



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037 – Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS CENTRO CIRÚRGICO

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 1 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 CENTRO CIRÚRGICO	7
2.1 Objetivo do centro cirúrgico	7
2.2 Finalidade do centro cirúrgico	7
2.3 Área física do centro cirúrgico	7
2.3.1 Localização	7
2.3.2 Estrutura física.....	8
2.3.2.1 Aspectos a considerar na Estrutura física	11
3 RECURSOS HUMANOS: COMPETÊNCIA E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE	14
3.1 Equipe de anestesia	14
3.2 Equipe de cirurgia.....	14
3.2.1 Médico cirurgião	14
3.2.2 Médico assistente	15
3.2.3 Instrumentação cirúrgico	15
3.3 Equipe de enfermagem	15
3.3.1 Enfermeira	15
3.3.2 Técnico de enfermagem	15
3.3.3 Circulante de sala	16
3.3.4 Instrumentada cirúrgico	16
3.3.5 Auxiliar de enfermagem	16
3.4 Montagem da sala cirúrgica	16
3.5 Atendimento durante o ato cirúrgico	17
3.6 Assistência durante a cirurgia contaminada	20
3.7 Atendimento após a cirurgia	20
4 TRANSPORTE DO PACIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO	22
5 O PACIENTE NA SALA CIRÚRGICA.....	24
5.1 Recepção e preparo inicial	24
6. NORMAS GERAIS PARA OS CUIDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO	25
6.1 No setor de internação.....	26

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 2 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



7 PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO	26
8 PRÉ-OPERATÓRIO DE VÉSPERA	27
9 POSIÇÃO DO PACIENTE PARA A CIRURGIA	30
9.1 Posição dorsal ou de decúbito dorsal	30
9.2 Posição ventral ou de decúbito ventral	31
9.3 Posição lateral ou de decúbito lateral	31
9.4 Posição ginecológica	32
9.5 Outras posições	32
10 PREPARO DO CAMPO OPERATÓRIO	34
11 ANTISSEPSIA CIRÚRGICA	35
12 MEDIDAS DE CONTROLE PARA INFECÇÕES DO SITIO CIRÚRGICO	36
12.1 Principais recomendações para prevenção do ISC	37
13 PROCEDIMENTOS NA PARAMENTAÇÃO PARA A CIRURGIA	39
13.1 Degermação das mãos e antebraços	39
13.2 Lavagem básica das mãos	39
13.2.1 Materiais e equipamentos necessários	40
13.2.2 Técnica	40
13.3 Preparo das mãos e braços antes do ato cirúrgico	41
13.3.1 Soluções antissépticas com detergentes recomendados	41
13.3.2 Materiais e equipamentos necessários	41
13.3.3 Indicação	42
13.3.4 Técnica de escovação	42
13.4 Paramentação cirúrgica e EPI's	43
13.4.1 Paramentação com roupas estéreis	44
14 EQUIPAMENTOS USADOS NO CENTRO CIRÚRGICO	47
14.1 Limpeza dos equipamentos	48
14.2 Cuidados com os equipamentos	48
15 MATERIAIS USADOS NO CENTRO CIRÚRGICO	50
15.1 Instrumental cirúrgico	51
15.1.1 Grupo 1 - diérese cirúrgica	52
15.1.2 Grupo 2 - procedimentos de hemostasia	52

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 3 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



15.1.3 Grupo 3 - exérese cirúrgica	53
15.1.4 Grupo 4 - exaurimento cirúrgico	54
15.1.15 Grupo 5 - Instrumentos para procedimentos especiais	56
15.1.6 Grupo 6 - Instrumentos para fins diversos	56
15.2 Cuidados e manuseio dos instrumentos	57
15.2.1 Contagem dos instrumentos	59
15.2.2 Acondicionamento dos instrumentos	59
16 CLASSIFICAÇÃO DAS CIRURGIAS E O POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO	61
17 TERMINOLOGIA CIRÚRGICA	63
18 ANESTESIA E ANALGESIA	68
18.1 Principais objetivos do ato anestésico	68
18.2 Anestesia propriamente dita	68
18.3 Etapa pós-anestésica imediata	69
19 ANTIBIÓTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA	70
20 SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	71
20.1 Organização da sala de recuperação pós-anestésica	71
20.2 Recursos humanos.....	72
20.3 Transporte do paciente	73
20.3.1 Para a sala de recuperação pós-anestésica	73
20.3.2 Alta da SRPA para unidade de internação	75
20.4 Responsabilidade e assistência de enfermagem na SRPA	75
20.4.1 Recepção do paciente	76
20.5 Complicação observadas na SRPA com o paciente	78
21 FONTES DE CONTAMINAÇÕES EM CENTRO CIRÚRGICO.....	86
22 ESPÉCIMES E MEMBROS AMPUTADOS	87
22.1 Espécimes	87
22.2 Membros amputados	88
23 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA SALA CIRÚRGICA	90
23.1 Limpeza e desinfecção de áreas	90
23.1.1 Classificação das áreas pelo risco de contaminação	90
23.1.2 Método de limpeza e de desinfecção	91

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 4 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



23.1.3 Produtos químicos para desinfecção de áreas e superfícies	92
23.1.4 Métodos de desinfecção	92

24 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS REALIZADAS EM UM

PACIENTE CIRÚRGICO	94
24.1 Oxigenioterapia	94
24.1.1 Oxigenioterapia por cateter nasal	96
24.2 Cateterismo vesical	98
24.3 Punção venosa com agulha ou cateter	100
24.4 Sondagem nasogástrica	102
24.5 Lavagem intestinal com solução comercial	406
24.6 Curativo de incisão simples	108
24.7 Curativo de incisão com pontos subtotais ou totais	110
24.8 Curativo de incisão aberta	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156
ANEXOS	157

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 5 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



1 INTRODUÇÃO

Este manual é um instrumento que reúne de forma sistematizada normas, rotinas e outras informações necessárias para o profissional que trabalha em um Centro Cirúrgico.

O Centro Cirúrgico é um lugar especial dentro do hospital, convenientemente preparado segundo um conjunto de requisitos que o torna apto à prática da cirurgia. De uma forma mais técnica, conceitua-se Centro Cirúrgico em um setor do hospital onde se realizam intervenções cirúrgicas visando atender a resolução de intercorrências cirúrgicas, por meio da ação de uma equipe integrada. Nele são realizadas técnicas estéreis para garantir a segurança do cliente quanto ao controle de infecção. Por ser um local restrito, o acesso ao público é limitado, ficando restrita a circulação dos profissionais que lá atuam.

Tendo em vista o pressuposto, o presente material tem por objetivo nortear e orientar os membros da equipe envolvidos nestes setores que se tenha uma visão de conjunto, se conheça as atividades e finalidades dos mesmos, bem como os procedimentos específicos e as responsabilidades de cada um.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 6 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



2 CENTRO CIRURGICO

2.1

Objetivo do centro cirúrgico

O principal objetivo da Unidade de Centro Cirúrgico é o de atender, da melhor maneira possível, o paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico, seja ele eletivo, de urgência ou emergencial, propiciando à equipe cirúrgica todas as condições de atendimento e ao paciente a certeza de um atendimento seguro.

2.2 Finalidade do centro cirúrgico

As principais finalidades do Centro Cirúrgico são:

- Realizar intervenções cirúrgicas e devolver o paciente à sua unidade de origem na melhor condição possível de integridade;
- Servir de campo de estágio para o aperfeiçoamento de recursos humanos;
- Servir de local de pesquisa e aprimoramento de novas técnicas cirúrgicas e assépticas.

2.3 Área física do centro cirúrgico

2.3.1 Localização

- Deve ocupar área independente da circulação geral, ficando, assim, livre do trânsito de pessoas e materiais estranhos ao serviço;
- Possibilitar o aceso livre e fácil de pacientes provenientes das Unidades de internação Cirúrgicas e Pronto Socorro, bem como o encaminhamento dos mesmos às Unidades de origem.

2.3.2 Estrutura física

- Área de recepção do paciente - É a área reservada para recepcionar e transferir pacientes da maca proveniente da Unidade de internação para a do Centro Cirúrgico. Assim, deve ter espaço suficiente para o recebimento de maca, permitindo a circulação sem prejuízo do transporte ou risco para o paciente.
- Sala de cirurgia ou operação - É a área destinada à realização de intervenções cirúrgicas e endoscópicas.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 7 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



Segundo o Ministério da Saúde, o número de salas de cirúrgicas para a Unidade de Centro Cirúrgico é quantificado com base na capacidade de leitos do hospital. Preconizam-se duas salas para cada 50 leitos não especializados ou para cada 15 leitos cirúrgicos.

Deve ter suas dimensões adequadas de acordo com a quantidade de equipamentos necessários aos tipos de intervenção cirúrgica e especialidade cirúrgica. As salas todas devem ter ar-condicionado.

O número de pessoas na sala de operação deve ser restrito ao cirurgião e um ou dois auxiliares (de acordo com a complexidade do procedimento do CC) anesthesiologista e circulante de sala, considerando sempre que, quanto maior o número de pessoas, maior a possibilidade de disseminação de microrganismos no ambiente.

Convém evitar movimentação desnecessária de portas (que deverão permanecer fechadas) conversas excessivas ou demais distrações.

- Sala de Recuperação Pós-anestésica

Local destinado à permanência do paciente após o ato anestésico - cirúrgico. O número de leitos vai depender dos tipos de cirurgia previstos. De um modo geral, estimam-se dois leitos por sala cirúrgica.

- Lavabos ou Área de Escovação

Local onde se realiza a escovação/degermação das mãos e antebraços da equipe cirúrgica e anestésica. Recomenda-se que para até 2 salas, 2 torneiras para cada uma, para mais de 2 salas, devem ser projetadas duas torneiras para cada novo par de salas. O local de escovação deve ser próximo às salas de cirurgias, a fim de reduzir o tempo de exposição da área escovada ao meio ambiente. As torneiras devem ser acionadas por pedal ou com o cotovelo, como também os recipientes para antissépticos.

Os tanques devem ser instalados numa altura de mais ou menos 90 cm, para favorecer a mecânica corporal no ato da escovação. Neste local devem ser colocados os recipientes para escova e solução antisséptica.

