

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EBSERH

Técnico em Enfermagem

SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA.....	9
■ COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS	9
■ TIPOLOGIA TEXTUAL E GÊNEROS TEXTUAIS.....	11
■ ORTOGRAFIA OFICIAL E ACENTUAÇÃO GRÁFICA.....	20
■ CLASSES DE PALAVRAS	22
■ USO DO SINAL INDICATIVO DE CRASE.....	42
■ SINTAXE DA ORAÇÃO E DO PERÍODO.....	44
REGÊNCIA NOMINAL E VERBAL.....	53
CONCORDÂNCIA NOMINAL E VERBAL.....	55
■ PONTUAÇÃO.....	60
■ SIGNIFICAÇÃO DAS PALAVRAS	63
LEGISLAÇÃO EBSEH.....	69
■ LEI FEDERAL Nº 12.550, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2011.....	69
■ REGIMENTO INTERNO DA EBSEH.....	72
■ CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA DA EBSEH – PRINCÍPIOS ÉTICOS E COMPROMISSOS DE CONDUTA	73
■ ESTATUTO SOCIAL DA EBSEH	78
■ REGULAMENTO DE PESSOAL DA EBSEH	79
■ NORMA OPERACIONAL DE CONTROLE DISCIPLINAR DA EBSEH	85
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO	91
■ EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ARCABOUÇO LEGAL	91
■ HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	97
■ CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	98
■ CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988, TÍTULO VIII – ARTS. 194 A 200	99

■ LEI ORGÂNICA DA SAÚDE: LEI Nº 8.080, DE 1990.....	105
■ LEI Nº 8.142, DE 1990	126
■ DECRETO PRESIDENCIAL Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011	128
■ LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012 E SUAS ALTERAÇÕES E ATUALIZAÇÕES.....	136
■ DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	140
■ SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	142
■ ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	146
■ REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	154
■ RDC Nº 63, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011 – DISPÕE SOBRE OS REQUISITOS DE BOAS PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE	157
■ RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 – INSTITUI AÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.....	161
■ NR Nº 32 – SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE (PORTARIA Nº 485, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005).....	164
■ RESOLUÇÃO CNS Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012	170
APROVA DIRETRIZES PARA INSTITUIÇÃO, REFORMULAÇÃO, REESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	170
■ RESOLUÇÃO CNS Nº 553, DE 9 DE AGOSTO DE 2017 – DISPÕE SOBRE A CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DA PESSOA USUÁRIA DA SAÚDE	170
■ RESOLUÇÃO CNS Nº 330, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2003	176
APLICA OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS (NOB/RH-SUS) COMO POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NO ÂMBITO DO SUS	176
■ PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009	176
INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....	176
■ PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011	180
INSTITUI NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT)	180
■ PORTARIA GM/MS Nº 230, DE 7 DE MARÇO DE 2023	182
INSTITUI O PROGRAMA NACIONAL DE EQUIDADE DE GÊNERO, RAÇA E VALORIZAÇÃO DAS TRABALHADORAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	182
■ PORTARIA GM/MS Nº 1.526, DE 11 DE OUTUBRO DE 2023	186

ALTERA AS PORTARIAS DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 2, 3 E 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, PARA DISPOR SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PNAISPD) E REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD) NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....186

- POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR (PNHOSP)..... 194
- POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (HUMANIZASUS)..... 206
- POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PNVS) 213
- POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS) (PORTARIA GM/MS Nº 198, DE 2004 E SUAS ALTERAÇÕES E ATUALIZAÇÕES)..... 223
- PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE..... 225
- BIOÉTICA 226

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS..... 231

- ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO..... 231
 - ATUAÇÃO NOS PERÍODOS PRÉ-OPERATÓRIO, TRANSOPERATÓRIO E PÓS-OPERATÓRIO.....231
 - ATUAÇÃO DURANTE OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO-ANESTÉSICOS.....232
 - RECUPERAÇÃO DA ANESTESIA234
 - MATERIAIS E EQUIPAMENTOS BÁSICOS QUE COMPÕEM AS SALAS DE CIRURGIA E RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA237
 - ROTINAS DE LIMPEZA DA SALA DE CIRURGIA.....239
- CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO 242
 - USO DE MATERIAL ESTÉRIL242
 - MANUSEIO DE EQUIPAMENTOS.....243
 - Lavadora Automática Ultrassônica 243
 - Seladora Térmica 244
 - Autoclaves 244
- NOÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 247
- PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM..... 256
 - VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.....256
 - OXIGENOTERAPIA258
 - AEROSOLTERAPIA259
 - CURATIVOS.....260
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS 262

