



80 horas



Com certificado  
online

# Instrumentação Cirúrgica

## Denise Santana Silva dos Santos

Este material é parte integrante do curso online "Instrumentação Cirúrgica" do EAD ([www.enfermagemadistancia.com.br](http://www.enfermagemadistancia.com.br)) conforme a lei nº 9.610/98. É proibida a reprodução total e parcial ou divulgação comercial deste material sem autorização prévia expressa do autor (Artigo 29).





Com certificado  
online

# **Instrumentação Cirúrgica**

Denise Santana Silva dos  
Santos

Este material é parte integrante do curso online "Instrumentação Cirúrgica" do EAD ([www.enfermagemadistancia.com.br](http://www.enfermagemadistancia.com.br)) conforme a lei nº 9.610/98. É proibida a reprodução total e parcial ou divulgação comercial deste material sem autorização prévia expressa do autor (Artigo 29).



# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>6</b>
<b>PREMISSAS .....</b>	<b>7</b>
<b>O CENTRO CIRÚRGICO .....</b>	<b>8</b>
4.1 DIVISÃO DO CENTRO CIRÚRGICO .....	9
4.2 ÁREAS DO CENTRO CIRÚRGICO .....	9
4.3 EQUIPE CIRÚRGICA .....	10
<b>ZONAS DO CENTRO CIRÚRGICO.....</b>	<b>11</b>
5.1 ZONA DE PROTEÇÃO (NÃO RESTRITA) .....	11
5.2 ZONA LIMPA (SEMI-RESTRITA) .....	11
5.3 ZONA ESTÉRIL (RESTRITA) .....	12
5.4 CONCEITOS IMPORTANTES .....	12
<b>DEFINIÇÃO DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA .....</b>	<b>13</b>
<b>O HISTÓRICO DA INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA.....</b>	<b>14</b>
<b>O INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO .....</b>	<b>16</b>
<b>PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA.....</b>	<b>17</b>
<b>INSTRUMENTAIS E OS TEMPOS CIRÚRGICOS.....</b>	<b>19</b>
<b>INSTRUMENTAIS DE DIÉRESE .....</b>	<b>21</b>
11.1 TESOURADE METZENBAUM E TESOURA DE MAYO .....	22
<b>INSTRUMENTAIS DE PREENSÃO .....</b>	<b>23</b>
12.1 OS MODELOS BÁSICOS SÃO .....	23
<b>INSTRUMENTAIS DE HEMOSTASIA.....</b>	<b>25</b>
<b>INSTRUMENTAIS DE EXPOSIÇÃO .....</b>	<b>27</b>
14.1 CLASSIFICAÇÃO .....	27
<b>INSTRUMENTAIS ESPECIAIS .....</b>	<b>29</b>
<b>INSTRUMENTAIS DE SÍNTESE .....</b>	<b>31</b>
<b>ARRUMAÇÃO DA MESA DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA.....</b>	<b>32</b>
<b>TÉCNICA DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA.....</b>	<b>34</b>
<b>TIPOS DE ANESTESIA .....</b>	<b>36</b>
19.1 ANESTESIA GERAL .....	36
19.1.1 Procedimento .....	37
19.2 ANESTESIA LOCAL .....	37
19.2.1 Procedimento .....	37
19.3 ANESTESIA EPIDURAL.....	38
19.4 ANESTESIA RAQUIANESTESIA .....	38
19.4.1 Procedimento .....	38
19.5 ANESTESIA PERIDURAL .....	39

19.6 ANESTESIA RAQUIANESTESIA .....	39
19.7 A IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA .....	40
<b>SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA .....</b>	<b>41</b>
20.1 OBJETIVOS DA UNIDADE (SRPA) .....	42
20.2 RESPONSABILIDADES .....	43
20.3 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO .....	43
20.4 PROCEDIMENTOS DE ROTINA NA SRPA .....	44
20.5 CRITÉRIOS DE ALTA DA SRPA.....	44
20.6 AVALIAÇÃO PERMANENTE.....	45
<b>CIRURGIA SEGURA E A SEGURANÇA DO PACIENTE .....</b>	<b>46</b>
<b>AVALIAÇÃO.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>



# 01

## APRESENTAÇÃO

A Instrumentação Cirúrgica é uma das áreas importantes para o sucesso de uma cirurgia, pois ela é de fundamental importância para o êxito de cada tempo cirúrgico reduzindo assim o tempo de internação dos pacientes e diminuindo as possíveis complicações da cirurgia.

