



ISSN: 2230-9926

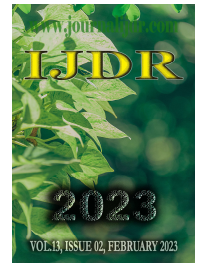
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 13, Issue, 02, pp. 61520-61525, February, 2023

<https://doi.org/10.37118/ijdr.25734.02.2023>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO: REFLEXÕES PARA A PRÁTICA

Ericka Suelen Villar*¹, Helga de Sousa Soares¹, Nelson Jose da Silva², Patrícia Vasconcelos de Albuquerque³, Gilberto Costa Teodosio⁴, Ana Paula Morais de Medeiros⁵, Arynne Mércia Soares Rodrigues Lucena⁶, Samantha Folly Costa⁷, Yury cordeiro⁸ and Sérgio Vital da Silva Júnior⁹

¹Enfermeira. Hospital Universitário Lauro Wanderley-Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil; ²Enfermeiro. Complexo Hospitalar Tarcísio de Miranda Burity, João Pessoa, Paraíba, Brasil; ³Enfermeira. Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. João Pessoa, Paraíba, Brasil; ⁴Enfermeiro. Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires – HMDJMP. Santa Rita, Paraíba, Brasil; ⁵Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba; ⁶Enfermeira. Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa, Paraíba, Brasil; ⁷Odontóloga. Exército Brasileiro; ⁸Médico. Complexo Hospitalar Tarcísio de Miranda Burity. João Pessoa. Brasil; ⁹Enfermeiro. Doutorando em enfermagem pela UFPB

ARTICLE INFO

Article History:

Received 24th January, 2023
Received in revised form
30th January, 2023
Accepted 17th February, 2023
Published online 25th February, 2023

KeyWords:

Environment Integrated,
Units or rooms,
Lighting.

*Corresponding author:

Ericka Suelen Villar

ABSTRACT

Introduction: Nursing is a science that has developed over the decades, maintaining a relationship with the history of civilization. In addition to science, it is a profession with an important role in assisting the best and the community, as it seeks to promote the well-being of human life and quality of life. **Methodology:** This reflection addresses nursing care for patients in the preoperative period and discusses the importance of nursing care directed to these patients in this period, with the aim of mitigating the illness and the negative impact of this moment that precedes the surgical procedure-surgery on the quality of life of this population. **Approach:** The Surgical Center (CC) the environment where preventive activities are carried out is also corrective to treatment, whether post-anesthetic recovery is carried out. They are encompassed by the CC as integrated units or rooms, post-anesthetic recovery unit (URPA) and the Material and Sterilization Center (CME). Some devices related to the physical structure of the CC should be observed, such as walls and windows, ventilation, ceiling, lighting, among other devices. In non-surgical care practice, there are animals that, in a more practical way, measure the risk of morbidity and mortality in surgical procedures, except for cardiological ones. Thus, considering the history and physical examination of the patient, age, physical conditioning, laboratory tests and the type of procedure that will be performed. **Conclusions:** Within the scope of nursing care for the patient during the operative period, some characteristics must be observed that allow the offer to the patient who will be preoperative, to the surgical procedure.

Copyright©2023, Ericka Suelen Villar et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Bella Sepalameo, Prof S. Mogale and Rossouw, S. 2023. "Exploring the practices that occupational health nurse practitioners use when implementing the hearing conservation program in selected manufacturing and mining industries in gauteng", *International Journal of Development Research*, 13, (02), 61520-61525.

INTRODUCTION

A humanidade vivenciou no decorrer da história a busca pela cura dos males advindos das doenças a princípio por meio de técnicas de observação da natureza e posteriormente por métodos científicos culminando em uma assistência à saúde técnica (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013) embasada na dedução ou na indução da experiência (TOLMASQUIM, 2014). Sendo assim, a ideia de cura, que durante anos foi objeto de ação dos curandeiros nas comunidades primitivas, passou a ser exercida pelos imperadores e seus sacerdotes durante a Idade Antiga, os quais representava os elementos da

natureza (deus sol, deus mar, etc.) e detinham o poder da cura, sendo posteriormente (tratando-se de tempo cronológico) conferido aos sacerdotes da Igreja Romana a práxis de curar, derrotando a doença que seria um castigo divino. (ALVES et al 2010). Destarte, com o avanço científico, o médico passou a configurar o ator principal da cura, levando aos pacientes, substâncias químicas e praticando sangrias bem como outras técnicas que mais tarde dariam lugar às práticas cirúrgicas que concebemos na atualidade (SOUSA, et al 2013). Sobre isso, Sousa et al (2013) afirma que o enfermeiro de centro cirúrgico da atualidade é oriundo dos avanços na cirurgia, que no início do Século XX ainda era realizada no domicílio sendo o