- Sala de Material Esterilizado

Local onde o material esterilizado (como pacotes de roupa, compressas, gazes, caixas de instrumentais etc.) é guardado até o momento da sua distribuição para a sala de cirurgia.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 8 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



A área física não deve permitir o cruzamento de material estéril com material contaminado. Essa área deve ser fechada e possuir sistema de renovação de ar. Sua temperatura ambiente deve ser mantida abaixo de 25°C, sendo o ideal até 21°C, e a umidade relativa do ar entre 30% e 60%.

- Sala de guarda de equipamentos

Área para guardar e receber equipamentos que são necessários a determinados procedimentos cirúrgicos, evitando o depósito de materiais e equipamentos nos corredores, o que prejudicaria a circulação interna do Centro Cirúrgico.

- Sala de depósito de cilindros de gases

Este local está destinado para guardar cilindros de oxigênio e óxido nitroso mesmo que o sistema de distribuição seja centralizado.

- Sala de medicamentos e material médico-hospitalar

Área destinada à guarda de medicamentos e materiais de consumo esterilizados para atender ao ato anestésico-cirúrgico.

- Sala de espera

É a área destinada aos familiares ou acompanhantes do paciente, enquanto aguardam o término da cirurgia e a alta deste da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Este ambiente deve ser provido de poltronas confortáveis com assentos confortáveis e sanitários anexos.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 9 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



Sala administrativa é o local destinado ao controle administrativo da Unidade, concentrando a chefia de enfermagem e a secretaria.

- Sala de material de limpeza

Destinada à guarda de utensílios e equipamentos de limpeza, sendo importante a presença de tanque com torneira, suporte de papel-toalha e lixeira com tampa e pedal.

- Rouparia

É a área destinada a armazenar a roupa de uso na Unidade, tais como lençóis de maca, de mesa cirúrgica, entre outros.

- Expurgo

Local destinado a eliminação de matéria orgânica proveniente das salas de cirurgia como secreções e excreções do paciente.

- Área de transferência para macas

Essa área é importante para evitar a circulação interna de macas que percorrem todo o hospital. As macas devem ser mantidas limpas e submetidas à desinfecção após o uso, entre um paciente e outro.

- Corredores

Devem ser amplos e possuir protetores laterais nas paredes, preferencialmente de madeira ou metal, a fim de evitar o impacto entre as macas e as paredes.

Vestiários

O Centro Cirúrgico deve ter dois vestiários, um feminino e um masculino, com sanitários e chuveiros completos e armários individuais, e duas portas, de modo que o fluxo externo de pessoas independa do fluxo interno.

Assim, devem estar localizados na entrada do Centro Cirúrgico, de modo que os profissionais, e outras pessoas que venham da área de circulação externa, só possam ter acesso ao setor após a troca de roupa em uso por uniforme próprio e privativo para o local. Este consta de calça comprida, túnica, gorro, propés e máscara.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 10 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



Os vestiários são barreiras físicas, considerando que estas estão definidas como “aqueles ambientes que minimizam a entrada de micro-organismos externos”.

- **Copa**

É importante para evitar o fluxo e dispersão de pessoal no Centro Cirúrgico. É o local próprio e restrito para alimentação, evitando o uso incorreto de outros ambientes do Centro Cirúrgico.

2.3.2.1 Aspectos a considerar na Estrutura física

- **Teto**

Conforme a Portaria 1.884/94 do Ministério da Saúde, o teto do Centro Cirúrgico deve ser contínuo, sendo proibido o uso de forro falso removível (BRASIL, 1994).

- **Paredes**

Deve ter as superfícies lisas e laváveis, de cor neutra, tinta fosca, cantos arredondados sem rodapé, com acabamento côncavo, para reduzir a deposição de micro-organismos. As paredes devem ser mantidas em bom estado de conservação.

- **Portas**

As portas devem ser do tipo vaivém, sem maçanetas e com visores, para evitar o trânsito desnecessário dentro da sala de operação.

- **Janelas**

Devem ser do tipo basculante, sem parapeitos, dentro e fora, com vidro fosco, vedada e telada em malha fina, para evitar a passagem de insetos. Deve permitir entrada de luz natural.

- **Ventilação**

O objetivo de uma ventilação adequada é a remoção de micro-organismos, além de prevenir a sua entrada e promover a exaustão dos gases anestésicos utilizados durante as cirurgias. A ventilação deve manter o ambiente confortável e controlar a umidade diminuindo os riscos de produção de fagulhas eletrostáticas.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 11 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037 – Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

A NBR 7256, citada na Portaria 1.884/94 do Ministério da Saúde, regulamenta a ventilação da sala de operações nas seguintes condições (BRASIL, 1994):

- Condições físicas: temperatura mínima de 19°C e máxima de 24°C, com umidade relativa do ar correspondente a 45% a 60%.
- Vazão por minuto do ar exterior: 15m% (ml/h)
- Troca do ar ambiental: 2 s/h
- Insuflamento e exaustão do ar filtrado
- Nível sonoro de instalação mínima
- Preconizam-se que as entradas de ar estejam localizadas o mais alto possível, em relação ao nível do piso, devendo estar afastadas das saídas, que são localizadas próximas ao piso. Ambas as aberturas devem ser providas de filtros.

• Iluminação

A iluminação artificial deve ser de cor natural, para não altear a coloração da pele e mucosas do paciente e não deixar sombras.

A iluminação do campo cirúrgico, em especial é realizada com os focos central ou fixo, auxiliar e frontal. O foco tem por finalidade:

- Oferecer luz semelhante a natural, de modo a não alterar a cor da pele e mucosas do paciente.
- Fornece iluminação adequada ao campo cirúrgico, sem projeção de sombras e emissão de reflexos.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 12 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037 – Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

– Produzir o mínimo de calor possível no campo operatório.

- Instalações elétricas

Preconizam três conjuntos com quatro tomadas cada, em paredes distintas, alimentadas por circuitos críticos e uma tomada para aparelho de raios X.

Como medida de segurança as tomadas devem estar localizadas a 1,5 m do piso, devendo possuir sistema de aterramento para prevenir choque e queimaduras no paciente e equipes.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 13 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



3 RECURSOS HUMANOS: COMPETÊNCIA E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE

3.1 Equipe de anestesia

A equipe de anestesia é formada por médicos anesthesiologistas, responsáveis por todo ato anestésico, com as atribuições iniciais de fazer a avaliação pré-anestésica do paciente ainda em sua unidade de internação e de fazer a prescrição da medicação pré-anestésica.

É também de a responsabilidade dessa equipe planejar e executar a anestesia, prevendo com antecedência todos os materiais, equipamentos e medicamentos necessários, bem como preparar e administrar drogas e controlar as condições clínicas e anestésicas do paciente durante a cirurgia.

Ao término da cirurgia é da responsabilidade dessa equipe o envio do paciente à Unidade de Recuperação Pós-Anestésica e seu controle até o restabelecimento das condições do paciente, para que este possa retornar à unidade de origem em segurança.

3.2 Equipe de cirurgia

A equipe de cirurgia é a responsável direta pelo procedimento cirúrgico e compõe-se dos seguintes elementos:

3.2.1 Médico cirurgião

É o responsável pelo ato cirúrgico a ser desenvolvido. Cabe-lhe, portanto, planejá-lo e executá-lo, comandando-o e mantendo a ordem no campo operatório.

3.2.2 Médico assistente

É o que auxilia na cirurgia. Dependendo do porte desta, pode ser necessário mais de um. Ao primeiro assistente compete auxiliar diretamente o médico cirurgião e substituí-lo caso haja necessidade.

3.2.3 Instrumentação cirúrgico

Parte integrante da equipe de cirurgia, é responsável pelo preparo da mesa de instrumental, devendo prever e solicitar com antecedência todo o material que julgar necessário. É ainda quem fornece os instrumentais ao cirurgião e seus assistentes durante o ato cirúrgico, mantendo a mesa de instrumental em ordem e ficando sempre atento para que nada falte. Este profissional deverá se adequar à resolução do Conselho Federal de Medicina.

3.3 Equipe de enfermagem

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 14 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



A equipe de enfermagem que atua no Centro Cirúrgico é composta por pessoas de vários níveis, com responsabilidades diferentes. A quantidade desse pessoal varia conforme a complexidade e o volume de trabalho existente na Unidade, mas em geral a equipe é composta de:

3.3.1 Enfermeira

Responsável pelo planejamento das ações de enfermagem que serão desenvolvidas no decorrer do ato cirúrgico, bem como pelo gerenciamento relativo aos materiais e equipamentos necessários.

3.3.2 Técnico de enfermagem

Auxiliar direto da enfermeira, são-lhe delegadas também tarefas especiais, como: verificar o funcionamento, a conservação e a manutenção dos equipamentos necessários ao funcionamento do Centro Cirúrgico; responsabilizar-se pelo encaminhamento das peças cirúrgicas aos laboratórios especializados e controlar o material esterilizado, verificando seus prazos de validade. Pode também exercer as atividades de instrumentador cirúrgico ou de circulante de sala.

3.3.3 Circulante de sala

Papel normalmente desempenhado pelo auxiliar de enfermagem, com estas atribuições: atendimento direto das solicitações da equipe médica no decorrer do ato cirúrgico, posicionamento adequado do paciente, verificação e controle de todos os equipamentos exigidos pela cirurgia.

3.3.4 Instrumentada cirúrgico

Fornecedor dos instrumentais cirúrgicos à equipe médica no decorrer da cirurgia esse papel deve ser desempenhado pelo auxiliar de enfermagem.

3.3.5 Auxiliar de enfermagem

É responsável pela montagem da sala cirúrgica, atividades durante o ato cirúrgico e após.

