



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
SORAIA BEATRICE TRAMONTIN SCHULER

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO OPERACIONAL DA PRÁTICA DO
CENTRO CIRÚRGICO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE:
UMA PROPOSTA DE AÇÕES DE EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Florianópolis

2010

SORAIA BEATRICE TRAMONTIN SCHULER

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO OPERACIONAL DA PRÁTICA DO
CENTRO CIRÚRGICO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE:
UMA PROPOSTA DE AÇÕES DE EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Projeto de Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico.

Orientador: Prof. Enf. Flávia Costa Britto, Msc.

Florianópolis

2010

SORAIA BEATRICE TRAMONTIN SCHULER

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO OPERACIONAL DA PRÁTICA DO
CENTRO CIRÚRGICO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE:
UMA PROPOSTA DE AÇÕES DE EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Esta monografia foi julgada adequada à adequação do título de Especialista em Centro Cirúrgico e aprovado em sua forma final pelo Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de Setembro de 2010.

Prof. e Orientadora Flávia Costa Britto, Msc
Universidade do Sul de Santa Catarina

RESUMO

O presente estudo correspondeu a avaliação final do curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Tem como objetivo geral construir uma proposta de implementação do protocolo operacional da prática (POP) do Centro Cirúrgico (C.C.), através da educação permanente. Este estudo é uma pesquisa qualitativa convergente-assistencial, onde os dados foram analisados com objetivo de encontrar alternativas para realizar mudanças, introduzir inovações a ser desenvolvidas no local do estudo, através do referencial teórico de Paulo Freire. A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) tem uma abordagem qualitativa, possibilitando um contato direto com o objeto a ser pesquisado, permitindo ao pesquisador, adentrar no mundo dos significados das relações e ações humanas, proporcionando um maior conhecimento acerca da situação que se busca desvelar. (KUZNIER, 2007). A pesquisa foi desenvolvida no Centro Cirúrgico do Imperial Hospital de Caridade, na cidade de Florianópolis/SC, no período de junho a agosto. A população envolvida foi à equipe que compõem o corpo de enfermagem, em atividade, do C.C., que aceitarem participar do estudo, após orientação dos objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi realizada através de encontros diários com a população descrita acima, para selecionar, conhecer, discutir e aperfeiçoar os protocolos operacionais da prática (POP). O registro e análise de dados foram realizados a cada encontro com os colaboradores através do instrumento pré-elaborado pelas pesquisadoras, que contempla a descrição do POP em discussão, levantamento das não conformidades, o consenso final em relação aos POPs e avaliação quanto à atividade dos colaboradores e observações das pesquisadoras. Como exposto em todo o momento deste estudo, os princípios éticos descritos acima foram atentamente observados e respeitados para que possamos exercer a enfermagem com humanismo, justiça, competência sem discriminação de qualquer natureza, respeitando as crenças e valores da equipe de enfermagem. Durante o estudo houve uma troca de conhecimento teórico-prático entre as pesquisadoras e a equipe de enfermagem o que consolidou a importância do uso da teoria de Paulo Freire e contribui para nossa vida profissional, a partir do momento que entendemos que o educando tem seu conhecimento e este deve ser compartilhado com o educador, assim como o educador compartilha o seu. Palavras-chaves: Enfermagem em centro cirúrgico, Educação e Técnica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
1.1	OBJETIVO GERAL	8
1.1.1	Objetivos Específicos.....	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1	CENTRO CIRÚRGICO.....	11
2.1.1	Estrutura Física do Centro Cirúrgico	12
2.1.2	Estrutura Operacional do Centro Cirúrgico	14
2.2	EDUCAÇÃO PERMANENTE	15
2.3	PROTOCOLO OPERACIONAL DA PRÁTICA (POP)	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	23
4.1	LOCAL DO ESTUDO.....	23
4.2	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	25
4.3	POPULAÇÃO.....	26
4.4	MÉTODO DE COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DE DADOS	27
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
5	ANÁLISE DOS DADOS	29
5.1	POSICIONAMENTO CORRETO DOS COXINS E FAIXA DE CONTENSÃO DOS CLIENTES CIRÚRGICOS	29
5.2	POSICIONAMENTO CORRETO DA PLACA DE CAUTÉRIO.....	31
5.3	ROTINAS DO TRANS-OPERATÓRIO.....	32
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	36
	APÊNDICE	40
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	41
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	43
	APÊNDICE C - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CLIENTE NO TRANS- OPERATÓRIO (MODIFICADO)	44
	ANEXO.....	47
	ANEXO A – ATRIBUIÇÕES DOS COLABORADORES DO CENTRO CIRÚRGICO	48

ANEXO B – POP 1 – POSICIONAMENTO CORRETO DOS COXINS E FAIXA DE CONTENSÃO DOS CLIENTES CIRÚRGICOS.	58
ANEXO C – POP 2 - POSICIONAMENTO CORRETO DA PLACA DE CAUTÉRIO	63
ANEXO D – POP 3 - ROTINAS DO TRANS-OPERATÓRIO	64
ANEXO E – EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DO CLIENTE NO TRANS- OPERATÓRIO	67

1 INTRODUÇÃO

Devido à importância da assistência perioperatória para o paciente e todo o processo cirúrgico, é necessária a implementação da sistematização para desenvolver ações uniformes da equipe de enfermagem nos cuidados e atividades rotineiras, pois o cuidado de enfermagem, ao paciente, mesmo de forma indireta deve ser embasado no conhecimento.

O gerenciamento dos cuidados de enfermagem perioperatória, ao paciente submetido à intervenção anestésico-cirúrgico, exige implementar normas e rotinas integradas aos colaboradores da equipe de enfermagem, priorizar a assistência ao paciente, dependendo do grau de complexidade clínica e cirúrgica, realizar plano de cuidados de enfermagem e supervisionar a continuidade da assistência prestada aos pacientes cirúrgicos.

As normatizações e rotinas de enfermagem perioperatória têm por objetivo reduzir riscos e danos, proporcionando a equipe de enfermagem maior segurança, tranquilidade e qualidade na assistência prestada, entretanto é necessário que os profissionais da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico (C.C.) recebam capacitações periódicas, no sentido de conhecer, identificar e prevenir fatores de risco.

Entretanto, considerando o extenso papel de gerenciamento do Enfermeiro no C.C., não é incomum que a educação permanente seja delegada a um segundo plano, sendo este estudo um caminho para minimizar esta condição.

Na prática diária do C.C. é possível identificar a não conformidade dos profissionais da equipe de enfermagem perante as normas e rotinas. Após a identificação dos pontos críticos a serem trabalhados, utilizamos a educação permanente periódica com as enfermeiras e presença de toda equipe de enfermagem, proporcionando troca de experiências, debates e adequação aos cuidados a serem realizados.

A uniformidade da assistência é avaliada através nos protocolos operacionais da prática (POP) já definidos, assim buscamos implementar uma assistência de qualidade visando o bem estar do paciente e família, mostrando a importância do cuidar baseado no referencial teórico de Paulo Freire, que foi utilizado como referencial teórico

Não desejamos a realização automática de técnicas, mas, aliar o saber ao fazer, mesmo diante de ações consideradas simples. Por isso, há necessidade de profissionais comprometidos com o cuidar e que, em busca de resultados comuns, estejam envolvidos com a filosofia da instituição e possam cooperar e envolver toda sua equipe, participando dos

processos para melhoria da assistência oferecida. (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008).

O objetivo dos POP é esclarecer dúvidas, mas deve ser de modo contínuo, assim como a educação permanente e, por isso, há necessidade de treinamento específico sobre a sua utilização para a melhor compreensão sobre o porquê de não acontecer a realização de técnicas padronizadas por todos os profissionais. (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008).

O presente estudo, estimulado pela pós-graduação Gestão de Enfermagem no C.C. proporcionou uma ampla reflexão da equipe de enfermagem, através da discussão sobre os protocolos operacionais da prática (POP) já existentes. Demonstrando a importância da educação permanente aliada ao gerenciamento de enfermagem do C.C.

1.1 OBJETIVO GERAL

Construir uma proposta de implementação do protocolo operacional da prática (POP) do C.C., através da educação permanente.

1.1.1 Objetivos Específicos

- Identificar os problemas da equipe de enfermagem frente as dificuldades e deficiências de implementar os protocolos operacionais da pratica (POP).
- Avaliar com a equipe de enfermagem do C.C., a implementação das normas e rotinas perioperatórias.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Association of Operating Room Nurses (AORN), foi fundada em 1949, tendo como objetivos criar uma base de conhecimento para enfermeiros de C.C., de promover ao paciente um cuidado responsável por meio de programas educacionais e de constituir uma associação para todos os profissionais que atuam nessa área. Na década de 60 a AORN se comprometeu em melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico. (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p.691).

Conforme Prá e Piccoli (2004), uma forma de se prestar uma assistência individualizada e humanizada ao paciente é a través da sistematização de enfermagem, pois é através desta que o enfermeiro consegue avaliar o paciente, planejar e implementar os cuidados.

Segundo Ladden (1997), a enfermagem perioperatória é um processo sistematizado e planejado que segue um roteiro com objetivo de prestar ao paciente uma assistência de qualidade e individualizada.

A sistematização da assistência de enfermagem perioperatória provê uma melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, pois resulta em um processo individualizado, planejado, avaliado e com continuidade, por abranger os períodos, pré, trans e pós-operatório. (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p.691).

Cabe ao enfermeiro realizar o levantamento de dados sobre o paciente submetido ao procedimento cirúrgico, determinar os diagnósticos de enfermagem, implementar um plano de cuidados e avaliar os resultados, ou seja, o enfermeiro faz uso do processo de enfermagem como metodologia assistencial para planejar e implementar ações de cuidados perioperatórios. (LADDEN, 1997).

No entanto as atribuições do enfermeiro no CC, tem se tornado cada dia mais complexas, pois cabe a este profissional integrar as atividades técnicas, administrativas, assistenciais, de ensino e pesquisa. (PENICHE, 2000).

Assim, segundo Fonseca e Peniche (2009), o enfermeiro do CC se defronta com um problema em desenvolver sua assistência de enfermagem perioperatória, ficando dividido ao que teria condições de fazer. Essa dúvida cresce a cada dia à medida que as instituições de saúde não compreendem a assistência de enfermagem do paciente cirúrgico no período perioperatório, desviando o enfermeiro da função assistencial para gerencial.

O atual desvio de função dos enfermeiros do C.C. interfere diretamente no ensino teórico-prático por parte das instituições formadoras de enfermeiros, que deixam em segundo plano o ensino da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, enaltecendo as tarefas administrativas. (AVELAR; TEIXEIRA, 2005).

Existindo assim, Segundo Avelar e Teixeira (2005), uma tendência em deter o conhecimento instrumental tecnológico que se choca com a busca da qualidade de ensino da assistência de enfermagem perioperatória no CC. O ensino da assistência perioperatória tenta extinguir essa desarticulação, mas não acha espaço para discussão desta situação.

É esperado do enfermeiro no período perioperatório do paciente, que ele seja competente tecnicamente, exiba julgamentos independentes e tenha aptidão para tomada de decisão. (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p.691).

De acordo com Prá e Piccoli (2004), cada profissional tem sua bagagem educacional, sua cultura e percepções, estas podem influenciar diretamente em sua assistência de enfermagem, gerando ações distintas, no entanto a finalidade destas deve ser a mesma. Priorizando um cuidado integral focado nas necessidades do paciente e agindo de preferência no momento em que elas acontecem.

O saber em enfermagem possui bases pragmáticas e empíricas, assim temos que buscar informações no conhecimento produzido relacionando-o as práticas gerais e as práticas inerentes a este saber. O conhecimento surge de uma integração de saberes sejam eles sociais ou culturais. Esta situação exige novas responsabilidades, posturas e a necessidade de reorganização de conteúdos, ampliando a discussão das práticas já existentes. (AVELAR; TEIXEIRA, 2005).

A intermediação e a união da prática instrumental e da assistência de enfermagem perioperatória, sem o domínio de uma sobre a outra, poderá possibilitar o entendimento e à transformação, redirecionando o ensino, configurando a abertura de espaços novos, postos ao alcance de propostas participativas na criação de soluções próprias, visualizadas numa prática livre, diferente dos modelos gessados. (AVELAR; TEIXEIRA, 2005).

Garcia, Goronzi e Martendal (2004), afirmam que não se pode obrigar a pessoa a evoluir, mas esta pode ser estimulada a fazer, a criar possibilidades que a conduza a novos desempenhos, ou seja, a educação influencia o crescimento e a mudança.

A educação é a prática fundamental para o desenvolvimento humano, influenciando de maneira ampla e profunda sua existência, tendo um papel determinante no próprio processo de humanização e de transformação social do homem. Este é um aspecto

fundamental que diferencia os homens dos demais seres vivos. (GARCIA; GORONZI; MARTENDAL, 2004).

2.1 CENTRO CIRÚRGICO

A portaria 400, de 6 de dezembro de 1977, definiu o C.C. como um conjunto de elementos reservados as atividades cirúrgicas e recuperação anestésica, podendo ser considerado uma unidade complexa devido as suas características e assistência especializada. (BRASIL, 1977).

O C.C. é formado por um conjunto de áreas e instalações que permite efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o paciente e conforto da equipe. Tendo como finalidade, realizar procedimentos cirúrgicos com o objetivo de formar, treinar e desenvolver recursos humanos, de encaminhar o paciente para sua unidade de origem nas melhores condições, e ainda de desenvolver pesquisas para aprimoramento de novas técnicas cirúrgicas e assépticas. (POSSARI, 2009).

Na área hospitalar, podemos afirmar que o C.C. é um dos setores que passou por grandes modificações em função da evolução das técnicas cirúrgicas, anestésicas e dos recursos materiais e de equipamentos utilizados nos procedimentos cirúrgicos. (GATTO, 1996).

Na instituição hospitalar, existe a percepção que o C.C. é considerado o setor mais importante, ou, o que mais atrai atenção pela evidência dos resultados, dramaticidade das operações e principalmente pela decisão curativa da cirurgia. Sua importância está diretamente relacionada por ser o local onde o paciente deposita toda a sua esperança, por necessitar de tecnologia de ponta para prestar assistência de qualidade, ser o setor mais dispendioso do Hospital, pelo grande número de profissionais que ali atuam, cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, ao expressivo número de estagiários e aos aspectos específicos, diretamente relacionados ao controle de infecção hospitalar e otimização de custos. (POSSARI, 2009).

O C.C. solicita apoio adequado de modo que os aspectos técnico-administrativos referentes à planta física e localização, aos equipamentos, ao regimento, às normas, às rotinas e aos recursos humanos sejam assegurados como mecanismos que subsidiem a prevenção e o

controle dos riscos e sustentem, a prática, a proteção ético-legal da equipe e da instituição. (POSSARI, 2009).

De acordo com Ghellere et al. (1993), em um C.C. todas as atividades exigem estado de alerta máximo, pois são realizados procedimentos invasivos, que podem colocar em risco a vida do paciente. Haja vista, por tanto, a necessidade contínua de prevenção e controle dos riscos associados, a condição que determinou a intervenção cirúrgica, o estado do paciente na internação, a própria tecnologia de intervenção e a capacidade instalada da unidade com destaque especial para as condições de trabalho e o preparo dos recursos humanos.

Assim, a instituição deve buscar constantemente e garantir que os profissionais que ali trabalham, mantenham-se atualizados em relação ao conhecimento técnico-científico desenvolvido, permitindo, assim, que se possa prestar assistência adequada. Não somente no que se refere a novas tecnologias voltadas aos procedimentos cirúrgicos, mas também no que toca a oferecer conforto ao paciente e à equipe de trabalho. (JOAQUIM, 2005).

Quanto à localização, o C.C. deve estar em uma área que ofereça a segurança necessária à técnica asséptica, portanto distante de locais de grande circulação de pessoas, de ruído e poeira. A localização ideal deve ser a mais próxima das Unidades de Internação Cirúrgica, do Pronto Socorro e da Unidade de Terapia Intensiva, de modo a contribuir a intervenção imediata e melhor fluxo de pacientes. (POSSARI, 2009).