profissional de enfermagem auxiliar do médico, preparando o ambiente e o instrumental utilizado durante aqueles procedimentos. Isto posto, a limpeza do ambiente para a prevenção de infecções, tão valorizada por Florence Nightingale, passou a ser exercício da enfermagem, e simultaneamente ao atendimento médico durante as guerras (POLLACI, 1963). Com o alvorecer da Ciência e seu rigor metodológico, a cura passou a ser desempenhada principalmente pelo Médico e o Hospital passou a ser o centro curativo, utilizando-se de profissionais doutos na Ciência Médica e conhecedores das tecnologias assistivas que estariam por se desenvolver (ARAÚJO; LETA, 2014). A Enfermagem é uma ciência que se desenvolveu ao longo das décadas, mantendo uma estreita relação com a história da civilização. Além de ciência, constitui-se em uma profissão com um papel importante na assistência aos indivíduos e coletividade, pois busca promover o bem-estar do ser humano e uma melhor qualidade de vida, por meio da dignidade, liberdade e unicidade promovendo a saúde, na prevenção de agravos ou no decurso destes, nas incapacidades e no processo de morrer (MAIA; NASCIMENTO; GERARDINI, 2006). No contexto da assistência à saúde, a humanização do cuidado torna-se necessária na medida em que alguns fatores como o avanço tecnológico, as rígidas rotinas hospitalares e o paternalismo da equipe de saúde fazem, por muitas vezes, com que o cuidado se resume na execução de procedimentos técnicos com objetivos mecanicistas que desfavorecem a autonomia do paciente (PERES; BARBOSA; SILVA, 2011). A humanização nos tempos da pós-modernidade remete-se aos movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos em virtude do capitalismo multinacional e pela globalização econômica. Assim, o conceito de humanização da assistência à saúde destaca a necessidade de recuperar a essência do cuidado humanizado, que deve considerar os aspectos biopsicossociospirituais e a individualidade do ser cuidado (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014, OLIVEIRA et al., 2013).

O termo humanização pode ser considerado uma referência ética de orientação para as práticas de saúde. Não é apenas o fato de chamar o paciente pelo seu próprio nome demonstrando empatia, mas significa compreender seus medos, bem como angústias e incertezas, com oferta de apoio e atenção de forma contínua. Humanizar é entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios, valorizando a essência humana para a efetividade do cuidado (JUNGES; BARBIANI; FERNANDES, 2012; OLIVEIRA JUNIOR; MORAES; MARQUES NETO, 2012). Em relação a isso, o enfermeiro deve dispor de estratégias para a realização da assistência de forma eficaz utilizando métodos e humanizando a assistência cirúrgica por meio do acolhimento e interação dialógica, pois assim a enfermagem desenvolve vínculo terapêutico junto ao paciente e seus familiares possibilitando atendimento adequado e assistência de forma integral (OLIVEIRA JUNIOR; MORAES; MARQUES NETO, 2012). Segundo Mendonça et al., (2016) o desafio do cuidado humanizado no Centro Cirúrgico encontra-se em assistir o paciente dentro de suas necessidades em um ambiente que favorece a mecanização do cuidado. Dessa forma, assistir o paciente cirúrgico implica em atuar na dimensão técnica (inerente à prática no setor), mas também considerar os aspectos subjetivos inscritos nas experiências dos sujeitos que vivenciam o ato anestésico-cirúrgico.

O trabalho em equipe deve ser sempre motivado, pois todos os setores são importante e se complementam, deve-se compreender que nenhum profissional é mais importante que o outro, e sim que todos juntos são melhores, gerando uma maior satisfação profissional e qualidade nos serviços. Para que o trabalho em equipe seja positivo é importante que exista uma comunicação clara e objetiva e que chega a todos os membros dessa equipe, para evitar informações distorcidas e até mesmo a falta de informação. (PETRY; CHESANI; LOPES, 2017). Nesse sentido, a enfermagem tem importante atuação durante a terapia cirúrgica uma vez que é responsabilidade desta equipe acolher e assistir o paciente e seus familiares durante este momento delicado em suas vidas os quais irão submeter-se aos procedimentos anestésico-cirúrgicos (OLIVEIRA JUNIOR; MORAES; MARQUES NETO, 2012). Sendo assim, a equipe de enfermagem deve saber que

o período pré-operatório é delimitado quando o médico indica o procedimento para o paciente, preparando-o com processos ou medicações, até o instante em que o paciente está em sala para realização da cirurgia. Esse período é dividido em pré-operatório mediato e imediato, sendo também importante ao enfermeiro durante o período que antecede o ato cirúrgico, observar que pode ser necessária a solicitação de equipamentos ou materiais específicos para o procedimento a ser realizado (SENA, 2022). Nesse sentido, este artigo propõe a discussão acerca de alguns conceitos relacionados aos aspectos inerentes à equipe de enfermagem no cuidado ao paciente no período pré-operatório, com ênfase na humanização e desenvolvimento técnico da assistência.