3.4 Montagem da sala cirúrgica

Para a montagem da sala, o auxiliar de enfermagem deve tomar as seguintes providências:

- Ler com atenção a marcação de cirurgia, observando a solicitação de materiais, medicamentos, equipamentos e outros itens essenciais ao ato cirúrgico;
- Verificar a limpeza dos pisos e paredes;
- Prover a sala dos equipamentos solicitados;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 15 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



- Efetuar a limpeza e a desinfecção dos equipamentos e mobiliário necessários ao ato cirúrgico, conforme rotina estabelecida;
- Testar o funcionamento de todos os equipamentos elétricos, assim como dos pontos de gás e dos aspiradores;
- Verificar se o lavabo está em ordem e lavar as mãos;
- Equipar a sala com todo o material necessário para o procedimento cirúrgico (material estéril, de pronto uso e não-estéril);
- Providenciar as medicações necessárias para o procedimento anestésico-cirúrgico, assim como o material para a anestesia;
- Verificar se os impressos a serem utilizados no decorrer da cirurgia estão em ordem e são suficientes;
- Colocar o pacote de campos e aventais, as luvas e as caixas de instrumentais necessárias ao ato cirúrgico em local acessível;
- Conferir os envelopes de fios de sutura necessários ao ato cirúrgico.

3.5 Atendimento durante o ato cirúrgico

No decorrer do ato cirúrgico, são atividades do auxiliar de enfermagem:

- Receber o paciente na sala cirúrgica, conferindo seus dados pessoais e sua identificação, e ficar ao lado dele enquanto estiver consciente;
- Igualar a altura da mesa cirúrgica à da maca, encostando uma na outra, e transferir o paciente para a mesa cirúrgica, deixando-o coberto;
- Verificar se o campo operatório está preparado e, caso não esteja adequado, refazer seu preparo;
- Providenciar o suporte de braço e estender sobre eles os braços do paciente para evitar a hiperextensão;
- Auxiliar o anestesista no que for necessário; se a anestesia for feita por meio de bloqueio regional, colocar o paciente na posição solicitada pelo anestesista;
- Colocar a placa neutra do bisturi elétrico sob a panturrilha ou outra região, de acordo com a cirurgia, tendo o cuidado de verificar as condições da área em que será colocada;
- Colocar os eletrodos do monitor cardíaco, seguindo as orientações do anestesista;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 16 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



- Preparar o manguito do aparelho de pressão, bem como o estetoscópio, para que fiquem acessíveis ao anestesiológico;
- Auxiliar a equipe cirúrgica a se paramentar (vestir o avental, amarrar os cadarços e apresentar as luvas cirúrgicas);
- Abrir o pacote de campo de mesa cirúrgica para oferecê-lo ao instrumentador;
- Abrir a caixa de instrumental e oferecê-la ao instrumentador cirúrgico;
- Fornece os materiais solicitados pelo instrumentador cirúrgico (gazes, compressas cirúrgicas, fios de sutura, entre outros);
- Auxiliar no posicionamento do paciente;
- Ligar o foco central e focalizar o campo cirúrgico, caso o foco não possua manoplas adaptáveis estéreis;
- Descobrir a área operatória e oferecer o material para antissepsia;
- Colocar o arco de narcose e auxiliar o anestesiológico a prender as pontas dos campos cirúrgicos no suporte de soro, assim como no arco de narcose, formando a tenda de separação entre o campo cirúrgico e o campo de ação do anestesiológico;
- Aproximar o aparelho de bisturi elétrico e conectar os polos positivo e negativo, cobrindo-o com campo esterilizado, e oferecer o pedal do bisturi ao cirurgião, colocando-o próximo de seus pés;
- Aproximar da equipe cirúrgica o hamper coberto com campo estéril para receber o material utilizado;
- Se necessário, ligar o aspirador e conectar a ponta estéril à ponta não-estéril do computador;
- Permanecer atento às solicitações da equipe cirúrgica (materiais e instrumentais extras necessários, regulagem dos aparelhos, entre outras);
- Receber e identificar a peça cirúrgica conforme rotina estabelecida;
- Zelar pela manutenção e ordem da sala cirúrgica, efetuando a desinfecção imediata todas as vezes em que houver extravasamento de sangue e fluidos corpóreos no piso ou nas paredes da sala cirúrgica, utilizando o desinfetante padronizado pelo setor;
- Ficar atento à contagem das compressas cirúrgicas, informando à equipe cirúrgica qualquer diferença antes do fechamento da incisão;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 17 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



- Se necessário, realizar a pesagem das compressas e das gazes pra avaliar a perda de sangue e fluidos pelo paciente, fornecendo os dados encontrados ao médico anesthesiologista;
- Fazer as anotações pertinentes, de acordo com as rotinas do Centro Cirúrgico, referentes aos materiais, medicamentos e equipamentos utilizados, assim como o início e término do apt. cirúrgico, de maneira clara e objetiva;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências porventura havidas durante o ato anestésico-cirúrgico;
- Auxiliar o médico no curativo da incisão cirúrgica, ao término da cirurgia, oferecendo as soluções antissépticas e os adesivos necessários.

3.6 Assistência durante a cirurgia contaminada

Cirurgia contaminada refere-se à cirurgia em sítio densamente colonizado com a flora humana normal ou quando ocorre intercorrência durante a cirurgia a partir destes sítios, por exemplo ruptura accidental de alça intestinal.

As práticas e os cuidados na sala de operação são os mesmos que se utilizam em cirurgias limpas, acrescidas dos seguintes itens:

- O saco plástico da lixeira deve ser trocado no mínimo duas vezes durante a cirurgia;
- Deve haver barreira de proteção obrigatória entre o paciente e o local da cirurgia;
- Todos os materiais fixos do bloco cirúrgico devem sofrer desinfecção de alto nível após a cirurgia.

3.7 Atendimento após a cirurgia

Concluída a cirurgia, cabe ao auxiliar de enfermagem:

- Auxiliar a equipe a retirar a paramentação cirúrgica;
- Desligar o foco e os aparelhos elétricos e afastá-los da mesa cirúrgica;
- Remover as pinças e os fios de sutura com as respectivas agulhas que estejam sobre os campos cirúrgicos, evitando os acidentes com materiais perfurocortantes;
- Remover os campos cirúrgicos que estão sobre o paciente;
- Cobrir o paciente, mantendo-se aquecido;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 18 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037 – Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

- Transferir o paciente da mesa cirúrgica para a maca, após a liberação do médico anesthesiologista, observando as infusões endovenosas, o curativo cirúrgico, o funcionamento de sondas e drenos;
- Providenciar o transporte do paciente para a Unidade de Recuperação Pós-Anestésica, se houver solicitação, ou à unidade de origem e encaminhá-lo com toda a documentação em ordem e o prontuário completo. Conduzindo a maca ou cama-berço pela cabeceira, para a observação;
- Separar a roupa utilizada na cirurgia, verificando se não existem instrumentais misturados a ela, coloca-los em sacos adequados e encaminhar estes ao local apropriado;
- separar todo o material perfurocortante, colocá-lo no recipiente adequado e encaminhar este ao local apropriado;
- recolher todo o lixo, fechar o saco de coleta e encaminhá-lo ao local adequado; - recolher os instrumentais e materiais que terão de ser desinfetados e esterilizados, separando-os por tipo e encaminhando-os para reprocessamento; - recolher o frasco de aspiração e suas extensões, desprezando as secreções no expurgo do Centro Cirúrgico;
- encaminhar os instrumentais e outros materiais ao setor apropriado, conforme rotina do hospital.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 19 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



4 TRANSPORTE DO PACIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

O transporte do paciente da unidade de internação para o Centro Cirúrgico deve ser feito em maca, provida de colchonete confortável, grades laterais e rodas em perfeitas condições de funcionamento. Pode ser ainda usada a cama berço, dependendo da idade e condições físicas do paciente.

Este procedimento difere de hospital para hospital. Em alguns, fica sob responsabilidade da Unidade de internação e em outros, da unidade de Centro Cirúrgico.

Independente da unidade que se responsabiliza por transportar o paciente da unidade de internação para o Centro Cirúrgico é fundamental que a pessoa determinada para esta atividade receba treinamento específico.

Ao transportá-lo alguns cuidados devem ser tornados:

- Preparar a maca ou cama berço com roupas limpas e do mesmo modo como se prepara a cama de um operado, ou seja, enrolar juntos o lençol superior, o cobertor e a colcha no sentido longitudinal, deixando-os de um dos lados da maca.
- Colocar a camisola aberta e a toca para proteger os cabelos do paciente.
- Levar a maca a unidade de internação 40 min a 1 hora antes da cirurgia, dependendo do tipo de cirurgia ou da rotina da equipe cirúrgica.
- Verificar se o paciente recebeu os cuidados do período pré-operatório imediato e se o prontuário está completo, inclusive com as radiografias. Colocá-los a seguir, sob o colchão da maca.
- Conferir a identificação do paciente, a partir do “pedido de cirurgia”, apresenta-se a ele como funcionário do Centro Cirúrgico e responsável por transportá-lo para o referido setor;
- Verificar se foram retirados esmalte, adornos e próteses do paciente, e se este já esvaziou a bexiga, caso não esteja com sonda vesical.
- Transportar o paciente, diretamente para a sala cirúrgica. A permanência deste no corredor, além de ser cansativa, propicia a escuta de conversas paralelas que contribuem para aumentar o medo e conseqüentemente, a insegurança.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 20 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



5 O PACIENTE NA SALA CIRÚRGICA

Os procedimentos no Centro Cirúrgico devem estar sempre sob a supervisão do enfermeiro, a começar pelo recebimento do paciente na unidade, por ser este o profissional capacitado para avaliar-lhe o estado físico, emocional e dar-lhe devido atendimento.

5.1 Recepção e preparo inicial

O paciente deve ser cordialmente recebido pelo pessoal de enfermagem, que confere seus dados pessoais e seu prontuário, certificando-se de que todos os exames se encontram anexos. Nesse momento são também verificadas as anotações pré-operatórias feitas na unidade de internação: aplicação da medicação pré-anestésica, sinais vitais, retirada de próteses e joias, problemas alérgicos e condições físicas e emocionais do paciente etc.

O paciente deve, então, ter os cabelos protegidos com um gorro descartável e encaminhado a sala cirúrgica, aos cuidados do circulante de sala, cuja função, nesse momento é a de manter uma conversa tranquila com ele e orientá-lo sobre os procedimentos que virão.