Os cuidados prestados ao paciente cirúrgico variam de acordo com o tipo de cirurgia e de paciente para paciente, atendendo suas necessidades básicas e suas reações psíquicas e físicas manifestadas durante este período.



# 02

## OBJETIVOS

Atualizar o profissional de enfermagem, graduandos de enfermagem e técnicos de enfermagem acerca da instrumentação cirúrgica e dos cuidados prestados ao paciente cirúrgico.

Possibilitar ao aluno e ao profissional de enfermagem o conhecimento teórico sobre a instrumentação cirúrgica e a assistência ao paciente no centro cirúrgico.



# 03

## PREMISSAS



Centro Cirúrgico é definido como um lugar especial dentro do hospital, convenientemente preparado segundo um conjunto de requisitos que o tornam apto à prática da cirurgia.

O centro cirúrgico é um setor do hospital onde se realizam intervenções cirúrgicas, visando atender a resolução de intercorrências cirúrgicas, por meio da ação de uma equipe integrada. Nele são realizadas técnicas estéreis para garantir a segurança do cliente quanto ao controle de infecção.

A equipe cirúrgica trabalha em conjunto para implementar os padrões de cuidado profissional, controlar os riscos iatrogênicos e individuais e para promover resultados de alta qualidade para pacientes.

Quando o paciente entra na sala de cirurgia, ele pode se sentir relaxado e preparado ou altamente estressado.

Os temores do paciente a respeito da perda de controle, do desconhecido, da dor, morte, alterações na função ou estrutura do corpo e a ruptura do estilo de vida podem, sem exceção, contribuir para uma ansiedade generalizada.

A anestesia e a cirurgia colocam o paciente em risco de várias complicações ou efeitos adversos.

# 04

## O CENTRO CIRÚRGICO



O Centro Cirúrgico é uma área física do hospital, com uma equipe multiprofissional, equipamento e material de consumo adequado à execução do processo cirúrgico, sendo que a sua finalidade é fornecer subsídios que propiciem o desenrolar do processo do ato terapêutico- a cirurgia- oferecendo condições para que a equipe médica e de enfermagem possam planejar as necessidades dos pacientes antes, durante e após a cirurgia.

O Centro Cirúrgico é definido também como um conjunto de áreas e instalações que permitem efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o paciente, e de conforto para a equipe de saúde.

O ambiente cirúrgico é conhecido por sua aparência de rude e temperatura fria. A sala de cirurgia fica atrás de portas de duplex, sendo o acesso limitado às pessoas autorizadas.

No contexto hospitalar é o setor mais importante pela decisiva ação curativa da cirurgia, exigindo, assim detalhes minuciosos em sua construção para assegurar a execução de técnicas assépticas, instalação de equipamentos específicos que facilitem o ato cirúrgico.

Visando proporcionar as melhores condições possíveis para a cirurgia, a sala de cirurgia situa-se em uma localização que é central a todos os serviços de apoio (patologia, Raio X, laboratório).

A sala de cirurgia apresenta dispositivos de filtração especial do ar para depurar as partículas contaminantes, poeiras e poluentes. São controlados a temperatura, umidade e padrões de fluxo de ar.

Em sua construção devemos observar: localização, área, estrutura, composição física, salas de cirurgias, equipamentos e materiais, sua administração e regulamentos. Sua localização deve oferecer segurança quanto às técnicas assépticas, sendo distanciados de locais de grande circulação, ruídos e poeiras.

Quanto à área e ao número de salas devemos considerar a duração da programação cirúrgica especialidades atendidas, ensino e pesquisa.

## **4.1 DIVISÃO DO CENTRO CIRÚRGICO**

1. Seção de bloco operatório (salas de operação equipadas);
2. Seção de Recuperação Pós Anestésica (leitos equipados para atender ao paciente na recuperação Pós-anestésicas);
3. Seção de material (guarda de material estéril e não estéril, como medicamentos, seringas, fios de suturas, próteses, etc).

