

# **ENFERMAGEM PERIOPERATORIA: ASSISTÊNCIA, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO – CONTEÚDO PARA APLICATIVO.**

Aline Figueiredo Ferreira

Elaine Antunes Cortez

Descritores:

Educação Permanente, Enfermagem Perioperatória, Melhoria da Qualidade, Processo de Enfermagem, Qualidade da Assistência de Saúde, Registros de Enfermagem.

## **INTRODUÇÃO E MÉTODO**

Este produto é oriundo da pesquisa de mestrado intitulada: “Educação Permanente como Estratégia para Realização e Valorização do Registro de Enfermagem”, tal pesquisa foi realizada no Centro Cirúrgico A do Hospital Federal de Bonsucesso após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta unidade e da Universidade Federal Fluminense, a qual está vinculada a pesquisadora. A Plataforma Brasil disponibilizou o parecer aprovado número 1.805.784.

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo pesquisa convergente assistencial. Com o objetivo de identificar os fatores que dificultam os profissionais de enfermagem a realizar o registro de forma adequada e utilizar posteriormente métodos que favoreçam e reforcem esta prática. Durante a pesquisa percebemos que um dos fatores que dificultavam a realização do registro era a ausência da Assistência de Enfermagem Sistematizada.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, de acordo com a Resolução COFEN 358/2009, organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem e destaca ainda que execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente. Assim sendo, é fundamental que o Registro de Enfermagem, seja realizado por estes profissionais de forma detalhada, permitindo avaliar a qualidade da assistência prestada.

As Anotações ou Registros da Enfermagem são de extrema importância, visto que 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente são

fornecidas por esta categoria, tornando-se indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário (FRANÇOLIN et al, 2012).

Na Resolução COFEN 311/2007 que trata sobre a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, afirma no Artigo 25 que “é dever do profissional Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar”.

O Processo de Enfermagem é uma ferramenta metodológica utilizada para tornar a assistência de enfermagem sistemática enquanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem é o que organiza o trabalho profissional tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. A Resolução COFEN 358/2009 nos diz que o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

## **ELABORAÇÃO DO CHECKLIST PARA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA**

A necessidade do checklist para visita pré-operatória se evidenciou após a observação participante, na qual não foi encontrado nenhum registro referente a esse período. Foi necessário, então, esclarecer os enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) e todas as suas fases.

Após compreensão da SAEP, os enfermeiros perceberam que existia registro de enfermagem no transoperatório e no pós-operatório imediato (RPA). Eles precisavam apenas ser sistematizados com elaboração de diagnósticos de enfermagem e implementação de cuidados, mas na visita pré-operatória não havia nenhuma forma de registro já estabelecida, era, pois, a mais carente de atenção.

Então, decidiram permanecer com os registros já existentes, incluindo apenas os DE e a implementação dos cuidados. Ficou decidida, ainda, a elaboração desse checklist completo para a visita pré-operatória de enfermagem.

Esse tipo de visita representa o início da SAEP (SOBECC, 2013). Ela possibilita identificar, além das condições físicas, sentimentos como ansiedade, medo, preocupação, dor e insegurança.

Tal instrumento pode ser um guia norteador da assistência no pré-operatório ao fornecer indicadores de avaliação da qualidade do cuidado, e possibilitar a formulação de novas estratégias para melhoria dos serviços de saúde (ALPENDRE et al, 2017). Sua elaboração se deu através da leitura de artigos com a temática sobre a visita pré-operatória de enfermagem, pelos enfermeiros participantes do GC.

SAEP é um grande aliado que norteia as ações de enfermagem no CC, tanto na assistência quanto na promoção da saúde e na prevenção de complicações pós-operatórias (SOUZA, CARVALHO, PALDINO, 2012).

**CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA**

Nome Paciente: \_\_\_\_\_  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F. Cor Da Pele: ( ) Negra ( ) Branca ( ) Parda ( ) Indígena ( ) \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
Procedimento Cirurgico Proposto: \_\_\_\_\_  
Porte Da Cirurgia: ( ) Pequeno ( ) Medio ( ) Grande  
Paciente Relata E/Ou Apresenta: ( ) Ansiedade ( ) Nervosismo ( ) Duvidas Sobre O Procedimento ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Cirurgias Anteriores: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
Comorbidades: ( ) Diabetes ( ) Hipertensão Arterial ( ) Dislipidemia ( ) Doenças Infecto-Contagiosas ( ) Outras: \_\_\_\_\_  
Medicamentos Em Uso: \_\_\_\_\_  
Tabagista? ( ) Não ( ) Sim. Quanto Tempo? \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
Já Fumou? ( ) Não ( ) Sim. Por Quanto Tempo? \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_ Quando Parou? \_\_\_\_\_  
Etilista? ( ) Não ( ) Sim. Quanto Tempo? \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
Já Bebeu? ( ) Não ( ) Sim. Por Quanto Tempo? \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_ Quando Parou? \_\_\_\_\_  
Uso De Opióides E/Ou Entorpecentes? ( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_  
Alergias: ( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

**Exame Físico**

**1.1 Sistema Respiratório:**  
Fr: \_\_\_\_ Rpm ( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico ( ) Ortopneico ( ) Superficial ( ) Profunda ( ) Ruidosa  
Ausculta Pulmonar: Presença De Ruídos Adventícios? ( ) Sim ( ) Não. Especificar: \_\_\_\_\_  
Presença De Tosse, Secreção, Dipnéia? ( ) Sim ( ) Não. Especificar: \_\_\_\_\_

**1.2 Sistema Cardiovascular:**  
Fc: \_\_\_\_ Bpm. Pa: \_\_\_\_ X \_\_\_\_ Mmhg

**1.3 Sistema Gastrointestinal:**  
Peso: \_\_\_\_ Kg / Jejum: ( ) Sim ( ) Não  
Presença De Prótese Dentária: ( ) Sim ( ) Não