Na transferência do paciente da maca para a mesa cirúrgica, é preciso igualar as alturas desses dois equipamentos e encostar um no outro, a fim de facilitar a passagem.

Deve-se verificar se a área operatória está devidamente preparada, realizando a tricotomia, se necessário, e manter o paciente aquecido e protegido até a entrada da equipe cirúrgica. Atualmente a tricotomia no local onde será realizada a incisão cirúrgica, deve ocorrer minutos antes da indução anestésica, como medida preventiva de infecção.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 21 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



6 NORMAS GERAIS PARA OS CUIDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

6.1 No setor de internação

- A lavagem das mãos é, isoladamente a medida mais importante na prevenção das infecções hospitalares, devendo ser realizadas antes e após a manipulação de qualquer paciente.
- O banho pré-operatório tem como objetivo eliminar detritos depositados sobre a pele e conseqüentemente reduzir a sua colonização, porém ele não deve ser realizado muito próximo a cirurgia pois a fricção e a água tépida removem as células superficiais e aumentam a ascensão das bactérias dos reservatórios mais profundos para a superfície.
- Realizar tricotomia apenas quando estritamente necessária devendo restringi-la aos casos em que os pelos impeçam a visualização do campo ou dificultem a colocação de curativo; realizá-la no máx. 2h antes da cirurgia.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 22 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



7 PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO

Neste período do pré-operatório, assistência prestada pela equipe interdisciplinar continua voltada ao preparo físico e emocional do paciente para cirurgia.

Do ponto de vista emocional, sabe-se que a proximidade do ato cirúrgico pode contribuir para aumentar a ansiedade do paciente.

Por esta causa, toda a equipe deve estar alerta para esclarecer-lhe um ou outro aspecto que porventura, não esteja claro, e detectar sinais e sintomas de alterações físicas decorrentes. Entre estas podem-se citar: taquicardia, hipertensão, hipertermia, sudorese e insônia. Este momento do pré-operatório não é propício ao ensino, pois o paciente não está receptivo para tal.

Além da atuação na avaliação e preparo emocional, é a competência de o enfermeiro planejar, implementar e avaliar as ações de assistência para o preparo físico do paciente de pré-operatório imediato.

Estas ações de assistência compreendem:

- Esvaziamento intestinal
- Modificação da dieta e jejum antes da cirurgia
- Higiene corporal e oral esvaziamento da bexiga
- Passagem da sonda nasogástrica
- Controle de sinais vitais
- Remoção de próteses dentárias e outros
- Medicação pré-anestésica
- Preparo da pele

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 23 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



8 PRÉ-OPERATÓRIO DE VÉSPERA

Até há pouco tempo atrás, a função do enfermeiro da unidade do Centro cirúrgico era dirigida mais para os aspectos gerenciais, o que, na maioria das vezes, tornava-o distante do contato com o paciente.

A evolução técnica e científica alcançada pela enfermagem, especialmente no que diz respeito a sistematização de assistência, despertou no enfermeiro do centro cirúrgico a necessidade de prestar assistência, mais direta ao paciente, no período pré-operatório. Isso fez com que este procurasse uma forma que tornasse possível viabilizar a sua necessidade. Para tanto, utilizou como estratégia “a visita pré-operatória de enfermagem” que, além de possibilitar-lhe perceber o estado de apreensão apresentado pelo paciente e/ou família frente a cirurgia, propicia-lhe maior número de informações possíveis a respeito destes, bem como facilita sua interação com o enfermeiro da Unidade de internação.

Desta forma a visita pré-operatória ajuda a obter dados do paciente, detecta problemas ou alterações relacionadas aos aspectos biopsico-sócio espirituais do paciente e planeja a assistência de enfermagem a ser prestada no período preparatório.

Finalidades:

Diminuir ansiedade do paciente e família em relação ao procedimento anestésico-cirúrgico e ambiente do centro cirúrgico;

Avaliar as condições físicas e emocionais do paciente para obter subsídios necessários ao planejamento e implementação a assistência a ser prestada durante a permanência do paciente na unidade do Centro Cirúrgico e de recuperação pós-cirúrgica;

Proporcionar continuidade na assistência de enfermagem, de forma individual e documentos e documentada, pré e pós-operatório.

Contribuir para a melhoria da qualidade de assistência de enfermagem prestada no período perioperatório.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 24 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



Procedimento:

Levantamento de dados, por intermédio do histórico e exame físico de enfermagem, com finalidade de identificar problemas, que são a base para o diagnóstico da situação;

Planejamento da assistência prestada;

Entrevista com o paciente e/ou família;

Consulta ao prontuário médico, a fim de pesquisar dados que fizerem necessários;

Interação com a unidade de internação, para se notificar de alguma recomendação especial;

Cirurgia Proposta:

Este item é importante não só para fornecer subsídios para a orientação do paciente, mas também para direcionar a previsão e provisão de materiais e equipamentos para a sala de cirurgia, e assistência de enfermagem;

Posição Cirúrgica:

Está na dependência da cirurgia proposta, deve ser orientado quanto a posição específica para a cirurgia e providenciar acessórios para auxiliar na posição.

Horário Programado:

Este item serve de orientação ao paciente ou com família para se organizarem em relação ao horário da cirurgia.

Experiência Cirúrgica Anterior:

Permite identificar as experiências cirúrgicas vivenciadas anteriormente pelo paciente, e avaliar se estas são influenciadas no seu estado emocional.

Documentação de Autorização para Cirurgia:

- Este documento demonstra que o paciente está ciente do tratamento a que vai ser submetido, o termo de responsabilidade deve ter sido assinado pelo paciente e/ou família.
- Avaliação geral, que deve constar:
 - Conhecimento do paciente sobre o ato anestésico-cirúrgico;
 - Observação do estado emocional, preocupações e expectativas quanto ao tratamento cirúrgico proposto;
- Avaliação física geral, incluindo os segmentos corporais, especialmente o local onde será feita a incisão cirúrgica. A visita do enfermeiro é de fundamental alcance dos objetivos propostos, assistência também é muito importante, pois, é um motivo a mais para que este profissional que é designado a trabalhar neste local.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 25 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



9 POSIÇÃO DO PACIENTE PARA A CIRURGIA

A posição do paciente é determinada tanto pelo anestesiológico, dependendo do tipo de anestesia a ser aplicado no paciente, quanto pelo cirurgião, de acordo com a cirurgia a ser realizada. Em geral, ambos ajudam a colocar o paciente em posição a fim de que permaneça da maneira mais adequada possível em termos do desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico e de conforto.

A equipe de enfermagem deve sempre ter a mão materiais acessórios que auxiliem no melhor posicionamento do paciente, como:

- Perneiras metálicas acolchoadas;
- Arcos de proteção;
- Ombreiras metálicas acolchoadas;
- Talas de madeira acolchoadas, com comprimento e largura adequados;
- Coxins;
- Ataduras de crepom, gazes e esparadrapo;
- Braçadeiras metálicas;
- Outros.

Trataremos aqui somente das posições cirúrgicas propriamente ditas, pois aquelas em que o paciente é colocado para o ato anestésico serão vistas no capítulo 14. que aborda anestesia e analgesia.

A posição cirúrgica é aquela em que o paciente é colocado, depois de anestesiado, para ser submetido a operação, levando em conta principalmente a via de acesso cirúrgico.

São diversas as posições possíveis, cada qual dependendo do tipo de cirurgia a ser executada. Abordaremos a seguir as principais delas.

9.1 Posição dorsal ou de decúbito dorsal

O paciente

fica deitado sobre seu dorso, em posição horizontal, com as pernas em sentido longitudinal ao corpo e os braços abertos, de preferência apoiados sobre talas. O paciente fica deitado sobre seu dorso, em posição horizontal, com as pernas em sentido longitudinal ao corpo e os braços abertos, de preferência apoiados sobre talas. Trata-se da posição que se emprega em cirurgias abdominais supra e infra umbilicais, torácicas e vasculares, entre outras. É a

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 26 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



posição cirúrgica mais utilizada e a que traz o menor número de complicações respiratórias intra e pós-operatórias.

9.2 Posição ventral ou de decúbito ventral

O paciente permanece deitado sobre seu abdome, em posição horizontal, com os braços e as pernas em sentido longitudinal ao corpo. A cabeça deve ser voltada para um dos lados, colocando-se coxins sob os ombros e também sob a região infra umbilical, com a finalidade de facilitar a expansão pulmonar e evitar a compressão dos vasos do pescoço. Costuma-se utilizar coxins também sob os tornozelos, que são assim posicionados corretamente para evitar sua distensão e compressão.

Essa posição é usada nas cirurgias das regiões dorsal, lombar, sacrococcígea e occipital. Vale lembrar que, nas cirurgias efetuadas na região occipital, é necessária a colocação de um suporte para a fixação da frente.

9.3 Posição lateral ou de decúbito lateral

O decúbito lateral pode ser tanto direito como esquerdo, dependendo da via de acesso que o cirurgião vá utilizar. O paciente é colocado deitado sobre um dos lados, com a perna superior em extensão e a inferior fletida, e um coxim entre ambas para separá-las. Para manter o paciente nessa posição é preciso restringi-lo com faixas largas de esparadrapo passadas sobre seu quadril e presas a mesa cirúrgica. O braço superior normalmente é fixado ao arco de proteção utilizado para separar o campo cirúrgico do anestésico. Nessa fixação deve-se sempre lembrar de revestir o suporte metálico e o braço do paciente com atadura de crepe, ou outro isolante qualquer, com a finalidade de evitar queimaduras nesse local devido ao uso do bisturi elétrico.

Essa posição é utilizada em cirurgias de toracotomia ou lobotomia.

9.4

Posição ginecológica

Nesta posição, o paciente é colocado em decúbito dorsal, tendo os membros inferiores elevados e colocados em suportes especiais, também chamados perneiras, e fixados com correias. Deve-se ter o cuidado de envolver-se as pernas de tecido para ilhe proporcionar conforto e segurança. Esta posição está indicada para as cirurgias ginecológicas, Proctologia, algumas urológicas e exames endoscópicos.