Para efeito de organização, um C.C. é caracterizado por dois componentes principais: estrutura física e estrutura operacional.

2.1.1 Estrutura Física do Centro Cirúrgico

Na sua estrutura são considerados os equipamentos e as instalações. Os equipamentos, por sua vez, são qualificados em equipamentos fixos e equipamentos móveis. Os equipamentos, em geral, compõem um aspecto bastante importante no que diz respeito às especialidades que uma sala de cirurgia poderá atender. (POSSARI, 2009).

Em relação às instalações, ele é dividido em: sala de operação, devidamente aparelhada; sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), com leitos equipados para o atendimento dos pacientes no pós-operatório até que os mesmos estejam recuperados e em

condições de irem para as suas áreas de origem; e central de material e esterilização, área para preparo, armazenamento e distribuição de artigos estéreis. (POSSARI, 2009).

O C.C. é constituído, também, de elementos independentes e indispensáveis para o seu funcionamento que são:

Vestiários: situados na entrada do C.C., são geralmente pares separando os sexos, masculino e feminino, além de ser o local para troca de roupas privativas, também serve para controle, permitindo somente à entrada de pessoas autorizadas a unidade de C.C.. É necessário que este possua sanitários, chuveiros e armários com chaves. (POSSARI, 2009).

Conforto/ Copa: espaço destinado a refeições rápidas, com objetivo de evitar lanches em local inadequado e dispersão do pessoal em horários de pico. (POSSARI, 2009).

Área de recepção de pacientes: local reservado para receber os pacientes. (POSSARI, 2009).

Sala de material de limpeza: local de guarda dos materiais de limpeza e utensílios reservados para limpeza do C.C.. (POSSARI, 2009).

Secretaria: espaço de gerenciamento do C.C.. (POSSARI, 2009).

Elementos de apoio: banco de sangue, sala onde ficam estocados sangue e hemoderivados necessários as cirurgias eletivas da escala diária, raios-X, laboratório e anatomia patológica, sala estruturada para realização de exames para diagnóstico emergencial, farmácia, controle e fornecimento de medicações. (POSSARI, 2009).

A estrutura física também é dividida de acordo com o controle de assepsia que o ambiente requer. Considerando este aspecto, a estrutura é dividida em: área restrita, área semi restrita e área não restrita. (SOBECC, 2000).

◆ Área Restrita: entendida como a que tem limites definidos para a circulação de pessoal e equipamentos, com rotinas próprias para o controle e manutenção da assepsia. Privativa do pessoal vestido com a indumentária cirúrgica completa, com rígido controle de trânsito e assepsia. Sala de Operação. (SOBECC, 2000).

◆ Área Semi Restrita: área que permite a circulação de pessoal e equipamentos de modo a não interferir nas rotinas de controle e manutenção da assepsia da área restrita. Compreendendo corredores, a recuperação pós anestésico deve estar com uniforme privativo do C.C.. Corredores do bloco operatório. (SOBECC, 2000).

◆ Área Não Restrita: entende-se como a área de circulação livre no ambiente interno do C.C., não precisa de uniforme privativo, contempla: vestiários e administração. (SOBECC, 2000).

O C.C. é considerado pela Portaria 1884/94 (Brasil, 1994) e 930/92 (Brasil, 1992) como área crítica, ou seja, ambiente onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, pelos procedimentos ali realizados.

2.1.2 Estrutura Operacional do Centro Cirúrgico

Cabe à instituição hospitalar definir em regimento interno os princípios administrativos do seu C.C.. Nele deverá ser definida a composição da equipe que nele atua e o mantém em condições de utilização. No entanto, o regimento deve seguir a política Estadual e Nacional de saúde, a legislação vigente e observar o código de ética dos profissionais envolvidos na atividade. (SOBECC, 2000).

Segundo Ghellere (1993), o conjunto de profissionais e auxiliares que prestam assistência direta ao paciente durante a permanência dele no C.C., compõe a equipe cirúrgica. Essa equipe é composta por: anestesiológista, assistente ou auxiliar de cirurgia, circulante, cirurgião, enfermeiro e instrumentador. As demais pessoas envolvidas indiretamente com o paciente, como escriturários, auxiliares de limpeza e auxiliares de controle de estoque, compõem a equipe de apoio.

O C.C. é, portanto, uma organização complexa, formado por várias partes que se relacionam para além de um layout arquitetônico, equipamentos e aparelhagem sofisticada. O relacionamento destas partes é importante, tendo em vista que o seu funcionamento só ocorre de forma adequada quando os critérios destas relações estiverem bem definidos, ou seja, integrados.

Nesta perspectiva, torna-se prioritária a identificação da estrutura organizacional e da posição da equipe de enfermagem no contexto administrativo geral do hospital como primeiro passo na análise da situação administrativa de um C.C., considerando os papéis da equipe no funcionamento da unidade cirúrgica. Além disso, a definição de papéis e a clareza sobre os limites de atuação dos membros da equipe, especialmente da enfermagem, são imprescindíveis para o funcionamento adequado de qualquer setor na área da saúde.

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura (UNESCO), conceituou educação permanente a partir do princípio de que o homem, durante toda a sua existência, está em processo de educação, preocupando-se com o seu desenvolvimento pessoal e profissional, com a evolução das capacidades, motivações e aspirações. (DELORS, 1999).

A educação permanente pode ser conceituada como um método de ensino e aprendizagem dinâmico e contínuo, tendo como propósito a análise e aprimoramento da capacitação de pessoas e grupos, para enfrentarem a evolução tecnológica, as necessidades sociais e se adequarem aos objetivos e metas da instituição a que pertencem. (FREIRE; SILVA, 1999b; 2000).

A Educação Permanente é, portanto, uma das formas de se propor o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos recursos humanos das instituições. (SOUZA; CERIBELLI, 2004).

Nesse sentido, Davini (1994), ao refletir sobre essa temática entende a mesma, como sendo o conjunto de experiências que se seguem à formação do profissional permitindo ao trabalhador, manter, aumentar ou melhorar sua competência, visando o desenvolvimento de suas responsabilidades.

A educação permanente é componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. Sendo o capital humano o elemento mais importante no funcionamento de qualquer empresa, grande ou pequena, pública ou privada, ele deve ser objeto de análises permanentes e de adequação de funções para melhorar a eficiência do trabalho, a competência profissional e o nível de satisfação do pessoal. (OGUISSO, 2000).

Souza (1993) refere ainda, que a educação permanente nas instituições deve acompanhar o profissional desde a sua inclusão, fazendo-o adaptar-se à mesma e dando-lhe condições de prosseguir na sua atuação profissional, mantendo sua prática relevante e orientada, valorizando o seu fazer diário.

O desenvolvimento de um processo educativo junto a adultos no seu ambiente de trabalho ou para o seu trabalho, deve levar em consideração que o ponto de partida da

aprendizagem é a experiência adquirida por esses profissionais em sua vida e que cada um já vem com uma bagagem. (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008).

Na área de saúde observa-se, também, a necessidade de educar os profissionais de enfermagem para que se proporcione melhor assistência ao paciente que depende dos serviços e da organização hospitalar. Essa é uma profissão que solicita atualização contínua, devido à evolução tecnológica e científica. Nesse sentido, a enfermagem utiliza, muitas vezes, o serviço de educação permanente para garantir aos seus funcionários conhecimentos para uma atuação eficaz. (SOUZA; CERIBELLI, 2004).

Tendo em vista que a enfermagem é exercida em todas as instituições por um grupo heterogêneo, começando pelo próprio nível de formação que varia do elementar ao universitário. É fundamental então, o desenvolvimento programas educacionais que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, preparando, dessa forma, profissionais capacitados para darem suas contribuições à sociedade. (DAVIM; TORRES; SANTOS, 1999).

O marco conceitual da Educação Permanente é o de aceitar que formação e desenvolvimento devem ser feitos de modo: descentralizado e transdisciplinar, que propicie a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, a melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. (DAVIM; TORRES; SANTOS, 1999).

Assim, a educação permanente precisa ser considerada como parte de uma política global de qualificação dos trabalhadores de saúde, centrada nas necessidades de transformação da prática. (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008).

Em sintonia com essas idéias, SILVA et al. (1986), enfatizam que a educação continuada atuante pode conduzir à melhoria da assistência de enfermagem, promover satisfação no serviço e melhorar as condições de trabalho na busca de um objetivo comum, através da identificação de problemas, insatisfações, necessidades e a utilização de meios e métodos para saná-los

Segundo Bagnato (1999), um dos caminhos para uma assistência de qualidade, é a educação permanente. Onde se respeita o paciente e o profissional, englobam-se programas de ensino que possibilita aos trabalhadores oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades em suas ações profissionais, integrando o processo produtivo ao educativo, contemplando as necessidades da instituição, mas também as necessidades, as expectativas de elaboração de conhecimentos, experiências que vão além das exigências profissionais imediatas, respeitando as particularidades pessoais.

Na prática assistencial da enfermagem, o enfermeiro é um educador em todos os campos de sua atuação. Estará sempre comprometido com a função de educar, pois sua prática envolve ações na área social, no ensino, na pesquisa, na administração, na responsabilidade legal e na participação em associações de classe. (CRIVARE; SILVA; 1996).

Nesse sentido, torna-se imprescindível que o enfermeiro assuma a responsabilidade pela educação contínua de sua equipe, ajudando a melhorar o padrão de assistência prestada no hospital e comunidade, promovendo a valorização dos recursos humanos em saúde. (DAVIM; TORRES; SANTOS, 1999).

Deste modo se faz necessário que esses profissionais tenham acesso a novos conhecimentos técnicos e habilidades interpessoais, é com esse objetivo que a educação permanente e continuada deve ser vista pela direção e gestores, como uma forte aliada e um veículo de comunicação para o alcance da qualidade e objetivos organizacionais, partindo de todo referencial teórico e da experiência exercida durante as práticas de cuidado. (CARNEIRO et. al 2006).

A transformação pode dar-se a curto, médio e longo prazo, considerando-se o tempo de assimilação, a dificuldade de cada indivíduo e as próprias falhas do processo educativo, que pode sofrer reformulações de acordo com os experimentos e avaliações. Por isso a importância de ser contínua, pois a carência de aprender e transformar são inerentes à condição de ser humano. (CESAR et al. 2010).

O profissional que atua no CC precisa desenvolver habilidades, conhecer os POPs e ter maturidade profissional para atender a demanda diária de forma segura. Necessita, também, sentir-se valorizado em suas tarefas, para dessa forma alcançar satisfação profissional.

2.3 PROTOCOLO OPERACIONAL DA PRÁTICA (POP)

Com objetivo de promover uma assistência humanizada e de qualidade, os serviços de saúde, com a finalidade de reduzir os custos e satisfazer o paciente, têm procurado qualificar o cuidado prestado. A área de Enfermagem, então, começa a despertar para a qualidade da assistência, através do aprimoramento o gerencial e da administração dos

cuidados de enfermagem, com o intuito de alcançar não só um padrão aceitável de assistência, mas também a atender as expectativas de trabalhadores e pacientes. (ANTUNES; TREVIZAN, 2000).

A ansiedade de prestar serviços de saúde com qualidade não é atual, o objetivo do paciente ao buscar os serviços hospitalares, é de restabelecer sua saúde, solucionar problemas e equilibrar as disfunções. Para proporcionar um serviço de qualidade a esse paciente, é indispensável um sistema gerencial que reconheça as suas necessidades, estabeleça padrões e busque mantê-los para assegurar a sua satisfação. (NOGUEIRA, 2003).

A preocupação com o gerenciamento da qualidade pode ser vantajoso à enfermagem, abrindo espaço para a implementação de novas metodologias e para realizar mudanças necessárias para melhoria da assistência e contentamento da equipe e do paciente. (ANTUNES; TREVIZAN, 2000).

A forma mais adequada de dar início a padronização é através da compreensão de como ocorre todo o processo, nesse caso é necessária uma representação sistematizada um Procedimento Operacional Padrão (POP), que descreve cada passo seqüencial de um determinado procedimento, apontando seus pontos críticos, que deverá ser seguido pelo profissional para garantir o resultado adequado e de qualidade. (GUERREIRO; BECARIA; TREVIZAN, 2008).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A metodologia problematizadora, aplicada em uma instituição de saúde demonstra a preocupação da autora na construção de um processo educativo reflexivo, possibilitando que os demais profissionais da equipe de enfermagem oportunidade de demonstrarem o comprometimento com a realidade, estimulando exercer o potencial criativo de participação, na esperança de construção de uma outra realidade, baseando-se na Lei do Exercício Profissional.

Paulo Freire foi o mentor deste tipo de metodologia que procura mostrar o papel político que a educação pode vir a desempenhar na construção de uma sociedade aberta. Mediante a educação problematizadora, busca a transformação da realidade, através da consciência articulada com a prática desafiadora e transformadora por meio da consciência, do diálogo crítico, da fala e da vivência.

Optamos pelo referencial teórico de Paulo Freire por este estudo se tratar de uma pesquisa com base na educação permanente da equipe de enfermagem que compõem o C.C.. Acreditamos que ao entender a importância da educação podemos ter base para concretizar nosso trabalho, assim, buscamos neste referencial o arcabouço de sustentação as nossas indagações.

Segundo Feitosa (1999), Paulo Freire criou uma nova história pedagógica para o Brasil e a América Latina. Ao construir um dos paradigmas mais importantes da pedagogia contemporânea, rompendo com a educação tradicionalista e comprometendo-se com os seres humanos. Num contexto de desarticulação da escola com a sociedade, contribuiu para formação de uma sociedade democrática ao construir um projeto educacional democrático e libertador.

Conforme Paulo Freire (1979), a educação é um processo com base em uma concepção dialética, onde o educador e o educando aprendem juntos numa relação de troca, na qual a prática, orientada pela teoria, re-orienta essa teoria, num processo constante de aperfeiçoamento.

Freire (1979) refere que retornar a prática é a melhor maneira de refleti-la e pensá-la e assim conseguiremos transformá-la. Por isso, é importante pensar o concreto, a realidade e não apenas pensar pensamentos.

O processo educativo pode gerar organização e ampliar as condições de cidadania da população, e, por conseguinte mobilizá-la para ações, no sentido de contribuir para sua

qualidade de vida. Este processo exige determinação, participação e responsabilidade a medida que os indivíduos detêm o conhecimento da realidade. (GARCIA, GORONZI e MARTENDAL, 2004).

Assim, Rios (1994) refere que necessitamos de recorrer a ética como “mediadora na atuação profissional, porque ela se tornará presente na definição e organização do saber que será transmitido”. Isso implica na necessidade de conhecimento, compreensão e respeito à cultura do outro.

Freire (1979) defende que para ensinar devemos ter respeito ao conhecimento do outro, aceitar o novo e se despir de qualquer forma de discriminação, acatar a autonomia de cada um, acreditar que a mudança é possível, ter disponibilidade para o diálogo, compromisso, criticidade, ética e estética.

Freire (1999a) afirma que o mais importante da prática educativo-crítica é criar condições para que educandos entre si e com o professor treinem a experiência de assumir-se. A relação professor/aluno (no caso, enfermeira/profissionais de enfermagem) deve ser horizontal, onde ambos mantêm o diálogo, posicionam-se e buscam, como sujeitos, a troca de conhecimentos e superação das desigualdades.

A partir disso, acredita-se ser de fundamental importância que a enfermeira dê-se conta de seu papel de educadora para a saúde e de disseminadora do conhecimento, bem como de sua relevância na motivação, estímulo e busca de estratégias de ensino-aprendizagem que atendam aos reais anseios dos demais membros da equipe de enfermagem, possibilitando aos mesmos, condições para que possam perceber criticamente sua realidade e, a partir daí, desenvolver potencialidades que resultarão no entendimento da prática e uma melhor assistência a seus clientes de forma consciente e efetiva, melhorando, conseqüentemente, sua atividade profissional. (FREIRE, 1999b).