■	COLETA DE MATERIAIS PARA EXAMES	271
■	ENFERMAGEM NAS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	275
	CONCEITOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA.....	275
	ATENDIMENTO AOS PACIENTES.....	275
	Doenças Cardiovasculares.....	275
	Hipertensão Arterial.....	277
	Obesidade.....	277
	Diabetes.....	279
	Doença Renal Crônica	279
	Hanseníase.....	281
	Tuberculose.....	282
	Dengue.....	283
	DOENÇAS DE NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS	285
■	ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO PRONTO SOCORRO	288
■	ATUAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE CHOQUE, PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, POLITRAUMA, AFOGAMENTO, QUEIMADURA, INTOXICAÇÃO, ENVENENAMENTO E PICADA DE ANIMAIS PEÇONHENTOS	289
■	ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA.....	304
	POLÍTICA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO.....	304
■	CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	309
■	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRADA À SAÚDE DA CRIANÇA, MULHER, HOMEM, ADOLESCENTE E IDOSO	310
■	PRINCÍPIOS GERAIS DE SEGURANÇA NO TRABALHO	315
	CÓDIGOS E SÍMBOLOS ESPECÍFICOS DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO	316
	PREVENÇÃO E CAUSAS DOS ACIDENTES DO TRABALHO.....	318
	PRINCÍPIOS DE ERGONOMIA NO TRABALHO	318
■	CONDUTA ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE	320
	CÓDIGO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM	320
■	LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986	334
	DECRETO Nº 94.406, DE 8 DE JUNHO DE 1987	337

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

ATUAÇÃO NOS PERÍODOS PRÉ-OPERATÓRIO, TRANSOPERATÓRIO E PÓS-OPERATÓRIO

Período Pré-operatório

● Exames Pré-admissão

A realização de exames pré-operatórios tem a finalidade de identificar ou diagnosticar doenças e disfunções que possam comprometer os cuidados do período perioperatório; avaliar o comprometimento funcional causado por doenças já diagnosticadas e em tratamento e, ainda, auxiliar na formulação de planos específicos ou alternativos para o cuidado anestésico (*American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002*).

A solicitação dos exames pré-operatórios deve considerar critérios de relevância ou prevalência das doenças e sensibilidade e especificidade dos exames. Algumas doenças, como as cardíacas e as respiratórias, por sua relevância, podem interferir na escolha da técnica anestésica e na evolução do paciente. A prevalência muito baixa de determinadas doenças, em pacientes assintomáticos, não justifica a utilidade do exame na diminuição da morbidade.

Exames com baixa sensibilidade podem levar a resultados falso-negativos com maior frequência e, com isso, pacientes com risco para morbidades específicas, avaliadas por ele, são encaminhados para o tratamento cirúrgico sem o devido cuidado pré-operatório (PASTERNAK, 2004).

A tendência atual é a solicitação de exames pré-operatórios de acordo com os dados sugestivos encontrados no histórico clínico ou no exame físico; necessidade dos cirurgiões ou clínicos que acompanham o paciente e monitorização de exames que possam sofrer alterações durante o procedimento ou em procedimentos associados (PRICE, 2000).

No período entre 1960 e 1980, os exames de laboratório eram considerados o método ideal de triagem de doenças preexistentes associadas ou ainda não diagnosticadas no momento da avaliação pré-operatória. Realizava-se uma “bateria” de exames complementares para praticamente todos os pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos, independentemente da idade, do estado físico ou do tipo de procedimento, até mesmo para os mais simples (ROIZEN; COHN, 1993).

A partir da década de 1990, surgiu a preocupação em limitar o número de exames àqueles realmente indicados, de acordo com o histórico e o exame físico dos pacientes, motivada pela racionalização de custos (NARR *et al.*, 1991).

