Padrão da UFTM

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Limpeza concorrente:

Realizada ao término de uma cirurgia e antes do início da outra (entre dois procedimentos)

Limpeza Terminal:

Limpeza de todas as superfícies horizontais e verticais. Deve ser realizada diariamente após o termino do ultimo procedimento cirúrgico. Uma vez por semana no caso de baixo movimento cirúrgico.



Fonte: SOBECC, 2013

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Limpeza da SO em situações de precauções de contato ou de respiratório:

Antes do início da cirurgia:

Manter somente o necessário, para evitar o aumento da área onde os microrganismos possam se depositar durante o ato cirúrgico.



Fonte imagem:
<http://cialma.blogspot.com>

**No caso de doenças
transmissíveis por aerossóis
uso da N95 é obrigatório.**



Fonte imagem: <http://www.draflaviasalame.com>

Fonte: SOBECC, 2013

Organização da unidade de Centro Cirúrgico

Humanização:

O Cliente não se resume a patologia

~~Paciente da apendicite~~

O Cliente não é de propriedade do cirurgião

~~Paciente do Dr. Fulano~~

PNHAH em 2001

A humanização da assistência
deverá ser dirigida às
necessidades do paciente, da
sua família e da equipe

Fonte: SOBECC, 2013

Atribuições do Instrumentador

- Seguir como norma, o Código de Ética Profissional do Conselho Regional de Enfermagem (COREN);
- Providenciar equipamentos específicos necessários a cada tipo de intervenção;
- Checar, juntamente com o circulante, a integridade das embalagens e a validade dos materiais;
- Paramentar-se, com técnica asséptica, cerca de 15 minutos antes do início da cirurgia;
- Conhecer o instrumental cirúrgico por seus nomes e dispô-los sobre a mesa, de acordo com a utilização em cada tempo cirúrgico;
- Preparar agulhas e fios de sutura adequadamente e de acordo com o tempo cirúrgico;
- Auxiliar o cirurgião e os assistentes durante a paramentação cirúrgica e na colocação dos campos estéreis;

Atribuições do Instrumentador

- Prever e solicitar material complementar ao circulante de SO;
- Ser responsável pela assepsia, limpeza e acomodação do instrumental cirúrgico, durante toda a cirurgia;
- Entregar o instrumental cirúrgico ao cirurgião e assistentes com habilidade e presteza;
- Atender prontamente às solicitações da equipe cirúrgica e às necessidades do paciente durante todo procedimento;
- Realizar contagem de compressas, gazes e agulhas em colaboração com o circulante, quando for indicado;



Fonte: SOBECC, 2013

Fonte imagem:
<http://medicinaunp.blogspot.com.br/>

Atribuições do Instrumentador

- Desprezar adequadamente o material contaminado e os perfurocortantes;
- Auxiliar no curativo e no encaminhamento do paciente à devida unidade, quando solicitado;
- Conferir o material e o instrumental cirúrgico da SO e no encaminhamento ao CME.



Fonte imagem:
<http://www.ideal.com.br>

Fonte: SOBECC, 2013

Legislação vigente

A arquitetura e a estrutura física do CC têm particularidades que devem atender à legislação sanitária vigente, quanto às dimensões mínimas das áreas, à localização e à quantidade de pontos para as instalações elétricas, hidráulicas, fluidos mecânicos entre outras descritas na RDC 50/2002 e RDC 307/2002.

Resolução da Diretoria Colegiada - Anvisa



RESOLUÇÃO - RDC Nº. 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11 inciso IV do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 20 de fevereiro de 2002, e

Considerando o princípio da descentralização político-administrativa previsto na Constituição Federal e na Lei nº. 8.080 de 19/09/1990;

Considerando o artigo 3º, alínea C, artigo 6º, inciso VI e artigo 10º previstos na Portaria nº. 1.565/GM/MS, de 26 de agosto de 1994;

Considerando a necessidade de estabelecer normas substanciais na área de infraestrutura física em saúde;

Legislação vigente

- A legislação vigente (Instrumentador) é a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 214 de 1998, disponível pelo site do conselho: www.cofen.gov.br/resolucoes
- Que dispõe sobre a instrumentação cirúrgica, no uso de suas atribuições legais e estatutárias,
- É matéria regularmente ministrada na grade curricular dos cursos de enfermagem,
- De acordo com a lei do exercício de enfermagem é atividade da equipe técnica de enfermagem “circular sala de cirurgia e, se necessário instrumentar”,
- É necessário conhecimento sobre esterilização, quando no ato de instrumentar uma cirurgia, sob risco de causar sérios danos a saúde do paciente.

Legislação vigente

- Em um ato cirúrgico, o profissional não pode se limitar apenas a cuidar do instrumental, levando em consideração eventuais imprevistos com o cliente e com a equipe,
- Art. 1º A Instrumentação Cirúrgica é uma atividade de Enfermagem, não sendo entretanto, ato privativo da mesma,
- O Profissional de Enfermagem, atuando como Instrumentador Cirúrgico, por força de lei, subordina-se ao enfermeiro da unidade.



Fonte: Resolução Cofen – 214/1998

Fonte imagem:
<https://www.topgesto.com.br>

PARECER Nº , DE 1999

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, ao Diversos nº 28, de 1998, em que o Sindicato Nacional dos Instrumentadores Cirúrgicos (Sinic) propõe a instituição, por via legislativa, de um Código Deontológico de Instrumentadores Cirúrgicos e do Dia do Instrumentador Cirúrgico, a ser comemorado nacionalmente no dia 6 de maio.

RELATOR: Senador SEBASTIÃO ROCHA

I – RELATÓRIO

O Diversos nº 28, de 1998, constitui-se de duas cópias de um dossiê, enviado pelo Sindicato Nacional de Instrumentadores Cirúrgicos (Sinic).

O Sinic é uma entidade civil, sem fins lucrativos, de direito privado, com sede em Curitiba (PR), que – conforme reza seu estatuto social – foi constituída em 30 de agosto de 1989 “para fins de ampla defesa e representação legal da categoria profissional dos Instrumentadores Cirúrgicos” em todo o território nacional.