9.5 Outras posições

Além dessas, há posições específicas para determinados procedimentos cirúrgicos, que precisam utilizar acessórios específicos, como no caso das cirurgias neurológicas, otorrinolaringológicas e outras.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 27 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



Ao posicionar-se o paciente para uma intervenção cirúrgica, deve-se sempre lembrar de alguns cuidados que previnam problemas futuros para ele. Os principais são:

- Não comprimir terminações nervosas, evitando assim paralisias que poderão ser irreversíveis;
- Não forçar posições de braços ou pernas e protegê-los do contato com superfícies metálicas;
- Proteger as proeminências ósseas, principalmente em pacientes obesos e idosos, para evitar a formação de escaras e trombos e a compressão da circulação;
- Cuidar para que os membros inferiores (pernas) e superiores (braços) nunca fiquem pendentes da mesa de operação; sendo impossível colocá-los ao longo do corpo, deve-se apoiá-los sobre talas;
- Evitar, sempre que possível, distensões musculares provocadas por movimentos bruscos em qualquer parte do corpo.
- O possibilitar livre fluxo das infusões venosas e a adaptação dos eletrodos para a perfeita avaliação intraoperatória. Da mesma maneira, ao se retirar o paciente, da posição cirúrgica, alguns pontos precisam ser observados:
 - manusear o paciente anestesiado com movimentos firmes e lentos, pois a mudança repentina de posição pode levar a queda de pressão arterial;
 - Ao retirar-se o paciente da posição ginecológica, deve-se ter o cuidado de descer, alternadamente, as pernas, a fim de prevenir o afluxo rápido de sangue para os membros inferiores, podendo causar a mesma situação acima referida;
 - Manter a cabeça voltada para um dos lados, quando o paciente permanecer em decúbito dorsal;
 - Observar o posicionamento correto das infusões e drenagens.

Nesta fase do perioperatório é que mais frequentemente costuma acontecer as quedas acidentais. Daí a necessidade de redobrar a vigilância, não deixando o paciente sozinho em nenhum momento, até que seja transportado para a recuperação pós-anestésica.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 28 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



10 PREPARO DO CAMPO OPERATÓRIO

Ao ser colocado sobre a mesa cirúrgica, o paciente é cuidadosamente examinado pelo circulante de sala, que verifica se o campo operatório está devidamente preparado. Esse local deve estar rigorosamente limpo e, se necessário, isento de pelos.

As laterais do corpo do paciente devem ser protegidas com compressas ou campos cirúrgicos, que não precisam ser estéreis, com a finalidade precípua de absorver o excesso de produtos antissépticos. Com isso, evitam-se reações químicas adversas, como queimaduras químicas, que normalmente acontecem quando o paciente permanece por muito tempo na mesa cirúrgica.

O campo operatório deve ser exposto ao cirurgião, que normalmente faz a antissepsia, com produtos apropriados, já com técnica asséptica, ou seja, devidamente paramentado.

Dependendo do porte da cirurgia, ou mesmo da rotina de algumas equipes cirúrgicas, a área operatória é lavada com solução antisséptica detergente, por meio de compressas cirúrgicas estéreis, o excesso é limpo com água destilada estéril, que é secada com compressa cirúrgica estéril. Em seguida é usado o antisséptico para o preparo do campo operatório.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 29 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		

11 ANTISSEPSIA CIRÚRGICA

Como já foi dito, o preparo do campo operatório é normalmente feito pela equipe cirúrgica, após o posicionamento adequado do paciente. Em geral são utilizados os seguintes produtos antissépticos:

- Soluções de álcool iodado;
- Soluções de iodóforos a 10%;
- Soluções de clorhexidine a 0,5% alcoólico.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 30 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		

12 MEDIDAS DE CONTROLE PARA INFECÇÕES DO SITIO CIRÚRGICO

São estas:

- Preparo do Paciente
- Higiene Corporal

- Realizar banho completo antes que este seja encaminhado ao centro cirúrgico;

- Tricotomia;

- Remover os pelos com lâmina ou aparelho elétrico.

Obs.: Recomenda-se que a tricotomia seja realizada, apenas quando os pêlos interferirem no procedimento operatório e, no máximo, duas horas antes da cirurgia, usando o aparelho elétrico.

- Antissepsia e Antisséptico

Antissepsia: aplicar um agente germicida de baixa causticidade, hipoalergênico e possível de ser aplicado em tecido vivo.

Antissépticos: os produtos antissépticos devem constar na portaria nº 930 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1992).

- Preparo da pele paciente:

Realizar fricção mecânica da pele com PVP-I ou clorhexedina degermante, da aplicação das soluções alcoólicas dos mesmos tipos de antissépticos.

Aguardar (minuto para iniciar o procedimento).

- Campos Cirúrgicos

Usar campos de tecido impermeável e permeável.

- Antibiótico profilaxia

Recomenda-se a administração da primeira dose no período de indução anestésica, para que a concentração tecidual seja adequada durante o ato cirúrgica. O prolongamento da

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 31 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



antibioticoterapia profilática por mais de 48 horas, apenas aumenta os riscos dos efeitos colaterais e da flora bacteriana.

Preparo da equipe

Degermação das mãos

Paramentação Cirúrgica

12.1 Principais recomendações para prevenção do ISC

- Minimizar o tempo de internação pré-operatório;
- Tratar as infecções existentes previamente ao ato cirúrgico:
- Realizar a tricotomia apenas quando o pelo prejudicar a técnica cirúrgica. A tricotomia deve ser realizada, o mais próximo da cirurgia, não ultrapassando o prazo de duas horas, antes da mesma;
- Dar banho com água e sabão antes da cirurgia. Não há dados que demonstrem a necessidade do uso do antisséptico no banho;
- Preparar o campo operatório, friccionando a região a ser operada com solução degermante PVP-I ou clorhexedina, seguindo-se a aplicação de solução antisséptica alcoólica de PVP-I ou clorhexedina. Utilizar campos cirúrgicos estéreis;
- Preparar a equipe com paramentação adequada, incluindo gorro, máscara e avental estéril, o uso de protetor ocular está indicado para proteção contra respingos em mucosa ocular;
- Lavar as mãos com solução antisséptica degermante (PVP-I ou clorhexedina) durante cinco minutos antes da primeira cirurgia e, por dois a três minutos, entre cirurgias;
- Usar luvas estéreis durante o ato cirúrgico, trocando-as quando perfuradas;
- Usar antibiótico profilático apenas quando indicado (cirurgias potencialmente contaminadas, e limpas, quando há colocação de próteses), por via parenteral, com início no pré-operatório (até duas horas antes da cirurgia), preferencialmente, no momento da pré-anestésica e manutenção, no máximo de 24-48 horas após a cirurgia;
- Usar técnica cirúrgica adequada, evitando formação de hematomas e espaços vazios;
- Evitar muitas pessoas na sala cirúrgica e manter a porta fechada;
- Fazer, periodicamente, manutenção dos filtros dos equipamentos de ar condicionado
- Limpar as salas cirúrgicas, após cada cirurgia, sem necessidade de mudança de rotina

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 32 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037 – Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

para cirurgias contaminadas ou com infecção;

- Não colocar

pano embebido em soluções desinfetantes na entrada da sala cirúrgica;

- *Esterilizar o material cirúrgico, observando os testes de esterilidade;*

- Lavar

as mãos antes e após tocar a ferida cirúrgica;

- Usar avental

para a proteção da equipe cirúrgica;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 33 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



13 PROCEDIMENTOS NA PARAMENTAÇÃO PARA A CIRURGIA

A paramentação da equipe cirúrgica exige a realização de procedimentos específicos, executados em passos padronizados e com observação rigorosas dos princípios científicos. Estes procedimentos são: degermação das mãos, vestir avental e roupa esterilizados, e calçar luvas esterilizadas.

13.1 Degermação das mãos e antebraços

Este procedimento se justifica por que a pele, normalmente, é habitada por duas populações bacterianas, ou seja, a flora residente e a transitória. A flora residente é constituída para os microrganismos capazes de sobreviverem e se multiplicarem na superfície cutânea e folículos pilosos, sendo, portanto, de difícil remoção. Os estafilococos coagulase negativa, corynebactéria (difteróides e corniformes), acinelobactéria e outros são microrganismos comumente encontrados na flora residente. A transitória, também conhecida como flora de contaminação, é composta por microrganismos diversos e de virulência variadas. Estes microrganismos nem sempre estão presentes na superfície da pele da maioria das pessoas e são removidos mais facilmente., algumas bactérias Gram-negativas (como, por exemplo, E. coli) têm condições mínimas de sobrevivência sobre a pele.

A degermação das mãos e antebraços da equipe cirúrgica deve promover a eliminação da flora transitória e redução da flora residente e, ainda, o retardamento da recolonização da flora residente pelo efeito residual. Sabe-se que, após a realização de tal procedimento, estes microrganismos multiplicam-se.

13.2 Lavagem básica das mãos:

É o

simples ato de lavar as mãos com água e sabão, visando a remoção de bactérias transitórias e algumas residentes, suor, oleosidade e sujidade da pele. O objetivo da lavagem de mãos é reduzir a transmissão de microrganismos pelas mãos, prevenindo infecções.

13.2.1 Materiais e equipamentos necessários

- Pias com pedal ou torneira
- Água
- Dispensadores de sabão líquido e antissépticos
- Porta papel toalha e papel toalha.

13.2.2 Técnica

Este procedimento deve tornar-se um hábito e ser realizado da seguinte maneira:

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 34 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



- Fique em posição confortável, sem tocar na pia: abra a torneira, de preferência com a mão dominante ou com uso de papel;
- Mantenha se possível, a água em temperatura agradável, já que a água quente ou muito fria resseca a pele;
- Use, de preferência 2ml de sabão líquido e ensaboe as mãos por aproximadamente 15 segundos, em todas as suas faces, espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos;
- Enxágue as mãos, retirando totalmente a espuma e resíduos de sabão;
- Enxugue-as com papel-toalha;
- Feche a torneira utilizando o papel-toalha descartável, sem encostar na pia ou na torneira

13.3 Preparo das mãos e braços antes do ato cirúrgico

Antes de qualquer procedimento cirúrgico, o profissional deve remover todas as joias, inclusive alianças. As unhas devem ser aparadas, não devem conter esmalte nem ser postiças, a fim de evitar o aumento de carga de bactérias nas mãos, em especial as gram-positivas.