Ainda na metodologia de Freire a ação de educar deve estar em constante processo de modificação a para se adequar a realidade atual. Para compreender melhor este processo de transformação, é preciso estar nítido os princípios que constituem o método. (FEITOSA, 1999).

O primeiro princípio citado por Feitosa (1999) está relacionado à politicidade do ato educativo.

Uma das idéias essenciais do primeiro princípio é a inexistência de uma educação pura. A educação está em constante adaptação de significados para uma realidade atual em que o homem vivencia no momento. (FEITOSA, 1999).

Assim sendo, o educador perde a visão tradicionalista de detentor do saber, e passa a assumir o papel de organizador do debate. O educador também fica responsável por conhecer o universo dos educandos, partindo do reconhecimento das culturas, dos conhecimentos vividos que se manifestam através de suas histórias, e por meio do diálogo constante, com o educando, reinterpretando-os e os recriando. (FEITOSA, 1999).

Deste modo, os enfermeiros, neste trabalho serão estimuladores e organizadores dos debates nos momentos de encontro com a equipe de enfermagem, estimulando-os a participar e relatar suas experiências em relação as barreiras e facilidades de executar os POPs.

O segundo princípio parte da idéia do diálogo e da interação entre os enfrentamentos de educador e educando, entre educando e educador e o objeto do conhecimento, entre natureza e cultura. (FEITOSA, 1999).

A educação problematizadora se estabelece numa relação dialógica entre os homens/mulheres, garantindo a participação de todos, ultrapassando o senso comum e aumentando o conhecimento e a visão crítica da realidade. Educandos e educadores buscam superar uma visão ingênua, partindo para a conscientização e transformação do mundo vivido. (FREIRE, 1999b).

Paulo Freire ao entender de Feitosa (1999) interpreta que a dialogicidade está associada à tríade do educador, educando e o objeto do conhecimento. Essas três categorias em concomitância e inseparáveis é um princípio presente no método.

Aprender segundo este princípio torna-se um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da realidade vivida pelo aprendiz e só tem significado frente a aproximação crítica da realidade, pois o diálogo existente entre homem, cultura e natureza, constitui-se uma prática de Círculo da Cultura proposta por Freire. (FEITOSA, 1999).

O “Círculo de Cultura” é apontado como um método de trabalho, no qual se assegura o diálogo e a participação dos componentes do grupo. Este método baseia-se numa relação horizontal, dialógica e participativa, em que não existe um que sabe e outro que não sabe, mas um educador que pode aprender com os educandos e educandos que podem aprender com o educador, numa possibilidade permanente de troca de conhecimentos. (FREIRE, 1999).

A metodologia de Freire compreende uma seqüência de ações, ou seja, é classificada como uma metodologia, que é entendida após se conhecer os momentos que compõem esta metodologia. (FEITOSA, 1999).

O primeiro momento trata-se da Investigação temática, onde se realiza o estudo da realidade, este não se limita a uma simples coleta de dados, mas percebe como o educando sente sua realidade, superando a simples constatação dos fatos. Essa percepção proporciona ao educador maior conhecimento de seu grupo, e assim o ajuda a definir seu ponto de partida.

No caso do estudo será o momento de definição de conhecer as práticas que geram maior problema de execução na concepção dos colaboradores do C.C.

O segundo momento envolve a seleção dos temas geradores e as palavras geradoras. Através da escolha dos temas e das palavras geradoras, inicia-se a codificação e descodificação em busca do seu real significado social, ou seja, a consciência do vivido. Assim, pode-se ir além do limite de conhecimento dos educandos, possibilitando a melhor compreensão a fim de poder intervir criticamente. (FEITOSA, 1999).

A abordagem e a problematização dos diferentes temas emergidos deve ocorrer conforme a priorização do grupo, estabelecida a partir das suas necessidades e do objetivo da proposta. Para cada encontro, o grupo sugere um ou mais de um sub-tema a ser focalizado, entre os apresentados. No decorrer dos encontros, cada participante deve manifestar a sua visão sobre a temática focalizada, baseada no seu viver. (FREIRE, 1999a).

Neste sentido, relacionando ao estudo, será o momento de selecionar os POPs que contemplam a prática apontada pela equipe e identificar o ponto a ser desenvolvido de forma a facilitar a compreensão de todos no decorrer dos encontros.

O terceiro momento engloba a Problematização, onde se busca a superação da visão ingênua por uma visão crítica, capaz de transformar o contexto vivido. (FEITOSA, 1999).

Segundo Freire (1999a), a tomada de consciência dos participantes, leva o grupo a compartilhar o vivido, conhecer a realidade, evidenciar necessidades e analisá-las, exigindo uma ação uma busca da superação de suas dificuldades.

Assim, com o estudo, buscamos após a discussão dos POPs um pensamento análogo da equipe em relação às práticas problematizadas com ferramentas para superá-las.

Alguns participantes poderão assumir um compromisso maior em relação ao seu fazer, através da busca e implementação de estratégias para a superação e enfrentamento dos problemas evidenciados, com uma mudança em suas posturas, um maior envolvimento e comprometimento. No entanto, as modificações ou transformações no cotidiano vivido dependem do envolvimento e do compromisso assumido individual e coletivamente. Assim, é imprescindível a participação ativa do grupo. (FREIRE, 1999a).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Methodus vem do grego methodos em que “meta” é um conhecido prefixo que significa de através de e “hodos” é caminho, estrada. Assim, etimologicamente, um caminho através do qual se procura chegar a algo ou um modo de fazer algo. O método científico é o modo pelo qual os estudiosos constroem conhecimentos no campo da ciência. (TURATO, 2003).

Para Lakatos e Marconi (2008) a metodologia explica como, quando e onde será realizada a pesquisa, significa um encaminhamento do discente ao mundo dos procedimentos sistemáticos e racionais, auxiliando-o a atuarem além da prática no mundo das idéias. Relacionando com o foco do estudo concordamos com Polit et al. (2004, p. 40) ao destacar que a pesquisa em enfermagem é:

A investigação sistemática que usa métodos para responder as questões ou resolver problemas. A meta final da pesquisa é desenvolver, refinar e expandir um corpo de conhecimentos sobre os temas de importância para os enfermeiros, incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Imperial Hospital de Caridade. Trata-se de uma instituição generalista que tem como missão a valorização do paciente e respeito ao meio ambiente, através da busca de novas tecnologias, serviços de saúde de qualidade e com profissionais éticos e qualificados. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2010).

Hoje onde está localizado o Hospital existia a capela Menino Deus, que foi fundada em 2 de maio de 1962 na vila desterro (Florianópolis), por Joana de Gusmão. O Imperial Hospital de Caridade foi inaugurado no dia 1º de janeiro de 1789. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2010).

Meio século após sua construção, o hospital encontrava-se em estado de ruína e necessitava de uma nova edificação. Em 30 de julho 1845 foi aprovada a nova edificação sobre a coordenação do engenheiro Dr. Moreno. O lançamento da pedra fundamental contou com a presença do Imperador D. Pedro II e outras autoridades. O hospital foi autorizado, por

carta, a usar o título “Imperial” em 18 de junho de 1846. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2010).

No dia 5 de abril de 1994, ocorre uma tragédia, o Hospital, na época com 205 anos de existência, sofre um incêndio sem explicação, tendo 70% de sua área construída destruída pelas chamas. Alguns meses depois, no dia 22 de agosto o Imperial Hospital de Caridade reabre suas portas. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2010).

O Hospital de Caridade é hoje referência para todo o estado, contando com 224 leitos ativos, divididos em 13 alas de pacientes. Composta também de duas UTI's (geral e coronariana), e um C.C., contendo sete salas e uma sala de recuperação pós- anestésica, com oito leitos. Atualmente são realizadas 517 cirurgias ao mês de diferentes especialidades (cardíaca, geral, urologia, ortopedia, neurologia, proctologia, ginecologia, vascular, buco-maxilo, torácica, plástica e cabeça e pescoço), por consequência são encaminhados 480 pacientes para SRPA, sendo que os demais são encaminhados para UTI ou UNICOR. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2010).

Trata-se de uma instituição generalista que tem como missão a valorização do paciente e respeito ao meio ambiente, através da busca de novas tecnologias, serviços de saúde de qualidade e com profissionais éticos e qualificados. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2010).

Hoje onde está localizado o Hospital existia a capela Menino Deus, que foi fundada em 2 de maio de 1962 na vila desterro (Florianópolis), por Joana de Gusmão. O Imperial Hospital de Caridade foi inaugurado no dia 1º de janeiro de 1789. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2010).

Meio século após sua construção, o hospital encontrava-se em estado de ruína e necessitava de uma nova edificação. Em 30 de julho 1845 foi aprovada a nova edificação sobre a coordenação do engenheiro Dr. Moreno. O lançamento da pedra fundamental contou com a presença do Imperador D. Pedro II e outras autoridades. O hospital foi autorizado, por carta, a usar o título “Imperial” em 18 de junho de 1846. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2010).

No dia 5 de abril de 1994, ocorre uma tragédia, o Hospital, na época com 205 anos de existência, sofre um incêndio sem explicação, tendo 70% de sua área construída destruída pelas chamas. Alguns meses depois, no dia 22 de agosto o Imperial Hospital de Caridade reabre suas portas. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2010).

O Hospital de Caridade é hoje referência para todo o estado, contando com 224 leitos ativos, divididos em 13 alas de pacientes. Composta também de duas UTI's (geral e

coronariana), e um C.C., contendo sete salas e uma sala de recuperação pós- anestésica, com oito leitos. Atualmente são realizadas 517 cirurgias ao mês de diferentes especialidades (cardíaca, geral, urologia, ortopedia, neurologia, proctologia, ginecologia, vascular, buco-maxilo, torácica, plástica e cabeça e pescoço), por consequência são encaminhados 480 pacientes para SRPA, sendo que os demais são encaminhados para UTI ou UNICOR. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2010).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa convergente-assistencial, onde os dados serão analisados com objetivo de encontrar alternativas para realizar mudanças, introduzir inovações a ser desenvolvidas no local do estudo.

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) tem abordagem qualitativa, possibilitando um contato direto com o objeto a ser pesquisado, permitindo ao pesquisador, adentrar no mundo dos significados das relações e ações humanas, proporcionando um maior conhecimento acerca da situação que se busca desvelar. (KUZNIER, 2007).

Conforme Minayo et al. (2000, p. 21), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com “o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Segundo Trentini & Paim (2004), a trajetória da pesquisa convergente-assistencial deve conter no seu processo de investigação as seguintes fases: concepção, instrumentalização, perscrutação, análise e interpretação.

Na fase de concepção é determinado o tema, a questão de pesquisa, os propósitos, os objetivos, a revisão de literatura, introdução e justificativa. A escolha do espaço de pesquisa, dos participantes, dos métodos e técnicas de obtenção das informações é realizada na fase de instrumentação.

Na fase de perscrutação, principalmente as entrevistas e observação participante que valorizam o escutar o outro com sensibilidade e criatividade, configuram estratégias para

a obtenção de dados. A coleta e organização de informações, síntese, teorização e recontextualização constituem a fase de análise.

A última fase da PCA, a de interpretação, agrega os resultados do processo: síntese (associações e variações das informações), teorização (relações reconhecidas no processo de síntese: pressupostos e questionamentos) e transferência (socialização dos resultados singulares).

Este estudo tem as principais características de uma pesquisa convergente-assistencial, pois a construção da proposta de implementação do protocolo operacional da prática (POP) do C.C., através da educação permanente, faz parte do cotidiano das pesquisadoras.

4.3 POPULAÇÃO

A equipe do C.C. é formada por 36 funcionários, sendo 1 chefia de enfermagem, 1 enfermeira assistencial, 28 técnicos de enfermagem, 4 auxiliares, 1 maqueiro, 1 auxiliar administrativo. Que são divididos em turnos de 8 horas, 6 horas e 12 horas, organizados em turnos e contra turnos.

Foram convidados a participar deste estudo a equipe que compõem o corpo de enfermagem, em atividade, do C.C. do Imperial Hospital de Caridade, todos que aceitaram participar do estudo, após orientação dos objetivos do estudo, garantindo anonimato, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Desta forma, houve participação de 100% dos profissionais, entretanto a frequência foi variável chegando entre 100 a 75% de frequência para cada colaborador, gerando um certificado fornecido pelo setor de educação corporativa do Recursos Humanos do IHC.

4.4 MÉTODO DE COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DE DADOS

Realizaremos Realizaremos encontros diários com os funcionários para conhecimento, discussões e aperfeiçoamento dos protocolos operacionais da prática. Estes encontros foram pré-elaborados e organizados pelas enfermeiras responsáveis por este estudo.

O registro e análise de dados foi realizado a cada encontro com os colaboradores através de instrumento pré-elaborado pelas pesquisadoras (Apêndice B), que contempla a descrição do POP em discussão, levantamento das não conformidades, o consenso final em relação aos POPs e avaliação quanto a atividade dos colaboradores e observações das pesquisadoras.

O critério na escolha dos POPs que serão escolhidos para a pesquisa será com base nas dificuldades encontradas pelos colaboradores.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética é a ciência de comportamento do homem em sociedade sendo evidenciadas por seu compromisso e responsabilidades sociais, políticas e econômicas. O profissional de enfermagem tem como compromisso e responsabilidade a educação e a orientação de pessoas de forma individual, sem subestimar as crenças, valores e pontos de vista dos indivíduos (GELAIN, 1994).

Embora este estudo não seja uma pesquisa de campo, mas sim uma prática convergente assistencial, a mesma será desenvolvida respeitando os princípios da Resolução no 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Essa resolução incorpora quatro referenciais básicos da bioética, ou seja, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos dos indivíduos e das coletividades e os deveres que dizem respeito à comunidade científica.

O desejo da equipe de enfermagem em participar deste estudo será comprovado através do Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, sendo garantidos os esclarecimentos sobre o estudo, liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento no momento

que lhe convir, garantia de anonimato e de sigilo que assegure privacidade quanto aos dados, inclusive na divulgação dos resultados.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem reúne normas e princípios, direitos e deveres pertinentes à conduta ética do profissional que deve ser assumido por todos (COREN/SC, 2010). Os seus Princípios Fundamentais guiaram nossa prática assistencial, sendo eles:

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida do ser humano e da coletividade.

Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

O Profissional de Enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem à saúde da população e da defesa dos princípios das políticas de saúde, que garantam a universalidade, integralidade, resolutividade, preservação da autonomia, participação da sociedade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza, exercendo suas atividades com justiça competência, de acordo com os princípios da ética e bioética.

Desta forma, durante a realização deste estudo, os princípios éticos descritos acima serão atentamente observados e respeitados para que possamos exercer a enfermagem com humanismo, justiça, competência sem discriminação de qualquer natureza, respeitando as crenças e valores da equipe de enfermagem.

5 ANÁLISE DOS DADOS

O estudo O estudo foi realizado no período de junho a julho de 2010. Inicialmente foi realizada a apresentação do trabalho aos profissionais da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico do Imperial Hospital de Caridade e definindo as datas dos futuros encontros.

Na primeira reunião foi esclarecida as atribuições de cada membro da equipe de enfermagem, pois a chefia do CC já havia solicitado as pesquisadoras que fizessem uma reflexão acerca do assunto, devido às divergências internas. (ANEXO A).

Também no encontro inicial foram selecionados para discussão e revisão os seguintes POPs, sugeridos pelos colaboradores devido as dúvidas apresentadas neste mesmo encontro. Sendo os seguintes: posicionamento correto dos coxins e faixa de contensão dos clientes cirúrgicos, posicionamento correto da placa de cautério e rotinas do Trans-operatório.

Conforme o referencial teórico no primeiro encontro ocorreu a investigação temática e os temas geradores, definindo o ponto de partida para as discussões posteriores.