**1.4 Sistema Tegumentar:**  
Tax: \_\_\_\_ °C. Integridade Cutânea: ( ) Sim ( ) Não. Especificar: \_\_\_\_\_  
Condições De Higiene: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória. Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não  
Acesso Venoso: ( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

**1.5 Sistema Neurológico:**  
Nível De Consciência: ( ) Lúcido ( ) Consciente ( ) Torporoso ( ) Desorientado ( ) Comatoso  
Acuidade Auditiva E Visual Preservada: ( ) Sim ( ) Não  
Dor: \_\_\_\_\_ ( ) Sim. Local E Tipo: \_\_\_\_\_ ( ) Não.  
Alterações No Padrão Do Sono: ( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

**1.6 Sentimentos Do Paciente:**  
( ) Calmo ( ) Apatia ( ) Ansiedade ( ) Medo ( ) Agitação ( ) Isolamento  
Houve Mudança No Dia-A-Dia Em Virtude Da Necessidade Do Procedimento Anestésico/Cirúrgico?  
( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

**1.7 Sistema Músculo-Esquelético:**  
Deambulação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada, Especificar: \_\_\_\_\_

**1.8 Sistema Urinário**  
Eliminação Urinária: ( ) Espontânea ( ) Por Sonda. Cor E Aspecto: \_\_\_\_\_

## **CONTEÚDO PARA APLICATIVO COM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO NO PERIOPERATÓRIO**

No Grupo de Convergência (GC) pensando em como incluir os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e as implementações dos cuidados de enfermagem nas folhas de registro, utilizadas no trans e pós-operatório já existentes. Surgiu a ideia de colocar os diagnósticos em um aplicativo, para facilitar a consulta e utilizar apenas os diagnósticos relativos a cada paciente. Assim, reduzir o número de folhas que seriam necessárias para incluir todos os diagnósticos.

Identificar os diagnósticos de enfermagem facilita a assistência e oferece qualidade no serviço prestado (SOUZA, CARVALHO, PALDINO, 2012). Adotou-se a taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para a identificação dos DE.

Os diagnósticos são baseados em problemas reais e potenciais do paciente e são as bases para o desenvolvimento da implementação do cuidado de enfermagem. O aplicativo foi elaborado de forma que a implementação do cuidado esteja atrelada ao diagnóstico.

Foram elencados os diagnósticos que ocorrem com maior frequência em cada fase do perioperatório. Eles se encontram separados por fase. No momento da visita pré-operatória o enfermeiro pode abrir apenas os possíveis diagnósticos para o pré-operatório e, da mesma forma no transoperatório e pós-operatório imediato.

Para essa formulação também foram utilizados artigos relacionados ao diagnóstico de enfermagem no perioperatório. A pesquisadora se dispôs a procurar em livros a implementação de cada diagnóstico, pois esse processo ocuparia mais tempo disponível no GC.

## DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem
Ansiedade	<p>Avaliar os fatores causadores;            Determinar o nível de conhecimento sobre a situação para identificar concepções errôneas, falta de informação e outros problemas pertinentes;            Ajudar o paciente a lidar com a situação;            Utilizar comunicação terapêutica (escuta atenta);            Respeitar o desejo do paciente de não conversar;            Expressar esperança levando em consideração os limites da situação do indivíduo;            Ajudar o paciente a ocupar-se de atividades que promovam o crescimento espiritual.</p>
Medo	<p>Avaliar a intensidade do medo e a realidade de ameaça percebida pelo paciente.            Determinar a percepção do paciente quanto o que está acontecendo e como isso afeta sua vida.            Comparar respostas verbais e não verbais para detectar incongruências ou percepções alteradas da situação.            O medo pode ser atuado quando outras pessoas dão apoio desejado            Fornecer informações. Conversar utilizando frases simples e termos concretos facilitando a compreensão e a retenção de informações.</p>
Padrão de sono prejudicado	<p>Melhorar o ambiente.            Assegurar a privacidade.            Aumentar o conforto físico trocando pijamas ou camisolas úmidos.            Ajustar a temperatura do ambiente.            Realizar atividade de monitoramento e cuidados de enfermagem sem acordar o paciente, sempre que possível.</p>
Risco de integridade da pele prejudicada	<p>Examinar rotineiramente a pele e atentar para umidade, coloração e elasticidade. Ver se há história pregressa de problemas dermatológicos que possam indicar suscetibilidade especial.</p>
Padrão respiratório ineficaz	<p>Avaliar se está relacionado a ansiedade. Lidar com medo e ansiedade que possam estar presentes (Ver Ansiedade e Medo).            Atenuar fatores causadores.            Aspirar vias aéreas superiores conforme a necessidade.            Elevar a cabeceira do leito.            Recomendar que o paciente respire lenta e profundamente, contraindo os lábios expiração.            Monitorar oximetria de pulso se necessário.</p>