Aproximações iniciais em centro cirúrgico: estrutura, fluxogramas, escalas e recursos humanos e materiais: O Centro Cirúrgico (CC) é o ambiente onde se realizam atividades voltadas ao tratamento cirúrgico, seja preventivo ou corretivo, além da recuperação pós-anestésica. São englobados pelo CC as unidades ou salas cirúrgicas, unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) e o Centro de Material e Esterilização (CME). Ressalta-se que dentro da estrutura hospitalar, o CC ganha destaque pois envolve a participação de vários setores tanto intra-hospitalar quanto externos à instituição, além de diversos profissionais das mais variadas áreas que, trabalhando em conjunto, estarão prestando assistência de qualidade e resolutiva aos pacientes, quando os trabalhos ocorrem de forma integrada e eficiente (CARVALHO; MORAES, 2016). O CC, além de ser um setor complexo no âmbito hospitalar, possui áreas interdependentes que possibilitam ótimas condições para realização do ato anestésico-cirúrgico, observando-se as práticas assépticas necessárias com a finalidade de proporcionar segurança ao paciente e conforto à equipe que realiza assistência (BIANCHI; TURRINI; JARDIM, 2016). A cirurgia atualmente é uma das modalidades terapêuticas mais implementadas para diagnóstico e tratamento de várias doenças além de possibilitar intervenções estéticas que contribuem na saúde mental dos indivíduos submetidos. Dentro do âmbito hospitalar, a prática cirúrgica deve ser expressa de forma clara e concisa, permitindo assistência integral ao paciente em todos os períodos cirúrgicos (CARVALHO; MORAES, 2016).

Por ser um setor de alta complexidade e com procedimentos que utilizam tecnologias que invadem a privacidade dos pacientes, torna-se necessário que a equipe de enfermagem perceba a importância da individualidade no atendimento e da humanização dos profissionais envolvidos no processo, com elevado conhecimento sobre o período pré-operatório, especialmente com vistas à redução do tempo de permanência do paciente em sala cirúrgica, possibilitando que o mesmo tenha uma excelente recuperação pós cirúrgica (KOCH et al., 2018). De acordo com Carvalho; Moraes (2016), o CC deve ser o responsável em realizar procedimentos cirúrgicos e encaminhar o paciente à unidade de origem ou onde este irá se recuperar no pós operatório; Proporcionar que os procedimentos anestésico-cirúrgicos sejam realizados em condições técnicas e assépticas ideais por meio de recursos humanos altamente treinados e materiais adequados para esse fim; possibilitar que no CC sejam desenvolvidas ações de ensino e campo de estágio para a adequada formação e aprimoramento de pessoal de saúde, contribuindo sobremaneira para o avanço tecnológico e científico da área da saúde, em especial, a cirúrgica. Para o funcionamento do CC no âmbito do Brasil, a estrutura física deve seguir as mínimas recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde brasileiro, dispostas na RDC de n 50/2002 e 307/2002 (BRASIL, 2002). Dessa forma, o Ministério da Saúde do Brasil dispõe que o CC deve ser localizado próximo das unidades consumidoras e fornecedoras da instituição hospitalar, com vistas à para facilitar o adequado funcionamento do ato cirúrgico, pois quando disposto em local distante das unidades hospitalares ocorre prejuízo ao atendimento integral dos pacientes com a quebra dos elos que interligam os sistemas de saúde intra e extra-hospitalar (VINÍCIUS, 2021). Devem ser observados alguns critérios relacionados a estrutura física do CC a exemplo das paredes e pisos, portas, janelas, ventilação, forro, iluminação, Equipamentos fixos e móveis além dos Materiais de consumo. Vejamos cada um a seguir conforme descrito por Teixeira;

Abruceis; Ciconha (2022). A metragem da sala cirúrgica irá variar de acordo com o tipo de cirurgia que será realizada. As paredes da unidade cirúrgica devem ser arredondadas nos cantos facilitando a limpeza dessas estruturas e não possuir emendas ou frestas, proporcionando melhor desinfecção. Para o revestimento, deve ser utilizado material resistente, para que se obtenha uma superfície uniforme, plana e lavável, além de possuir características que diminuam a poluição sonora no interior das salas cirúrgicas e no CC como um todo. Devem sempre ser utilizadas nas paredes cores claras e neutras possibilitando melhor iluminação (TEIXEIRA; ABRUCEIS; CICONHA, 2022; BRASIL, 2002). No piso, recomenda-se que sejam utilizados produtos que não possibilitem surgimento de fissuras, rachaduras e/ou imperfeições, além de serem resistentes a abrasão devido ao alto nível de circulação nesse ambiente. Salienta-se que não pode haver infiltrações e umidade e deve ser de material resistente, não poroso, e que possibilite fácil visualização de sujidades e facilite sua higienização. Além disso, deve ser observado na construção dos pisos das salas cirúrgicas para que esses sejam condutores de eletricidade estática, para que não haja faíscas, decorrentes da utilização de substâncias inflamáveis, como o óxido nitroso ou o oxigênio (TEIXEIRA; ABRUCEIS; CICONHA, 2022; BRASIL, 2002). No que se refere às portas do ambiente onde se realizam procedimentos cirúrgicos, estas devem medir cerca de 1,20m x 2,10m, o que torna possível que macas e equipamentos usados no ato cirúrgico possam passar facilmente. A literatura especializada preconiza que as portas sejam do tipo “vai-e-vem”, ou portas deslizantes, e que tenha visores diminuindo a abertura desnecessária (TEIXEIRA; ABRUCEIS; CICONHA, 2022; BRASIL, 2002).