A metodologia dos encontros iniciou através da revisão dos POPs, foram destacadas as necessidades e expectativas da equipe, através da problematização havendo ampla discussão, até o momento do consenso.

Vale destacar que para cada POP foi oferecido, previamente, aos participantes um suporte teórico, através de uma apresentação com revisão bibliográfica sobre o tema, afim de que percebessem suas potencialidades e limitações.

Estimulando o levantamento de não conformidades, através de debates e exemplos de situações vivenciadas pelos colaboradores até ocorrer um consenso havendo uma adequação ou mudança.

Segue abaixo a descrição dos encontros detalhando os passos descritos acima.

5.1 POSICIONAMENTO CORRETO DOS COXINS E FAIXA DE CONTENSÃO DOS CLIENTES CIRÚRGICOS

O POP posicionamento correto dos coxins e faixa de contensão foi o tema da segunda reunião, selecionado pelas pesquisadoras depois de observarmos o impresso,

evolução de enfermagem do cliente no trans-operatório, onde o posicionamento dos coxins não estava sendo registrado e que na prática diária este cuidado não estava sendo realizado.

A equipe de enfermagem mostrou-se receptiva a base teórica, que lhes foi apresentada na forma de apresentação em “PowerPoint” no notebook. Tivemos nesta reunião a participação de 13 colaboradores pela manhã, 15 colaboradores no período vespertino e 4 no período da noite. Em todos os turnos a receptividade foi a mesma. Todos participaram fazendo questionamentos, observações e os próprios concluíram que este cuidado quando realizado não estava sendo de forma correta.

Na tabela 1 mostramos a descrição do POP, as não conformidade, o consenso, se a avaliação da equipe e as observações das pesquisadoras.

Tabela 1 – POP 1

	POP 1
1)Descrição do POP	Posicionamento correto dos coxins e faixa de contenção dos clientes cirúrgicos (ANEXO B).
2)Levantamento de não conformidades	Os colaboradores observaram que estes cuidados não estavam sendo realizados corretamente. Relatando que quando posicionavam o paciente este não estava seguro e que faziam uso de esparadrapo para contenção.
3)Consenso	A partir desta reunião os colaboradores se comprometeram em posicionar o paciente de forma adequada e segura utilizando os coxins e as faixas de contenção.
4)A estratégia foi positiva?	A equipe de enfermagem avaliou positivamente este encontro, pois puderam questionar e elucidando suas dúvidas. Sugerindo outros temas e solicitando uma continuidade neste trabalho.
Observações:	A equipe mostrou-se receptiva a educação continuada, sendo que o posicionamento de coxins e as áreas de pressão foram as questões mais debatidas, mostrando os riscos do mau posicionamento do cliente e as medidas de prevenção.

Fonte: Instrumento para coleta de dados (Apêndice B).

5.2 POSICIONAMENTO CORRETO DA PLACA DE CAUTÉRIO

Na terceira reunião, abordamos o tema posicionamento da placa de cautério, solicitado pela equipe de enfermagem, que durante a reunião sobre o posicionamento dos coxins levantou o tema.

Ao contrário da reunião anterior que o cuidado não era realizado ou feito de forma incorreta, este cuidado, com a placa de cautério era realizado de forma correta, mas sem o conhecimento teórico.

Assim neste encontro, baseadas no referencial teórico de Paulo Freire, onde o conhecimento do educando deve ser valorizado, selecionamos algumas cirurgias e solicitamos que os profissionais posicionassem a placa de cautério para aquele procedimento e a partir desta atividade explicamos a base teórica para placa ser locada de tal forma.

Este encontro foi bastante gratificante, houve uma participação diferente do encontro anterior, neste observamos uma ânsia pelo saber, por deter o conhecimento.

A tabela a seguir mostra a descrição do POP, o levantamento das não conformidades, o consenso dos profissionais, a avaliação dos profissionais e as observações das pesquisadoras.

Tabela 2: POP 2

	POP 2
1)Descrição do POP	Posicionamento correto da placa de cautério (ANEXO C)
2)Levantamento de não conformidades	Não houve o levantamento de não conformidades.
3)Consenso	A placa está sendo posicionada de forma correta.
4)A estratégia foi positiva?	Os colaboradores concluíram que a educação continuada contribuiu para o conhecimento científico do posicionamento ideal das placas antes realizada de forma mecânica.
Observações:	Por ter sido uma sugestão da equipe a receptividade foi

	maior que o POP anterior, pois envolveu informações novas, de cunho científico que somou para o embasamento teórico da prática que já estava sendo realizada corretamente.
--	--

Fonte: Instrumento para coleta de dados (Apêndice B).

5.3 ROTINAS DO TRANS-OPERATÓRIO

O quarto e último encontro foi um resgate do segundo encontro, onde pesquisadoras e equipe de enfermagem concluíram que o cuidado não estava sendo realizado e que quando realizado não era de forma correta.

No início do trabalho as pesquisadoras já tinha observado que alguma anotações no impresso evolução de enfermagem do cliente no trans-operatório (ANEXO E), não estavam sendo feitas o que gerava dúvida se o cuidado tinha o não sido realizado.

Assim a abordagem neste encontro foi realmente o que os impedia de preencher os impresso e explicamos a necessidade deste cuidado para o paciente e para a própria equipe que poderia usá-lo como defesa em alguma situação onde estes estivessem sendo julgados.

Neste encontro o ponto alto foi de forma inesperada a solicitação de um novo impresso que facilitasse o preenchimento e que contivesse mais informações a cerca do procedimento cirúrgico, afim de, contemplar todo tipo de intervenção que o cliente pudesse sofrer na sala cirúrgica.

A tabela a baixo descreve o POP, o levantamento das não conformidades, o consenso dos profissionais, a avaliação e a observações das pesquisadoras.

Tabela 3: POP 3

	POP 3
1)Descrição do POP	Rotinas do trans-operatório (ANEXO D)
2)Levantamento de não conformidades	Preenchimento incorreto dos impressos, evolução de enfermagem e arquivamento das fitas de indicadores e integradores químicos no prontuário.

3)Consenso	O motivo levantado pelos colaboradores por esta falha está relacionado ao volume de cirurgias. Houve o comprometimento de dar mais atenção as rotinas que eram consideradas impertinentes e desnecessárias, pois acreditavam que estas não estão relacionadas à assistência ao paciente.
4)A estratégia foi positiva?	Mostra que o trabalho prestado ao paciente foi realizado de forma segura trazendo um respaldo ao profissional que assistiu o cliente. Trazendo mais segurança para a rastreabilidade dos materiais e do que foi realizado no ato cirúrgico.
Observações:	Observamos uma conscientização e uma melhoria nos registros de enfermagem, resultando em um menor número de erros no preenchimento. Obrigando-nos a realizar uma melhoria na evolução de enfermagem de forma que esta ficasse mais prática resultando em um menor índice de erros e maior número de procedimentos para um respaldo legal. (APENDICE C).

Fonte: Instrumento para coleta de dados (Apêndice B).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver este estudo me fez ratificar a importância da educação permanente, devido às exigências sempre maiores impostas pelo momento atual de criação, renovação e invenção de tecnologias, integração de conhecimentos, atualização do cuidado a ser realizado pela enfermagem e a exigência de nossos clientes de um serviço de qualidade.

A equipe de enfermagem envolvida neste estudo avaliou-o como um momento importante de troca de conhecimentos e aprendizado. Corroborando com o referencial teórico deste estudo.

Freire (1999a) afirma que o mais importante da prática educativo-crítica é criar condições para que educandos entre si treinem a experiência de assumir-se. A relação professor/aluno (no caso, enfermeira/profissionais de enfermagem) deve ser horizontal, onde ambos mantêm o diálogo, posicionam-se e buscam, como sujeitos, a troca de conhecimentos e superação das desigualdades.

A proposta do referencial teórico teve como eixo a formação no trabalho, visando à transformação pela reconstrução e adição da identidade dos profissionais com a articulação e levantamento dos saberes e práticas dos colaboradores.

Através destes momentos posso discutir condutas que interferiam diretamente ou indiretamente em uma assistência de qualidade ao paciente.

Percebo nos nossos encontros, entre a equipe de enfermagem que este estudo trouxe redução de riscos e danos, aumentando a segurança do paciente através do cuidado atencioso, sério e competente do profissional de Enfermagem. Destaco que a capacitação permanente é o meio mais eficaz para que o cuidado possa ocorrer com eficiência.

A Educação permanente, na minha percepção, é uma via de mão dupla, havendo ao mesmo tempo uma equipe receptiva para absorver novos conhecimentos e uma Enfermeira aberta as críticas, sugestões, questionamentos e principalmente mudanças, quando baseadas em fundamentação científica. Como já visto, em três revisões de POPs, surgiu um novo instrumento de relatório de enfermagem no trans operatório.

Finalizo este estudo tendo a certeza que a educação permanente é à forma mais adequada para desenvolver uma assistência de enfermagem de qualidade e arriscando dizer que não há como proporcionar a assistência de enfermagem garantindo que os profissionais realizem os cuidados de forma consciente, e segundo Massaroli; Saupe (2008) descrevem a

educação permanente como um objeto de transformação, para melhorar a qualidade dos serviços desenvolvidos, visando alcançar equidade no cuidado sem desigualdade, proporcionando a promoção nas ações educativas em saúde.

Acredito que a realização deste estudo, estimulou a reflexão dos profissionais para que outros estudos possam ser realizados confirmando que o conhecimento não pode ser separado da ação.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, A.V.; TREVIZAN, M.A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev.Latino Am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 35-44, janeiro 2000. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12432.pdf Captado em: 2 de maio de 2010.

AVELAR, Maria do Carmo Querido; SILVA, Arlete. Assistência de enfermagem perioperatória: ensino em cursos de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.39, n.1. Mar. 2005. Disponível <
<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00806-2342005000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Mar.2010.

BAGNATO M.H.S. **Educação continuada na área de saúde: uma aproximação crítica**. In: Bagnato M.H.S, Cocco I.M., Sordi M.R.L., organizadores. Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos outros olhares. Campinas (SP): Alíneas; 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 400 de 6 de dezembro de 1977. Dispõe sobre critérios de construção e acabamento de serviços de saúde. Brasília. **Diário Oficial da República do Brasil**, 6 de dez de 1977.

_____, Ministério da Saúde. Portaria 930 de 27 de agosto de 1992. Dispõe sobre normas e instruções para o controle de infecções hospitalares no país. Brasília. **Diário Oficial da República do Brasil**, Seção I, 12279-82, 4 de set de 1992.

_____, Ministério da Saúde. Portaria 1884 de 11 de novembro de 1994. Dispõe sobre normas destinadas ao exame e aprovação dos projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de saúde. Brasília. **Diário Oficial da República do Brasil**, Seção I, 19523-549, 15 dez. 1994.

_____, Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República do Brasil**, DF, 10 de out. 1996. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 16/04/2010.

CARNEIRO, M. S. et al. **Educação permanente em saúde no desenvolvimento organizacional do serviço de enfermagem da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará**. Revista Paraense de Medicina. Vol. 20 (4) out. – dez, 2006.

CESAR, E. D. et al.. **Educação Permanente e Continuada: Instrumento para a Prática de Enfermagem**. Disponível em: www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.048.pdf Captado em: 2 de maio de 2010.

COREN/SC, Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Consolidação da Legislação e Ética Profissional**. Série Cadernos de Enfermagem vol. 1 Florianópolis, 2010. p: 100.

DAVINI, M.C. **Praticas laborales en los servicios de la salud: las condiciones del aprendizaje en educación permanente de personal de la salud**. EUA: Organización Panamericana de la Salud, 1994. (Série desarrollo de recursos humanos).

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; SANTOS, S.R.. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000500006 > Acesso 02 Maio 2010.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez/MEC/UNESCO; 1999.

FEITOSA, S.C.S.. Método Paulo Freire: **Princípios e práticas de uma concepção popular de educação** Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. 2004. 133f. Dissertação de Mestrado - Universidade de São Paulo.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1999a.

_____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999b.

FONSECA, R.M.P.; PENICHE, A.C.G.. Enfermagem em centro cirúrgico.: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103 >. Acessos em 15 mar 2010

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L..A.. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, out. 2002. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=pt&nrm=iso >. Acessos em 15 mar 2010.

GARCIA, C. C; GORONZI, T. A.; MARTENDAL; M. P. **Condição Crônica de Saúde: Um Enfoque Dialógico no Cuidado Transcultural, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2004. 150f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

GATTO, M.A.F. **Análise de utilização de salas de operações**. São Paulo, 1996. 155p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo.

GELAIN, I.. Repensando o Enfoque da Ética Profissional. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.3, n.2, p: 29 – 34, jul./dez. 1994.

GHELLERE, T., ANTÔNIO, M.C. e SOUZA, M.L. de. **Centro Cirúrgico: aspectos fundamentais para enfermagem**. 3ª ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 1993.

GUERRERO, G.P.; BECCARIA, L.M.; TREVIZAN, M.A.. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev. Latino-Am.**

Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, Dez. 2008. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600005&lng=en&nrm=iso> Captado em 02 de maio 2010.

IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE. **O Hospital**. Disponível em: <
<http://www.hospitaldecaridade.com.br/hospital/index.html>>. Acesso em: 16/04/2010.

JOAQUIM, E.D.. **Análise de um Novo Centro Cirúrgico para O Hospital Universitário Cajuru: Estudo de Caso Baseado em Simulação Computacional, Engenharia de Produção e Sistemas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná**. 2005. 125f. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

KUZNIER, T. P. **O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si**. 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Departamento de Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

LADDEN, S. C. Conceitos Básicos de Enfermagem Perioperatória. In: MEEKER, M. H; ROTHROCK, J. C. **Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, cap 1, p. 3-5.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NOGUEIRA, LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. 4. ed. Belo Horizonte (MG): Editora de Desenvolvimento Gerencial; 2003.

OGUISSO, T. **A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial**. Nursing [Edição Brasileira] 2000.

POLIT, D. F. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 487.

PRÁ, L.A.; PICCOLI, M.. - **Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/> captado em 08/03/2010.

PENICHE, A.C.G. CHAVES, E.C.. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, Jan. 2000. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Mar. 2010.

RIOS, T.A.. **Ética e competência**. 2. ed.. Porto Alegre: Cortez, 1994.

SILVA, A.L.C. et al. Reativação do serviço de educação continuada da divisão de enfermagem do Hospital Prof. Edgard Santos: relato de experiência. **Rev.Bras. Enfermagem**, Brasília, n. 39, v. 1, p. 71-78, jan./mar. 1986.

SILVA, LAA, SAUPE, R. Proposta de um modelo andragógico de educação continuada para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2000.9(2):478-84.

SILVA, M.F. CONCEIÇÃO, F.A.; LEITE, M.M.J.. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde São Paulo**: 2008: jan/mar 32(1):47-55. Disponível em: www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/47a55.pdf Captado em: 2 de maio de 2010.

SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de centro cirúrgico., **Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização**. Práticas recomendadas. 1ª ed. São Paulo, 2000.

SOUZA, M.B.B. de. **A gênese da educação continuada em enfermagem e seu percurso histórico no HCRP/USP-1956-1986**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Ribeirão Preto, 1993. 203p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SOUZA, M.C.B.; CERIBELLI, M.I.P.F.. 2004. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 setembro-outubro; 12(5):767-74 www.eerp.usp.br/rlae

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da Pesquisa clínica-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO OPERACIONAL DA PRÁTICA (POP) DO C.C. ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE:

Uma proposta de ações da equipe de enfermagem.

O (a) Senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir se deseja participar, é importante que o (a) Senhor (a) entenda por que esta pesquisa será feita, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir.

QUAL OBJETIVO DESTA PESQUISA E QUAIS AS INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS?