● Admissão ao Centro Cirúrgico

- Reiterar a avaliação pré-operatória;
- Avaliar os riscos de complicações pós-operatórias;

- Relatar achados inesperados ou quaisquer desvios do normal;
- Verificar se o consentimento informado para a cirurgia foi assinado;
- Coordenar as orientações ao paciente e o plano de cuidados com a equipe de enfermagem e outros membros da equipe de saúde;
- Reforçar as orientações prévias;
- Explicar as fases do período perioperatório e expectativas;
- Responder às perguntas do paciente e da família.

● Na área da espera

- Identificar o paciente;
- Avaliar o estado do paciente, a dor subjacente e o estado nutricional;
- Revisar o prontuário do paciente;
- Verificar o local da cirurgia e se ele foi demarcado de acordo com a política da instituição;
- Inserir um cateter intravenoso;
- Administrar medicamentos, se prescritos;
- Instituir medidas para garantir o conforto do paciente;
- Fornecer apoio psicológico;
- Comunicar o estado emocional do paciente a outros membros pertinentes da equipe de saúde.

Período Intraoperatório

● Manutenção da segurança

- Manter um ambiente asséptico e controlado;
- Gerenciar de modo efetivo os recursos humanos, equipamentos e materiais para o atendimento personalizado do paciente;
- Transferir o paciente para o leito ou mesa da sala de operação;
- Posicionar o paciente de acordo com o alinhamento funcional e exposição do sítio cirúrgico;
- Colocar dispositivos de aterramento no paciente;
- Garantir que a contagem de esponjas, agulhas e instrumentos esteja correta;
- Realizar a documentação intraoperatória.

● Monitoramento fisiológico

- Calcular os efeitos da perda ou do ganho excessivo de líquido no paciente;
- Diferenciar dados cardiopulmonares normais de anormais;
- Relatar as alterações nos sinais vitais do paciente;
- Instituir medidas para promover a normotermia.

● Apoio psicológico (antes da indução e quando o paciente estiver consciente)

- Fornecer apoio emocional ao paciente;
- Ficar por perto ou tocar o paciente durante os procedimentos e a indução;
- Continuar avaliando o estado emocional do paciente.

Período Pós-operatório

● Transferência do paciente para a unidade de recuperação anestésica.

- Transmitir as informações intraoperatórias:

Identificar o paciente pelo nome;
 Declarar o tipo de cirurgia realizada;
 Identificar o tipo e as doses de anestésicos e analgésicos usados;
 Relatar os sinais vitais e a resposta do paciente ao procedimento cirúrgico e à anestesia;
 Descrever os fatores intraoperatórios (ex.: inserção de drenos ou cateteres, infusão de sangue, medicamentos administrados durante a cirurgia ou a ocorrência de eventos inesperados);
 Descrever as limitações físicas;
 Relatar o nível de consciência do paciente no pré-operatório;
 Transmitir informações sobre os equipamentos necessários.

● **Avaliação pós-operatória na área de recuperação**

- Determinar a resposta imediata do paciente à intervenção cirúrgica;
- Monitorar os sinais vitais e o estado fisiológico do paciente;
- Avaliar o nível de dor do paciente e administrar as medidas analgésicas apropriadas;
- Manter a segurança do paciente (via respiratória, circulação, prevenção de lesões);
- Administrar medicamentos, soluções e hemoderivados, se prescritos;
- Fornecer líquidos orais, se prescritos, ao paciente submetido à cirurgia ambulatorial;
- Avaliar se o paciente está pronto para ser transferido para a unidade de internação ou para receber alta para casa, de acordo com a política da instituição (ex.: pontuação Aldrete).

● **Unidade de enfermagem cirúrgica**

- Prosseguir com o monitoramento atento da resposta física e psicológica do paciente à intervenção cirúrgica;
- Avaliar o nível de dor do paciente e administrar as medidas analgésicas apropriadas;
- Oferecer orientações ao paciente durante o período de recuperação imediata;
- Ajudar o paciente na recuperação e na preparação para a alta para casa;
- Determinar o estado psicológico do paciente;
- Colaborar no planejamento de alta.