Risco de aspiração	Fator de risco: Nível de consciência (devido a sedação/anestesia).
Integridade da pele prejudicada	<p>Avaliar a circulação sanguínea e a sensibilidade.</p> <p>Determinar o estado nutricional e a possibilidade de cicatrização demorada ou lesão tecidual agravada pela desnutrição.</p> <p>Examinar a cor, a textura e o turgor da pele. Avaliar as áreas menos pigmentadas para detectar alterações de cor (escleróticas, conjuntivas, leitos ungueais, mucosa oral, língua, palmas e plantas).</p> <p>Palpar as lesões cutâneas para definir suas dimensões, seu formato, sua consistência e textura, a temperatura e a hidratação da pele.</p> <p>Medir o comprimento, a largura e a profundidade da úlcera ou ferida. Determinar a extensão do túnel ou descolamento subcutâneo, se houver.</p>
Risco de infecção	<p>Verificar os fatores de risco para infecção: paciente imunosuprimido, feridas na pele, internação hospitalar prolongada, cirurgias ou procedimentos invasivos, cateter de longa permanência,</p> <p><b>Pré</b> – Administrar antibiótico profilático, se necessário.</p> <p><b>Pré e Pós</b> – verificar se há sinais localizados de infecção nos locais de inserção dos cateteres invasivos, nas suturas, nas incisões cirúrgicas e nas feridas.</p> <p>avaliar e registrar as condições da pele ao redor das inserções de pinos, fios metálicos e atentar para secreções.</p> <p><b>pré, trans e pós</b> – Lavar as mãos. Ressaltar as técnicas apropriadas de higiene das mãos para todos os profissionais entre as intervenções terapêuticas e o manuseio de clientes diferentes.</p> <p>Manter técnica estéril em todos os procedimentos invasivos.</p> <p><b>Pós</b> – trocar os curativos cirúrgicos ou de outras feridas, conforme a necessidade, utilizando técnica adequada de troca e descarte de material contaminado.</p> <p>Cobrir os curativos ou aparelhos gessados das regiões perianais ou pélvicas com plástico quando estiver utilizando comadre.</p> <p>Estimular deambulação precoce, respiração profunda, mudança de posição e remoção precoce do tubo endotraqueal.</p> <p>Realizar cuidados regulares com cateter e a região perianal</p>
Nutrição desequilibrada: menos do que as	Avaliar a capacidade do cliente para mastigar, engolir e sentir o paladar dos alimentos. Examinar os dentes e as gengivas para detectar saúde oral precária e

<p>necessidades corporais.</p>	<p>avaliar adaptações de próteses (conforme o caso). Todos esses fatores podem afetar a ingestão e/ou digestão dos nutrientes.          Consultar o nutricionista ou a equipe de nutrição, conforme a necessidade para adotar a abordagem em equipe multiprofissional.          Administrar alimentos por sonda nasogástrica.          Fórmulas para alimentação por sonda; infusão de nutrição parenteral.</p>
<p>Percepção sensorial perturbada.          Fator relacionado: estímulos ambientais insuficientes, ambientes com limitações terapêuticas (repouso no leito, tração, isolamento, UTI)</p>	<p>Pré-operatório: Fornecer meios de comunicação, conforme a necessidade.          Minimizar o isolamento físico ou emocional para atenuar a privação sensorial ou confusão quanto aos limites.          Reorientar o paciente quanto à individualidade, ao tempo, ao lugar e aos eventos, conforme a necessidade.          Assegurar períodos ininterruptos de sono e descanso.          Pré, Trans e Pós – Adotar medidas de segurança conforme a necessidade: grades laterais, leito em posição baixa, iluminação adequada, ajuda para caminhar, uso de dispositivos visuais e/ou auditivos.          Pós operatório – Colaborar com outros membros da equipe de forma a realizar a reabilitação e aplicar modalidades de estimulação, para obter ganhos máximos em função do bem-estar psicossomático.          Anotar o déficit de percepção no prontuário, afim de que a equipe multiprofissional se mantenha ciente.          Orientar a deambulação com apoio de outras pessoas e uso de dispositivos para manter o equilíbrio, quando necessário.</p>
<p>Risco de baixa autoestima situacional</p>	<p>Verificar se o paciente percebe alguma ameaça a si próprio na sua situação atual.          Determinar o grau de controle que paciente tem (ou acha que tem) sobre si próprio e a situação.          Entender como o paciente percebe sua própria responsabilidade de lidar com a situação e o crescimento pessoal.          Avaliar o conceito do cliente sobre si próprio no contexto das crenças religiosas ou culturais. Os conflitos entre a situação atual e esses conceitos podem contribuir com a baixa estima.          Ouvir as verbalizações do paciente, avaliar se são autodestrutivas ou suicidas, este caso requer uma intervenção para evitar que o paciente concretize seus pensamentos.</p>
<p>Risco de reação alérgica ao látex</p>	<p>Verificar se o paciente pode ser exposto a cateteres, dispositivos intravenosos no procedimento cirúrgico.          Investigar o ambiente e remover quaisquer produtos médicos que contenham látex.</p>

	<p>Criar ambientes livres de látex (produtos sem látex como luvas de borracha natural, tubos intravenosos de PVC, cânulas de oxigênio sem látex e etc) para aumentar a segurança do cliente e reduzir o risco de exposição.</p> <p>Instruir pacientes e outros profissionais de saúde quanto a possibilidade de reações de hipersensibilidade e como reconhecer os sinais e sintomas da alergia ao látex (erupção cutânea, urticária, rubor, prurido, asma, sintomas nasais, oculares e sinusais e raramente choque).</p> <p>Estabelecer as medidas a serem adotadas se ocorrerem reações.</p> <p>OBS: embora muitos serviços e profissionais de saúde utilizem equipamentos sem látex, esta substância ainda está presente em muitos suprimentos médicos e/ou no ambiente de atenção a saúde, acarretando risco aos clientes e aos profissionais de saúde.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## DIAGNÓSTICO E INTERENÇÃO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem
Ansiedade	Ver no Pré-operatório
Risco de aspiração	<p>Avaliar a capacidade do paciente de deglutir e a força dos reflexos de tosse ou engasgo e também a consistência das secreções. Isso ajuda a determinar a presença e eficácia dos mecanismos de proteção.</p> <p>Aspirar cavidade oral, nariz e traqueostomia ou TOT conforme a necessidade e evitar ativação do reflexo de tosse durante a aspiração para remover as secreções e, ao mesmo tempo, reduzir as chances de aspiração de secreções.</p> <p>Ajudar a realizar a drenagem postural para mobilizar as secreções espessadas que podem dificultar a deglutição.</p> <p>Auscular frequentemente os sons respiratórios, principalmente se o paciente estiver tossindo muito ou se o paciente estiver no respirador e recebendo alimentação pos sonda, para determinar a presença de secreções ou aspiração assintomática.</p>
Risco de lesão (por bisturi elétrico)	Proteger o corpo do contato com partes metálicas da mesa cirúrgica, que podem causar queimaduras ou lesão por choque elétrico.
Risco de lesão perioperatória por posicionamento	Travar as rodas da maca, apoiar o corpo e os membros do paciente, acionar o numero adequado de profissionais durante as transferências para evitar