Este estudo está sendo realizado no Centro cirúrgico. do Imperial Hospital de Caridade sendo as pesquisadoras as Enfermeiras acadêmicas da Especialização em Enfermagem em Centro cirúrgico UNISUL – *Roberta Souza e Soraia Beatrice Tramontin Schuller e Orientação da Prof^a MSc. Enfermeira Flávia Costa Britto – UNISUL.*

O objetivo desta pesquisa é de: *Construir uma proposta de implementação do protocolo operacional da prática (POP) do Centro cirúrgico através da educação permanente.*

EU TENHO QUE PARTICIPAR?

Cabe ao senhor(a) decidir se irá ou não participar. Mesmo que o(a) senhor(a) não queira participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem. Caso decida participar, o(a) senhor(a) irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar, o(a) senhor(a) ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência.

O QUE ACONTECERÁ COMIGO SE EU PARTICIPAR?

Nada acontecerá ao senhor(a), serão realizadas perguntas que o Senhor(a) poderá respondê-las se julgar conveniente, sendo que suas respostas serão escritas na folha de entrevista.

O QUE ACONTECERÁ COM AS INFORMAÇÕES DESTA PESQUISA E COMO OS DADOS PESSOAIS DO (A) SENHOR(A) SERÃO UTILIZADOS?

Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente pelos pesquisadores e orientador desta pesquisa. Também não serão tiradas fotos, nem realizadas filmagens. E a divulgação do resultado visará apenas mostrar os possíveis benefícios obtidos na pesquisa em questão. A divulgação das informações no meio científico será anônima e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que o(a) senhor(a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

QUE CUSTOS TEREI SE PARTICIPAR?

Por ser voluntário e sem interesse financeiro, o(a) senhor (a) não terá nenhum gasto extra e também não terá direito a nenhuma remuneração. No entanto, ao assinar este termo não estará abrindo mão de nenhum direito de indenização.

QUAIS OS POSSÍVEIS BENEFÍCIOS QUE POSSO TER SE PARTICIPAR?

Espera-se com a pesquisa, poder contribuir com a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico para melhor desenvolver suas práticas diárias. Tentando dessa forma minimizar acidentes de trabalho e possíveis intercorrências ao paciente ligadas a prática de enfermagem. Tentando assim, contribuir de forma direta na qualidade do cuidado de enfermagem.

Eu, _____
 ____ recebi informações sobre o estudo acima, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa.

Tive a oportunidade de discuti-las e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo.

Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos ser utilizados conforme descrito neste termo de consentimento. Entendo que receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

COM QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO SE NECESSITAR DE MAIS INFORMAÇÕES?

Em caso de qualquer dano relacionado ao estudo, ou sempre que o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida sobre o estudo, por favor entre em contato com:

Prof^a MSc Flávia Costa Britto

Pesquisador Responsável – Unisul - Telefone: 32256334 e 99819142

Enf^a Soraia Beatrice Tramontin Schuller

Acadêmico Pesquisador – Unisul - Telefone: 32372292 e 99219823

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

	POP 1	POP 2	POP 3
1)Descrição do POP			
2)Levantamento de não conformidades			
3)Consenso			
4)A estratégia foi positiva?			
Observações:			

APÊNDICE C - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CLIENTE NO TRANS-OPERATÓRIO (MODIFICADO)

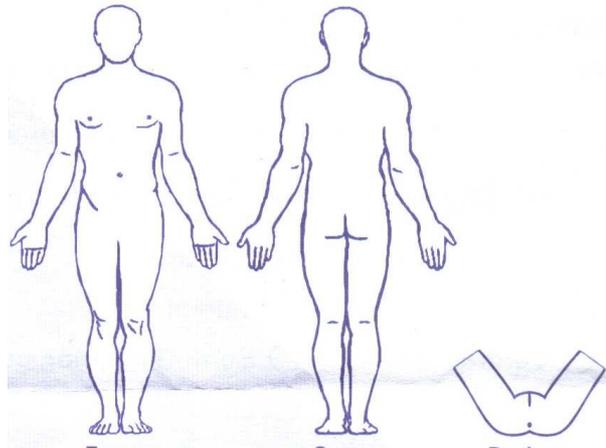
	ETIQUETA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CLIENTE NO TRANS-OPERATÓRIO	
Data: Horário de chegada:	Procedimento Cirúrgico: Sala cirúrgica:
7 CONDIÇÕES DO CLIENTE NA CHEGADA DO C.C.	
<input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Com pré-anestésico <input type="checkbox"/> Sem pré-anestésico	<input type="checkbox"/> Paciente Externo <input type="checkbox"/> C/ Punção Venosa <input type="checkbox"/> Paciente UCCP <input type="checkbox"/> S/ Punção Venosa <input type="checkbox"/> Paciente Internado
8 EXAMES DO CLIENTE NO C.C.:	9 EXAMES REALIZADOS EM SALA
<input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> RAIIO –X <input type="checkbox"/> Laboratoriais <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> RAIIO – X <input type="checkbox"/> Laboratoriais <input type="checkbox"/> Radioscopia <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> Outros _____
4 TIPO DE ANESTESIA	5 PEÇAS ANÁTOMO-PATOLÓGICO
<input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Raqui <input type="checkbox"/> Raqui c/ Morfina <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Peridural c/ Morfina <input type="checkbox"/> Regional Intravenoso <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Bloqueio de nervos periféricos	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Congelação <input type="checkbox"/> Peça: _____ <input type="checkbox"/> IDAP <input type="checkbox"/> IMP <input type="checkbox"/> Macro e Micro <input type="checkbox"/> Laboratório
6 PREPARO DA PELE	
Degermação	Assepsia Cirúrgica
<input type="checkbox"/> PVPI Tópico <input type="checkbox"/> Clorexidina alcoolica <input type="checkbox"/> PVPI Degermante <input type="checkbox"/> Clorexidina Aquosa <input type="checkbox"/> PVPI Tintura <input type="checkbox"/> Clorexidina Degermante	<input type="checkbox"/> PVPI Tópico <input type="checkbox"/> Clorexidina alcoolica <input type="checkbox"/> PVPI Degermante <input type="checkbox"/> Clorexidina Aquosa <input type="checkbox"/> PVPI Tintura <input type="checkbox"/> Clorexidina Degermante
7 TRANSFUSÃO DE SANGUE	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Concentrado de Hemácias Quantidade: _____ <input type="checkbox"/> Plasma Quantidade: _____ <input type="checkbox"/> Plaquetas Quantidade: _____ <input type="checkbox"/> Aferese <input type="checkbox"/> Outros: _____ Quantidade: _____	
8 CATETERES E DRENOS	
<input type="checkbox"/> Punção venosa N° Abocath: _____ <input type="checkbox"/> PAM <input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE

- () SNE Calibre:
- () SNG Calibre:
- () SVD Calibre:
- () Irrigação Vesical
- () Dreno Suctor Calibre:
- () Dreno de Tórax
- () Outros: _____

9 INTERCORRENCIAS:

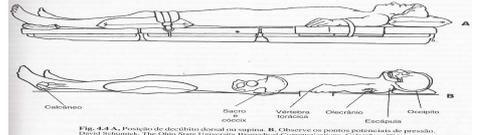
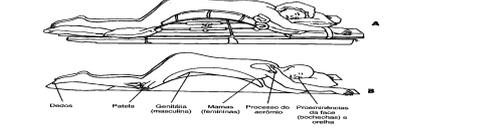
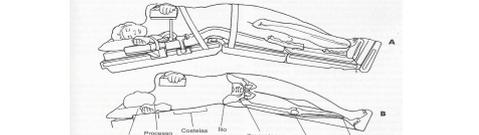
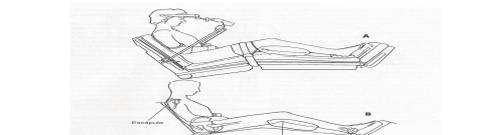
10 LOCALIZAÇÃO DE:

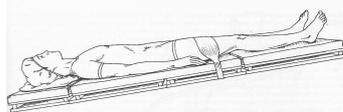
- [■] Placa
- [###] Incisão Cirúrgica
- [●] Eletrodos
- [□] Tricotomia



Frente Costas Períneo

11 POSIÇÃO DO PACIENTE

 <p>() Decúbito Dorsal ou Supina</p>	 <p>() Decúbito Ventral ou Posição Prona</p>
 <p>() Decúbito Lateral ou /sins</p>	 <p>() Canivete ou Kraske</p>
 <p>() Fowler</p>	 <p>() Litotimia ou Ginecológica</p>

 <p><input type="checkbox"/> Trendelenburg Inverso ou Proclive</p>	 <p><input type="checkbox"/> Trendelenburg</p>		
12 LOCALIZAÇÃO DOS COXINS			
<input type="checkbox"/> Região Occipital <input type="checkbox"/> Escapular <input type="checkbox"/> Sacral <input type="checkbox"/> Coccígea <hr/> <input type="checkbox"/> Calcâneos	<input type="checkbox"/> Região Lombar <input type="checkbox"/> Parte Inf. Da Perna <input type="checkbox"/> Tuberosidade Isquiática <input type="checkbox"/> Ombros <input type="checkbox"/> Cotovelos	<input type="checkbox"/> Braço <input type="checkbox"/> Torax <input type="checkbox"/> Patela <input type="checkbox"/> Genitálias <input type="checkbox"/> Entre as pernas	<input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Orelhas <input type="checkbox"/> Dedos <input type="checkbox"/> Outros:
Nome do Cirurgião: _____ Nome do 1º Assistente: _____ Nome da Instrumentadora: _____ Nome do Anestesista: _____			
<p style="text-align: center;">_____ Nome do Circulante (assinatura e carimbo)</p>			

ANEXO

ANEXO A – ATRIBUIÇÕES DOS COLABORADORES DO CENTRO CIRÚRGICO

Função: Chefia de Enfermagem do CC, CME, PO

Principais Atribuições

1. Cumprir normas e rotinas da instituição;
2. Ter como norma o Código de Ética Profissional do COREN;
3. Auxiliar a gerência assistencial na confecção e análise dos dados estatísticos da qualidade assistencial de cada setor sob sua responsabilidade;
4. Verificar a assiduidade, pontualidade e disciplina da equipe sob sua responsabilidade;
5. Supervisionar e avaliar os cuidados de enfermagem executados pelos profissionais de enfermagem sob sua responsabilidade;
6. Auxiliar na implantação de programas de melhoria da qualidade do serviço prestado;
7. Realizar o planejamento estratégico de enfermagem;
8. Elaborar escalas mensais e diárias de atividades dos colaboradores;
9. Participar de reuniões quando solicitado e promover reuniões com a equipe de trabalho;
10. Supervisionar o processo para que garantir que as cirurgias aconteçam no horário previsto;
11. Chefiar os setores sob sua responsabilidade;
12. Executar rotinas e procedimentos pertinentes à sua função;
13. Supervisionar a escala de trabalho, folgas, férias e horários, dos profissionais de enfermagem sob sua responsabilidade;
14. Supervisionar a escala de serviço e atribuições diárias da equipe de enfermagem;
15. Elaborar normas e rotinas que garanta a excelência da atividades desenvolvidas pelos setores sob sua chefia;
16. Orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos, garantindo o correto uso dos mesmos;
17. Estabelecer estratégias para impedir a entrada de pessoas, no Centro Cirúrgico, sem autorização e estar devidamente paramentado;
18. Identificar necessidades de treinamento/desenvolvimento técnico dos profissionais;
19. Colaborar com o setor de Controle de Infecção /Hospitalar (CCIH) sendo multiplicadora, e notificando ocorrências;
20. Cumprir e fazer cumprir as normas estabelecidas pelo setor de CCIH a todos que ingressem no CC;
21. Interagir com os profissionais do setor, levantando problemas e criando estratégias de solução;
22. Manter controle administrativo, técnico-operacional e ético sobre as diversas atividades dos setores sob sua coordenação;
23. Participar do processo de seleção, integração e treinamento admissional dos colaboradores novos;
24. Participar do planejamento e execução de treinamentos em serviço da equipe de enfermagem e do planejamento do processo de educação continuada;
25. Implementar programas de melhorias da qualidade do serviço prestado aos clientes interno e externo;
26. Desenvolver o sistema de assistência de enfermagem ao cliente no perioperatório;
27. Realizar pesquisas e implantá-las proporcionando uma ase científica para a atuação do enfermeiro do CC;
28. Manter os setores devidamente equipados;

29. Participar de reuniões com a equipe de enfermagem e Gerência Assistencial;
30. Planejar e coordenar a desinfecção dos setores pelos quais responde;
31. Receber o plantão da enfermeira do plantão noturno, analisando as ocorrências para assegurar a continuidade do tratamento;
32. Verificar o agendamento de cirurgias em mapa específico e orientar a montagem e desmontagem das salas;
33. Realizar relatório mensal;
34. Identificar os problemas de enfermagem existentes e encaminhar propostas de soluções à gerente assistencial;
35. Zelar pelas condições ambientais de segurança, visando ao bem-estar do cliente e dos colaboradores de enfermagem;
36. Elaborar escala de conferência de equipamentos e supervisionar o cumprimento;
37. Supervisionar e orientar o correto preenchimento do débito dos serviços de enfermagem, utilizando impresso próprio da instituição;
38. Participar do planejamento de reformas e/ou construção da planta física do setor;
39. Executar outras atividades correlatas.

Função: Enfermeiro Assistencial do Centro Cirúrgico

1. Principais Atribuições
2. Cumprir normas e rotinas da instituição;
3. Ter como norma o Código de Ética Profissional do COREN; Realizar plano de cuidados de enfermagem e supervisionar a continuidade da assistência prestada aos clientes cirúrgicos;
4. Prever e prover o CC de recursos humanos necessários ao atendimento em Sala Operatória;
5. Supervisionar as ações dos profissionais da equipe de enfermagem;
6. Checar a programação cirúrgica previamente;
7. Realizar a escala diária de atividades dos funcionários;
8. Orientar a montagem e desmontagem da sala cirúrgica e o encaminhamento de materiais especiais;
9. Controlar a desinfecção conforme planejamento da chefia clínica;
10. Efetuar a avaliação de desempenho dos profissionais do respectivo setor;
11. Elaborar escala de conferência de equipamentos e acompanhar o cumprimento da mesma;
12. Executar técnicas de enfermagem mais complexa;
13. Garantir que ninguém adentre ao Centro Cirúrgico sem estar devidamente autorizado e paramentado;
14. Manter em perfeitas condições de funcionamento as sala operatórias;
15. Observar a postura profissional e apresentação dos técnicos de enfermagem, interferindo quando necessário;
16. Manter ambiente cirúrgico seguro tanto para o cliente quanto para a equipe de enfermagem;
17. Recepcionar o cliente no CC, certificando-se do correto preenchimento dos impressos próprios do CC, prontuário, pulseira de identificação e exames pertinentes ao ato cirúrgico;
18. Acompanhar o cliente à sala operatório;
19. Auxiliar na transferência do cliente da maca para a mesa cirúrgica, certificando-se do correto posicionamento de catéteres, sondas e drenos;
20. Realizar inspeção física no cliente na entrada da sala de operações;
21. Avaliar o correto posicionamento do cliente para o ato anestésico-cirúrgico;

22. Colaborar no ato anestésico, caso haja necessidade;
23. Observar os registros no prontuário do cliente, tratamento executados e ocorrências, dos profissionais de enfermagem;
24. Participar da mudança de plantão, assegurando a continuidade dos cuidados com o cliente no próximo período;
25. Realizar sondagem vesical, caso haja necessidade;
26. Auxiliar na transferência do cliente na mesa cirúrgica para a maca realizando breve inspeção física para detectar possíveis eventos adversos e certificando-se do correto posicionamento de catéteres, sondas e drenos;
27. Informar as condições clínicas para o enfermeiro da UTI//UNICOR, acompanhando o cliente sempre que possível;
28. Participar do planejamento e implantação da educação em serviço que se fizer necessária;
29. Planejar os cuidados de enfermagem, que a equipe deverá realizar no período de 24 horas, garantindo à assistência a cada troca de turno;
30. Realizar admissão do cliente no setor, preenchendo o Histórico de Enfermagem e verificando o prontuário se está completo;
31. Realizar pedido de material ao almoxarifado, garantindo a execução das atividades de sua unidade;
32. Registrar dados necessários a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
33. Executar outras atividades correlatas;