● **Domicílio ou clínica**

- Fornecer cuidados de acompanhamento durante a consulta à clínica ou consultório ou por contato telefônico;
- Reforçar as orientações prévias e responder às perguntas da família sobre a cirurgia do paciente e os cuidados de acompanhamento;
- Avaliar a resposta do paciente à cirurgia e à anestesia e seus efeitos sobre a imagem e a função corporal;
- Determinar a percepção da família acerca da cirurgia e seu resultado (HINKLE; CHEEVER, 2020).

I **REFERÊNCIAS**

AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY. **ASMBS**, 2022. Disponível em: <https://asmbs.org>. Acesso em: 29 mar. 2022.

ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES. **AORN**, 2022. Disponível em: <http://www.aorn.org/>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.

FINKELSTEIN, R. *et al.* Effect of preoperative antibiotic prophylaxis on surgical site infections complicating cardiac surgery. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, 2014, 35(1), 69-74.

FOSS, J. F.; APFELBAUM, J. Economics of preoperative evaluation clinics. **Curr Opin Anaesthesiol**, 2001;14:559-562.

HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner e Sundarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

KAPLAN, E. B.; SHEINER, L. B.; BOECKMANN, A. J. The usefulness of preoperative laboratory screening. **JAMA**, 1985;253:3576-3581.

MACPHERSON, D. S.; SNOW, R.; LOFGREN, R. P. Preoperative screening: value of previous tests. **Ann Intern Med**, 1990;113:969-973.

NARR, B. J.; HANSEN, T. R.; WARNER, M. A. Preoperative laboratory screening in healthy Mayo patients: cost-effective elimination of tests and unchanged outcomes. **Mayo Clin Proc**, 1991;66:155-159.

PASTERNAK, L. R. Preoperative evaluation, testing, and planning. **Anesthesiol Clin North Am**, 2004;22:XIII-XIV.

Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. **Anesthesiology**, 2002;96:485-496.

PRICE, C. P. Evidence-based laboratory medicine: supporting decision-making. **Clin Chem**, 2000;46:1041-1050.

ROIZEN, M. F.; COHN, S. Preoperative evaluation for elective surgery —what laboratory tests are needed? **Adv Anesth**, 1993;10:25-47. 06.

ROTHROCK, J. C. **Alexander's care of patient in surgery**. 14. Ed. St.Louis, MO: Mosby Jones & Bartlett, 2014.

TURNBULL, J. M.; BUCK, C. The value of preoperative screening investigations in otherwise healthy individuals. **Arch Intern Med**, 1987; 147:1101-1105.

ATUAÇÃO DURANTE OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO-ANESTÉSICOS

Durante a cirurgia, as responsabilidades de enfermagem são fornecer segurança e bem-estar ao paciente, coordenar a equipe e realizar assepsia e atividades de circulação da SO.

Como o estado emocional do paciente continua sendo uma preocupação, a equipe de enfermagem intraoperatória fornece aos pacientes informações e segurança, dando continuidade ao cuidado iniciado pelo enfermeiro de pré-operatório.

O enfermeiro apoia estratégias de enfrentamento e reforça a capacidade do paciente de influenciar os resultados, incentivando a participação ativa no plano de cuidados, incorporando considerações culturais, étnicas e religiosas, conforme apropriado.

Instrumentador Cirúrgico

O enfermeiro, o técnico de enfermagem ou outro profissional de saúde realizam as atividades de instrumentador cirúrgico, o que inclui:

- Assepsia das mãos;
- Montagem das mesas estéreis;
- Preparo de suturas, ligaduras e equipamentos especiais (ex.: um laparoscópio, que é um endoscópio fino inserido através de uma pequena incisão em uma cavidade ou articulação utilizando tecnologia de fibra óptica para projetar imagens ao vivo de estruturas em um monitor de vídeo);
- e auxílio ao cirurgião e a assistentes cirúrgicos durante o procedimento, prevendo os instrumentos e materiais que serão necessários, tais como esponjas, drenos e outros equipamentos.

Enquanto a incisão cirúrgica é fechada, o instrumentador cirúrgico e o enfermeiro circulante contam todas as agulhas, esponjas e instrumentos para se certificar de que foram contabilizados e não ficaram como objeto estranho no corpo do paciente (ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES [AORN], 2014; ROTHROCK, 2014).