	<p>lesões por atrito ou cisalhamento.  Evitar movimentos descontrolados.  Manter o alinhamento corporal na medida do possível, utilizando travesseiros ou acolchoados, faixas de segurança, para reduzir as chances de ocorrerem complicações neurovasculares associadas a compressão, estiramento excessivo ou isquemia dos nervos.  Posicionar acolchoados nos pontos de pressão e nas proeminências ósseas e nos pontos de compressão neurovascular para manter a posição segura, principalmente durante posicionamento e reposicionamento dos fixadores e faixas de segurança na mesa cirúrgica.  Verificar periodicamente os pulsos periféricos, a coloração e a temperatura da pele pra monitorizar a circulação.  Reposicionar lentamente o corpo durante a transferência e no leito para evitar redução grave de pressão arterial e tonteira ou riscos na transferência.  Proteger as vias respiratórias e facilitar o esforço respiratório depois da extubação.  Detectar riscos potenciais no centro cirúrgico e adotar medidas corretivas apropriadas.</p>
<p>Risco de sangramento</p>	<p>Avaliar os fatores causadores e predisponentes para o sangramento.  Avaliar os sinais vitais, principalmente pressão arterial, pulso e respiração. Monitorar os parâmetros hemodinâmicos invasivos disponíveis para detectar déficits de volume intravascular.  Atentar para queixa do cliente de dor em áreas específicas, se a dor está se intensificando, é difusa ou localizada. Isso pode auxiliar a detectar sangramento nos tecidos, nos órgãos ou nas cavidades.  Rever os resultados laboratoriais, principalmente hemograma, contagem de plaquetas e outros fatores de coagulação como tempo de protrombina e fibrinogênio.  Aplicar pressão direta e bolsa de gelo nas aéreas de sangramento.  Manter acesso venoso para administrar líquidos ou repor sangue.  Monitorar a ocorrência de sangramento evidente.  Colaborar na avaliação da necessidade de repor sangue ou outros componentes.  Atentar para uso de anticoagulantes, esses fármacos certamente deverão ser suspensos por um tempo antes do procedimento cirúrgico para reduzir o risco de sangramento.</p>

Hipotermia	<p>Elevar a temperatura do ambiente.</p> <p>Aquecer as soluções para infusão IV se for necessário.</p> <p>Ajudar a aplicar medidas para normalizar a temperatura central, inclusive infusão de soluções IV aquecidas e lavagem das cavidades corporais com soluções mornas.</p> <p>Reaquecer o cliente lentamente para evitar vasodilatação súbita, aumento das demandas metabólicas do coração e hipotensão (choque do reaquecimento).</p> <p>Realizar o aquecimento por volta superficial por meio de mantas aquecidas e aumento da temperatura do ambiente.</p> <p>Evitar a realização do reaquecimento superficial antes do reaquecimento central os casos de hipotermia, porque isso poderia causar baixa da temperatura em consequência da transferência do sangue frio de volta para o coração, além de causar choque associado ao reaquecimento em consequência da vasodilatação superficial.</p> <p>Desligar a manta de aquecimento quando a temperatura estiver 1 a 3°C acima do nível desejado, para evitar hipertermia.</p>
Eliminação urinária prejudicada	<p>Manter a bexiga vazia utilizando um cateter de longa permanência conectado ao sistema fechado de drenagem.</p> <p>Verificar frequentemente se há distensão vesical e ficar atento ao fluxo excessivo, para reduzir o risco de infecção e/ou hiper-reflexia autonômica.</p>
Risco de temperatura Corporal alterada	<p>Monitorar a temperatura.</p> <p>Monitorar e manter a temperatura ambiente confortável.</p> <p>Recuperar ou manter a temperatura corporal dentro da faixa normal. O paciente pode necessitar de intervenções para tratar hipotermia ou hipertermia. (Ver hipotermia e hipertermia)</p>

## DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenção de Enfermagem</b>
Integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar condições da incisão cirúrgica</li> <li>• Avaliar condições do curativo</li> <li>• avaliar presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar temperatura da pele do paciente</li> </ul>
Proteção ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar incisão cirúrgica</li> <li>• Avaliar presença de sinais flogísticos em cateter e/ou venóclise</li> <li>• Realizar troca de curativo, com técnica asséptica, se houver sujidade</li> <li>• Realizar desinfecção dos dispositivos de administração de medicações (buretas e equipos), com álcool a 70%</li> </ul>
Mobilidade no leito prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar alinhamento do corpo do paciente</li> <li>• Manter a roupa de cama limpa, seca e sem rugas ou dobras</li> <li>• Avaliar condições da pele do paciente</li> <li>• Realizar massagem de conforto, quando pertinente</li> <li>• Manter profilaxia para tromboembolismo venoso (meias elásticas e compressor intermitente)</li> <li>• Realizar mudança de decúbito a cada duas horas</li> </ul>
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar características, intensidade e local da dor</li> <li>• Aplicar escala numérica de dor ou outra escala pertinente</li> <li>• Considerar escore de dor relatado pelo paciente</li> <li>• Avaliar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequências cardíaca e respiratória)</li> <li>• Administrar analgésicos conforme prescrição médica</li> <li>• Reavaliar dor após administração da medicação</li> </ul>
Padrão respiratório ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalar cateter de O<sub>2</sub> a 2l/min ou conforme recomendação médica</li> <li>• Orientar paciente a realizar inspiração profunda</li> <li>• Despertar o paciente e estimulá-lo a respirar profundamente</li> <li>• Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude)</li> <li>• Avaliar a necessidade de aspiração da via aérea</li> <li>• Realizar controle da dor, se presente</li> <li>• Avaliar sinais de insuficiência respiratória (respiração artificial, ruídos, estertores, batimento de asa do nariz)</li> </ul>
Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar temperatura a cada 15 minutos e sucessivamente a cada 30 minutos</li> <li>• Substituir roupas molhadas por secas</li> <li>• Cobrir o paciente com cobertores</li> <li>• Instalar manta térmica, se disponível</li> <li>• Evitar descobrir o paciente desnecessariamente</li> <li>• Monitorar cor, temperatura e umidade da pele</li> <li>• Avaliar perfusão periférica</li> <li>• Infundir soluções venosas aquecidas</li> <li>• Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do paciente, relacionados aos diagnósticos</li> </ul>

	identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda</li> <li>• Colocar pulseira de identificação de risco de queda no paciente</li> <li>• Travar as rodas da maca durante a transferência para outra maca ou cadeira de rodas</li> <li>• Manter elevadas as grades de proteção da maca</li> <li>• Manter cama em altura adequada para prevenir quedas</li> </ul>
Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir</li> <li>• Posicionar o paciente em decúbito de 45°, no mínimo</li> <li>• Manter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado</li> <li>• Manter aspirador disponível</li> </ul>
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examinar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos</li> <li>• Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia)</li> <li>• Higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento</li> <li>• Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações</li> <li>• Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente</li> </ul>
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar temperatura, padrão respiratório, pressão arterial e pulso</li> <li>• Avaliar cor, temperatura e umidade da pele</li> <li>• Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de Temperatura, tremor, piloereção) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial, sudorese)</li> <li>• Utilizar manta térmica, quando disponível e indicado</li> <li>• Manter o ar condicionado desligado</li> <li>•</li> </ul>
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar hemoderivados se necessário e segundo prescrição médica</li> <li>• Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)</li> <li>• Monitorar níveis de eletrólitos séricos</li> <li>• Verificar presença de sangramentos</li> <li>• Realizar balanço hídrico</li> </ul>

<p>Risco de glicemia instável</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Verificar resultados de glicemia capilar dos períodos pré e transoperatório</li> <li>•Avaliar sinais de hiperglicemia e de hipoglicemia</li> <li>•Realizar controle de glicemia capilar durante a permanência do paciente na recuperação anestésica, se indicado.</li> <li>•Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do Paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente</li> </ul>
<p>Retenção urinária</p>	<p>Aliviar a dor administrando os fármacos apropriados e as medidas para reduzir o edema ou corrigir a causa subjacente.</p> <p>Ajudar o paciente a sentar-se em posição ereta na cadeira higiênica para colocar-se na posição fisiológica para urinar.</p> <p>Aplicar compressas geladas, massagem na face interna da coxa ou deixar escorrer água morna no períneo para estimular o arco reflexo.</p> <p>Realizar cateterismo de alívio.</p>
<p>Recuperação pós-operatória retardada</p>	<p>Indicar o distúrbio ou patologia subjacente que possam afetar a cicatrização e a recuperação.</p> <p>Identificar outros fatores que possam impedir a recuperação, como: obesidade, tabagismo, estilo de vida sedentário, tratamento com corticoide, internação hospitalar prolongada antes do procedimento cirúrgico e radioterapia.</p> <p>Determinar a existência e a gravidade das complicações perioperatórias, como por exemplo: anestesia prolongada, traumatismo ou condições que exijam várias intervenções cirúrgicas), e o desenvolvimento de complicações pós-operatórias (infecção de ferida cirúrgica, pneumonia associada ao uso do ventilador mecânico, trombose venosa profunda) que possam prolongar a recuperação.</p> <p>Avaliar o estado nutricional e a ingestão atual para determinar se a nutrição está adequada.</p> <p>Avaliar a intensidade de dor para determinar se o tratamento analgésico é suficiente às necessidades do paciente durante a recuperação.</p> <p>examinar rotineiramente as incisões ou as feridas e descrever as mudanças</p>
<p>Náusea</p>	<p>Verificar se há condições sistêmicas que podem causar náuseas.</p> <p>Administrar e monitorar a resposta aos fármacos usados para tratar a causa primária das náuseas.</p> <p>Escolher a via de administração dos fármacos mais apropriada.</p> <p>Rever o esquema de analgesia. A substituição por</p>

	opioides de ação prolongada ou por combinação de fármacos pode atenuar a estimulação da zona de gatilho e atenuar a ocorrência de náuseas.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **CONTEÚDO PARA APLICATIVO SOBRE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**

Durante a pesquisa-conversa o e os grupos de converg ncia, os participantes falaram algumas vezes sobre a fun o de cada profissional de enfermagem no CC. Alguns relataram que quando come aram a trabalhar no CC n o sabiam absolutamente nada sobre o setor.

Ent o, propuseram que houvesse um treinamento, ou pelo menos algo para ler sobre o que fazer no CC, como, por exemplo, uma apostila ou algo nesse sentido. Nesse mesmo per odo, a chefia de enfermagem no CC abordou a pesquisadora solicitando uma fonte de informa o sobre a fun o do enfermeiro plantonista e diarista no CC.

Diante desses questionamentos, a pesquisadora se debru ou sobre o assunto e elaborou um resumo com os seguintes temas relativos ao CC:

- Atribui es do enfermeiro assistencial (plantonista);
- Atribui es do enfermeiro coordenador (diarista);
- Atribui es do enfermeiro na RPA;
- Atribui es do t cnico de enfermagem;
- Atribui es do t cnico de enfermagem na RPA;
- Atribui es do instrumentador cir rgico;
- Montagem de sala de opera es;
- Posicionamento do paciente para cirurgia;
- Cuidados com placa dispersiva e bisturi el trico.

Esse material foi disponibilizado para a chefia de enfermagem do CC, no primeiro momento, atendendo a sua demanda. Entretanto, ap s apresentar o material a alguns participantes da pesquisa, os mesmos acharam interessante e ficou decidida a disponibiliza o para o conte do do aplicativo.