Função: Instrumentador de Centro Cirúrgico em Procedimento com Radioscopia e/ou Raio X

Principais Atribuições

1. Cumprir normas e rotinas da instituição;
2. Ter como norma o Código de Ética Profissional do COREN;
3. Receber o cliente no Centro Cirúrgico;
4. Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos;
5. Manter a ordem e a limpeza no seu ambiente de trabalho;
6. Zelar pelas condições ambientais de segurança do cliente, e da equipe multiprofissional;
7. Zelar pelo correto manuseio de equipamentos;
8. Estar ciente das cirurgias marcadas verificando se o procedimento será utilizado radioscopia;
9. Estar utilizando dosímetro;
10. Colocar o avental de chumbo, protetor de tireóide e óculos de proteção;
11. Prover as salas de cirurgias com os materiais e equipamentos, de acordo com cada tipo de cirurgia e as necessidades individuais do cliente, descritas no manual do Centro Cirúrgico;
12. Verificar materiais e testar materiais da sala (mesa cirúrgica, foco, central e acessórios de mesas, coxins, travessieiros, extensões elétricas, mesas para instrumentação, equipamentos de anestesia, bisturi elétrico, hamper, baldes, coletor de lixo perfuro-cortante, além das instalações elétricas, gases, ventilação);
13. Remover sujidades dos equipamentos expostos e das superfícies, levando em consideração as orientações do setor de Controle de Infecção Hospitalar da instituição;
14. Providenciar materiais e instrumentais a serem utilizados na cirurgia, solicitando ao almoxarifado Satélite e Central de Material e Esterilização;
15. Auxiliar na transferência do cliente para a maca;

16. Promover a escovação/degermação e paramentação, para o preparo da mesa e instrumentais cirúrgicos;
17. Ajudar a equipe cirúrgica na paramentação;
18. Auxiliar na colocação dos campos operatórios;
19. Contar compressas e gazes antes de desprezá-las;
20. Montar a mesa contando os instrumentais que serão utilizados verificando integridade;
21. Fazer a limpeza e assepsia ao término da cada cirurgia em todos os componentes da sala operatória;
22. Manter a ordem e método na arrumação do instrumental;
23. Observar para não ocorrer contaminação dos instrumentais cirúrgicos;
24. Passar todos os instrumentais cirúrgicos quando solicitados pelo cirurgião;
25. Realizar os curativos;
26. Separar e desprezar os pérfuro-cortantes;
27. Retirar todos os instrumentais da mesa cirúrgica e colocar em bacias verificando, integridade, número de peças e colocando os mais delicados sobrepostos aos mais pesados, identificando as bacias com os nomes dos materiais, colocar no monta carga e encaminhá-los para a Central de Material e Esterilização;
28. Desprezar no hamper identificado todos as roupas que foram utilizados na cirurgia;
29. Auxiliar na limpeza da sala;
30. Retirar, limpar e guardar o avental de chumbo, protetor de tireóide e óculos de proteção;
31. Guardar o dosímetro no local correto;
32. Executar outras atividades correlatas;

Função: Instrumentador do Centro Cirúrgico

Principais Atribuições

1. Cumprir normas e rotinas da instituição;
2. Ter como norma o Código de Ética Profissional do COREN;
3. Receber o cliente no Centro Cirúrgico;
4. Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos;
5. Manter a ordem e a limpeza no seu ambiente de trabalho;
6. Zelar pelas condições ambientais de segurança do cliente, e da equipe multiprofissional;
7. Zelar pelo correto manuseio de equipamentos;
8. Estar ciente das cirurgias marcadas para a sala de sua responsabilidade;
9. Priorizar os procedimentos de maior complexidade, conforme orientação do enfermeiro;
10. Prover as salas de cirurgias com os materiais e equipamentos, de acordo com cada tipo de cirurgia e as necessidades individuais do cliente, descritas no manual do Centro Cirúrgico;
11. Remover sujidades dos equipamentos expostos e das superfícies, levando em consideração as orientações do setor de Controle de Infecção Hospitalar da instituição;
12. Verificar materiais e testar materiais da sala (mesa cirúrgica, foco, central e acessórios de mesas, coxins, travesseiros, extensões elétricas, mesas para instrumentação, equipamentos de anestesia, bisturi elétrico, hamper, baldes, coletor de lixo perfuro-cortante, além das instalações elétricas, gases, ventilação);
13. Providenciar materiais e instrumentais a serem utilizados na cirurgia, solicitando ao almoxarifado Satélite e Central de Material e Esterilização;

14. Auxiliar na transferência do cliente para a maca;
15. Promover a escovação/degermação e paramentação, para o preparo da mesa e instrumentais cirúrgicos;
16. Ajudar a equipe cirúrgica na paramentação;
17. Auxiliar na colocação dos campos operatórios;
18. Contar compressas e gazes antes de desprezá-las;
19. Montar a mesa contando os instrumentais que serão utilizados verificando integridade;
20. Fazer a limpeza e assepsia ao término da cada cirurgia em todos os componentes da sala operatória;
21. Realizar o curativos;
22. Manter a ordem e método na arrumação do instrumental;
23. Observar para não ocorrer contaminação dos instrumentais cirúrgicos;
24. Passar todo os instrumentais cirúrgicos quando solicitados pelo cirurgião;
25. Separar e desprezar os pérfuro-cortantes;
26. Retirar todos os instrumentais da mesa cirúrgica e colocar em bacias verificando, integridade, número de peças e colocando os mais delicados sobrepostos aos mais pesados, identificando as bacias com os nomes dos materiais, colocar no monta carga e encaminhá-los para a Central de Material e Esterilização;
27. Colocar no hamper todos as roupas que foram utilizados na cirurgia;
28. Auxiliar na limpeza da sala;
29. Executar outras atividades correlatas;

Função: Circulante de Centro Cirúrgico em Procedimento com Radioscopia e/ou Raio X

1. Principais Atribuições
2. Cumprir normas e rotinas da instituição;
3. Ter como norma o Código de Ética Profissional do COREN;
4. Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos;
5. Manter a ordem e a limpeza no seu ambiente de trabalho;
6. Zelar pelas condições ambientais de segurança do cliente, e da equipe multiprofissional;
7. Zelar pelo correto manuseio de equipamentos;
8. Estar ciente das cirurgias marcadas verificando se o procedimento será utilizado radioscopia;
9. Estar utilizando dosímetro;
10. Colocar o avental de chumbo, protetor de tireóide e óculos de proteção;
11. Prover as salas de cirurgias com os materiais e equipamentos, de acordo com cada tipo de cirurgia e as necessidades individuais do cliente, descritas no manual do Centro Cirúrgico;
12. Remover sujidades dos equipamentos expostos e das superfícies, levando em consideração as orientações do setor de Controle de Infecção Hospitalar da instituição;
13. Providenciar materiais e instrumentais a serem utilizados na cirurgia, solicitando ao almoxarifado Satélite e Central de Material e Esterilização;
14. Verificar e realizar a limpeza da sala;
15. Verificar o funcionamento dos gases e equipamentos;
16. Verificar o funcionamento da iluminação da Sala cirúrgica;
17. Ligar os aparelhos a serem utilizados no procedimento cirúrgico;
18. Tomar providências para a manutenção da temperatura adequada da sala;
19. Notificar possíveis intercorrências ao enfermeiro responsável;
20. Abrir materiais estereis para montagem da mesa cirúrgica, obedecendo, princípios de assepsia;

21. Observar integradores/indicadores químicos visando a credibilidade da esterilização e anexa-los em impresso próprio e colocar dentro do prontuário do cliente;
22. Auxiliar a instrumentadora, cirurgião e auxiliares no que fizer necessário, permanecendo na sala cirúrgica;
23. Receber o paciente e encaminhá-lo para a sala, conferindo a identificação, prontuário e exames;
24. Auxiliar na transferência do cliente para a maca;
25. Certificar-se do correto posicionamento do cliente na maca para o ato cirúrgico, observando cateteres, sondas e drenos;
26. Certificar-se do conforto do paciente quanto a colocação de coxins em áreas de pressão;
27. Certificar-se pela segurança do paciente quanto a risco de queda;
28. Verificar o correto posicionamento da placa, afim de evitar queimaduras;
29. Auxiliar na monitorização e indução/reversa anestésica, quando necessário;
30. Proteger as laterais do cliente no momento da degermação e assepsia;
31. Preencher corretamente todos os impressos pertinentes ao prontuário do cliente e à instituição;
32. Controlar materiais, compressas, gazes como fator de segurança para o cliente;
33. Pesquisar compressas, gazes e medir conteúdos aspirados, quando necessário;
34. Manter a ordem segurança limpeza e assepsia durante todo o ato anestésico cirúrgico;
35. Manter a porta fechada;
36. Fazer a limpeza e assepsia ao término da cada cirurgia em todos os componentes da sala operatória;
37. Realizar balanço hídrico;
38. Manter a ordem e método na arrumação do instrumental;
39. Observar para não ocorrer contaminação dos instrumentais cirúrgicos;
40. Auxiliar o instrumentador nos curativos;
41. Registrar os gastos e justificativas da sala cirúrgica e verificar se todos os impressos do cliente estão preenchidos e carimbados;
42. Remover campos cirúrgicos que estão sobre o cliente e mantê-lo seco e coberto;
43. Desligar o foco e aparelhos afastando-os da mesa;
44. Auxiliar a equipe se desparamentar;
45. Auxiliar o cliente na transferência para a maca;
46. Conduzir o cliente com o anestesista para a SRPA, juntamente com prontuário, exames passando o plantão para a técnica de enfermagem da SRPA (observando infusões venosas, sondas e drenos);
47. Encaminhar peças anatômicas para a patologia, previamente identificados;
48. Encaminhar exames laboratoriais para laboratório santa luzia, previamente identificados;
49. Realizar a limpeza da sala;
50. Aspirar todos os líquidos restantes em mesa (soros, antissépticos);
51. Acondicionar as roupas em hamper devidamente identificados com: número da sala, circulante e instrumentadora e desprezar na sala destinada ao hamper;
52. Desprezar no hamper identificado todos as roupas que foram utilizados na cirurgia;
53. Lavar os frascos dos aspiradores
54. Retirar, limpar e guardar o avental de chumbo, protetor de tireóide e óculos de proteção;
55. Guardar o dosímetro no local correto;
56. Executar outras atividades correlatas;

Função: Circulante do Centro Cirúrgico

Principais Atribuições

1. Cumprir normas e rotinas da instituição;
2. Ter como norma o Código de Ética Profissional do COREN;
3. Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos;
4. Manter a ordem e a limpeza no seu ambiente de trabalho;
5. Zelar pelas condições ambientais de segurança do cliente, e da equipe multiprofissional;
6. Zelar pelo correto manuseio de equipamentos;
7. Estar ciente das cirurgias marcadas;
8. Prover as salas de cirurgias com os materiais e equipamentos, de acordo com cada tipo de cirurgia e as necessidades individuais do cliente, descritas no manual do Centro Cirúrgico;
9. Remover sujidades dos equipamentos expostos e das superfícies, levando em consideração as orientações do setor de Controle de Infecção Hospitalar da instituição;
10. Providenciar materiais e instrumentais a serem utilizados na cirurgia, solicitando ao almoxarifado Satélite e Central de Material e Esterilização;
11. Verificar e realizar a limpeza da sala;
12. Verificar o funcionamento dos gases e equipamentos;
13. Verificar o funcionamento da iluminação da Sala cirúrgica;
14. Ligar os aparelhos a serem utilizados no procedimento cirúrgico;
15. Tomar providências para a manutenção da temperatura adequada da sala;
16. Notificar possíveis intercorrências ao enfermeiro responsável;
17. Abrir materiais estereis para montagem da mesa cirúrgica, obedecendo, princípios de assepsia;
18. Observar integradores/indicadores químicos visando a credibilidade da esterilização e anexa-los em impresso próprio e colocar dentro do prontuário do cliente;
19. Auxiliar a instrumentadora, cirurgião e auxiliares no que fizer necessário, permanecendo na sala cirúrgica;
20. Receber o paciente e encaminhá-lo para a sala, conferindo a identificação, prontuário e exames;
21. Auxiliar na transferência do cliente para a maca;
22. Certificar-se do correto posicionamento do cliente na maca para o ato cirúrgico, observando cateteres, sondas e drenos;
23. Certificar-se do conforto do paciente quanto a colocação de coxins em áreas de pressão;
24. Certificar-se pela segurança do paciente quanto a risco de queda;
25. Verificar o correto posicionamento da placa, afim de evitar queimaduras;
26. Auxiliar na monitorização e indução/reversa anestésica, quando necessário;
27. Proteger as laterais do cliente no momento da degermação e assepsia;
28. Preencher corretamente todos os impressos pertinentes ao prontuário do cliente e à instituição;
29. Controlar materiais, compressas, gazes como fator de segurança para o cliente;
30. Pesas compressas, gazes e medir conteúdos aspirados, quando necessário;
31. Manter a ordem segurança limpeza e assepsia durante todo o ato anestésico cirúrgico;
32. Manter a porta fechada;
33. Fazer a limpeza e assepsia ao término da cada cirurgia em todos os componentes da sala operatória;
34. Realizar balanço hídrico;

35. Manter a ordem e método na arrumação do instrumental;
36. Observar para não ocorrer contaminação dos instrumentais cirúrgicos;
37. Auxiliar o instrumentador nos curativos;
38. Registrar os gastos e justificativas da sala cirúrgica e verificar se todos os impressos do cliente estão preenchidos e carimbados;
39. Remover campos cirúrgicos que estão sobre o cliente e mantê-lo seco e coberto;
40. Desligar o foco e aparelhos afastando-os da mesa;
41. Auxiliar a equipe se desparamentar;
42. Auxiliar o cliente na transferência para a maca;
43. Conduzir o cliente com o anestesista para a SRPA, juntamente com prontuário, exames passando o plantão para a técnica de enfermagem da SRPA (observando infusões venosas, sondas e drenos);
44. Encaminhar peças anatômicas para a patologia, previamente identificados;
45. Encaminhar exames laboratoriais para laboratório santa luzia, previamente identificados;
46. Realizar a limpeza da sala;
47. Aspirar todos os líquidos restantes em mesa (soros, antissépticos);
48. Acondicionar as roupas em hamper devidamente identificados com: número da sala, circulante e instrumentadora e desprezar na sala destinada ao hamper;
49. Desprezar no hamper identificado todos as roupas que foram utilizados na cirurgia;
50. Lavar os frascos dos aspiradores
51. Executar outras atividades correlatas;

Função: Técnico de Enfermagem no Pós-operatório

1. Principais Atribuições
2. Cumprir normas e rotinas da instituição;
3. Prestar o cuidado de enfermagem ao cliente designado pelo enfermeiro, conforme prescrição realizada;
4. Realizar tarefas diárias e semanais de preparo e manutenção da unidade para atendimento ao cliente conforme planejamento e orientação do enfermeiro;
5. Participar de treinamentos e reuniões;
6. Manter a ordem e a limpeza no seu ambiente de trabalho;
7. Zelar pelas condições ambientais de segurança do cliente;
8. Zelar pelo manuseio correto e limpeza de equipamentos;
9. Conferir e providenciar materiais e equipamentos necessários para prestar cuidados adequados ao cliente;
10. Receber o cliente na sala de recuperação pós-anestésica;
11. Aplicar índice de Aldrete e Kroulik, ao longo de sua permanência;
12. Iniciar cuidados de enfermagem, conforme prescrição médica;
13. Manter as vias aéreas permeáveis;
14. Manter a função respiratória adequada;
15. Avaliar o estado do sistema circulatório;
16. Avaliar o estado termorregulador (temperatura);
17. Manter a volemia adequada;
18. Proporcionar conforto;
19. Diminuir as complicações inerentes a pele;
20. Manter a segurança do cliente;
21. Minimizar os fatores de estresses e déficits sensoriais
22. Registrar as condições clínicas do cliente do cliente na Sala de Recuperação pós-anestésica;

23. Registrar para o SAC o horário de chegada da SRPA e horário previsto para saída;
24. Registrar todos os dispositivos (punção venosa, sondas, cateteres, etc);
25. Solicitar avaliação do anestesista para recebimento da alta da SRPA;
26. Registrar a passagem de plantão nos registros de enfermagem no sistema TASY;
27. Avaliar e registrar as condições clínicas de alta do cliente, ligar para o setor passar o plantão e encaminhar para o setor;
28. Realizar a transferência de alta dos clientes externos;
29. Notificar o enfermeiro sobre as condições do cliente e suas intercorrências;
30. Executar prescrição médica;
31. Chamar o macário para encaminhamento do cliente ao setor;
32. Realizar outras atribuições correlatas.