Referente as janelas, devem ser utilizadas as que permitem a entrada de luz, de preferência do tipo basculante e com vidros foscos. Devem ser usadas telas para evitar a entrada de insetos. A ventilação deve promover aeração, remoção de partículas contaminantes e impeça a entrada de partículas potencialmente contaminadas de áreas externas. Deve haver uma entrada e uma saída para o ar com cerca de 15 a 20 renovações completas do ar dentro da sala cirúrgica no período compreendido em uma hora com instalação de filtros de alta eficiência do tipo HEPA-*high-efficiency particulate air* com filtragem de 99,9% sobre partículas com até 0,3µm. Ressalta-se que a temperatura deve estar entre 19° e 24°C e com umidade relativa do ar entre 45% e 60% (TEIXEIRA; ABRUCEIS; CICONHA, 2022; BRASIL, 2002). Para forrar o teto das salas cirúrgicas deve ser utilizado, assim como no piso, material não poroso, o que impede a retenção de bactérias. Pode ser utilizado forro de gesso, entretanto deve ser realizado acabamento final utilizando-se tinta acrílica ou epóxi de base aquosa (TEIXEIRA; ABRUCEIS; CICONHA, 2022; BRASIL, 2002). Para a iluminação da sala cirúrgica, utiliza-se luz geral disposta no teto da sala com lâmpada fluorescente, além da luz direta que incide no campo cirúrgico por meio do foco central ou fixo manipulado pela equipe cirúrgica. Dessa forma, a equipe de enfermagem deve estar atenta aos materiais fixos utilizados no CC tais como: armários embutidos, foco central de teto, negatoscópio, balcão, funcionamento do ar condicionado central, fontes de ar comprimido, vácuo e oxigênio além dos equipamentos móveis: mesa cirúrgica e mesa auxiliar, focos móveis, suportes, bacias e cubas, *hamper* para as vestimentas, escadinha, aspirador para secreções, monitores multiparâmetros, bancos móveis, coxins, bisturi elétrico, carro de anestesia, pernas metálicas e dos materiais de consumo como aventais, campos estéreis, caixa de instrumentais específicos para cada procedimento, cúpulas, extensores para aspirador, equipamentos de soro, seringas, agulhas, cateteres, bandeja de materiais para anestesia, sondas, luvas, soluções, fios de sutura, ataduras, esparadrapo, compressas, gases e drenos (TEIXEIRA; ABRUCEIS; CICONHA, 2022; BRASIL, 2002).

Os fluxogramas auxiliam na melhor visualização da estrutura administrativa, delimitando o seguimento das etapas dos processos e dos fluxos de informações, além dos elementos e setores envolvidos. Dessa forma, a equipe de enfermagem é responsável pelo preenchimento armazenamento das informações que alimentam os documentos e *checklists* que integram os fluxogramas do CC (MARTINI, 2019). Além disso, a equipe de enfermagem deve estar

atenta às escalas de pessoal para que a equipe possa sempre estar presente, em dimensionamento adequado conforme estipulado pelo Sistema Cofen/Corens por meio da Resolução COFEN 543/2017. A equipe de enfermagem possui fundamental importância na assistência cirúrgica uma vez que participa do procedimento anestésico cirúrgico de forma direta e indireta.

Controle de Infecção Hospitalar em Centro Cirúrgico: A Infecção Hospitalar é um agravo que o paciente adquire na sua admissão em um ambiente onde ocorre assistência à saúde após 48 horas de sua admissão, que pode surgir no período de sua internação ou depois que ocorre sua transferência para outra unidade ou domicílio. É um problema de saúde pública que frequentemente acomete os indivíduos (BARROS *et al.*, 2016). Atualmente, adota-se o termo Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), sendo portanto a prevenção e o controle das infecções considerados em todos os lugares onde ocorre assistência à saúde e cuidado humano, em especial o ambiente hospitalar (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014). Para que ocorra a prevenção e o controle adequado das IRAS, torna-se necessário que algumas medidas sejam cumpridas como por exemplo a adesão da equipe multiprofissional de saúde às precauções padrão e específicas aos agravos e doenças e isolamento de possíveis transmissores, higiene adequada das mãos, treinamento e capacitação da equipe multiprofissional constante sobre os procedimentos operacionais padrão (POP) da instituição acerca da prevenção e controle das IRAS (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Nesse sentido, a equipe de enfermagem deve utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Controle de Infecção Hospitalar em Centro Cirúrgico, de forma a prestar o cuidado aos indivíduos de forma adequada e resolutive. A SAE é um instrumento metodológico utilizado pela enfermagem na prestação de cuidados humanos. Por ser um processo organizacional do cuidado, a SAE possibilita o desenvolvimento de métodos interdisciplinares e cuidado humanizado sendo implementada por meio do Processo de Enfermagem (PE), sendo possível que o enfermeiro e sua equipe identifique, descreva, compreenda os planos de cuidado além de delinear intervenções de enfermagem. Essa atividade proporciona maior qualidade assistencial, pela aplicação da teoria na prática (SANTOS; LIMA; MELO, 2014). A equipe de enfermagem deve estar atenta ao controle de infecção hospitalar em centro cirúrgico com base na quantidade e virulência dos microrganismos presentes no ambiente onde ocorre a cirurgia, bem como na própria microbiota do paciente ou em casos de colonizações, promover o cuidado diante dessa situação (DIAS, 2014).