O objetivo do Sinic, com esse expediente, é obter, do Congresso Nacional, duas coisas: “a edição do diploma legal pertinente” para a aprovação de um Código Deontológico de Instrumentadores Cirúrgicos – cujo anteprojeto encaminha – e a instituição do Dia do Instrumentador Cirúrgico, a ser comemorado nacionalmente no dia 6 de maio de cada ano.

Em relação à solicitação da instituição do Dia do Instrumentador Cirúrgico, nada há a opor, uma vez que se trata de reconhecer a importância e o caráter imprescindível do trabalho dessa categoria de profissionais, o que – por sinal – já é feito por um conjunto de duas leis estaduais (Lei nº 11.576, de 7 de novembro de 1996, do Estado do Paraná, e Lei nº 12.790, de 19 de junho de 1998, do Estado de Minas Gerais) e quatro leis municipais (Salvador-BA,

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 1999

Institui o Dia do Instrumentador Cirúrgico.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º É instituído o Dia do Instrumentador Cirúrgico, a ser comemorado em todo o território nacional no dia seis de maio de cada ano.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

A profissão de Instrumentador Cirúrgico é, hoje, imprescindível ao nosso País. Daquele que se entrega a tal ofício exige-se não apenas uma formação adequada e rigorosa, como também uma prática segura, ágil e hábil, em apoio à equipe cirúrgica, de tal forma que a prática da cirurgia não prescinda de sua participação.

O reconhecimento da importância desse profissional, em nosso meio, já se fez pela promulgação, desde 1996, de duas leis estaduais e quatro leis municipais, instituindo, nos respectivos âmbitos territoriais, a comemoração do Dia do Instrumentador Cirúrgico no dia 6 de maio de cada ano.

A escolha desse dia não é aleatória: é a data de nascimento de Jean Henri Dunant (1828), considerado o pai histórico da Instrumentação Cirúrgica em razão de sua atuação como auxiliar instrumentador dos cirurgiões militares durante a Batalha de Solferino (1859), ainda que não se reconhecesse, então, tal atividade como uma profissão.

A instituição da comemoração, em todo o território nacional, do dia 6 de maio é uma demonstração do reconhecimento, pelo Estado brasileiro, da importância do Instrumentador Cirúrgico para o desenvolvimento da Cirurgia e a melhoria da saúde do nosso povo.

aprovação em todas elas, foi rejeitado, hoje, no Plenário, o Recurso que impedia a remessa da matéria ao Senado Federal. A aprovação do Projeto de Lei 642/2007, de autoria do deputado George Hilton (PRB/MG), é aguardada por milhares de instrumentadores cirúrgicos de todo o Brasil.



"Estamos na luta pela regulamentação da profissão desde 2007 e conseguimos aprová-la em todas as comissões. Pensávamos que havíamos vencido a batalha, quando foi apresentado um Recurso para que a matéria fosse apreciada pelo plenário. Fiz um apelo ao Colégio de Líderes para votar o Recurso e conseguimos pautar e rejeitá-lo. É uma vitória para a Saúde Pública, pois as nossas vidas passam pelas mãos desses profissionais quando somos submetidos a procedimentos cirúrgicos. Acredito que a regulamentação vai fazer justiça e permitir que as faculdades aumentem a oferta de cursos, além da questão previdenciária. Vamos permitir a aposentadoria dos instrumentadores cirúrgicos", afirmou o deputado e líder do PRB na Câmara, George Hilton.

A presidente da Associação Nacional de Instrumentadores Cirúrgicos (ANIC), Maria Laura Savietto Alves, disse que a votação foi bastante esperada pela categoria e que hoje é um dia histórico para os instrumentadores cirúrgicos. "Estamos muito felizes com mais essa conquista. A luta agora é para aprovar a matéria no Senado Federal", afirmou.



O vice-presidente da Associação Nacional de Instrumentadores Cirúrgicos (ANIC), João Francisco dos Santos, lembrou que uma profissão dessa importância não pode deixar de ser regulamentada. "Quando um ser humano encontra-se com a cavidade abdominal exposta durante uma intervenção cirúrgica, por exemplo, ele não pode estar nas mãos de pessoas que não são habilitadas. É uma responsabilidade muito grande da equipe médica e dos instrumentadores que auxiliam o trabalho, pois um erro pode ser fatal", avalia. A matéria, agora, segue para a Comissão de Constituição Cidadania e Justiça (CCJC) da Câmara dos Deputados e depois será apreciada no Senado Federal.

"Estamos na luta pela regulamentação da profissão desde 2007 e conseguimos aprová-la em todas as comissões. Pensávamos que havíamos vencido a batalha, quando foi apresentado um Recurso para que a matéria fosse apreciada pelo plenário. Fiz um apelo ao Colégio de Líderes para votar o Recurso e conseguimos pautar e rejeitá-lo. É uma vitória para a Saúde Pública, pois as nossas vidas passam pelas

DOA 10 AQUI

NOTÍCIAS MAIS LIDAS

GALERIA 10 01/04/2013

IX Convenção Nacional do PRB

PARLAMENTARES 25/02/2016

Márcio Marinho reforça a importância dos Jogos Olímpicos para o Brasil

PRB NACIONAL 23/02/2016

PRB lança novo portal nacional com foco na interação

PALAVRA DO PRESIDENTE 22/02/2016

Campanhas mais baratas – e honestas

OPINIÃO 24/02/2016

A conquista do voto feminino no Brasil: 84 anos de espera por equiparação

PARLAMENTARES 25/02/2016

Bancada do PRB participa do lançamento do programa "Futebol para Todos"



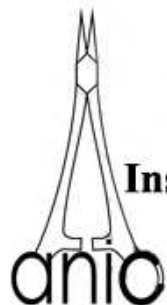
RECEBA EMA

Enviamos para seu e-mail
semanalmente
Faça parte do
Respeitamos seu e-mail. Não

Seu nome

Seu email

CADASTRO



**Associação
Nacional de
Instrumentadores
Cirúrgicos**

Cirúrgicos Brasileiros obteve mais uma

[Home](#) [A Anic](#) [Associados](#) [Ética](#) [Agenda](#) [Cursos](#) [Contato](#)