Função Técnico de Enfermagem como Auxiliar de Anestesia

1. Principais Atribuições
2. Cumprir normas e rotinas da instituição;
3. Prestar o cuidado de enfermagem ao cliente designado pelo enfermeiro, conforme prescrição realizada;
4. Conservar seu ambiente de trabalho limpo e em ordem;
5. Mater boa relação de trabalho com a equipe interdisciplinar;
6. Zelar pelas condições ambientais de segurança do paciente e da equipe multidisciplinar;
7. Zelar pelo correto manuseio de equipamentos;
8. Realizar o “Check List” dos carrinhos de anestesia ;
9. Realizar limpeza dos carrinhos de anestesia antes e após os procedimentos;
10. Checar o funcionamento dos gases;
11. Priorizar os procedimentos de maior complexidade;
12. Prover as salas com material e equipamentos adequados;
13. Comunicar ao enfermeiro os defeitos existentes em equipamentos e materiais;
14. Receber o paciente no CC;
15. Posicionar o paciente na maca;
16. Realizar punção venosa;
17. Encaminhar o paciente para a sala cirúrgica, junto com a circulante, auxiliar na transferência da maca para a mesa cirúrgica;
18. Posicionar o paciente para o ato anestésico-cirúrgico, colocando coxins, para o seu conforto e segurança;
19. Auxiliar o anestesista na indução e na reversão do procedimento anestésico;
20. Realizar anotações de enfermagem correlatas aos seus cuidados;
21. Participar de reuniões e treinamentos de enfermagem;
22. Cumprir normas e rotinas da instituição;
23. Executar outras atividades correlatas.

Função: Macário do Centro Cirúrgico

1. Principais Atribuições
2. Cumprir normas e rotinas da instituição;
3. Prestar o cuidado de enfermagem ao cliente designado pelo enfermeiro, conforme prescrição realizada;
4. Identificar-se e explicar ao cliente o que irá fazer;
5. Realizar o transporte dos clientes da unidade de internação para o centro cirúrgico e vice-versa, conferindo previamente o prontuário, exames, retirada de próteses, jóias e vestuários, e confirmando o jejum do cliente;

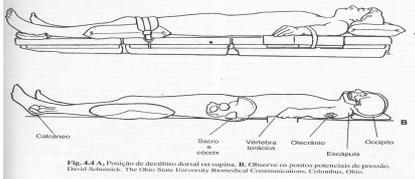
6. Promover o transporte das refeições dos funcionários do Centro Cirúrgico;
7. Buscar exames quando necessário;
8. Realizar outras atribuições correlatas.

Função: Auxiliar Administrativo/Secretário do Centro Cirúrgico

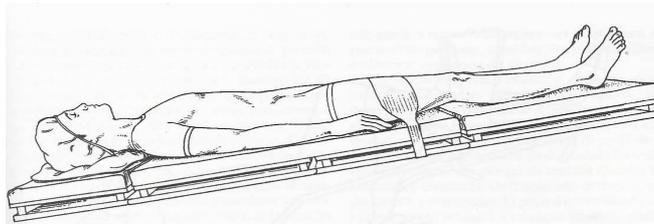
Principais Atribuições

1. Cumprir normas e rotinas da instituição;
2. Atuar no apoio ao atendimento de clientes;
3. Acompanhar os clientes do setor de internação até o Centro Cirúrgico;
4. Auxiliar na organização do setor;
5. Realizar digitação de comunicados, escala de serviços, escalas de férias e rotinas;
6. Realizar pedidos do Almoxarifado Central e manutenção;
7. Dar cobertura a Central de Material e Esterilização quando necessário;
8. Organizar e protocolar as peças para o anátomo-patológico;
9. Encaminhar e protocolar os pedidos das cirurgias de emergências/urgências para o setor de guias;
10. Encaminhar e protocolar os prontuários dos clientes externos para o setor de contas;
11. Encaminhar e protocolar os prontuários dos óbitos ocorridos dentro Centro Cirúrgicos;
12. Controlar a entrada de pessoas no Centro Cirúrgico (entrega de roupas);
13. Imprimir as escalas de cirurgias;
14. Atender telefone e anotar os recados;
15. Auxiliar a Enfermeira do Centro Cirúrgico;
16. Realizar qualquer atividade administrativa que se fizer necessária;
17. Executar outras atividades correlatas;

ANEXO B – POP 1 – POSICIONAMENTO CORRETO DOS COXINS E FAIXA DE CONTENSÃO DOS CLIENTES CIRÚRGICOS.

 <p>Hospital de Caridade R: Menino Deus, 376 – Centro – Florianópolis CEP: 88020-210 www.hospitaldecaridade.com.br</p>	<p>POP/Nº.: ENFCC/20 Página: Página 58 de 68 Revisão: 00 Data:22/07/2008</p>
<p>Título:Posicionamento correto dos coxins e faixas de contenção nos clientes cirúrgicos.</p>	
<p>Quem: Colaborador do Centro Cirúrgico.</p>	
<p>Quando:Durante o preparo do clientes antes da cirurgia.</p>	
<p>Onde: na sala cirúrgica</p>	
<p>Condições Necessárias: possuir coxins, faixas para contenção.</p>	
<p>Descrição do Procedimento:</p> <p>- O colaborador do Centro Cirúrgico (circulante) deverá seguir os seguintes cuidados na colocação de coxins e faixas de contenção nos clientes cirúrgicos:</p> <p>DECÚBITO DORSAL: é a posição que o dorso do cliente e a coluna vertebral estão repousando na superfície do colchão piramidal da mesa cirúrgica. Os braços devem ficar sobre um suporte de braço (braçadeiras) com um ângulo menor de 90 graus, ou ao longo do corpo e as pernas estendidas. A posição da cabeça deve manter as vértebras numa linha reta. A postura do paciente, o uso de afastadores torácicos e da artéria torácica interna têm sido associados à lesão de plexo braquial. Locais dos coxins: para a prevenção de úlceras de pressão: proeminências ósseas principalmente calcâneos, cotovelo, região occipital e sacral (evitar necrose isquêmica).</p> <p>Obs: Alopecia pode ser causada por compressão prolongada. A hiperextensão da cabeça pode causar estiramento e lesão do plexo cervical, lesão medular e deslocamento da vértebra cervical. A lesão dos nervos radial e ulnar pode ser gerada da fixação inadequada do membro superior e apoio na mesa cirúrgica. A lesão do braço pode ser causada devido a abdução exagerada > 90°, que força a cabeça do úmero ao feixe neuro muscular da axila. A lombalgia é resultante do relaxamento ligamentar no paciente anestesiado, causando perda da curvatura lombar normal. A lesão perineal resultante da estaca perineal da mesa ortopédica. Síndrome comportamental caracterizada por rbdomiólise (lise das células musculares, com a liberação de substâncias intracelulares para a circulação), parestesia de membros inferiores, isquemia e síndrome dolorosa regional.</p> <div style="text-align: center;">  <p>Fig. 4-4 A. Posição de decúbito dorsal com coxins. B. Observe os pontos potenciais de pressão.</p> <p><small>DissectiSistema - The Ohio State University Anatomical Communications, Columbus, Ohio.</small></p> </div>	

TRENDELENBURG: é semelhante ao decúbito dorsal, exceto pelo fato de ter uma inclinação horizontal para que a cabeça do cliente fique mais baixa que o tronco. Oferecendo melhor visualização dos órgãos pélvicos, durante a abertura ou em cirurgias laparoscópicas de abdômen inferior ou pelve. Locais dos coxins: para a prevenção de úlceras de pressão: região occipital, escapular, olecraniana, sacral, coccígea e os calcâneos; Obs: Alterações cardiovasculares com a ocorrência da ativação dos barorreceptores, causando dilatação periférica, deixando inalterado ou até reduzindo o débito cardíaco. O consumo de oxigênio pelo miocárdio aumenta, podendo causar isquemia em pacientes com doença coronariana. Esta posição deve ser usada com muito cuidado em pacientes com patologia intracraniana, pois esta contribui para o aumento da PIC. Alterações respiratórias pela compressão das bases pulmonares pelas vísceras abdominais, fazendo com que a capacidade residual funcional e a complacência pulmonar fiquem reduzidas. Edema pulmonar, atelectasias e tromboembolismo são comuns. Lesão de plexo branquial pelos suportes rígidos dos ombros que comprimem a cabeça do úmero.



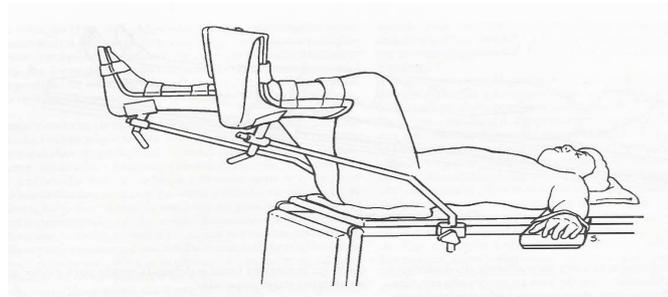
TRENDELENBURG INVERSA OU PROCLIVE: é a posição em que a cabeceira é elevada e os pés são abaixados. Oferecendo melhor acesso à cabeça e ao pescoço. Esta posição faz com que a força da gravidade desloque as vísceras abdominais para adiante do diafragma, em direção dos pés. Pode ser adotada com a posição, sentada, supina (dorsal), lateral ou prona (ventral). Locais dos coxins: para a prevenção de úlceras de pressão: região occipital, escapular, olecraniana, sacral, coccígea e os calcâneos; Não esquecer de colocar uma tábua acoplada no pé para impedir que o cliente deslize da mesa. Manter as pernas fletidas levemente, com apoio de travesseiros sob os joelhos.

Obs: Risco de embolia aérea ocorre com a entrada de ar por via venosa em lesões cirúrgicas acima do nível do coração e esta ocorrência aumenta com a posição proclive. Lesão do nervo ciático pode ocorrer no paciente semissentado, se as coxas ficam muito fletidas e os joelhos pouco curvados. Alterações cardiovasculares podem ocorrer hipotensão postural, devido a: resistência periférica aumentada, débito cardíaco diminuído, frequência cardíaca aumentada, fluxo sanguíneo cerebral e renal diminuídos. Alterações respiratórias, a pressão inspiratória em ventilação mecânica é menor e a capacidade residual funcional aumenta.



LITOTOMIA OU GINECOLÓGICA: o cliente fica em decúbito dorsal com as pernas elevadas e abduzidas, para expor a região perineal, as pernas e as coxas não encostam nas barras metálicas da perneira e as mesmas devem ser acolchoadas, os joelhos ficam discretamente fletidos. São recomendadas bandagens quando a cirurgia passar de duas horas. Locais dos coxins: para a prevenção de úlceras de pressão: região occipital, escapular, olecraniana, sacral, coccígea, pernas, coxas e os calcâneos;

Obs: As pernas devem ser retiradas ao mesmo tempo, a fim de evitar torções na coluna, flebites, tromboembolismo e hipotensão súbita. Os riscos são relacionados à alterações respiratórias causadas por aumento da pressão abdominal contra o diafragma. Alterações hemodinâmicas e tromboembolismo. Estiramento dos músculos abdutores e da cápsula da articulação do quadril, devido a rotação externa ou abdução indevida. Pressão no nervo fibular e nos nervos abdutores e da cápsula da articulação do quadril, devido a rotação externa ou abdução indevida. Síndrome compartimental levando a rabdomiólise, neuropatias, isquemia de membros inferiores. Disjunção da sínfese púbica e distensão sacro-ilíaca. Lesões vasculares com riscos de tromboflebite e trombose profunda por distorções dos vasos por grandes períodos ou pressões diretas sobre os vasos.



FOWLER: o dorso em repouso fica elevado, os joelhos são flexionados e o suporte de pé não é deslocado. Locais dos coxins: para a prevenção de úlceras de pressão: região proeminência óssea da escápula, tuberosidade isquiática, sacral, coccígea e os calcâneos;

Obs: Quando o paciente se encontra sentado, é importante envolver as pernas com meias elásticas, para reduzir a retenção de sangue nas extremidades. As pernas deverão ficar ao nível do coração. Manter as pernas fletidas levemente, com o apoio de travesseiros sob os joelhos.

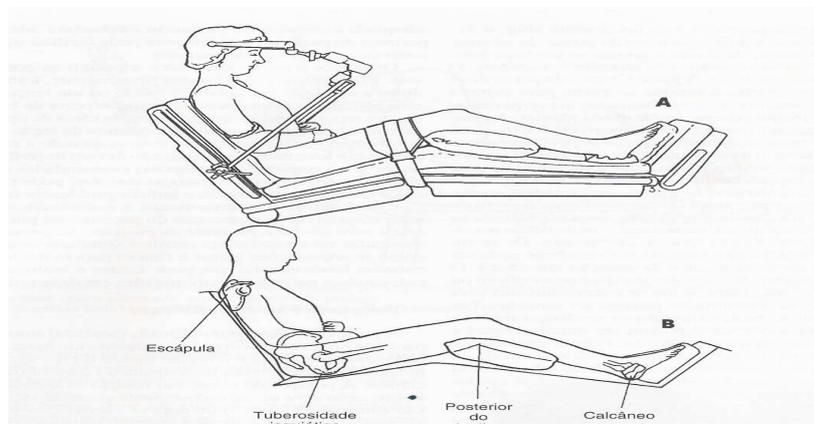
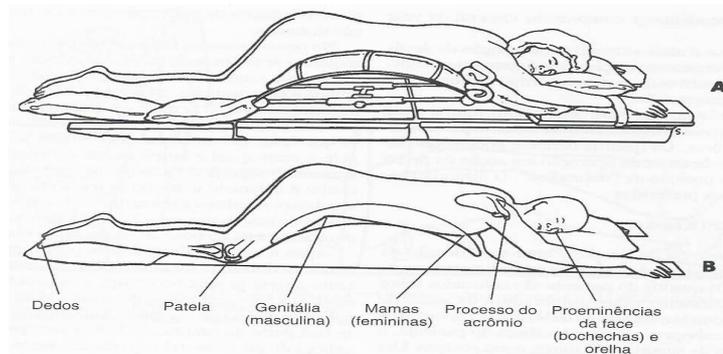


Fig. 4.10 A. Fowler modificada ou posição sentada. B. Apresentação de áreas com potencial de pressão. David Schumick. The Ohio State University Biomedical Communications, Columbus, Ohio.

DECÚBITO VENTRAL OU POSIÇÃO PRONA: é a posição em que o cliente deita com o abdômen em contato com a superfície do colchão, permitindo a abordagem da coluna

cervical, da área retal e das extremidades inferiores. O braço fica na lateral do corpo com lençóis enrolados, pois evita a compressão do nervo ulnar. Locais dos coxins: para a prevenção de úlceras de pressão: quadril, cotovelos, braços, pé, olhos, face, patela, orelha, membros inferiores, genitálias masculinas e mamas nas mulheres.