Além disso, deve observar a capacidade de defesa natural do paciente que será submetido ao procedimento cirúrgico, além dos cuidados da equipe de enfermagem e multiprofissional quanto a Uniformes limpos e unhas limpas e aparadas, lavagem correta das mãos antes e após os procedimentos sempre utilizando técnica asséptica na assistência em saúde no ambiente cirúrgico (DIAS, 2014). No controle de infecção hospitalar em centro cirúrgico, deve ser empregada a classificação por potencial de contaminação para que haja diminuição das infecções nos sítios cirúrgicos que são adquiridas no hospital. Dessa forma, a equipe de enfermagem que atua no ambiente cirúrgico deve estar atenta à localização do procedimento, a presença de secreções e pus e a possibilidade de inflamações para descrever e prestar o cuidado de acordo com a classificação por potencial de contaminação aumentando os cuidados no que se refere à redução da exposição do paciente aos patógenos (MORSCH, 2021). As cirurgias limpas são procedimentos eletivos em localizações do corpo que não demonstram inflamação como as cirurgias plásticas e neurocirurgias, por estarem longe dos sistemas respiratório, digestivo, reprodutor e urinário. Já as cirurgias potencialmente contaminadas são aquelas realizadas em locais livres de inflamação, mas que requerem incisões em estruturas pertencentes aos aparelhos respiratório, digestivo, urinário ou reprodutor como por exemplo a colangiografia e a gastrectomia (MORSCH, 2021). As cirurgias contaminadas são as intervenções realizadas em feridas oriundas de traumas ou com secreção que não o pus e feitas em tecidos expostos onde estão contaminados por bactérias e/ou outros microrganismos provocando inflamação. Além disso considera-se a colectomia um tipo de cirurgia

contaminada (MORSCH, 2021). Dentro da classificação das cirurgias por potencial de contaminação existe ainda as cirurgias infectadas que são os procedimentos com maiores riscos de contaminação em decorrência do rompimento de tecidos ou fratura exposta onde não ocorreu intervenção por mais de quatro horas como a entrada de corpo estranho ou a perfuração intestinal (MORSCH, 2021).

Aspectos farmacológicos e cuidados de enfermagem: Os primeiros relatos de aplicação da anestesia para alívio da dor datam do ano de 1800, quando Humphry Davy (químico inglês) utilizou óxido nitroso chamado de gás hilariante. Já em 1846, o dentista William Thomas Green Morton fez uso de vapores de éter sulfúrico durante a primeira cirurgia com anestesia geral realizada para a remoção de um tumor vascular (SOBECC, 2021). Na assistência de enfermagem ao paciente no período pré-operatório, deve ser considerada a etapa pré-anestésica, que são medicamentos administrados para conferir maior conforto ao paciente, facilitar os procedimentos do ato anestésico em si, reduzir a ansiedade do paciente, e diminuir as secreções da faringe (DIAS, 2014). Os medicamentos pré-anestésicos mais utilizados são os tranquilizantes, anticolinérgicos e hipnoanalgésicos e podem ser classificadas como sedativos, analgésicos ou narcóticos, tranquilizantes, antieméticos e anticolinérgicos sendo o midazolam amplamente utilizado. Essas medicações geralmente são administradas por via oral, intravenosa ou intramuscular cerca de 30 a 90 minutos antes do ato cirúrgico (DIAS, 2014). A anestesia é um procedimento que promove o bloqueio temporário da capacidade cerebral de reconhecer um estímulo doloroso. Por meio da anestesia, é possível a realização de cirurgias e outros procedimentos invasivos com o paciente irresponsivo à dor. A anestesia pode ter ação local, regional ou geral (PINHEIRO, 2022). A anestesia local possibilita o bloqueio da sensibilidade em determinada região do corpo com o uso de medicações que podem ser de uso tópico (gel, pomadas ou spray) ou por infiltração (quando ocorre a injeção da substância na pele ou tecido subcutâneo) e não priva a consciência do paciente, amplamente utilizada em pequenos procedimentos. É um método anestésico que bloqueia reversivelmente as terminações nervosas do sítio cirúrgico impedindo o envio dos sinais de dor para o cérebro onde o paciente permanece consciente (PICCININI FILHO, 2022). Na anestesia regional, que é utilizada nas cirurgias de áreas específicas maiores que as áreas que se beneficiam da anestesia local, como por exemplo o braço, a mão ou os membros inferiores do paciente. Bloqueia a dor na região operada permitindo que o paciente permaneça consciente. Existem três tipos de anestesia regional, onde pode ocorrer bloqueio dos nervos periféricos, a raquidiana e a peridural que são usadas permitindo a retirada da sensibilidade da parte inferior do corpo do paciente (COLARES, 2020). A anestesia regional proporciona maior analgesia pós operatória o que diminui a necessidade de administração de analgésicos venosos e também diminui náuseas e vômitos pós-operatórios (QUEIROZ, 2020). A anestesia geral promove no indivíduo hipnose (inconsciência reversível), relaxamento muscular (imobilidade), ausência de dor (analgesia) e bloqueio dos reflexos autonômicos por meio da administração de fármacos específicos e pode ser realizada por meio das vias inalatória, intravenosa ou ambas (SOBECC, 2021).