## **4.2 ÁREAS DO CENTRO CIRÚRGICO**

1. Vestiário;
2. Conforto médico;
3. Sala de anestésias;

4. Sala de enfermagem;
5. Sala de estoque de material e medicamentos;
6. Área para recepção de pacientes;
7. Sala de operação;
8. Sala para equipe de limpeza e elementos de apoio (banco de sangue, raios X, laboratórios, anatomia patológica, auxiliares de anestesia, segurança, e serviços gerais – engenharia clínica- parte elétrica, hidráulica e eletrônica).



- O trabalho no Centro Cirúrgico faz parte do trabalho em saúde e tem como característica o trabalho coletivo, realizado por vários profissionais como os cirurgiões, anestesistas, enfermeira, técnico de enfermagem, instrumentador cirúrgico, técnico de Raio X e de laboratório.

### 4.3 EQUIPE CIRÚRGICA

- Médico Cirurgião
- Anestesista
- Enfermeira
- Técnico de Enfermagem
- Instrumentador Cirúrgico

# 05

## ZONAS DO CENTRO CIRÚRGICO

### 5.1 ZONA DE PROTEÇÃO (NÃO RESTRITA)

Vestiários; corredor de entrada e secretaria. Os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias.



### 5.2 ZONA LIMPA (SEMI-RESTRITA)

Conforto médico; Sala de recepção do paciente; de recuperação anestésica; de acondicionamento de material; de esterilização; centro de material; sala de serviços auxiliares; e de equipamentos.



### 5.3 ZONA ESTÉRIL (RESTRITA)

Além da roupa própria do centro cirúrgico, devem ser usadas máscaras e gorros conforme normas da unidade e as técnicas assépticas devem ser utilizadas de maneira rigorosa, a fim de diminuir os riscos de infecção (salas de cirurgias, lavabos, sala de recuperação pós-anestésica, sala de depósito, e corredor interno).



### 5.4 CONCEITOS IMPORTANTES

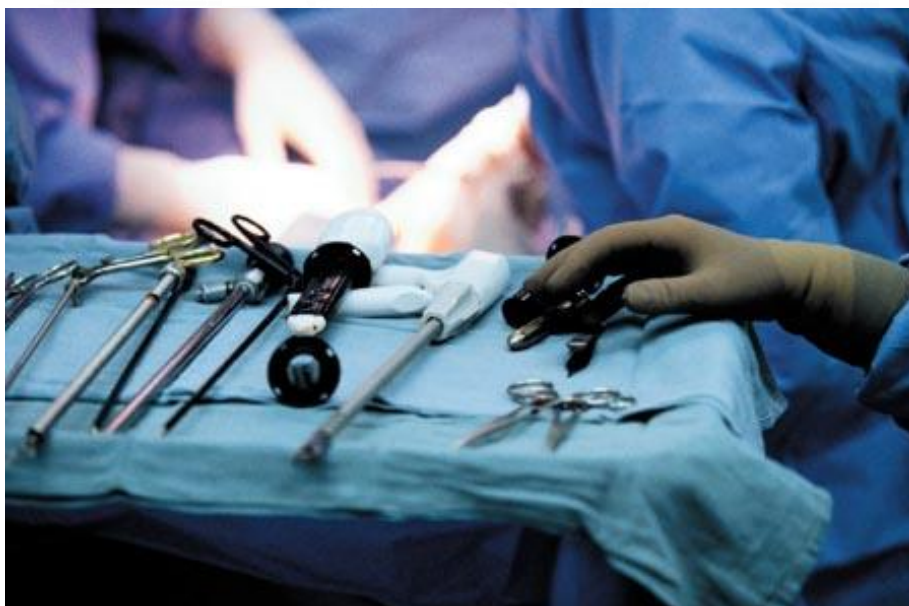
1. Cirurgia Limpas: Tecidos estéreis ou de fácil descontaminação.
2. Cirurgias Potencialmente Contaminadas: Realizadas em tecidos de difícil descontaminação.
3. Cirurgias Contaminadas: Realizados em tecidos recentemente traumatizados e abertos com processo de inflamação, mas sem supuração.
4. Cirurgias Infectadas: Realizadas em tecidos com supuração local, tecido necrótico, feridas traumáticas sujas.