As normas exigem que todas as esponjas usadas na cirurgia possam ser visualizadas na radiografia e que a contagem de esponjas seja realizada no início da cirurgia e duas vezes ao seu fim (ao iniciar o fechamento das feridas e novamente depois de a pele ter sido fechada).

Enfermeiro Circulante

O enfermeiro circulante, um enfermeiro ou técnico de enfermagem qualificado, trabalha em colaboração com os cirurgiões, anestesistas e outros profissionais de saúde para planejar o melhor curso de ação para cada paciente.

Neste papel de liderança, o enfermeiro circulante gerencia a SO e protege a segurança e a saúde do paciente, acompanhando as atividades da equipe cirúrgica, verificando as condições da SO e avaliando continuamente o paciente em busca de sinais de lesão, bem como implementando intervenções apropriadas.

A principal responsabilidade é a verificação do termo de consentimento, se este não tiver sido obtido, não é possível iniciar a cirurgia. A equipe é coordenada pelo enfermeiro circulante, que garante a limpeza, a temperatura adequada, a umidade, a iluminação correta, o funcionamento seguro dos equipamentos, bem como a disponibilidade de suprimentos e materiais (ROTHROCK, 2014).

Cirurgião

O cirurgião, que pode ser um médico ou odontólogo, realiza o procedimento cirúrgico e lidera a equipe cirúrgica. Nos EUA, as qualificações e o treinamento devem aderir às normas da Joint Commission, às normas do hospital e às práticas e procedimentos reconhecidos pela legislação (ROTHROCK, 2014).

Primeiro Assistente

O primeiro assistente é um médico, membro da equipe da SO, que atua sob a supervisão direta do cirurgião. As responsabilidades do primeiro assistente podem incluir manipular tecidos, fornecer exposição

ao campo cirúrgico, suturar e manter a hemostasia. A função exige um profundo conhecimento de anatomia e fisiologia, o manuseio de tecido e princípios de assepsia cirúrgica.

O primeiro assistente precisa estar ciente dos objetivos da cirurgia, ter conhecimento e capacidade de antecipar as necessidades e trabalhar como um membro qualificado da equipe, assim como deve ser capaz de lidar com qualquer situação de emergência na SO (ROTHROCK, 2014).

Anestesiologista ou Enfermeiro Anestesista

O anestesiologista ou anestesista (médico) ou o enfermeiro anestesista é especificamente treinado na arte e ciência da anestesiologia, isto é, um profissional de saúde qualificado e especificamente treinado que administra medicamentos anestésicos.

O anestesiologista ou o enfermeiro anestesista avalia o paciente antes da cirurgia, elege a anestesia, administra-a, entuba o paciente se necessário, gerencia quaisquer problemas técnicos relacionados com a administração do agente anestésico e supervisiona a condição do paciente durante todo o procedimento cirúrgico.

Antes de o paciente entrar na SO, muitas vezes nos exames de pré-admissão, o anestesiologista ou o enfermeiro anestesista consulta o paciente para realizar uma avaliação, oferecer informações e responder a perguntas. O tipo de anestésico a ser administrado, as reações anteriores a fármacos anestésicos e as anormalidades anatômicas conhecidas que tornariam difícil o manejo das vias respiratórias estão dentre os temas abordados.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES (AORN). **Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN) standards, recommended practice, and guidelines**. Denver, CO: Author, 2014.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Injury Prevention & Control**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/injury/>. Acesso em: 29 mar. 2022.
- ERDLING, A.; JOHANSSON, A. Core temperature — The intraoperative difference between esophageal versus nasopharyngeal temperatures and the impact of prewarming, age, and weight: A randomized clinical trial. **AANA Journal**, 2015, 83(2), 99–105.
- HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner e Sudarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.
- NATIONAL Patient Safety Goals. **Joint Commission**, 2016. 2016. Disponível em: www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Acesso em: 29 mar. 2022.
- PADA, S.; PERL, T. M. Operating room myths: What is the evidence for common practices? **Current opinion in infectious diseases**, 2015, 28(4), 369–374.
- ROTHROCK, J. C. **Alexander's care of patient in surgery**. 14. Ed. St. Louis, MO: Mosby Jones & Bartlett, 2014.
- SOBCZAK, K. Complications of perioperative hypothermia. **OR Nurse**, 2014, 8(5), p. 33–39.