Anamnese e exame físico ao paciente pré-operatório: O período pré-operatório é classificado em mediato e imediato. O período mediato consiste na assistência prestada ao paciente pré cirúrgico antes da realização de cirurgias eletivas e compreende o período da indicação da cirurgia até as 24 horas que antecede o procedimento, podendo ocorrer no consultório, em sua residência, na internação ou na manhã da cirurgia durante a admissão hospitalar com principal objetivo de preparar o paciente no âmbito emocional e psicológico bem como na dimensão física para o procedimento cirúrgico (DIAS, 2014). Já o período pré-operatório imediato é descrito quanto ao cuidado prestado ao paciente imediatamente antes do ato cirúrgico, finalizando no momento de início da cirurgia propriamente dita (DIAS, 2014). Durante o período pré-operatório o enfermeiro e sua equipe deve realizar a SAE, e durante a realização do PE, irá realizar a anamnese e exame físico, que deve abordar além da área onde será realizado o procedimento cirúrgico, o aparelho cardiopulmonar e neurológico, avaliar quanto a presença de escoliose e outras alterações anatômicas

das costas que possam interferir na punção lombar caso seja utilizada anestesia regional e disfunções cognitivas, em especial nos idosos que irão receber anestesia geral (MOHABIR; COOMBS, 2020) Além disso, deve buscar informações acerca de doença cardiopulmonar ativa (dor torácica, tosse, dispnéia, edema em tornozelos) ou infecção (febre ou disúria). Observar também durante a anamnese e exame físico fatores de risco para hemorragias como discrasias sanguíneas ou hemorragias prévias, fatores de risco para tromboembolismo (trombose venosa profunda prévia), risco de infecções, doença cardíaca de base ou outras doenças que aumentem o risco de complicações como doenças hepáticas ou cardíacas, hipertensão, diabetes, asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica. Atentar para alergias e uso de outras substâncias lícitas e ilícitas além da observância de retenção urinária progressiva ou cirurgias da próstata quando for necessário cateterismo vesical de demora (MOHABIR; COOMBS, 2020)

Avaliação e controle de riscos: Na prática assistencial no âmbito cirúrgico existem alguns algoritmos que, de forma mais prática, medem o risco de morbi-mortalidade em procedimentos anestésico-cirúrgicos, exceto os cardiológicos. Sendo assim, são considerados a história e o exame físico do paciente, a idade, o condicionamento físico, os exames laboratoriais e o tipo de procedimento que será realizado. Dessa forma, no período pré-operatório a solicitação de exames complementares e/ou avaliação por especialistas clínicos devem ser realizadas de acordo com o quadro clínico do paciente e o procedimento a ser realizado (ESPÍRITO SANTO, 2021). O risco cirúrgico pode ser classificado de acordo com Gismondi (2017), quanto ao tipo de procedimento cirúrgico sendo dividida em:

- A “Procedimento minimamente invasivo”, com baixo potencial em causar alterações da fisiologia do paciente e está raramente relacionado com morbidade ligada ao procedimento anestésico. Além disso, raramente requer, monitorização invasiva, hemotransfusões ou cuidado intensivo no pós operatório.
- B “procedimento moderadamente invasivo”, quando há possibilidade em alterar a fisiologia do paciente e pode ser necessária monitorização invasiva, hemotransfusões ou cuidado intensivo no pós operatório.
- C “Procedimento altamente invasivo”, quando necessariamente ocorre alteração da fisiologia do paciente e na maioria das vezes requer monitorização invasiva, hemotransfusões ou cuidado intensivo no pós operatório.