# 06

## DEFINIÇÃO DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

- **Instrumentação cirúrgica** é uma profissão de nível técnico, no país, em que o profissional tem a função de ajudar o cirurgião no ato cirúrgico, essas competências abrangem desde a preparação dos instrumentos até à esterilização dos mesmos, após a cirurgia. Sendo um profissional fundamental para o êxito da cirurgia e da manutenção das práticas asépticas no contexto cirúrgico.
- **Funções do Instrumentador Cirúrgico:** Portanto, dentre as inerentes funções, o sua maior responsabilidade é com os instrumentos cirúrgicos. Seu objetivo maior, assim como de toda a equipe cirurgica, é a qualidade e segurança do procedimento cirurgico, atendendo ao cliente com maior eficácia e eficiência.



# 07

## O HISTÓRICO DA INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

O ato cirúrgico era praticado bem antes do aparecimento de instrumental cirúrgico, sendo utilizados bisturis de pedra, pederneiras amoladas e dentes de animais para a prática das cirurgias.

Com a utilização do aço inoxidável, foi propiciado um material superior para a fabricação de instrumentais cirúrgicos.

A introdução da anestesia em 1840 e a adoção da técnica de antissepsia de Lister, por volta de 1880, influenciaram fortemente a confecção do instrumental cirúrgico, já que permitiram ao cirurgião trabalhar de forma mais lenta e eficaz, realizando procedimentos mais longos e mais complexos.

A forma dos instrumentais tem sido criada com base na capacidade de o cirurgião visualizar, manobrar, diagnosticar e manipular o tecido com uma instrumentação cada vez menor.

Contudo, a consequência de uma melhor forma dos instrumentais é o alto custo, menos disponibilidade de instrumentação parecida, maior dificuldade na limpeza e cuidados e uma necessidade cada vez mais frequente de manusear e cuidar adequadamente do material.





# 08

## O INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO

A instrumentação cirúrgica nasce no Século XX, período marcado pelo maior crescimento nas cirurgias e consequentemente do papel do instrumentador cirúrgico.

Com o crescimento das cirurgias tornou-se necessário profissionais mais qualificados. Surgindo assim, escolas formadora de profissionais. Surgindo nesta época escolas de Técnicos em instrumental cirúrgicos em Nice na França, datado em 1954.

Essas escolas tinham como objetivo preparar os profissionais para a evolução cirúrgica, isto é, tempos cirúrgicos, materiais para cada especialidade entre outras atividades cirúrgicas.



# 09

## PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA



É o vestuário específico de acordo com os procedimentos realizado no Centro Cirúrgico. Tradicionalmente, inclui o uniforme privativo (calça e blusa), propé ou sapato privativo, gorro, máscara, avental cirúrgico e luva cirúrgica.

Ressalta que a utilização do uniforme privativo deve ser restrita ao ambiente do Centro Cirúrgico, com o objetivo de proteção dos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente em tal unidade crítica. As roupas da rua nunca devem ser usadas em áreas semirestritas ou restritas do centro cirúrgico.

Deve haver um ponto de demarcação entre as áreas de circulação sem restrição e semirestritas que ninguém pode ir, a menos que esteja adequadamente paramentado, sendo que este deve incluir gorro ou capuz, propés e máscara facial.

Uma forma de facilitar o atendimento em casos de emergência e proporcionar o acesso a áreas restritas com maior rapidez e consequentemente diminuir a morbidade e mortalidade na instituição.

Os profissionais devem utilizar jaleco quando fora de áreas restritas. A permissão do uso de uniformes dentro e fora do bloco só foi permitido aos cirurgiões e enfermeiros, sendo que estes no momento que vai assumir o plantão trocam a roupa que veio da rua e veste o uniforme que é de uso restrito no ambiente hospitalar.



# 10

## INSTRUMENTAIS E OS TEMPOS CIRÚRGICOS



Os instrumentais cirúrgicos são classificados de acordo com sua função ou uso principal (pois a maioria deles possui mais de uma utilidade) e também quanto ao tempo de utilização no ato operatório.

Dessa forma, distribuem-se em categorias de acordo com os tempos operatórios em que são utilizados, que têm início a partir da diérese, que apresenta como objetivo criar vias de acesso através dos tecidos por meio de bisturis e tesouras.