Pesquisar



Menu Anic

- [Home](#)
- [A Anic](#)
- [Associados](#)
- [Ética](#)
- [Agenda](#)
- [Cursos](#)
- [Contato](#)

Redes Sociais

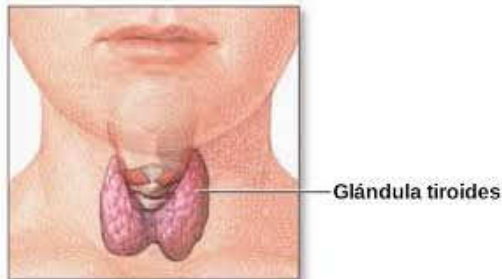


Nomenclatura cirúrgica

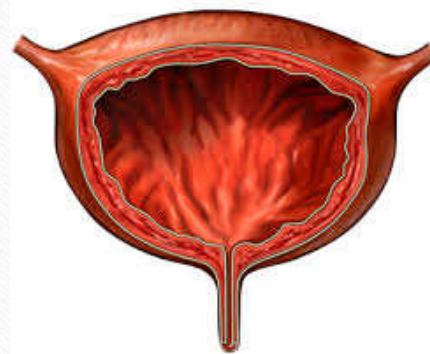
A nomenclatura cirúrgica geralmente é formada por prefixos e sufixos:

- ✓ **Prefixos:** Indicam o órgão a ser operado
- ✓ **Sufixos:** Indicam o ato cirúrgico:

Adeno – Glândula



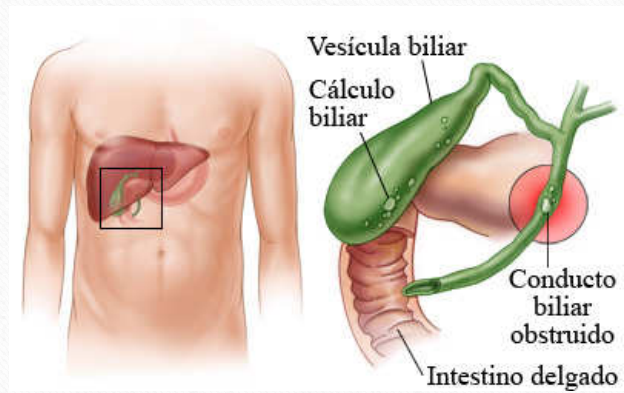
Cisto - Bexiga



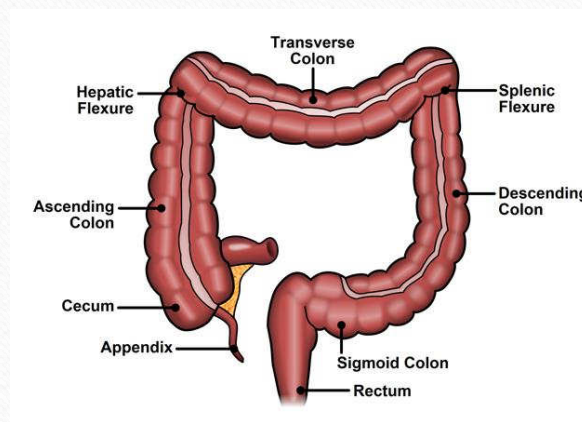
Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Cole – Vesícula



Colo – Cólon



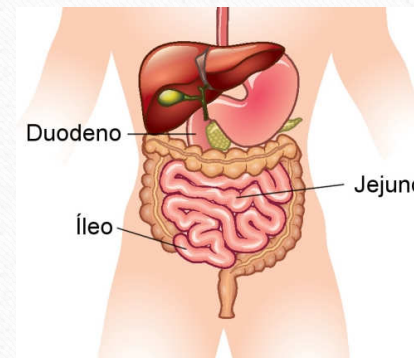
Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Colpo – Vagina