13.3.1 Soluções antissépticas com detergentes recomendados

- Solução detergente de PVP-I a 10% (1% de iodo ativo)
- Solução detergente de clorexidina a 2% ou 4% (alternativa para pessoas alérgicas ao PVPI).

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 35 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



13.3.2 Materiais e equipamentos necessários:

pedal ou torneira acionada com pé ou cotovelo;

• Escova esterilizada

antisséptica em dispensadores

compressa esterilizada

- Pia com

- Água

• Solução

• Toalha ou

13.3.3 Indicação

Preparo das mãos e antebraços antes de qualquer procedimento cirúrgico.

13.3.4 Técnica de escovação

A remoção mecânica dos detritos pode ser realizada por escovação ou fricção:

• as escovas devem ser macias e descartáveis ou convenientemente esterilizadas, e de uso individual;

• molhar as mãos e antebraços com água corrente. A torneira deve ser acionada por pé ou cotovelo, e não manualmente;

• aplicar a solução antisséptica sobre a palma da mão, espalhar com movimentos de fricção ou escovação, iniciando pelas extremidades dos dedos, com especial atenção sobre os leitos subungueais e espaços interdigitais. O processo deve continuar pelas faces das mãos e antebraços;

• o processo todo deve durar rigorosamente cinco minutos para a primeira cirurgia e três minutos entre dois procedimentos;

• enxaguar em água corrente a partir das mãos para o cotovelo. A torneira deve ser fechada com o cotovelo ou por outro profissional, mas não com as mãos;

• durante todo o processo, as mãos devem estar sempre acima do nível dos cotovelos;

• enxugar com toalha ou compressa esterilizada, obedecendo à direção das mãos para os cotovelos, com movimentos compressivos e não de esfregão.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 36 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



13.4 Paramentação cirúrgica e EPI's

A paramentação corresponde à troca das vestes rotineiras por vestimentas adequadas antes do ato cirúrgico.

Indicação: todas as pessoas envolvidas no trabalho do centro cirúrgico, principalmente dentro das salas de operação, devem usar roupas apropriadas.

A importância da paramentação é proteger a área a ser operada da flora liberada pela equipe cirúrgica e esta da exposição às secreções dos pacientes.

A troca de roupa (pelo pijama cirúrgico, gorro e propés) deverá ser feita no vestiário, que corresponde à zona de proteção do Centro Cirúrgico, sendo seguida da colocação do avental e das luvas estéreis após a escovação das mãos e entrada na sala cirúrgica, propriamente dita.

- Uniforme privativo

O uso de uniforme privativo feito de tecido com porosidade de 7 a 10 e o fechamento das calças nos tornozelos pode reduzir a dispersão de bactérias.

Tal uniforme nunca deve ser usado fora da área do Centro Cirúrgico.

- Aventais cirúrgicos

Os aventais convencionais devem ser confeccionados em material resistente à penetração de líquidos e microrganismos e ao desgaste e à deformação. Devem possuir uma única camada de tecido, geralmente algodão ou brim. Os aventais devem ser confeccionados em tamanhos adequados, garantindo o fechamento completo, conforto e total cobertura a partir do pescoço e membros. Na altura dos punhos, devem possuir tramas resistentes ao desgaste. Periodicamente devem ser inspecionados à integridade e durabilidade.

Aventais impermeáveis descartáveis representam outra opção.

A colocação do avental deve ser feita de maneira cuidadosa a fim de evitar a contaminação dele. Este deve ser segurado com ambas as mãos, as quais serão introduzidas simultaneamente através das mangas. A porção posterior do avental é, então, tracionada.

- Máscara cirúrgica

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 37 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



O uso correto da máscara cirúrgica evita ou reduz a eliminação de microrganismos no ambiente e protege o profissional contra respingos de secreções oriundas do paciente. Apresentam vida útil de 2 horas.

Deve ser usada por todos na sala de operação e cobrir boca e nariz e estar junto a face.

São preferíveis as máscaras com dupla gaze de algodão ou de polipropileno ou poliéster.

13.4.1 Paramentação com roupas estéreis

As roupas estéreis são utilizadas para prevenir a contaminação do campo operatório mediante contato direto do corpo do cirurgião com o do paciente. Todas as pessoas que entram em campo operatório, bem como aquelas que manipulam os materiais e instrumentais estéreis - como é o caso do instrumentador cirúrgico - devem usar aventais e luvas estéreis.

O avental é geralmente amarrado atrás, na região da nuca e da cintura, mas o mais recomendado é o tipo circular. Esse tipo de avental envolve o corpo do cirurgião, mantendo-o estéril anterior e posteriormente, e é atado pelo próprio usuário ou com a ajuda do auxiliar já paramentado.

As luvas cirúrgicas, são a únicas adequadas para os procedimentos cirúrgicos, devendo obrigatoriamente ser estéreis, idealmente devem cobrir mãos e dedos, estendendo-se por sobre os punhos dos aventais, onde ficam aderidas devido à pressão elástica do punho da própria luva.

Gorros, máscaras, aventais, calças, jalecos e propés devem ser retirados imediatamente quando molhados ou sujos. Os aventais, os propés e as luvas cirúrgicas devem ser tirados ainda na sala cirúrgica.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 38 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



14 EQUIPAMENTOS USADOS NO CENTRO CIRÚRGICO

Os equipamentos básicos utilizados na sala de operação são classificados em fixos e móveis.

A - Equipamentos fixos

São aqueles adaptados à estrutura física da sala cirúrgica.

Tais como:

- Foco central;
- Megascópio;
- Sistema de canalização de ar e gases;
- Prateleira (podendo estar ou não presente).

B - Equipamentos móveis

São aqueles que podem ser deslocados de uma para outra sala de operação, a fim de atender o planejamento do ato cirúrgico de acordo com a especificidade, ou mesmo serem acrescentados durante o desenvolvimento da cirurgia. São estes:

- mesa cirúrgica e acessórios: colchonete de espuma, pernas metálicas, suporte de ombros e arco para narcose. Atualmente, já estão no mercado mesas cirúrgicas totalmente automatizadas, o que permite várias configurações, a partir da simples troca de acessórios e módulos, e possibilita movimentos suaves e precisos em todas as direções e em ângulo de quase 180°.
- aparelho de anestesia, contendo “kits” de cânulas endotraqueais e de Guedel: laringoscópios; pinças de Magil e esfigmomanômetro;
- mesas auxiliares para instrumental cirúrgico, de Mayo e para pacotes de roupas estéreis;
- bisturi elétrico ou termo cautério;
- aspirador de secreções;
- foco auxiliar;
- banco giratório;
- balde inoxidável com rodízios;
- suportes: de braço, hamper, bacia e soro;
- escada de dois degraus;
- estrado;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 39 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



- equipamentos utilizados para ajudar no posicionamento do paciente, tais como: coxins de areia ou espuma de diferentes tamanhos e talas;
- carro para materiais de consumo e soluções antissépticas (o qual pode ser dispensado, quando houver local adequado para a colocação destes materiais como, por exemplo, prateleiras);
- carro para materiais estéreis;
- aparelhos monitores;
- balança para pesar compressas e gazes.

São exemplos de equipamentos moveis que podem ser acrescentados à sala cirúrgica: suporte de trépano, microscópio, máquina para circulação extracorpórea e outros.

14.1 Limpeza dos equipamentos

A limpeza desses equipamentos deve ser feita após cada cirurgia, ou pelo menos 1 vez ao dia, na ausência de cirurgias. O responsável pela limpeza é o circulante da sala de operação e deve ser realizada com compressas estéreis e solução de álcool à 70%.

14.2 Cuidados com os equipamentos

Os avanços tecnológicos que vêm ocorrendo nos equipamentos hospitalares, especialmente no que se refere àqueles utilizados na Unidade de Centro Cirúrgico, estão exigindo das Instituições de Saúde a aquisição de tais recursos, de qualidade e em quantidade necessárias para prestar melhor atendimento ao paciente, bem como a atualização contínua dos componentes das equipes em relação ao manuseio e uso desses equipamentos, imprescindíveis ao bom funcionamento do setor. A qualidade é um fator importante a ser observado no planejamento de equipamentos a serem utilizados na sala de cirurgia, pois está relacionada à durabilidade destes e à segurança do paciente.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 40 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



15 MATERIAIS USADOS NO CENTRO CIRÚRGICO

O planejamento de materiais para uso na sala de cirurgia deve incluir aqueles considerados básicos ao atendimento de uma cirurgia geral, e os específicos, de acordo com o tipo de cirurgia. Para efeito didático, estes materiais serão grupados em: esterilizados, soluções antissépticas, impressos mais comuns e medicamentos.

A - Material esterilizado

- pacote de aventais;
- pacote de “opa” (avental de abertura para frente);
- pacotes de campos duplos e/ou simples;
- pacotes de compressas grandes e pequenas;
- pacotes de gazes comuns e especiais;
- pacote de impermeável (para a mesa de instrumentador);
- caixa de instrumentos;
- pacote de material para antisepsia;
- pacotes de cúpulas grandes e pequenas;
- pacotes de cuba rim;
- pacote de bacia;
- pacotes de sondas e drenos diversos;
- pacotes de luvas de diferentes números;
- pacote de cabo com borracha para aspirador;
- caixas de fios de sutura de diferentes tipos e números;
- caixa ou pacote de cabo do bisturi elétrico;
- equipos de soro, seringas, agulhas e cateteres para punção venosa, cateter para oxigênio, sondas e aspiração, nasogástrica e vesical;
- estojo de material cortante contendo tesouras retas, curvas, cabo de bisturi e agulhas de sutura. Em algumas instituições, este material é esterilizado dentro da caixa de instrumentais;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 41 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



- bandejas de material para anestesia, contendo cânulas endotraqueais com guia, de Guedel, laringoscópio e pinça de Magil.