## **ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL**

- 1- Realizar plano de cuidados e supervisionar a continuidade da assistência.
- 2- Prever recursos humanos para atendimento em SO.
- 3- Supervisionar as ações da equipe de enfermagem.
- 4- Checar a programação cirúrgica.
- 5- Conferir escala diária de atividades dos funcionários.
- 6- Orientar montagem e desmontagem de SO.
- 7- Conferir os materiais implantáveis necessários para as cirurgias (antes do paciente ser encaminhado a SO).
- 8- Verificar a disponibilidade e o funcionamento do material necessário para cirurgia.
- 9- Manter ambiente seguro para paciente e profissionais.
- 10- Realizar visita pré-operatória. Realizar os diagnósticos de enfermagem para o período pré e intraoperatório e implementação dos cuidados.
- 11- Recepcionar o paciente no CC, conferir prontuários, pulseira de identificação, exames e preencher os impressos relativos a admissão.
- 12- Realizar inspeção física do paciente (no local específico em cada instituição).
- 13- Conferir os Diagnósticos de Enfermagem e a implementação dos cuidados.
- 14- Conduzir o paciente até a SO.
- 15- Auxiliar na transferência do paciente da maca para a mesa cirúrgica.
- 16- Auxiliar no posicionamento do paciente.
- 17- Orientar o técnico sobre as anotações de enfermagem em SO.
- 18- Realizar curativo cirúrgico ou ajudar a equipe na execução.
- 19- Auxiliar na transferência do paciente da mesa cirúrgica para a maca, verificar cateteres, sondas e drenos.
- 20- Encaminhar o paciente para RPA.
- 21- Informar as condições clínicas do paciente ao Enfermeiro da RPA.

## **ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COORDENADOR - ATRIBUIÇÕES RELACIONADAS AO FUNCIONAMENTO DO CENTRO CIRÚRGICO**

- 1- Prever a necessidade de materiais, equipamentos e instrumental cirúrgico e prover o setor de tais elementos.
- 2- Participar da elaboração de normas, rotinas e procedimentos do setor.
- 3- Orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos com o objetivo de garantir o uso correto.
- 4- Colaborar com a comissão de CCIH.
- 5- Fazer com que as normas de CCIH sejam cumpridas por toda equipe.
- 6- Quando necessário, solicitar novos equipamentos e/ou instrumental cirúrgico.
- 7- Controle Administrativo.
- 8- Elaborar escalas mensais e diárias de atividades dos funcionários.
- 9- Supervisionar conferência de equipamentos, através de escala previamente elaborada.
- 10- Prever e Prover recursos humanos, materiais, equipamentos e instrumental cirúrgico em condições adequadas para as cirurgias sejam realizadas.
- 11- Tomar decisões administrativas e assistenciais com respaldo científico.

#### **ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE PESSOAL**

- 1- Realizar avaliação de desempenho da equipe (conforme normas da instituição).
- 2- Definir o perfil do profissional do Centro Cirúrgico.
- 3- Participar do treinamento de novos funcionários.
- 4- Planejar treinamentos junto com a Educação Continuada.
- 5- Utilizar a Educação Permanente em Saúde.
- 6- Proporcionar recursos humanos para realizar a ato anestésico-cirúrgico.
- 7- Zelar pela qualidade da assistência.

#### **ATIVIDADES ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO COORDENADOR/DIARISTA**

- 1- Implementar a SAEP.
- 2- Verificar o agendamento de cirurgias e orientar montagem de SO.



- 3- Avaliar o relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem.
- 4- identificar os problemas e buscar propostas de soluções.
- 5- Notificar ocorrências (de acordo com o preconizado em cada instituição).
- 6- Zelar para que todos os impressos sejam preenchidos corretamente.

OBS: As atribuições do enfermeiro coordenador podem ser divididas com o enfermeiro assistencial sendo ele plantonista ou diarista.

### **ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA RPA**

- 1- Receber as informações clínicas do paciente na admissão a RPA.
- 2- Realizar exame físico dos pacientes na admissão e na alta da RPA, além dos sinais vitais, verificar saturação de O<sub>2</sub>, atividade e força muscular.
- 3- Elaborar plano de cuidados, supervisionar sua execução e realizar as atividades complexas de enfermagem, com base na SAEP.
- 4- Ter conhecimento da farmacodinâmica, da anestesia e da analgesia, e também de fisiopatologia.
- 5- Ter conhecimento e habilidade para o atendimento em urgências cardiorrespiratórias e em reanimação cardiopulmonar.
- 6- Atentar quanto a possíveis riscos inerentes ao ato anestésico-cirúrgico.
- 7- Priorizar a assistência aos pacientes com maior grau de complexidade.
- 8- Aplicar escalas de Aldrete e Kroulik, sedação de Ramsey e dor ao longo da permanência do paciente na RPA.
- 9- Avaliar e registrar a evolução clínica do paciente em recuperação, as intercorrências, os cuidados e manobras realizadas.
- 10- Avaliar as condições clínicas para alta do paciente, registrar e encaminhá-lo a enfermaria de origem,
- 11- Informar e orientar os familiares sobre as condições clínicas do paciente.
- 12- Passar as informações (como passagem de plantão) ao enfermeiro da enfermaria de origem do paciente, antes de encaminhá-lo de alta.

### **ATRIBUIÇÕES TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS DO ENFERMEIRO NA RPA**

- 1- Colaborar com o enfermeiro coordenador do CC na elaboração das escalas mensais, semanais e diárias.
- 2- Manter atualizadas as rotinas da RPA.
- 3- Identificar a necessidade de materiais e equipamentos observando a conservação e também fazendo com que a equipe também observe.
- 4- Dimensionamento de pessoal de acordo com as necessidades da RPA.
- 5- Promover Educação Continuada.
- 6- Utilizar a Educação Permanente em Saúde como instrumento para proposta e alcançar soluções de questões que possam surgir no desenvolvimento das ações.