Obs: Deve-se estar atento para que o braço do paciente não pendam na borda da mesa porque o nervo radial pode ser rapidamente comprimido pelo peso do úmero contra as grades laterais da mesa cirúrgica. Riscos para lesão cervical pela rotação do pescoço podendo lesar articulações cervicais. Lesão do plexo braquial pode ocorrer por estiramento das raízes nervosas contralaterais à face rotada. Síndrome do estreito torácico pela compressão de raízes do plexo braquial e de vasos subclávios entre a clavícula e a primeira costela. Lesão de olhos e ouvidos. Compressão abdominal pode ocorrer prejuízos a ventilação, por progressão cefálica do diafragma empurrada pelas estruturas abdominais. Compressão perineal, pela compressão da genitália externa dos homens causando edema, hematoma e isquemia. Compressão das mamas causando estiramento, lesões e ruptura de prótese de mama. Necrose isquêmica de pontos de pressão.



CANIVETE (KRASKE): é a modificação do decúbito ventral. Frequentemente utilizada para hemorroidectomia e procedimentos do seio pilonidal. Os quadris do paciente são apoiados em almofadão ou travesseiro colocado sobre a quebra, na seção lombar da mesa cirúrgica, sendo que a mesa é flexionada em um ângulo de 90°, elevando os quadris e abaixando a cabeça e o tronco. Locais dos coxins: para a prevenção de úlceras de pressão: quadril, cabeça, pernas, pés, abdômen, ombro, rosto;

Obs: Esta posição provoca alterações circulatórias pelo represamento venoso cefálico caudal. A respiração é comprometida pela restrição do movimento antero-lateral do tórax. Além disso, as vísceras abdominais exercem a pressão sobre o diafragma, sendo que este estresse é aumentado pela mesa cirúrgica flexionada. Ao final a mesa cirúrgica deve ser retificada lentamente para o corpo sofrer ajustes hemodinâmicos.

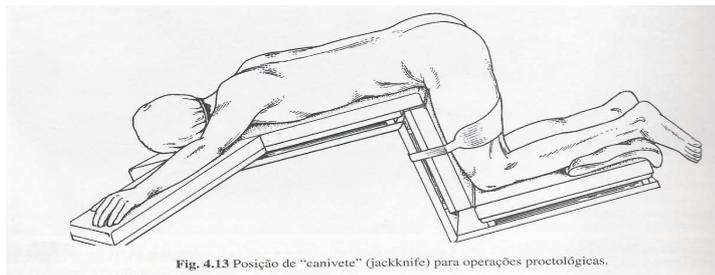
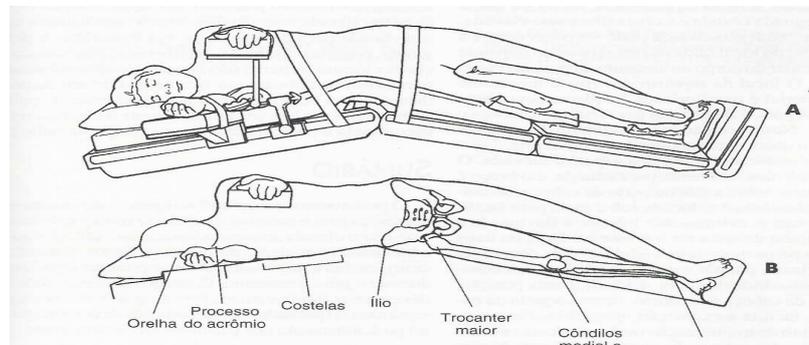


Fig. 4.13 Posição de "canivete" (jackknife) para operações proctológicas.

DECÚBITO LATERAL (SIMS): posição que o cliente fica deitado sobre o lado não afetado. Oferecendo acesso à parte superior do tórax, a região dos rins e parte superior do ureter. Locais dos coxins: para a prevenção de úlceras de pressão: cabeça, tórax, entre as pernas, joelho, braços, pés e calcâneos e quadril;

Obs: O posicionamento incorreto dos braços pode levar a parestesia, dor, parestesia, diminuição da força, devido ao comprometimento do plexo braquial, queimaduras e lesão da articulação do ombro. Os riscos estão relacionados a lesão cervical pela flexão, extensão ou rotação exageradas do pescoço. Lesões de ombros devido a compressão do feixe vasculo-nervoso axilar. Lesão de olho e ouvido. Atelectasia decorrente do comprometimento do pulmão inferior particularmente na posição de flexão lateral, quando a dobra ocorre sobre o flanco ou redobro costal, ao invés de ocorrer na crista ilíaca. Lesão do nervo fibular consequência da pressão do peso do joelho sobre nervo fibular comum, que passa lateralmente ao côndilo da fíbula. Necrose de fêmur ocorre se a fita de fixação lateral causar compressão da cabeça do fêmur no acetábulo. Diminuição da perfusão periférica devido à compressão da artéria femoral com o posicionador.



Resultado Esperado: Manter a segurança do cliente e evitar áreas de pressão.

Tempo previsto para execução: 20 a 30 minutos.

Em caso de anomalia: Rever o processo.

Elaborado:	Aprovado:	Validado:	Data:
Soraia Beatrice Tramontin Schuler	Deise Marinho da Silva		22/07/2008.

ANEXO C – POP 2 - POSICIONAMENTO CORRETO DA PLACA DE CAUTÉRIO

 <p>Hospital de Caridade R: Menino Deus, 376 – Centro – Florianópolis CEP: 88020-210 www.hospitaldecaridade.com.br</p>	<p>POP/Nº.: ENFCC/19 Página: Página 63 de 68 Revisão: 00 Data:22/07/2008</p>
Título:Posicionamento correto da placa de cautério.	
Quem:Circulante do Centro Cirúrgico.	
Quando:Antes de iniciar a cirúrgica.	
Onde: sala cirúrgica.	
Condições Necessárias: Possuir placa de cautério.	
<p>Descrição do Procedimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O colaborador do Centro Cirúrgico (circulante) deverá seguir os seguintes cuidados na colocação da placa de cautério no cliente: - Colocar a placa do cautério em área de massa muscular próxima ao sítio cirúrgico, como panturrilha, face posterior da coxa e glúteos; - Situar a placa dispersiva afastada de próteses metálicas; - Evitar as superfícies muito pilosas, com pele escarificadas ou com saliências ósseas que diminuem o contato da placa com o corpo do paciente; - Colocar a placa após o posicionamento do cliente e zelar para que não haja deslocamento da peça quando houver mudança de posição; - Manter o cliente sobre uma superfície seca, sem contatos com partes metálicas da mesa de cirurgia; - Dispensar cuidado especial a pacientes portadores de marca-passo para evitar a interferência do bisturi. Quando não for possível utilizar instrumentos bipolares, colocar a placa o mais próximo possível do local da cirurgia e manter um desfibrilador pronto para o uso; - Manter o plugue do cabo da placa afastado do corpo do cliente para não causar lesões de pele em decorrência da pressão ; 	
Resultado Esperado: Evitar queimaduras e lesões nos clientes cirúrgicos.	
Tempo previsto para execução: 5 minutos	
Em caso de anomalia:Rever o processo	

ANEXO D – POP 3 - ROTINAS DO TRANS-OPERATÓRIO

 <p>Hospital de Caridade R: Menino Deus, 376 – Centro – Florianópolis CEP: 88020-210 www.hospitaldecaridade.com.br</p>	<p>POP/Nº.: ENFCC/06 Página: Página 64 de 68 Revisão: 01 Data:25/05/2009</p>
<p>Título:Rotinas no trans-operatório</p>	
<p>Quem: Técnico de enfermagem do Centro Cirúrgico (CC)</p>	
<p>Quando:Durante o ato cirúrgico</p>	
<p>Onde:Sala de Cirurgia do CC</p>	
<p>Condições Necessárias:Equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista, auxiliares circulantes e instrumentadores), materiais e medicamentos para a cirurgia, prontuário do cliente.</p>	
<p>Descrição do Procedimento:</p> <p>Circulante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar corretamente o cliente para o ato cirúrgico; • Abrir materiais estéreis para montagem da mesa cirúrgica, obedecendo, princípios de assepsia; • Observar integradores/indicadores e testes químicos visando à credibilidade da esterilização; • Anexar os integradores/indicadores e testes químicos na folha especial e deixar dentro do prontuário do cliente; • Auxiliar a instrumentadora, cirurgião e auxiliares no que fizer necessário, permanecendo na sala cirúrgica; • Quando necessário na ausência da auxiliar de anestesia, auxiliar na monitorização e indução/reversão anestésica; • Proteger as laterais do cliente com campos, para que não escorra povidine degermante e tintura durante a desinfecção e o momento que estão fazendo a antisepsia do cliente e proteger as áreas de pressão com coxins; • Colocar a placa do bisturi elétrico quando necessário; • Conectar e ligar todos os aparelhos elétricos e aspiradores; • Manter a ordem, segurança, limpeza e assepsia durante todo o ato anestésico-cirúrgico; 	

- Estar atento e comunicar qualquer intercorrência ao Enfermeiro do CC;
- Controlar material, gazes e compressas como um dos fatores de segurança para o cliente;
- Pesar compressas, gazes e medir conteúdos aspirados, quando necessários;
- Realizar balanço hídrico quando necessário;
- Registrar os gastos de sala cirúrgica e verificar se todos os impressos do cliente estão preenchidos e carimbados;
- Manter a porta da sala cirúrgica fechada;
- Auxiliar no curativo de incisão cirúrgica, oferecendo solução, bolsascoletora e adesiva;
- Auxiliar a equipe se desparamentar;
- Desligar focos e aparelhos afastando-os da mesa cirúrgica;
- Remover campos que estão sobre o cliente e mantê-lo seco e coberto;
- Identificar o hamper com o nome da circulante, instrumentadora, n. da sala e data;
- Encaminhar o cliente para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica, juntamente com o prontuário, passando o plantão para a auxiliar ou técnica de enfermagem do pós-operatório (observando infusões venosas, sondas, drenos);
- Limpar e organizar a sala para a próxima cirurgia;
- Comunicar ao enfermeiro os defeitos em equipamentos e materiais.
- Encaminhar os exames laboratoriais para o laboratório Santa Luzia e as peças anatômicas para a patologia no IDAP previamente identificadas.

Instrumentador do CC

- a) Promover sua escovação/degermação e paramentação, para preparo da mesa e instrumentais cirúrgicos;
 - Montar mesa cirúrgica, colocando somente os instrumentais a ser utilizados na cirurgia;
- b) Ajudar a equipe cirúrgica na paramentação;
- c) Auxiliar na colocação dos campos operatórios;
- d) Cuidar para não ocorrer à contaminação dos instrumentais cirúrgicos;
- e) Passar todo instrumental cirúrgico ao cirurgião seguindo o tempo cirúrgico, ou quando a sua solicitação, entregando o material com destreza ao pedido verbal do cirurgião;

- f) Conhecer todos os instrumentais pelos nomes próprios e não esquecer de colocar em sua mesa aqueles específicos à cada cirurgia;
- g) Manter a ordem e método na arrumação do instrumental;
- h) Manter o campo e mesas de instrumentação limpas;
- i) Contar compressas e gazes antes de desprezá-las;
- j) Fazer curativo da ferida operatória;
- k) Ao término da cirurgia: separar e colocar no hamper todos os campos e compressas contaminadas;
- l) Separar e desprezar o material cortante;
- m) Permanecer na sala cirúrgica até que o cliente seja encaminhado para o pós-operatório;
- n) Retirar todo o material (instrumental) da sala, revisar, identificar e encaminhar à CME;
- o) Auxiliar a circulante na limpeza da sala.

Resultado Esperado: Agilizar o andamento no processo cirúrgico

Tempo previsto para execução: Vária de acordo com a cirurgia.

Em caso de anomalia: Rever o processo

ANEXO E – EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DO CLIENTE NO TRANS-OPERATÓRIO



FUNDADA EM 1765

IRMANDADE DO SENHOR JESUS DOS PASSOS E
HOSPITAL DE CARIDADE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CLIENTE NO TRANS-OPERATÓRIO

ETIQUETA

DATA: ____/____/____

HORÁRIO DE CHEGADA-----

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO : _____

CONDIÇÕES DO CLIENTE NA CHEGADA DO C.C.:

- Acordado
 Consciente
 Com pré-anestésico
 Sem pré-anestésico
- 1 Cliente Externo
 2 Cliente UCCP
 3 Cliente Internado (setor): C/Punção Venosa S/Punção Venosa

EXAMES DO CLIENTE NO C.C.:

- Ultrassom RM
 Raios-x Laboratoriais
 ECG Outros: _____
 TC

TIPO DE ANESTESIA:

- Geral
 Intradural ou Raquianestesia (Bloqueio Subaracnóide)
 Intradural ou Raquianestesia (Bloqueio Subaracnóide) com morfina
 Peridural , Extradural (Epidural Lombar)
 Bloqueio de Nervo Periféricos
 Peridural, Extradural (epidural Lombar) com morfina
 Regional Intravenoso
 Combinada (Geral + Bloqueio)
 Local

OBS. _____

TIPO DE ANTI-SÉPTICO PARA DEGERMAÇÃO E ASSEPSIA CIRÚRGICA:

DEGERMAÇÃO

- PVPI Tópico
 PVPI Degermante
 PVPI Tintura
 Clorexidine

OBS.: _____

ASSEPSIA CIRÚRGICA

- PVPI Tópico
 PVPI Degermante
 PVPI Tintura
 Clorexidine

OBS.: _____

LOCAL DE COLOCAÇÃO DA PLACA DE BISTURÍ ELÉTRICO:

- Dorso
 Panturrilha
 Face Posterior da Coxa

- () Glúteo
 () Outros: _____
 OBS. _____

POSIÇÃO DE CIRURGIA DO CLIENTE:

- () Decúbito Dorsal ou Supina
 () Litotomia ou Ginecológica
 () Fowler Modificada
 () Ventral
 () Canivete
 () Decúbito Lateral
 () Outros

LOCALIZAÇÃO DOS COXINS:

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| () Cabeça (Região Occipital) | () Região Lombar | () Braço | () Tórax |
| () Escapular | () Parte Inf. Da Perna | () Face (coroa) | () Entre as pernas |
| () Sacral | () Tuberosidade Isquiática | () Orelha | () Genitálias |
| () Coccígea | () Ombros | () Patela | () Outros: _____ |
| () Calcâneos | () Cotovelos | () Dedos | |

8. TRANSFUSÃO SANGUE: () NÃO

- | | | |
|---------|-----------------------------|-------------------|
| () SIM | () Concentrado de Hemácias | Quantidade: _____ |
| | () Plasma | Quantidade: _____ |
| | () Aférese | Quantidade: _____ |
| | () Plaquetas | Quantidade: _____ |
| | () Outros: _____ | |

OBS.: _____

PEÇAS PARA EXAMES DE ANATOMO-PATOLÓGICO:

- () NÃO
 () SIM () CONGELAÇÃO
 () PEÇA: _____

PASSAGEM DE CATETERES E DRENOS:

- | | | |
|--|----------------|-------------|
| () Punção Venosa N°.: ABOCATH: _____, | () MSD | () MSE |
| () PAM | () MSD | () MSE |
| () PVC | | |
| () SNE | CALIBRE: _____ | OBS.: _____ |
| () SNG | CALIBRE: _____ | OBS.: _____ |
| () Cateterismo Vesical | CALIBRE: _____ | OBS.: _____ |
| () Dreno Suctor: | CALIBRE: _____ | OBS.: _____ |
| () Dreno de Tórax | | OBS.: _____ |
| (...)Outros: _____ | | |

13. EXAMES REALIZADOS EM SALA:

- () Radiografia
 () Radioscopia
 ()
 Laboratoriais: _____

14. INTERCORRÊNCIAS:

 NOME DO CIRURGIÃO: _____
 NOME DO 1º ASSISTENTE: _____
 NOME DA INSTRUMENTADORA: _____
 NOME DO ANESTESISTA: _____

 NOME DO CIRCULANTE (ASSISNATURA E CARIMBO)