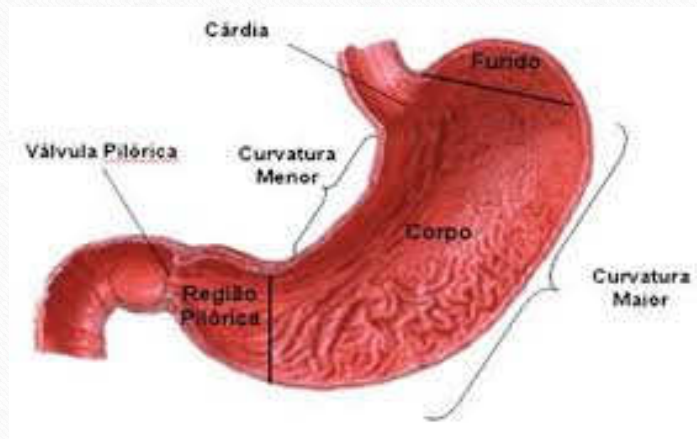
Êntero - Intestino



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Gastro – Estômago



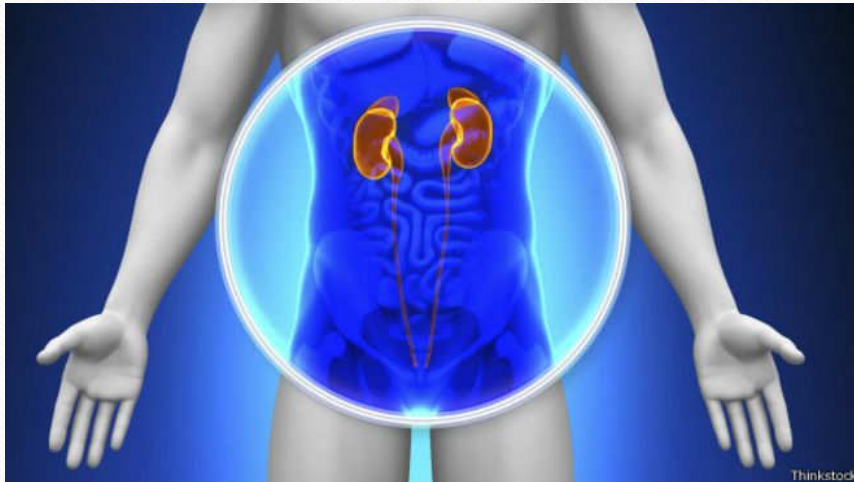
Hístero - Útero



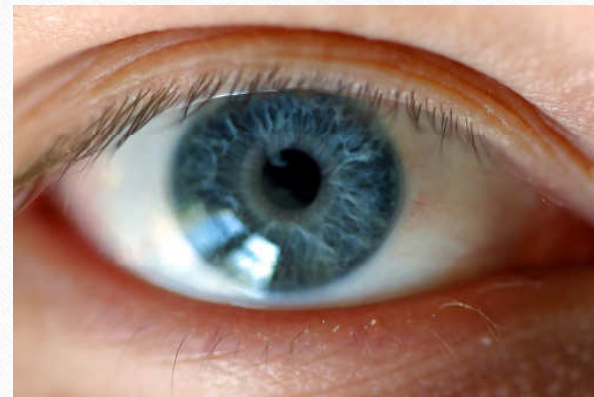
Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Nefro – Rim



Oftalmo - Olhos



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Ooforo – Ovários



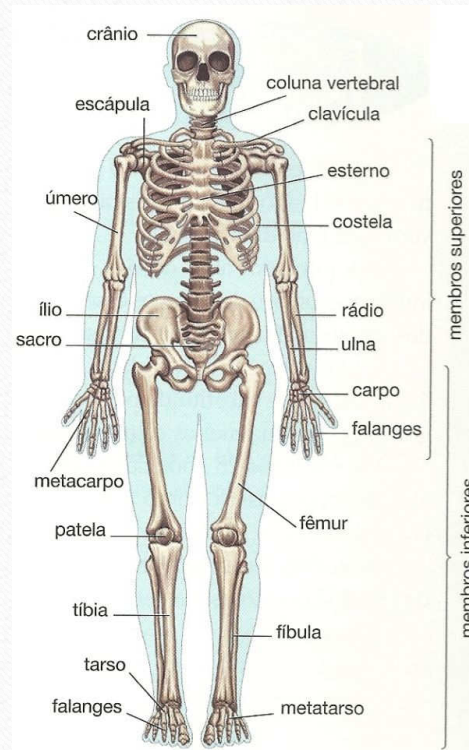
Orqui - Testículos



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Osteo - osso



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

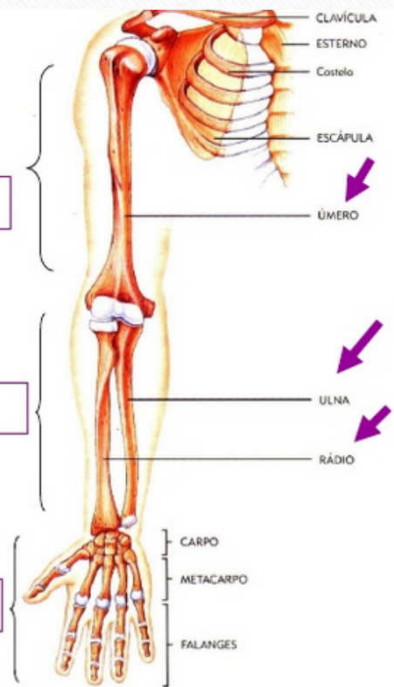
superiores

os. Cada
lul:

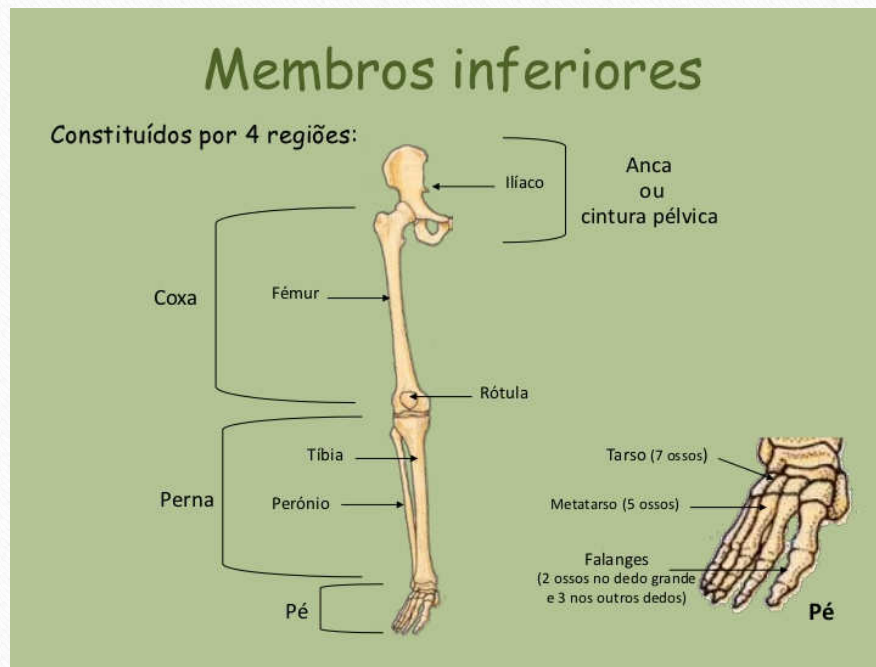
Braço

Antebraço

mão



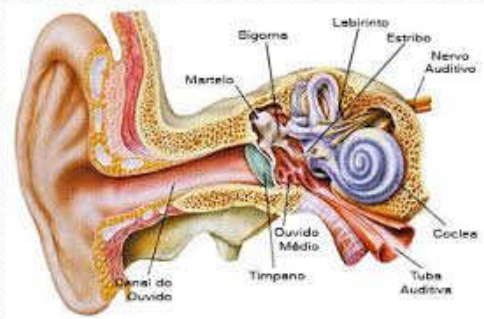
Nomenclatura cirúrgica



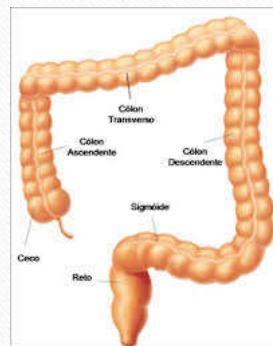
Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Oto – ouvido