### **ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO**

- 1- Estar ciente das cirurgias marcadas para serem realizadas na SO pela qual é responsável.
- 2- Prover a SO com materiais, equipamentos e instrumental cirúrgico adequado para cada cirurgia.
- 3- Verificar a limpeza das paredes e pisos da SO. Verificar se há sujidade em equipamentos expostos e superfícies.
- 4- Verificar o funcionamento da iluminação da SO.
- 5- Checar o funcionamento dos gases medicinais e equipamentos.
- 6- Realizar manutenção da temperatura (providenciar manta térmica e adequar a temperatura do ar- condicionado).
- 7- Auxiliar a equipe na transferência do paciente da maca para a mesa cirúrgica. Cuidado com drenos, sondas e cateteres.
- 8- Auxiliar no posicionamento do paciente para anestesia e cirurgia.
- 9- Notificar ao enfermeiro possíveis intercorrências. Registrar.
- 10- Preencher adequadamente os impressos relacionados ao procedimento cirúrgico (de acordo com cada instituição) e fixar no prontuário.
- 11- utilizar equipamentos, materiais descartáveis e permanentes adequadamente.
- 12- Comunicar ao enfermeiro, caso haja algum defeito em equipamentos, materiais e instrumental cirúrgico.

- 13- Controlar materiais, compressas e gases, em auxílio ao instrumentador cirúrgico, como fator de segurança do paciente.
- 14- Auxiliar a equipe cirúrgica durante a paramentação.
- 15- Abrir todos os materiais estéreis a serem utilizados com técnica asséptica.
- 16- Solicitar presença do enfermeiro sempre que for necessário.
- 17- Encaminhar peças, exames e outros pedidos realizados no transcorrer da cirurgia.
- 18- Atender às solicitações da equipe cirúrgica durante todo o procedimento.
- 19- Desenvolver procedimentos técnicos, conforme orientação do enfermeiro.
- 20- Ajudar a transferência do paciente da mesa cirúrgica para a maca, não esquecendo dos cuidados com sondas e os cateteres no transporte do paciente.
- 21- Encaminhar o paciente a RPA, e na ausência do enfermeiro informar as condições clínicas para o enfermeiro ou técnico de enfermagem da RPA, por meio de passagem de plantão.
- 22- Desmontar a SO e encaminhar adequadamente cada material para seu destino, seja descarte reprocessamento ou armazenamento.
- 23- Caso o enfermeiro esteja impossibilitado de estar presente em SO, auxiliar o anestesista no momento da indução e reversão do procedimento anestésico.
- 24- Solicitar limpeza concorrente ou terminal da SO conforme programação e rotina estabelecidas no setor.
- 25- Conservar o ambiente de trabalho limpo e em ordem.
- 26- Colaborar com o enfermeiro no treinamento de outros profissionais.
- 27- Manter boa relação de trabalho com a equipe multidisciplinar.

### **ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA RPA**

- 1- Prestar cuidados de enfermagem aos pacientes, conforme prescrição de enfermagem.
- 2- Realizar manutenção da unidade para atendimento aos pacientes, de acordo com as orientações do enfermeiro.
- 3- Manter a ordem e a limpeza em seu ambiente de trabalho.
- 4- Zelar pelas condições ambientais de segurança do paciente e da equipe.
- 5- Manusear e limpar adequadamente os aparelhos da RPA.

- 6- Conferir e providenciar material e equipamentos necessários para prestar cuidados adequados a cada paciente.
- 7- Admitir o paciente na RPA conforme orientação do enfermeiro ou junto com ele.
- 8- Executar a prescrição médica.
- 9- Aplica escala de Aldrete e Kroulik.
- 10- Realizar com segurança a alta e transferência dos pacientes para enfermaria de origem.
- 11- Notificar o enfermeiro sobre as condições do paciente e as eventuais intercorrências.

### **ATRIBUIÇÕES DO INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO**

- 1- Conferir materiais, equipamentos e instrumental cirúrgico necessários ao ato cirúrgico.
- 2- Conhecer o instrumental cirúrgico por seus nomes e dispô-los sobre a mesa, de acordo com sua utilização em cada tempo cirúrgico.
- 3- Prever e solicitar material complementar ao circulante da SO.
- 4- Paramentar-se com técnica asséptica, cerca de 15 minutos antes do início da cirurgia.
- 5- Prepara agulhas e fios de sutura de acordo com o tempo cirúrgico.
- 6- Auxiliar o cirurgião e os assistentes durante a paramentação cirúrgica e na colocação dos campos estéreis.
- 7- Ser responsável pela assepsia, limpeza e acomodação do instrumental cirúrgico durante toda a cirurgia.
- 8- Entregar o material cirúrgico ao cirurgião e assistentes.
- 9- Atender as solicitações da equipe cirúrgica e às necessidades do paciente durante o procedimento.
- 10- Realizar contagem de compressas, gazes e agulhas podendo solicitar auxílio ao circulante da SO.
- 11- Desprezar adequadamente material contaminado e perfuro cortantes.
- 12- Auxiliar no curativo e no encaminhamento do paciente a devida unidade, quando necessário.

13- Conferir o material e o instrumental cirúrgico após o uso e encaminhar o material cirúrgico para CME.

14- Auxiliar na retirada do material da SO.

## **SALA DE OPERAÇÕES**

O objetivo da montagem da sala de Operações disponibilizar materiais e equipamentos necessários para realização da anestesia e cirurgia.

Antes de qualquer atividade lavar as mãos.

1- Verificar o procedimento programado.

2- Confirmar o material específico para a cirurgia.

3- Providenciar materiais permanentes e descartáveis (equipo de soro, sondas, jelcos, agulhas, capotes, frascos de soro, pacote de campos, caixas de cirurgia, compressas, gaze, seringas, kit cirúrgicos e etc. Estes equipamentos podem variar de acordo com cada anestesia e cirurgia).

4- Verificar as condições da sala de operações. Se a limpeza não estiver adequada solicite a higienização.