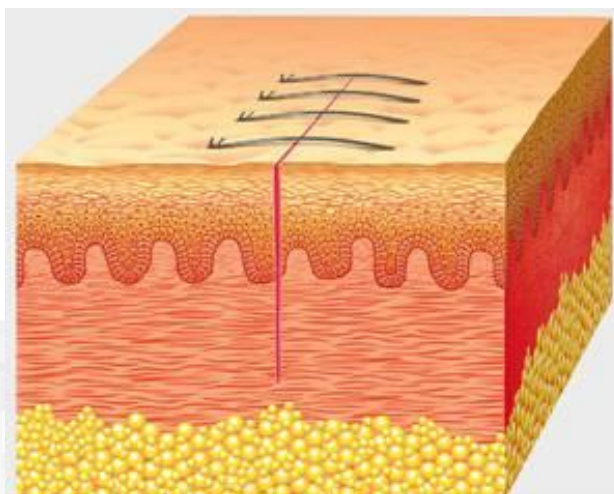
Criadas essas vias, faz-se necessária a manipulação de algumas estruturas, o que é desempenhado durante a preensão, com as pinças de preensão.

Seguem-se, então, com a hemostasia, que visa conter ou prevenir os sangramentos durante o ato operatório, tendo como instrumentais principais as pinças hemostáticas.

Concluídos os tempos de diérese, preensão e hemostasia, o campo operatório encontra-se ideal para o afastamento de estruturas, a fim de se possibilitar uma melhor visualização do mesmo, o que ocorre durante a exposição com o auxílio dos afastadores.

Então, o cirurgião encontra-se apto para desempenhar os procedimentos peculiares da cirurgia, durante o tempo especial, no qual utiliza-se instrumentais específicos de acordo com a especialidade cirúrgica.

Concluídos esses procedimentos, é necessário que seja realizada a síntese, que visa unir os tecidos seccionados ou ressecados durante a cirurgia, utilizando para isso os portagulhas.





# 11

## INSTRUMENTAIS DE DIÉRESE

- Diérese é a manobra cirúrgica destinada a promover uma via de acesso através dos tecidos.
- Constituídos fundamentalmente pelos bisturis e tesouras, salvo em procedimentos peculiares, quando se podem considerar os jelcos, por exemplo, como instrumentais de diérese.

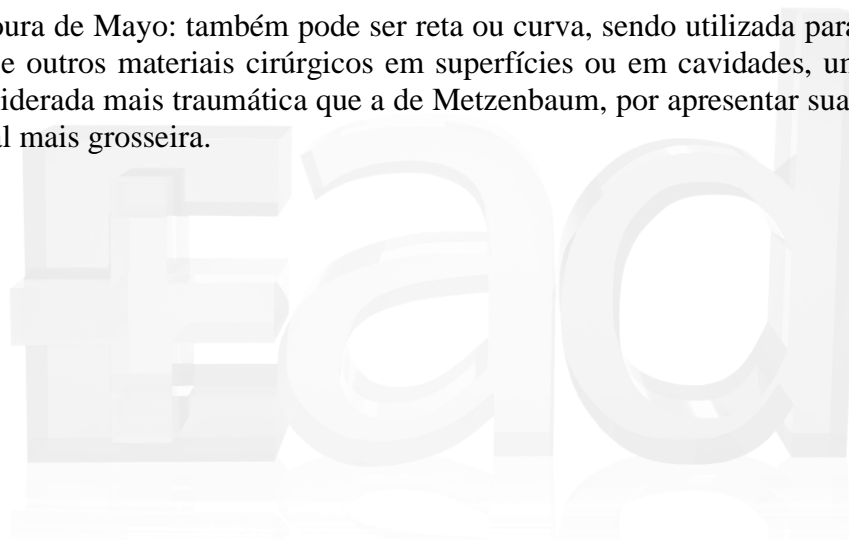


1. **Bisturi:** É utilizado para incisões ou dissecções de estruturas. Caracterizado por um cabo reto, com uma extremidade mais estreita chamada colo, no qual é acoplada uma variedade de lâminas descartáveis e removíveis. O tamanho e o formato das lâminas e dos colos dos cabos dos bisturis são adaptados aos diversos tipos de incisões, sendo principalmente utilizados os cabos de número 3 e 4. O cabo nº 3 é destinado para lâminas pequenas, das de número 9 às de número 17, em incisões mais delicadas. Já o cabo número 4 é destinado para lâminas maiores, das de número 18 às de número 50. O bisturi é empunhado de duas formas principais: tipo lápis (em incisões pequenas); e tipo arco de violino (para incisões longas, que podem ser retilíneas ou suavemente curvas). Empunhadura do tipo lápis. Empunhadura do tipo arco de violino.