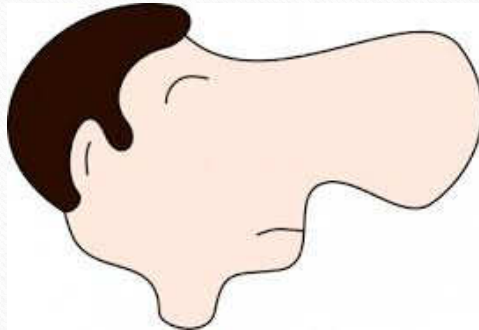
Procto - Reto



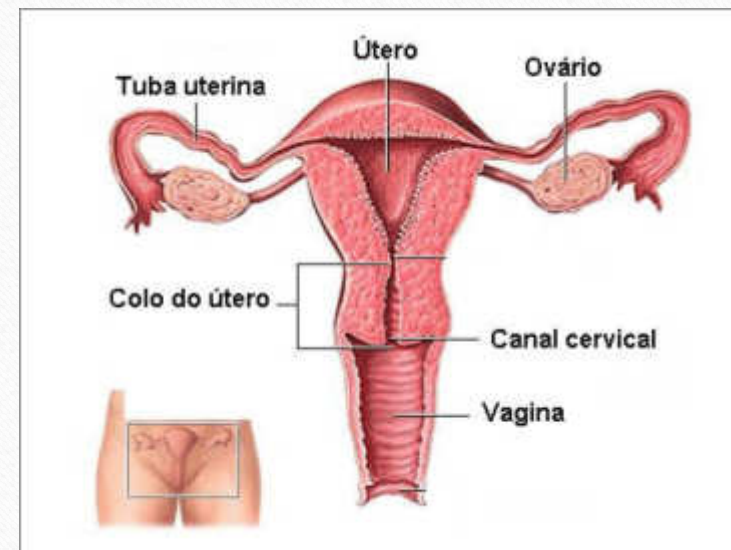
Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Rino – Nariz



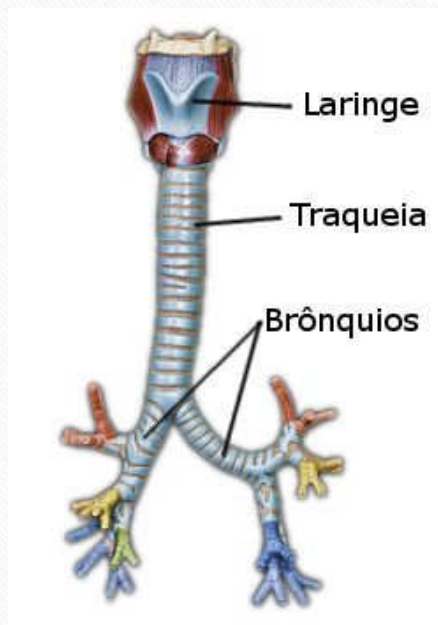
Salpingo - Tuba



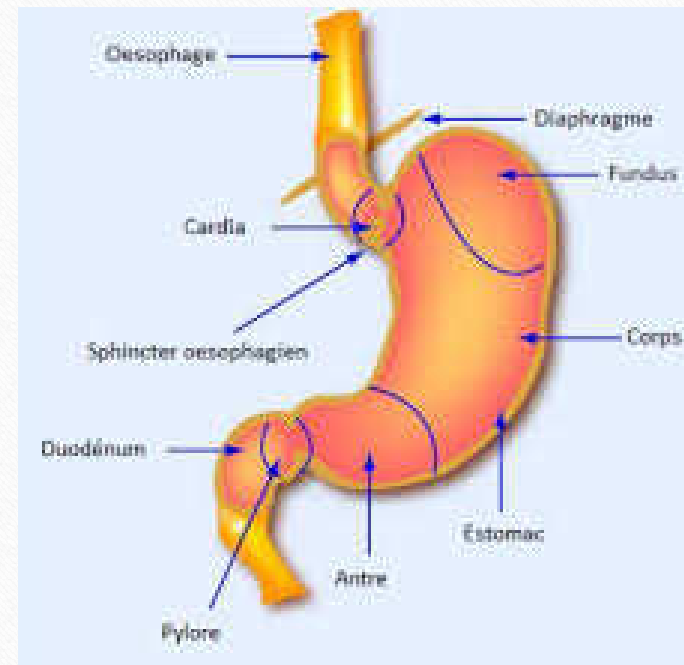
Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Tráqueo – Traquéia