Com base nos fatores clínicos do paciente, o risco cirúrgico pode ser avaliado por meio dos seguintes scores: Índice Cardíaco, METS ou ASA. O Índice Cardíaco (Goldman) identifica nove fatores de risco cardíaco os quais são: distensão venosa jugular ou terceira bulha cardíaca; infarto anterior (seis meses); antes da operação, mais de cinco contrações ventriculares prematuras por minuto; presença de contrações atriais prematuras no exame de eletrocardiograma ou ritmo que não o sinusal; maior de 70 anos de idade; procedimento intratorácico, aórtico ou intraperitoneal, de emergência; estenose valvar aórtica e más condições de saúde geral. Realiza-se a soma de cada fator e quanto maior a soma, eleva-se o risco de mortalidade cardíaca ou taquicardia ventricular, infarto ou edema pulmonar (VIANA, 2021). A capacidade funcional (METS) é um avaliador do risco cirúrgico pois relaciona os eventos cardiovasculares à função pulmonar, idade, estado cardiometabólico e fragilidade (nos indivíduos idosos). Com essa escala, classifica-se o paciente pré-cirúrgico com capacidade funcional baixa “< 4 MET”, capacidade funcional moderada “4-10 MET” ou capacidade funcional alta “> 10 MET” (GISMONDI, 2017).

ASA (*American Society of Anesthesiologists*) é um escore de predição de risco de óbito para avaliação pré-operatória que classifica o paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico de acordo com seu estado clínico geral por meio da presença ou ausência de doença sistêmica e classifica o paciente em seis estados físicos com crescente percentual de mortalidade entre as classes (LOUREIRO; FEITOSA-FILHO, 2014).

CONCLUSÕES

No âmbito da assistência de enfermagem ao paciente no período pré-operatório, devem ser observadas algumas características que perpassam a humanização à assistência, além da oferta ao paciente que será submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico, uma preparação relacionada ao procedimento, bem como tendo em vista sua excelente recuperação por meio da informação e/ou assistência direta quando necessária.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.A. et al. Enfermagem. Editora Difusão Cultural do Livro, São Paulo: 2010.
- ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out.-dez 2014, p.1261-81.
- BARROS, M.M.A. et al. Nurses in the prevention and control of infections related to health care. Universitas: Ciências da Saúde, v. 14, n. 1, p. 15-21, 2016. DOI: 10.5102/ucs.v14i1.3411
- BIANCHI, E.R.F.; TURRINI, R.N.T.; JARDIM, D.P. Planejamento físico do Centro Cirúrgico. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. 2.ed. Barueri, SP: Manole, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução-RDC N° 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução - RDC n° 50 de 21 de fevereiro de 2002 sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc03_07_14_11_2002.html. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- CARVALHO, R.; MORAES, M.W. Inserção do Centro Cirúrgico no contexto hospitalar. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. 2.ed. Barueri, SP: Manole, 2016.
- CERNICHARO, I.M.; SILVA, F.D.; FERREIRA, M.A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. Rev. enferm. Esc. Anna Nery. 18(1), p. 156-62. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140023>. Acesso em 27 de set. de 2017.
- COFEN. Resolução COFEN 543/2017. Dispõe sobre os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- COLARES, A.R. Conheça os tipos de anestesia. Hospital Semper. 2020. Disponível em: <https://hsemper.com.br/noticias/conhecamos-tipos-de-anestesia/>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- CZERESNIA, D.; MACIEL, E.M.G.S.; OVIEDO, R.A.M. Os sentidos da saúde e da doença. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro: 2013.
- DIAS, E. Enfermagem Clínica Cirúrgica. Instituto formação. 2014 Disponível em: <http://www.ifcursos.com.br/sistema/admin/arquivos/14-18-16-apostila-cirurgica.pdf>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- ESPÍRITO SANTO. Protocolo de avaliação pré-operatória de pacientes para cirurgia eletiva. Secretaria de Estado da Saúde. 2021. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20DE%20AVALIACAO%20PRE-OPERATORIA%20DE%20PACIENTES%20PARA%20CIRURGIA%20ELETIVA.pdf>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- JUNGES, J.R; BARBIANI, R; FERNANDES, R.B.P. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. Saúde soc. v. 21, n. 3, p.: 686-97, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300014>. Acesso em 19 de set. de 2017.
- KOCH, T.M. et al. Momento anestésico-cirúrgico: transitando entre o conhecimento dos(as) enfermeiros(as) e o cuidado de enfermagem. Rev. SOBECC. v. 23, n. 1, p.: 3-6. 2018. DOI: 10.5327/Z1414-4425201800010003
- LOUREIRO, B.M.C.; FEITOSA-FILHO, G.S. Perioperative risk scores for non-cardiac surgery: descriptions and comparisons. Rev Soc Bras Clin Med. v. 12, n. 4, p.: 314-20. 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n4/a4412.pdf>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- MAIA, L.F.S.; NASCIMENTO, E.B.; GERARDINI, V. O avanço tecnológico e o cuidado humanizado em centro cirúrgico. Rev. SOBECC, São Paulo, 11(3), p. 26-31. 2006.
- MARTINI, E.L. Mapeamento de Processo em Centro Cirúrgico: Problemas e Propostas de Solução. Saúde Coletiva. v. 09, N.49. p.: 1610- 1616. 2019. Disponível em: file:///C:/Users/PC/Downloads/tamiresdartora,+SAUDE-COLETIVA_49+ARTIGO24.pdf. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- MENDONÇA, E.T. et al. Concepções de técnicos de enfermagem acerca da humanização da assistência em centro cirúrgico. R. Enferm. Cent. O. Min. 6(3), p. 2389-97. 2016.
- MOHABIR, P.K.; COOMBS, A.V. Avaliação pré-operatória. Manual MSD (versão para profissionais de saúde). 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/t%C3%B3picos-especiais/cuidados-dos-pacientes-cir%C3%B3rgicos/tratamento-perioperat%C3%B3rio>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- MORSCH, J.A. Classificação das cirurgias: finalidade, porte, urgência e potencial de contaminação. Morsch Telemedicina. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/classificacao-das-cirurgias>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- OLIVEIRA JUNIOR, N.J.; MORAES, C.S.; MARQUES NETO, S. Humanização do centro cirúrgico: a percepção do técnico de enfermagem. Rev. SOBECC. 2012, v. 17, n. 3, p.:43-9. Disponível em: <http://itpack31.itarget.com.br/uploads/snf/aquivos/1.pdf>. Acesso em 19 de set. de 2017.
- OLIVEIRA, J.B. et al. Atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva (UTI). Unicatólica. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, Volume 02, Número 2, 2016. Disponível em: <http://45.170.157.12/home/bitstream/123456789/584/1/1143-3174-1-PB.pdf>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- OLIVEIRA, N.E.S. et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. Rev. eletrônica enferm. 15(2), p. 334-43. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916>. Acesso em: 27 de set. de 2017.
- PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Health care-associated infections: challenges to public health in Brazil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 995-1001, 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004825
- PERES, E.C.; BARBOSA, I.A.; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorandos de enfermagem. Acta paul. enferm. 2011, v. 24, n. 03, p.: 334-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-2100201100030005>. Acesso em 19 de set. de 2017.
- PETRY, K.; CHESANI, F.H.; LOPES, S.M.B. Comunicação como ferramenta de humanização hospitalar. Saúde & Transformação Social, v. 8, n. 2, 2017, p. 77-85.
- PICCININI FILHO, L. Anestesia local. CMIA Anestesiologistas. 2022. Disponível em: <https://cmia.com.br/anestesiologistas/anestesia-parcial-regional/anestesia-local/>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- PINHEIRO, P. Tipos de anestesia (geral, local, raquidiana e peridural). MD.Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/cirurgia-tipos-de-anestesia/>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- POLLACI, M. Process recording by staff nurses. Nurs Outlook. 1963 v.11, p.: 530-1.
- QUEIROZ, G. Quais as recomendações para anestesia regional em pacientes com Covid-19? Pebmed. 2020. Disponível em: <https://pebmed.com.br/recomendacoes-para-anestesia-regional-em-pacientes-com-covid-19/#>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- SANTOS, J.S.; LIMA, L.M.; MELO, I.A. Sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão bibliográfica. Ciências Biológicas e da Saúde. v. 2, n.2, p. 59-68, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/1657>. Acesso em: 06 de set. de 2022.