2. **Tesouras:** Têm como função principal efetuar a secção ou a divulsão de tecidos orgânicos, além de seccionar materiais cirúrgicos, como gaze, fios, borracha, entre outros. As tesouras variam no tamanho (longas, médias ou curtas), no formato da ponta (pontagudas, rombas ou mistas) e na curvatura (retas ou curvas), cada uma com uma finalidade específica, adequada a cada fase do ato operatório e à especialidade cirúrgica. Destacam-se dois modelos básicos:

## 11.1 TESOURADE METZENBAUM E TESOURA DE MAYO

- Tesoura de Metzenbaum: pode ser reta ou curva, sendo utilizada para a diérese de tecidos orgânicos, uma vez que é considerada menos traumática, por apresentar sua extremidade distal mais delicada e estreita.
- Tesoura de Mayo: também pode ser reta ou curva, sendo utilizada para a secção de fios e outros materiais cirúrgicos em superfícies ou em cavidades, uma vez que é considerada mais traumática que a de Metzenbaum, por apresentar sua extremidade distal mais grosseira.





# 12

## INSTRUMENTAIS DE PREENSÃO



São basicamente constituídos pelas pinças de preensão, que são destinadas à manipulação e à apreensão de órgãos, tecidos ou estruturas.

### 12.1 OS MODELOS BÁSICOS SÃO

1. **Pinça de Adson:** A pinça de Adson, por apresentar uma extremidade distal estreita e dessa forma, uma menor superfície de contato, é utilizada em cirurgias mais delicadas, como as pediátricas.

2. É encontrada em três versões: atraumática, a qual possui ranhuras finas e transversais na face interna de sua ponta; traumática, com endentações e um sulco longitudinal na extremidade; e dente-de-rato, com dentes na ponta que lembram os de um roedor, sendo esta última utilizada para a prensão de aponeurose, uma vez que é considerada mais traumática que a pinça anatômica.
  3. **Pinça anatômica:** com ranhuras finas e transversais, possuindo uma utilização universal.
  4. **Pinça dente de rato:** por apresentar dentes em sua extremidade, é utilizada na prensão de tecidos mais grosseiros, como plano muscular e aponeurose.
- Por serem consideradas instrumentais auxiliares, as pinças de prensão são geralmente empunhadas com a mão não dominante (tipo lápis), sendo que o dedo indicador é o responsável pelo movimento de fechamento da pinça, enquanto que os dedos médios e polegar servem de apoio.



# 13

## INSTRUMENTAIS DE HEMOSTASIA



- A hemostasia é um dos tempos fundamentais da cirurgia e tem por objetivo prevenir ou corrigir as hemorragias, evitando, dessa forma, o comprometimento do estado hemodinâmico do paciente, além de impedir a formação de coleções sanguíneas e coágulos no período pós-operatório, fenômeno este que predispõe o paciente a infecções.
- Os instrumentais utilizados na hemostasia são as pinças hemostáticas, que se apresentam em vários modelos e tamanhos. Esses instrumentais são identificados pelo nome de seus idealizadores, como as pinças de Kelly, Crile, Halstead, Mixter e Kocher.
- Estruturalmente, essas pinças guardam semelhança com as tesouras, apresentando argolas para empunhadura. Diferem, no entanto, das tesouras por apresentarem cremalheira, uma estrutura localizada entre as argolas que tem por finalidade

manter o instrumental fechado de maneira autoestática, oferecendo diferentes níveis de pressão de fechamento. A empunhadura dessas pinças também é semelhante à descrita para as tesouras.