Cárdia – esfíncter esôfago-gástrico



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Bléfaro – Pálpebras



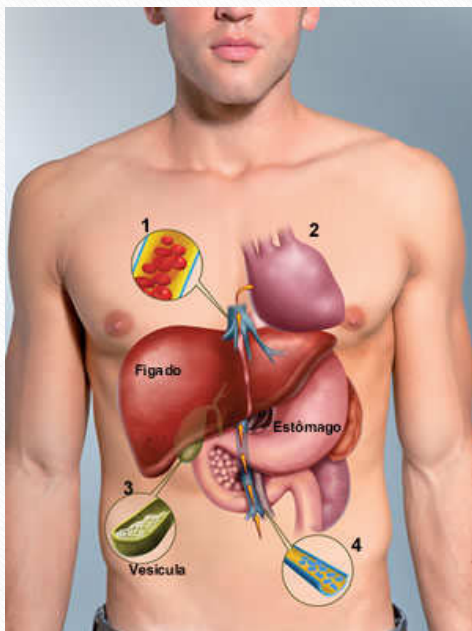
Dácrio – Canal lacrimal



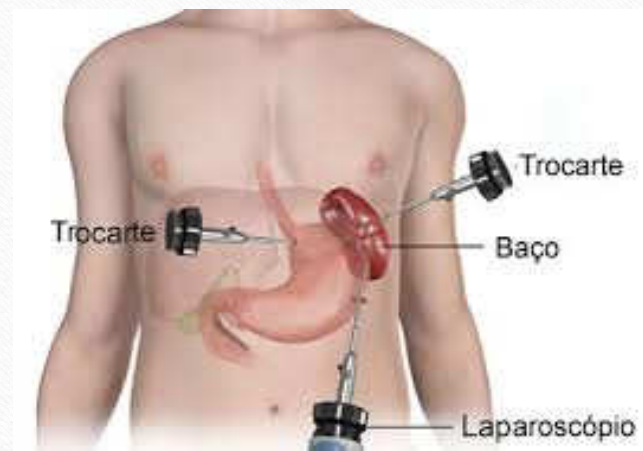
Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Hepato – Fígado



Espleno - Baço



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Laparo – parede abdominal



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Angio – vasos sanguíneos

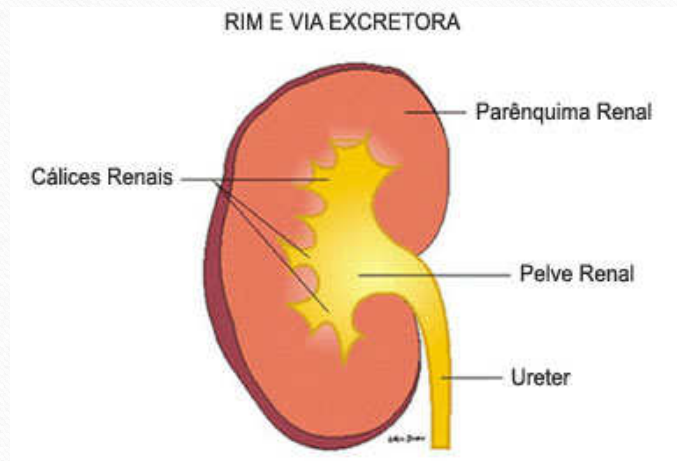
Flebo – veia



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Pielo – pelve renal



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Principais sufixos:

Ectomia: Remoção de um órgão ou parte dele Ex.: Apendic**ectomia**

Otomia: Abertura de um órgão Ex.: Lapar**otomia**

Ostomia: Abertura cirúrgica de uma nova “boca”. Ex.: Gastr**ostomia**

Pexia: Fixação de um órgão. Ex.: Masto**pexia**

Plastia: Alteração da forma de um órgão. Ex.: Rino**plastia**

Rafia: Sutura. Ex.: Colpor**rafia**

Scopia: Olhar no interior. Ex.: Cisto**scopia**

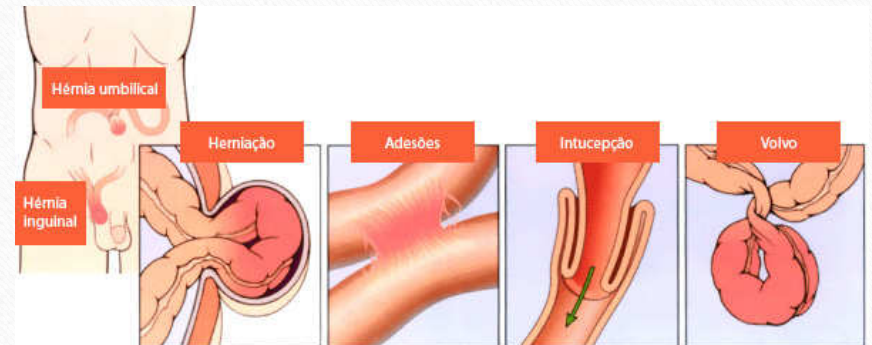
Nomenclatura cirúrgica

Outros termos:

ABCESSO: foco de supuração no interior de um tecido, órgão ou região do corpo;



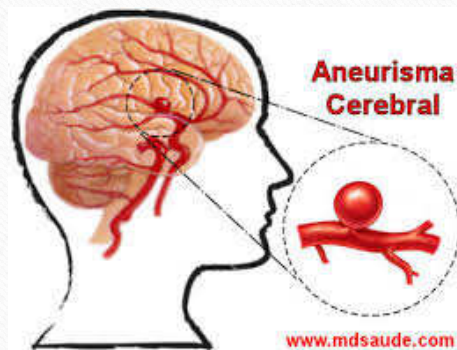
ADERÊNCIA: união fibrosa anormal entre um órgão e outro;



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

ANEURISMA: dilatação localizada e anormal de uma artéria ou da parede dos vasos;



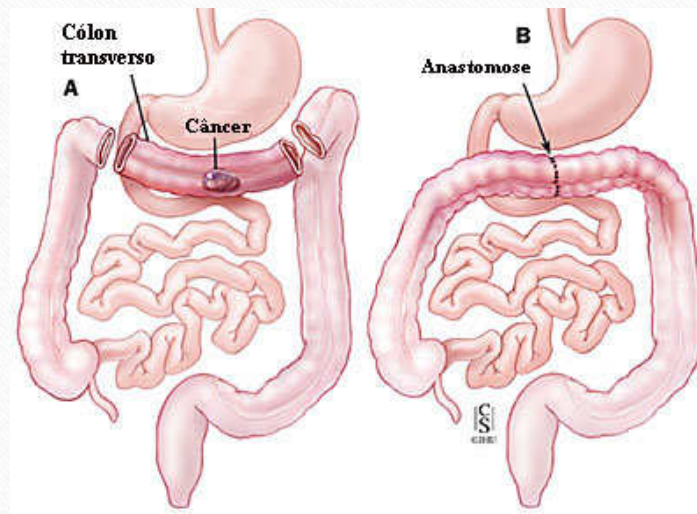
EVISCERAÇÃO: extirpação das vísceras abdominais ou torácicas, protusão pós-operatória