I RECUPERAÇÃO DA ANESTESIA

A unidade de recuperação pós-anestésica (URPA), também chamada de sala de recuperação pós-anestésica ou sala de recuperação, está localizada ao lado da SO. Os clientes ainda sob anestesia ou em recuperação da anestesia são admitidos nessa unidade com fácil acesso a enfermeiros experientes e qualificados, aos anestesistas e cirurgiões, ao monitoramento e suporte hemodinâmico e pulmonar avançados, a equipamentos especiais e medicamentos. (BRUNNER; SUDDARTH, 2017).

Em alguns hospitais e centros cirúrgicos ambulatoriais, o cuidado pós-anestésico é dividido em três fases (ROTHROCK, 2010).

- Na URPA fase I, utilizada durante a fase de recuperação imediata, prestam-se cuidados de enfermagem intensiva;
- Na URPA fase II, o cliente é preparado para o autocuidado ou para o cuidado no hospital ou em um ambiente de cuidados prolongados;
- Na URPA fase III, o cliente é preparado para a alta. Poltronas reclináveis, em vez de macas ou leitos, é o usual em muitas unidades de fase III, que também podem ser chamadas de salas de retorno, salas de despertar ou unidades de cuidados progressivos. Em muitos hospitais, as unidades de fase II e III ficam juntas.

Os clientes podem continuar em uma URPA por até 4 a 6 h, dependendo do tipo de cirurgia e de quaisquer condições preexistentes. Em instituições sem unidades de fase I, II e III separadas, o cliente permanece na URPA e pode receber alta dessa unidade diretamente para casa. (ROTHROCK, 2010).

Admissão Do Cliente à Unidade de Recuperação Pós-Anestésica

A preocupação com a segurança do paciente cirúrgico é anterior à descoberta da anestesia, isto é, em 1801, em Newcastle já se planejou um local ao lado das salas de operações, onde os pacientes submetidos à cirurgia pudessem ser observados. (NOCITE JR., 1987).

Na década de 1940 algumas características de funcionamento desta unidade já estavam bem definidas, dentre elas, a atuação de enfermagem especializada com capacidade de reconhecer alterações na evolução pós-anestésica dos pacientes, planejar e implementar cuidados específicos que prevenissem complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico. (NOCITE JR., 1987).

Segundo a portaria MS/GM 1.884 de 11/11/1994, que revogou a portaria MS 400, de 1977 (D.O.U 15/12/77), estabeleceu-se a obrigatoriedade da Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA) para receber no mínimo 2 pacientes simultaneamente em condições satisfatórias. Esta portaria ressalta que sua capacidade operativa deve guardar relação com um programa de trabalho determinado para a unidade. (BRASIL, 1994).

A SRPA é o local destinado a receber pacientes em pós-operatório imediato submetidos às anestésias geral e/ou locorregional, onde são implementados cuidados intensivos, até o momento em que o paciente esteja consciente, com reflexos protetores presentes e com estabilidade de sinais vitais. Para tanto, são necessários recursos técnicos e recursos humanos especializados que deem suporte para prevenção, detecção e implementação precoce dos cuidados específicos (MIYAKE *et al.*, 2002).

As primeiras 24 horas do pós-operatório exigem atenção especial da equipe de saúde, pois o paciente pode apresentar distúrbios pulmonares, cardiovasculares, renais, entre outros, que devem ser reconhecidos e tratados imediatamente, evitando complicações neste momento (PADOVANI; GATTO; PENICHE, 1998).

A equipe multiprofissional atuante neste período tem como objetivo oferecer suporte ao paciente no período de recuperação da anestesia, até que haja estabilidade cardiorrespiratória e recuperação da consciência; prevenir ou tratar possíveis complicações; e estabelecer medidas para aliviar a dor pós-operatória (PENICHE, 1995).

Compõe esta equipe o anestesologista, o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem. Compete ao enfermeiro prestar assistência segura, racional e individualizada, dando suporte ao paciente durante seu retorno ao estado fisiológico normal após anestesia. A intervenção de enfermagem deve ter como enfoque principal a segurança do paciente, para tanto, é necessário que haja um número de enfermeiros suficientes (PENICHE, 1995).