B - Soluções antissépticas

- iodines (álcool iodado com 1% a 2% de iodine e iodine potássio em 70% de álcool); iodóforos (iodine mais polivinilpirrolidona);
- clorhexidina;
- álcoois (etanol, n-propil e isopropil);

C - Impressos

- sistematização de enfermagem;
- gráfico de anestesia;
- relação de gastos;
- receituário para medicamentos controlados;
- requisição de laboratório e banco de sangue.

D - Medicamentos

- soluções glicosadas, fisiológicas, Ringer, Manitol, bicarbonato de sódio e Haemavel;
- medicamentos anestésicos, relaxantes musculares, neurolépticos, tranquilizantes, analgésicos, colinérgicos e anticolinérgicos, eletrólitos, anticoagulantes, antibióticos e outros necessários à assistência do paciente no período intraoperatório;
- pomadas: xilocaína geleia;
- adesivos para fixação de curativos e ataduras.

15.1 Instrumental cirúrgico

Iremos classificar os instrumentos cirúrgicos em seis grupos básicos, sendo cada grupo representativo de uma determinada etapa da cirurgia.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 42 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		

15.1.1 Grupo 1 - Diérese Cirúrgica

Neste grupo temos os bisturis e as tesouras. Os bisturis são os principais instrumentos de corte. O bisturi compõe-se por duas peças: o cabo e a lâmina.

Tantos os cabos quanto as lâminas variam de formato e de tamanho, de acordo com o tipo de cirurgia ou ato cirúrgico a ser realizado. Cada peça tendo a sua respectiva aplicação. Os cabos mais curtos são próprios para os atos cirúrgicos de superfície, ou seja, o seccionamento do tecido epitelial. Os cabos mais longos destinam-se aos atos cirúrgicos em cavidades, ou seja, em profundidade. Os bisturis elétricos facilitam muito o processo de coagulação, diminuindo bastante os sangramentos em cirurgias.

As tesouras também variam de tamanho e de formato (curvas ou retas, finas ou grossas) de acordo com a sua aplicação. As mais utilizadas, são a tesoura do tipo “Metzenbaum” que por ser uma tesoura do tipo curva, é a mais empregada pelo médico-cirurgião chefe e a tesoura do tipo “Mayo” que por ser uma tesoura do tipo reta, é a mais utilizada pela instrumentador cirúrgica e pelos médicos cirurgiões assistentes. Muito útil no corte dos fios cirúrgicos.

15.1.2 Grupo 2 - Procedimentos de Hemostasia

Neste grupo temos as pinças onde existe uma grande variedade delas, variando de tamanho (pequenas, médias e grandes) e de formato (retas ou curvas, traumáticas ou não traumáticas).

Dentre as pinças hemostáticas mais empregadas, podemos destacar as pinças do tipo “Kocher” que por ser uma pinça traumática, dotada de dentes de rato, vem sendo empregada com sucesso para apreensão da aponeurose dos músculos. Temos também as pinças do tipo “Kelly” que podem ser observadas na foto.

As pinças do tipo “Haslstead” por serem pinças finas, são empregadas com sucesso em cirurgias infantis. São conhecidas pelos apelidos de “mosquitinho” ou “mosquito”, por serem pequenas. São bem mais delicadas do que as pinças do tipo Kelly e aplicam-se a vasos de menor calibre.

Temos também as pinças do tipo “Pean”, as pinças do tipo “Mixer” que são amplamente utilizadas em cirurgias pulmonar, hepática e renal e as pinças do tipo “Satinsky” e que são muito utilizadas em cirurgias vasculares.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 43 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



As pinças do tipo “Faure” podem ser observadas na foto, assim como as pinças do tipo “Rochester” - “Pean” são pinças de maior resistência, próprias ao pinçamento de tecidos não delicados ou sensíveis.

15.1.3 Grupo 3 - Exérese cirúrgica

Neste grupo temos os instrumentos para preensão e os de separação.

Instrumentos para Preensão

A finalidade destes instrumentos cirúrgicos, como o próprio nome já diz, é a de segurar, erguer momentaneamente inclinar e/ou tracionar determinados tecidos durante certo ato cirúrgico.

Podemos destacar como instrumentos para preensão as pinças do tipo “Museux”, pinças do tipo “Allis” e pinças do tipo “Babcock” que é um tipo de pinça preferida para tracionar as alças intestinais.

As pinças do tipo “Duval” também conhecidas como “triangular de Duval”, possuem grande aplicabilidade em cirurgias pulmonares, no pinçamento dos lobos pulmonares.

As pinças do tipo “Collin” são também conhecidas como “Collin” oval. As pinças do tipo “Foerster” que são um tipo de pinça longa, são também empregadas em curativos profundos, segurando compressas de gaze.

As pinças anatômicas são instrumentos cirúrgicos empregados de forma acessória em procedimentos de preensão. Dentre as mais usadas, destacam-se as pinças do tipo “Adson” as do tipo “Potts Smith” e as pinças do tipo “Nelson”.

Instrumentos para Separação

São também conhecidos como afastadores. Os instrumentos para separação ou afastadores, são classificados em três diferentes tipos. Os primeiros são os dinâmicos que são instrumentos que deverão ser empunhados pelo médico-cirurgião, com a finalidade de expor a observação o campo operatório desejado. Neste grupo, podemos destacar os do tipo “Farabeuf”, o do tipo “Volkman” e os do tipo “Doyen”.

O outro tipo são os autos táticos que são os instrumentos que após serem posicionados pelo médico-cirurgião, manterão o campo aberto, sem que haja a necessidade de empunhadura permanente.

Os classificados como diversos são os demais instrumentos de separação ou afastadores que não se enquadram nas duas classes acima descritas.

São espátulas, algumas rígidas e outras maleáveis, de acordo com o propósito desejado.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 44 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



15.1.4 Grupo 4 - Exaurimento Cirúrgico

Neste grupo incluímos as agulhas cirúrgicas, os porta-agulhas e os fios cirúrgicos. As agulhas são instrumentos perfurantes que tem como objetivo, associadamente aos fios cirúrgicos, a recomposição de tecidos lesionados, sejam internos ou externos, por meio do procedimento denominado de sutura.

Existem um grande número de agulhas, variando de tamanho, calibre e formato.

As agulhas cirúrgicas podem ser classifica das quanto ao formato em 4 tipos que são as retas, as curvas as do tipo lanceoladas e as cilíndricas.

1 - Agulhas do Tipo Reta

São destinadas a realização de procedimentos de sutura do tecido epitelial, sem o emprego do porta-agulhas.

2 - Agulhas do Tipo Curva

As agulhas do tipo curva podem ser semirretas que ao contrário das agulhas retas, possuem uma leve curvatura.

As agulhas meio-círculo possuem uma curvatura bem maior do que as agulhas semirretas, e são eficazes na sutura de tecidos profundos.

3 - Agulhas do Tipo Lanceoladas

São agulhas de secção triangular. São utilizadas em tecidos mais resistentes como a sutura da aponeurose dos músculos.

4 - Agulhas Cilíndricas

São agulhas de secção circular. Muito empregadas na sutura de tecidos delicados e sensíveis, tais como a reconstrução de vasos sanguíneos rompidos.

A classificação das agulhas pode ainda ser feita, quanto ao fio cirúrgico que será utilizado na sutura, em 2 tipos que são: as com fio pré-passado e as com fio a passar.

Nas agulhas com fio pré-passado, a agulha já vem de fábrica, montada juntamente com o fio cirúrgico. A base da agulha é interligada com o início do fio, não havendo nenhum desnível. Trata-se de agulha não traumática, por possuir um calibre regular e uniforme na junção com o fio.

Nas agulhas com fio a passar, a agulha não vem montada de fábrica com o fio. Será necessário montá-la, passando o fio cirúrgico desejado pelo orifício da agulha.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 45 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



Os porta-agulhas, como o próprio nome já diz, tem como finalidade segurar a agulha durante os processos de sutura. Entre os mais empregados destacam-se o porta-agulha do tipo “Mayo-Hegan” e o porta-agulha do tipo “Mathieu”.

Os fios cirúrgicos podem ser classificados em dois grupos básicos: os fios cirúrgicos absorvíveis e os fios cirúrgicos não-absorvíveis.

Fios Cirúrgicos do Tipo Absorvíveis

São fios que vão sendo gradativamente absorvidos pelo organismo, até desaparecerem por completo. Nestes casos temos o fio Categute-simples que são feitos de fibras de tripas de carneiro e os fios Categute-cromado. Aqui o fio categute é tratado quimicamente com um banho de cromo. O objetivo desse fio cromado e frear o tempo de absorção pelo organismo, mantendo-se a tensão do fio por um período de tempo maior. Esse tipo de material é escolhido, quando se deseja maior segurança quanto a durabilidade da sutura para que as partes seccionadas possam se unir. Temos também o fio Dexon que é um tipo de fio produzido com a substância ácido poli glicólico.

Fios Cirúrgicos do Tipo Não - Absorvíveis

Estes fios não são absorvidos pelo organismo. Caso não sejam removidos posteriormente, irão ficar definitivamente na região suturada.

Dentre esses fios podemos relacionar o de Nylon, o de Algodão, o fio de Seda, o de Aço e o fio de Mer Silene que é composto de uma substância sintática não absorvida pelo organismo.

15.1.15 Grupo 5 - Instrumentos para procedimentos especiais

São instrumentos que não compõem a mesa de instrumentação em cirurgia geral. São instrumentos específicos para determinadas cirurgias ou atos cirúrgicos. Existe uma gama de instrumentos especiais. Como exemplificação podem ser citados a pinça do tipo “Lambott” - “Farabeuf”, e o Clamp de “Kocher” (Coprostate) que é empregado em cirurgias intestinais, objetivando a oclusão da alça intestinal.

O Rugina é um instrumento que serve para descolar ou separar as costelas dos tecidos musculares. Tendo grande aplicação nas cirurgias torácicas.

A serra de “Gigli” é utilizada em neurocirurgias e em cirurgias ortopédicas.