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

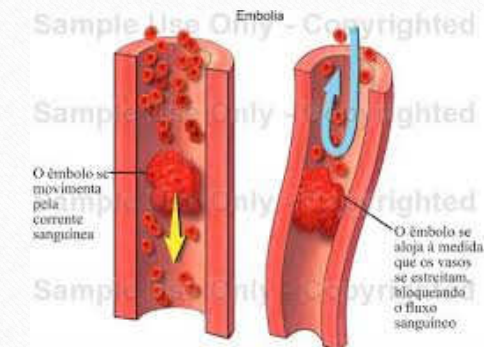
ANASTOMOSE: comunicação cirúrgica efetuada entre vasos sanguíneos ou entre duas vísceras ocas, por meio de duas partes do mesmo órgão;



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Nomenclatura cirúrgica

Trombo – é uma coagulação de sangue no interior do vaso sanguíneo



Êmbolo - É uma condição na qual um coágulo viaja do lugar onde se formou para um novo local no corpo

Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Posicionamento do paciente para cirurgia

A posição adequada do paciente é essencial para que os procedimentos cirúrgicos sejam bem-sucedidos e realizados com segurança.

É necessário conhecimentos relacionados com a **anatomia, fisiologia e patologia humana**.

Eventos adversos devido ao posicionamento inadequado. (Indicadores de Saúde).

A posição adequada deve ser a que propicie as melhores condições de exposição da área operatória, facilitando o trabalho dos cirurgiões e o maior conforto possível ao paciente.

Fonte: SOBECC, 2013



Posicionamento do paciente para cirurgia

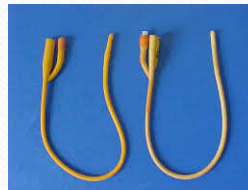
- Proporcionar exposição e acesso ótimos ao sitio cirúrgico;
- Manter alinhamento corporal;
- Manter adequadas funções respiratórias e circulatórias
- Proteger a integridade neuromuscular e cutânea;
- Possibilitar acesso à punção venosa para a administração de fármacos e agentes anestésicos;
- Facilitar o acesso aos equipamentos e suportes de anestesia.
- **Responsabilidade: Todos os membros da equipe cirúrgica.**



Posicionamento do paciente para cirurgia

Fatores de risco relacionados ao posicionamento:

- Procedimentos cirúrgicos longos: acima de duas horas;
- Comprometimento vascular;
- Condições ósseas desmineralizadas;
- Ser obeso ou desnutrido;
- Idosos;
- Hemiplegia;
- Diabéticos;
- Pontos sangrantes não identificados;
- Vazamento de diurese pela Cateter uretral;



Posicionamento do paciente para cirurgia

Eventos adversos:

Úlcera Por Pressão (UPP):

Pressão constante nos tecidos por 2 ou mais horas, resultando em danos ao tecido subjacente da pele.

Geralmente sobre proeminências ósseas e podem evoluir em estágios de acordo com os graus de tecidos danificados.



Fonte: SOBECC, 2013

Posicionamento do paciente para cirurgia

Classificação preconizada pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), em:

- **Estágio I:** pele esbranquiçada, que não volta ao normal após descompressão;



- **Estágio II:** Perda parcial de camadas da pele, envolvendo a epiderme ou a derme e aparência de abrasão ou ferida superficial;



Fonte imagens:
<https://www.colplast.com.br>

Fonte: SOBECC, 2013

Posicionamento do paciente para cirurgia

- Estágio III: Perda de camada profunda, envolvendo danos ou necrose do tecido subcutâneo, o que pode se estender à camada da fáscia;



- Estágio IV: Perda de camada profunda da pele, com danos a músculos, ossos e tendões;



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Posicionamento do paciente para cirurgia

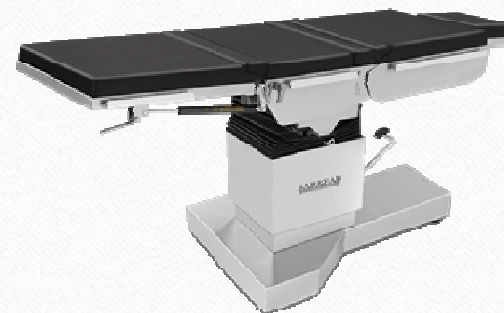
Existe diagnóstico de enfermagem específico:
“Risco de lesão por posicionamento cirúrgico”.



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Posicionamento do paciente para cirurgia

Ficar atento as mesas cirúrgicas:



Fonte imagem:
<https://www.google.com.br>

Posicionamento do paciente para cirurgia

Orientações gerais:

- Posicionar o cliente após devidamente anestesiado;
- Proceder às manobras de posicionamento sempre em equipe, com participação do anestesiológico, cirurgião e circulante;
- Considerar particularidades de cada paciente;



Fonte imagem:
<https://www.google.com.br>

Posicionamento do paciente para cirurgia

- Evitar contato do corpo do cliente com partes metálicas da mesa;
- Evitar compressão e hiperextensão de plexos;
- Evitar que os membros fiquem pendentes;
- Em caso de mudança de posição do cliente durante a cirurgia, ficar atento a manutenção da assepsia;
- Substituir campos cirúrgicos após reposicionar;
- Providenciar, juntamente, com o circulante acessórios para a mesa cirúrgica.



Fonte imagem:
<https://www.google.com.br>



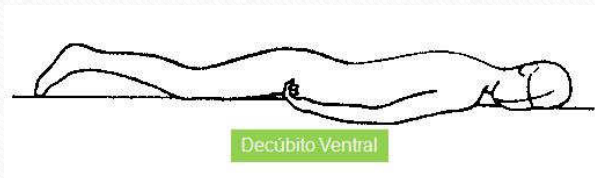
Posicionamento do paciente para cirurgia

São descritas três posições cirúrgicas básicas:

- **Decúbito dorsal ou posição supina;**
- **Decúbito ventral ou posição em prona;**
- **Decúbito lateral.**



Todas podem ser modificadas de acordo com a necessidade do paciente e/ou cirurgião.