Para o dimensionamento de recursos humanos, propõe-se um cálculo proporcional do número de profissionais de enfermagem em relação ao número de pacientes na SRPA (POSSARI, 2003).

No Brasil, o modelo de cálculo de pessoal de enfermagem é fundamentado no número de leitos de SRPA, sendo: um enfermeiro para cinco leitos, um técnico de enfermagem para três leitos, e um auxiliar de enfermagem para cinco leitos (BRASIL, 1988).

Uma das finalidades desta proporção é oferecer uma intervenção de enfermagem individualizada, pelo grau de dependência em que se encontra o paciente, ou seja, compatível com as alterações e as necessidades básicas afetadas.

A preocupação com a qualidade da assistência de enfermagem oferecida ao paciente cirúrgico tem sido uma constante, principalmente, quando relacionado à alta complexidade que envolve o cuidado em SRPA (PENICHE, 1998).

Manejo de Enfermagem na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica

O objetivo do manejo de enfermagem para o cliente na URPA consiste na prestação de cuidados até que o cliente tenha se recuperado dos efeitos da anestesia (ex.: até a retomada das funções motoras e sensitivas), esteja orientado, esteja com sinais vitais estáveis e não mostre sinais de hemorragia ou outras complicações (SPRY, 2009).

● **Avaliação do Cliente**

Avaliações frequentes e habilidosas das vias respiratórias, das funções respiratória e cardiovascular, da coloração da pele, do nível de consciência do cliente e da sua capacidade de responder a comandos são os pilares do cuidado de enfermagem na URPA (WEBER; KELLEY, 2010).

O enfermeiro realiza e documenta uma avaliação inicial como parâmetro basal e, em seguida, examina o local da cirurgia à procura de sinais de drenagem ou hemorragia, e garante que todos os tubos de drenagem e linhas de monitoramento estão conectados e funcionando. O enfermeiro verifica quaisquer soluções intravenosas (IV) ou medicamentos atualmente infundidos, além da dose e da velocidade de infusão (ASPAN; SCHICK; WINDLE, 2010). Depois da avaliação

inicial, os sinais vitais e o estado físico geral do cliente são verificados pelo menos uma vez a cada 15 min (MILLER *et al.*, 2010).

O enfermeiro precisa conhecer todas as informações pertinentes da história do cliente que podem ser significativas (ex.: o cliente é surdo ou tem déficit auditivo, tem história pregressa de convulsões, tem diabetes melito ou é alérgico a algum fármaco ou a látex). A administração dos analgésicos necessários ao cliente no período pós-operatório é uma prioridade, para proporcionar alívio da dor antes que esta se torne intensa e facilitar a deambulação precoce (MILLER *et al.*, 2010).

● **Manutenção da Função Respiratória**

O principal objetivo no período pós-operatório imediato é manter a ventilação e, assim, evitar a hipoxemia (diminuição do oxigênio no sangue) e a hiper-capnia (excesso de dióxido de carbono no sangue). Ambas podem ocorrer se as vias respiratórias forem obstruídas e a ventilação for reduzida (hipoventilação). Além de administrar oxigênio suplementar (conforme prescrito), o enfermeiro avalia a frequência e a profundidade respiratórias, a facilidade da respiração, a saturação de oxigênio e os sons respiratórios. (BRUNNER; SUDDARTH, 2017).

Os clientes submetidos à anestesia prolongada geralmente estão inconscientes, com todos os músculos relaxados. Esse relaxamento se estende aos músculos da faringe. Quando o cliente se encontra em decúbito dorsal, a mandíbula e a língua caem para trás e as passagens de ar ficam obstruídas. Isso é chamado de obstrução da hipofaringe.

Os sinais de oclusão incluem:

- Asfixia;
- Respirações ruidosas e irregulares;
- Diminuição da saturação de oxigênio;
- E, em poucos minutos, cor azul escura (cianose) da pele.

Como o movimento do tórax e do diafragma não necessariamente indica que o cliente está respirando, o enfermeiro precisa colocar a palma da mão sobre o nariz e a boca do doente para sentir a expiração.