15.1.6 Grupo 6 - Instrumentos para fins diversos

1 - Campos Cirúrgicos

Os campos cirúrgicos são peças de pano que em geral medem 1,50 m de comprimento por 1,50m de largura. Existem com o objetivo de isolar o campo operatório que será alvo da

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 46 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



cirurgia das demais partes do corpo do paciente. Os campos cirúrgicos são, portanto, panos esterilizados. Desta forma, não haverá riscos de membros da equipe cirúrgica tocarem demais partes do paciente e assim contaminarem suas roupas, luvas e instrumentos cirúrgicos.

2 - Compressas Cirúrgicas

As compressas cirúrgicas são utilizadas por cima do campo cirúrgico, ou seja, por cima da pele do paciente, de forma a criar uma barreira de proteção nas bordas das incisões. São também empregadas no interior das cavidades.

3 - Gazes

Podem ser utilizadas desde o procedimento pré-cirúrgico para antissepsia do paciente, onde a gaze com solução antisséptica é segura pela pinça do tipo “Cheron”, até o exaurimento cirúrgico, com a feitura de um curativo.

4 - Drenos

Os drenos são tubos de borracha ou plástico, que podem vir a ser colocados em determinados pacientes, com o objetivo de fazer escoar para o ambiente externo, fluidos corporais, pus, sangue e/ou secreções diversas.

5 - Seringas e Agulhas

Utilizadas para procedimentos anestésicos com infiltração.

15.2 Cuidados e manuseio dos instrumentos

O instrumento deve ser usado somente para a finalidade para a qual ele foi feito. O uso correto e os cuidados razoáveis prolongam a sua vida útil e protegem a sua qualidade. As tesouras e as pinças, que mais frequentemente são usadas abusivamente, podem sofrer desalinhamento, trincar, ou quebrar quando usadas inadequadamente. As tesouras para tecidos não devem ser usadas para cortar suturas ou gazes. As pinças hemostáticas não devem ser usadas como prendedores de toalha ou pinçar tubos de sucção. Obrigatoriamente os instrumentos devem ser manejados delicadamente. Deve-se evitar jogar violentamente, deixar cair e colocar equipamento pesado sobre eles. Durante o procedimento o instrumento usado deve ser limpo com uma compressa úmida, ou colocado dentro de uma bacia com água e detergente enzimático para evitar que o sangue seque sobre o instrumento. O soro fisiológico nunca deve ser utilizado sobre os instrumentos, pois o seu conteúdo de sal pode ser corrosivo, aumentando a ferrugem ou deterioração do metal.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 47 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



No tempo previsto durante o procedimento, o instrumentador deve lavar e secar os instrumentos usados, e recolocá-los sobre a mesa de instrumentos para facilitar o fechamento das contagens.

No fim do procedimento, os instrumentos não devem ser colocados todos juntos num amontoado desordenado. Eles devem ser manejados individualmente ou em pequenos grupos. Os instrumentos agudos ou delicados devem ser dispostos separadamente para o manuseio e limpeza individuais, para evitar danos e ferimento acidental. Os princípios das precauções universais devem ser aplicados conforme ditados pela política institucional. Todos os instrumentos destinados ao procedimento devem ser esterilizados na fase final ou desinfetados antes da remontagem.

Obrigatoriamente, os instrumentos devem estar completamente limpos para assegurar esterilização eficaz.

Todo instrumento deve ser inspecionado antes e após cada uso para se detectar imperfeições. O instrumento deve funcionar adequadamente para evitar colocar desnecessariamente em perigo a segurança do paciente e aumentar o tempo cirúrgico por causa de falha instrumental.

Os fórcepses, as pinças e outros instrumentos articulados obrigatoriamente devem ser inspecionados quanto ao alinhamento das garras e dentes. As garras e os dentes dos instrumentos devem se apor perfeitamente, de modo que seja ocluído o fluxo sanguíneo sem lesar a veia ou artéria. As travas devem fechar perfeitamente, mas soltar facilmente. As articulações dos instrumentos devem funcionar suavemente. As bordas das tesouras devem ser testadas quanto o gume, cortando-se suavemente quatro camadas de gazes. Todos os instrumentos devem ser verificados quanto a pontos de desgaste, saliências, dente amento, rachaduras, ou pontas agudas. Os instrumentos danificados devem ser colocados de lado para concerto ou substituição. O serviço de concerto de instrumentos deve ser escolhido cuidadosamente e usado para a manutenção regular, como afiar e realinhar.

15.2.1 Contagem dos instrumentos

A maior parte das instituições realiza contagem dos instrumentos como prática padronizada. O estabelecimento de conjuntos instrumentais padronizados com o número e tipos mínimos de instrumentos neles facilita a sua contagem, bem como minimiza a quantidade de tempo e espaço necessário para montar. As contagens iniciais devem ser feitas conjuntamente pela

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 48 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



circulante e pelo instrumentador, antes do procedimento. Os materiais adicionados durante o procedimento devem ser contados e registrados. As contagens subseqüentes devem ser feitas antes do fechamento de uma cavidade ou de uma incisão grande e profunda, quando o instrumentador ou a circulante é substituída por outras pessoas, e ao término do procedimento. Os instrumentos desmontados durante a cirurgia, como certos afastadores, obrigatoriamente devem ser identificados no seu todo. Todas as contagens devem ser registradas pela circulante num registro apropriado.

15.2.2 Acondicionamento dos instrumentos

Os instrumentos devem ser armazenados com segurança. As prateleiras dos armários devem ser ajustáveis e espadas adequadamente para o armazenamento dos vários tipos e tamanhos de instrumentos. Muitos hospitais hoje em dia armazenam os instrumentos em bandejas ou utensílios pré-esterelizados. Etiquetas e diagramas ajudam o pessoal. Um inventário de todos os instrumentos deve ser feito periodicamente

O enfermeiro do Centro Cirúrgico deve zelar para que os equipamentos e materiais utilizados na sala cirúrgica sejam mantidos em perfeitas condições de uso e repostos em quantidade suficiente para assistir adequadamente o paciente, e facilitar a dinâmica de funcionamento da Unidade.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 49 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



16 CLASSIFICAÇÃO DAS CIRURGIAS E O POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO

Segundo a (Portaria MS n. 930/92 - anexo III) - as infecções pós-operatórias devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação, ao final do ato cirúrgico, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado. As cirurgias são classificadas em: limpas, potencialmente contaminadas, contaminadas e infectadas.

Operações limpas: realizadas em tecidos estéreis, na ausência de processo infeccioso ou inflamatório local, cirurgias eletivas atraumáticas com cicatrização por primeira intenção e sem drenagem.

Operações potencialmente contaminadas: colonizadas por flora microbiana pouco numerosa, na ausência de infecção ou inflamação. Cirurgias limpas com drenagem se enquadram. Ocorre penetração no trato digestivo, respiratório ou urinário.

Operações contaminadas: em tecidos traumatizados recentemente e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, na ausência de supuração local. Há presença de inflamação aguda na incisão, e cicatrização por segunda intenção, grande contaminação a partir do trato digestivo. Obstrução biliar ou urinária.

Operações infectadas: realizadas em qualquer órgão ou tecido na presença de processo infeccioso, necrose. Todas as cirurgias podem ser infectadas. Dependendo do que vai se encontrar no local.

Alguns exemplos:

Limpos:

- Artoplastia do quadril
- Cirurgia cardíaca
- Herniorrafias
- Neurocirurgia
- Procedimentos ortopédicos (eletivos)
- Mastoplastia
- Mastectomias

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 50 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



Potencialmente contaminadas:

- Hiterectomia
- Cesária
- Cirurgia do intestino delgado (eletiva)
- Cirurgia das vias biliares sem estase ou obstrução
- Feridas traumáticas limpas (até 10h após)
- Colectomia
- Cirurgias cardíacas com circulação extra-corpórea

Contaminadas:

- Cirurgia de cólons
- Debricamento de queimaduras
- Cirurgia bucal, dental e da orofaringe
- Fraturas expostas (após 10 horas)
- Feridas traumáticas (após 10 horas)
- Cirurgia duodenal por obstrução
- Cirurgia intranasal

Infectadas:

- Cirurgia de reto e ânus com supuração
- Cirurgia abdominal em presença de conteúdo do colon
- Nefrectomia com infecção
- Presença de vísceras perfuradas
- Colecistectomia com empiema

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 51 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



17 TERMINOLOGIA CIRÚRGICA

Os principais objetivos da terminologia cirúrgica são:

- Fornecer sob forma verbal ou escrita uma definição do termo cirúrgico;
- Descrever os tipos de cirurgia;
- Preparar os instrumentais e equipamentos cirúrgicos apropriados a cada tipo de cirurgia.

Na terminologia cirúrgica, os termos são formados por um prefixo, que designa a parte do corpo relacionada com a cirurgia, e por um sufixo, que indica o ato cirúrgico realizado. **Prefixos da terminologia cirúrgica e seus significados**

Prefixo	Relativo a(o)
adeno	glândula
blefaro	pálpebra
cisto	bexiga
cole	vesícula
colo	cólon
colpo	vagina
entero	intestino delgado
gastro	estomago
histero	útero
nefro	rim
oftalmo	olho
ooforo	ovário
orqui	testículo
osteo	osso
oto	ouvido
proto	reto
rino	nariz
salpingo	trompa
traqueo	traquéia

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 52 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		



Referências Bibliográficas

Cruz, E.A; Soares, E. A tecnologia em centro cirúrgico e o processo de trabalho do enfermeiro, Rev.Anna Nery, 8(1): 109-115, abr. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização,2002

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos em Serviços de Saúde, 1ª Edição, São Paulo, 2010, 339p.

2. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (APECIH). Esterilização de Artigos em Unidades de Saúde. São Paulo, 1998.

3. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (APECIH). Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Anti-Sepsia, 2ª Edição, São Paulo, 2004, 60p.

4. AVELAR, M.C.Q.a., SILVA, A. Assistência de enfermagem Perioperatória; Ensino em cursos de enfermagem. Rev.Esc.Enf.USP;2005;39(1);46-52

Data da Emissão	Versão	Revisão	Última revisão	folha
16/03/2016	01	02	10/01/2022	Página 53 de 53
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermeiro CCIH, Rodrigo Miranda e Enfermeira RT, Lais Benedita Garcia		