- SENA, A. Cuidados de Enfermagem no Pré-operatório – Seu Guia Completo. 2022. Disponível em: <https://atualizacursos.com.br/blog/cuidados-de-enfermagem-no-pre-operatorio-seu-guia-completo/>. Acesso em 04 de set. de 2022.
- SOBECC. Procedimento anestésico: tipos de anestesia e atuação da equipe de Enfermagem. Diretrizes Práticas. 2021. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7085705/mod_resource/content/1/Anestesia.pdf. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- SOUSA, C.S. et al. Avanços no papel do enfermeiro de centro cirúrgico. Rev enferm UFPE on line; Recife, v. 7, p. 6288-93, out. 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/257922369_Avancos_no_papel_do_enfermeiro_dd_centro_cirurgico. Acesso em: 16 de set. de 2017.
- TEIXEIRA, C.M.S.; ABRUCEIS, P.J.; CICONHA, W.D. Centro cirúrgico: compreendendo sua estrutura e organização. Disponível em: <https://www.inesul.edu.br/revista/>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- TOLMASQUIM, A.T. Indução ou dedução? O método científico de Galileu e de Einstein. Comciência n. 156 - CAMPINAS, março 2014. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/pdf/ci/n156/08.pdf>. Acesso em: 16 de set. de 2017.
- VIANA, A.L. Índice de Goldman: avaliação do risco. Sanar. 2021. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/indice-de-goldman-avaliacao-do-risco-cirurgico-colunistas>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
- VINÍCIUS, M. Estrutura física do centro cirúrgico segundo o Ministério da Saúde. Clínica Cirúrgica. ABC da Enfermagem. 2021. Disponível em: <https://www.abcdnaenfermagem.com.br/estrutura-fisica-do-centro-cirurgico-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 06 de set. de 2022.