O anestesista pode deixar uma cânula rígida de borracha ou plástico na boca do cliente para manter a perviedade das vias respiratórias. Esse dispositivo não deve ser removido até que sinais, como engasgos, indiquem que a ação reflexa está retornando. Uma opção é deixar o cliente com o tubo endotraqueal quando ele necessita de ventilação mecânica. O enfermeiro ajuda a iniciar a utilização do respirador, bem como os processos de desmame e extubação.

Alguns clientes, especialmente aqueles submetidos a procedimentos cirúrgicos de grande porte ou prolongados, podem ser transferidos da SO diretamente para a unidade de terapia intensiva (UTI) ou da URPA para a UTI, enquanto ainda entubados e recebendo ventilação mecânica. Na maior parte das instituições, o cliente é despertado e extubado na SO (exceto em casos de traumatismo ou de condição grave) e é admitido na URPA respirando de modo independente (BRUNNER; SUDDARTH, 2017).

● **Hipotensão e Choque**

A hipotensão pode resultar em perda de sangue, hipoventilação, mudanças de posição, acúmulo de sangue nas extremidades ou efeitos colaterais de fármacos e anestésicos. A causa mais comum é a perda de volume circulante resultante da perda de sangue e plasma. Se o volume de sangue perdido for superior a 500 ml (especialmente se a perda for rápida), normalmente se indica a reposição (BRUNNER; SUDDARTH, 2017).

O choque, uma das complicações pós-operatórias mais graves, pode resultar da hipovolemia e da diminuição do volume intravascular. O choque é classificado como hipovolêmico, cardiogênico, neurogênico, anafilático ou séptico. Os sinais clássicos do choque hipovolêmico (o tipo mais comum de choque) são palidez; pele fria e úmida; taquipneia; cianose de lábios, gengivas e língua; pulso rápido, fraco e filiforme; pressão diferencial estreitada; pressão arterial baixa; e urina concentrada. (EWAN *et al.*, 2010).

● **Hemorragia**

A hemorragia é uma complicação grave da cirurgia, embora rara, que pode resultar em choque hipovolêmico e morte. Pode manifestar-se de modo insidioso ou emergencial, em qualquer momento do pós-operatório imediato ou até vários dias depois da cirurgia. O cliente apresenta hipotensão; pulso rápido e filiforme; desorientação; inquietação; oligúria; assim como pele fria e pálida.

A fase inicial do choque manifesta-se como sensação de apreensão, diminuição do débito cardíaco e redução da resistência vascular. A respiração torna-se difícil, e o cliente manifesta “fome de ar”; ele sente frio (hipotermia) e pode ouvir zumbidos. Se os sinais e sintomas de choque não forem tratados, o cliente ficará progressivamente mais fraco, mas pode permanecer consciente até perto da morte (MILLER *et al.*, 2010; ROTHROCK, 2010).

● **Hipertensão Arterial e Arritmias Cardíacas**

A hipertensão arterial é comum no pós-operatório imediato, decorrente da estimulação do sistema nervoso simpático pela dor, hipoxia ou distensão vesical. As arritmias estão associadas a desequilíbrio eletrolítico, função respiratória alterada, dor, hipotermia, estresse e anestésicos. Tanto a hipertensão arterial quanto as arritmias cardíacas são controladas tratando as causas subjacentes (BRUNNER; SUDDARTH, 2017).

● **Alívio da Dor e da Ansiedade**

O enfermeiro da URPA monitora o estado fisiológico do cliente, controla a dor e fornece apoio psicológico, em um esforço para aliviar seus medos e preocupações. O enfermeiro verifica o prontuário à procura de necessidades e preocupações especiais do cliente. Analgésicos opioides são administrados principalmente por via IV na URPA (ROTHROCK, 2010).

Os opioides IV proporcionam alívio imediato da dor e são de ação rápida, minimizando assim o potencial de interações medicamentosas ou depressão respiratória prolongada enquanto os anestésicos ainda estão ativos no organismo (WEST, 2011). Quando a condição possibilitar, o cliente pode receber visitas na URPA, para diminuir a ansiedade da família e fazer com que ele se sinta mais seguro.