Fonte imagem:
<https://www.cienciasmorfologicas.webnod.pt>

Posicionamento do paciente para cirurgia

Variações da posição dorsal:

- Trendelenburg:



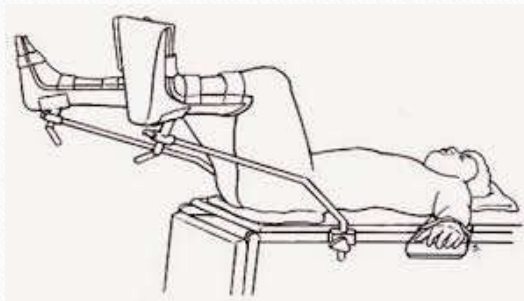
- Trendelenburg reversa ou próclise:



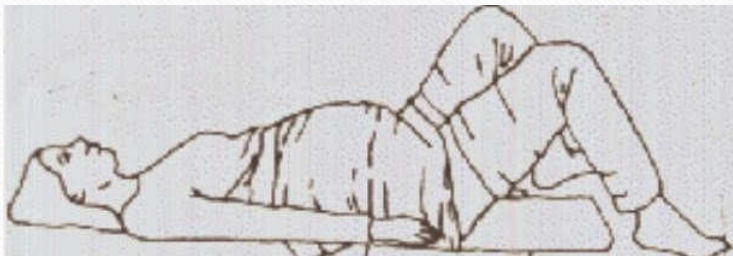
Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Posicionamento do paciente para cirurgia

Posição de litotomia



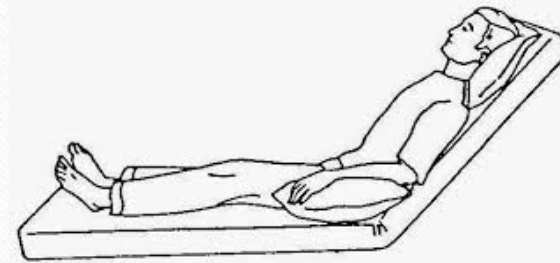
Posição Ginecológica:



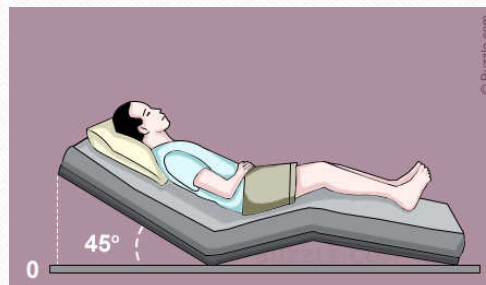
Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Posicionamento do paciente para cirurgia

Posição de Fowler ou Sentada:



Posição de Semi-Fowler:



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Posicionamento do paciente para cirurgia

São variações do decúbito ventral:

Posição de Kraske ou Jackknife (Canivete):

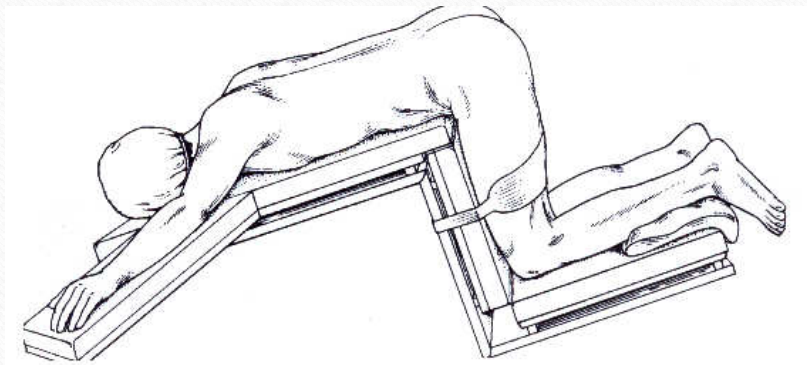
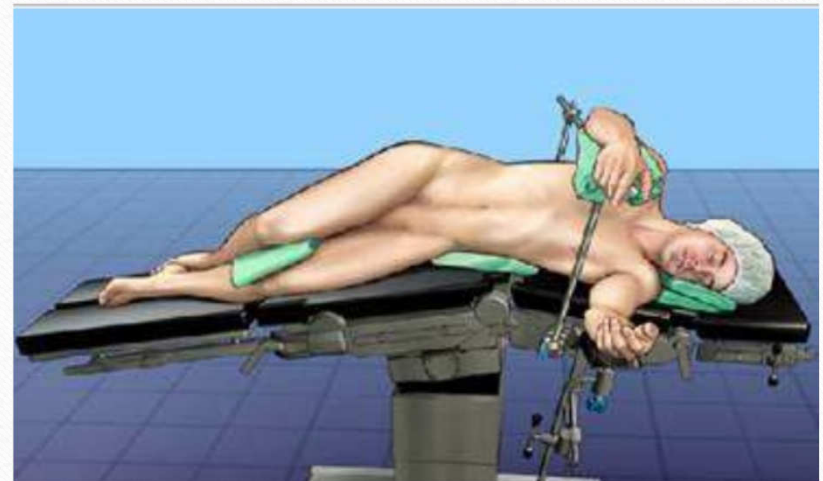


Fig. 4.13 Posição de "canivete" (jackknife) para operações proctológicas.

Variações do decúbito lateral:
Posição Lateral Renal



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Posicionamento do paciente para cirurgia

“Cabe a instituição oferecer condições que propiciem conforto à equipe cirúrgica durante o ato anestésico-cirúrgico e segurança ao paciente por todo o período perioperatório. Daí a importância da aquisição de adequados equipamentos, acessórios, dispositivos e recursos de proteção”.



Posicionamento do paciente para cirurgia

Outras áreas vulneráveis:

Olhos,
Mamas,
Genitálias e;
Dedos



Fonte imagens:
<https://www.google.com.br>

Vídeo



Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Resolução - RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Resolução - RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002.
- COFEN. Resolução Cofen 214/1998.
- ROTHROCK, J. Alexander cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Ed. Elsevier, São Paulo, 2008.
- SOBECC. Práticas recomendadas SOBECC. Ed. Manole, São Paulo, 2013.