5- Verificar os equipamentos básicos e os específicos da cirurgia e fazer um teste prévio. Equipamentos básicos: mesa cirúrgica e seus acessórios, focos, mesas de instrumentação, mesas auxiliares, bisturi elétrico, hampers, baldes de lixo, coletor de perfurocortantes, instalações elétricas (tomadas), saída de gases medicinais, ar condicionado, manta térmica, bancos, suporte de soro, aspirador, aparelho de anestesia e monitores (normalmente estes dois são testados pelos anestesistas).

6- Solicitar o material necessário (caixas de cirurgia ) a CME ou Arsenal de acordo com a rotina da instituição.

7- Checar a integridade das embalagens e a validade do material estéril.

8- Providenciar os impressos necessários de acordo com cada instituição.

9- É imprescindível realizar o teste do carrinho de anestesia antes do paciente entrar em sala. (normalmente o anestesista realiza este procedimento).

10- Disponibilizar material necessário para o anestesista de acordo com o procedimento que será realizado (bandeja de bloqueio, tubos, cânula de Guedel, laringoscópio, máscara inalatória e etc). Este procedimento pode ser

realizado pelo circulante de sala ou pelo auxiliar de anestesia de acordo com cada instituição. O material de intubação deve estar todo em sala independente do tipo de anestesia programada.

## **POSICIONAMENTO DO PACIENTE PARA A CIRURGIA**

Todos os membros da Equipe Cirúrgica (Cirurgião, Enfermeiro, Anestesiologista, Assistentes, Auxiliares, Circulante de Sala) são responsáveis pelo posicionamento correto do paciente e identificação dos riscos para garantir a segurança do paciente e proteger de traumas durante a cirurgia.

Recomendações:

- 1- Colocar o paciente na posição após a anestesia.
- 2- Colocar na posição adequada para a cirurgia respeitando a anatomia e fisiologia do paciente.
- 3- Manipular cuidadosamente o paciente.
- 4- Considerar idade, peso, condições físicas e limitações do paciente antes de iniciar o posicionamento.
- 5- Evitar contato do corpo com superfícies metálicas para prevenir queimaduras com bisturi elétrico.
- 6- Evitar hiperextensão e compressões dos plexos musculares evitando lesões e paralisias locais.
- 7- Não deixar membros pendentes, apoiar ao longo do corpo em suporte sempre acolchoados.
- 8- Proteger proeminências ósseas, evitando úlceras por pressão, trombozes e outras complicações circulatórias.
- 9- Regular faixas de proteção e fixação de modo que não comprometam as funções vitais.
- 10- Evitar instrumentais ou pressão sobre o paciente.
- 11- Se houver necessidade de mudança de posição durante o ato cirúrgico procure estabilizar cabeça, tronco e membros, substitua os campos cirúrgicos, revisar o tubo orotraqueal.

## **PLACA DISPERSIVA: CUIDADOS COM A PLACA DISPERSIVA - BISTURI ELÉTRICO**

A responsabilidade de colocar a placa dispersiva no paciente é do circulante de sala.

- 1- Colocar a placa após o posicionamento cirúrgico.
- 2- Observar descolamento ou deslocamento durante a cirurgia.
- 3- Colocar a placa dispersiva mais próxima possível do sítio cirúrgico.
- 4- Sempre colocar em massa muscular como: panturrilha, coxa, glúteos, observando o contato uniforme da placa.
- 5- Evitar proeminências ósseas, pele não integra, local com muito pelo porque diminuem o contato da placa com a pele.
- 6- Se a placa for de metal utilizar fel condutor. As placas descartáveis já possuem gel e por este motivo não devem ser reutilizadas para manter a segurança do paciente.
- 7- Manter o paciente sem contato com superfícies metálicas.
- 8- Desligar bisturi elétrico quando for utilizar álcool na pele do paciente.
- 9- Atenção aos portadores de marcapasso, pois o bisturi pode causar interferência. Utilizar POP da instituição.
- 10- Inspeccionar a pele do paciente para verificar a integridade.

O mal uso da placa dispersiva pode causar queimaduras graves. Isto pode ocorrer porque o bisturi elétrico é um aparelho de elevada intensidade de corrente elétrica em alta frequência para realizar incisões, remover tecidos orgânicos e promover hemostasia. A energia é aplicada entre dois eletrodos, um deles é o ativo (caneta de bisturi) e o outro é o neutro (placa dispersiva) este estabelece a circulação da corrente.

### **PÚBLICO ALVO AO QUAL O PRODUTO SE DESTINA:**

O produto desta pesquisa se destina a profissionais de enfermagem que atuam em Centro Cirúrgico e estudantes de enfermagem.

### **ABRANGÊNCIA DO PRODUTO:**

A abrangência do produto é nacional, pois após a elaboração o aplicativo pode ser acessado de qualquer lugar com disponibilidade de internet.

#### **REFERENCIAS:**

- ALPENDRE FT; CRUZ EDA; DYNIEWICZ AM; MANTOVANI MF; SILVA AEBC; SANTOS GS. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25: e2907.
- FRANÇOLIN L, BRITO MFP, GABRIEL CS, MONTEIRO TM, BERNARDES A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. Rev de Enf UERJ, 2012; 20 (1): 79-82.
- MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- RESOLUÇÃO COFEN 311/2007. Disponível em: . Acessado em: abril de 2017.
- RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/>>. Acessado em: 20 agosto 2014.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas SOBECC. 6ª ed. São Paulo: SOBECC; 2013.
- Diagnósticos de enfermagem da NANDA : definições e classificação 2015-2017 [recurso eletrônico] / [NANDA International] ; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez ; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros ... [et al.]. Porto Alegre : Artmed, 2015.
- SOUZA, Talita Monteiro de; CARVALHO, Rachel de; PALDINO, Camila Moreira. Diagnósticos, Prognósticos E Intervenções De Enfermagem Na Sala De Recuperação Pós-anestésica. Rev. SOBECC, São Paulo. out./dez 2012; 17(4): 33-47