1. **Kelly e Crile:** apresentam ranhuras transversais na face interna de suas pontas e podem ser retas ou curvas. As retas, também chamadas pinças de reparo, são utilizadas para o pinçamento de material cirúrgico como fios e drenos de borracha, enquanto que as curvas são destinadas ao pinçamento de vasos e tecidos pouco grosseiros.
2. A diferença entre as referidas pinças consiste no fato de que as ranhuras transversais da pinça de Crile estão presentes ao longo de toda a face interna de sua ponta, enquanto que as da pinça de Kelly estendem-se aproximadamente até a metade.
3. **Halstead:** destinada ao pinçamento de vasos de pequeno calibre, devido a seu tamanho reduzido, que pode ser observado ao compará-la a outras pinças hemostáticas.
4. Suas reduzidas dimensões lhe atribuem uma segunda nomenclatura: pinça Mosquito.
5. **Mixer:** apresenta ponta em ângulo aproximadamente reto em relação ao seu corpo, sendo largamente utilizada na passagem de fios ao redor de vasos para ligaduras, assim como na dissecação de vasos e outras estruturas.
6. **Kocher:** embora classificada como instrumental de hemostasia, não é habitualmente empregada para esta finalidade, uma vez que apresenta dentes em sua extremidade. Seu uso mais habitual é na apreensão e tração de tecidos grosseiros como aponeuroses.

# 14

## INSTRUMENTAIS DE EXPOSIÇÃO

São representados por afastadores, que são elementos mecânicos destinados a facilitar a exposição do campo operatório, afastando as bordas da ferida operatória e outras estruturas, de forma a permitir a exposição de planos anatômicos ou órgãos subjacentes, facilitando o ato operatório.

### 14.1 CLASSIFICAÇÃO

- I. **Afastadores dinâmicos:** exigem tração manual contínua.
  - **Afastador de Farabeuf:** apresenta-se em formato de “C” característico, sendo utilizado no afastamento de pele, tecido celular subcutâneo e músculos superficiais.
  - **Afastador de Doyen:** por se apresentar em ângulo reto e ter ampla superfície de contato, é utilizado primordialmente em cirurgias abdominais.
  - **Afastador de Deaver:** por apresentar sua extremidade distal em formato de semilua, análoga ao desenho de contorno dos pulmões, é amplamente utilizado em cirurgias torácicas, podendo também ser utilizado em cirurgias abdominais.
  - **Válvula Maleável:** empregada tanto em cirurgias na cavidade torácica, quanto na cavidade abdominal. Por ser flexível, pode alcançar qualquer tipo de formato ou curvatura, sendo, portanto, adaptável a qualquer eventual necessidade que venha a surgir durante o ato operatório. Outra importante função é a proteção das vísceras durante suturas na parede da cavidade abdominal.
- II. **Afastadores autoestáticos:** são instrumentais que por si só mantêm as estruturas afastadas e estáveis.

- **Afastador de Gosset ou Laparostato:** utilizado em cirurgias abdominais. Deve ser manipulado em sua extremidade proximal, para que se movimente, uma vez que a distal, que entra em contato com as estruturas a serem afastadas não cede a pressões laterais.
- **Afastador de Balfour:** uma adaptação do afastador de Gosset, acoplando-se ao mesmo uma Válvula Suprapúbica, que, quando utilizada isoladamente, consiste em um afastador dinâmico.
- **Afastador de Finochietto:** utilizado em cirurgias torácicas, possuindo uma manivela para possibilitar o afastamento da forte musculatura intercostal.
- **Afastador de Adson:** pode ser utilizado em cirurgias neurológicas, para o afastamento do couro cabeludo, bem como em cirurgias nos membros ou na coluna, para o afastamento de músculos superficiais.



# 15

## INSTRUMENTAIS ESPECIAIS



Os instrumentais especiais são aqueles utilizados para finalidades específicas, nos procedimentos que consistem no objetivo principal da cirurgia. São muitos e variam de acordo com a especialidade cirúrgica.

- Pinça de Allis: apresenta endentações em sua extremidade distal, o que a torna consideravelmente traumática, sendo utilizada, portanto, somente em tecidos grosseiros ou naqueles que irão sofrer a exérese, ou seja, naqueles que irão ser retirados do organismo.
- Pinça de Duval: apresenta extremidade distal semelhante ao formato de uma letra “D”, com ranhuras longitudinais ao longo da face interna de sua ponta. Por apresentar ampla superfície de contato, é utilizada em diversas estruturas, a exemplo das alças intestinais.



- **Clamp Intestinal:** apresenta ranhuras longitudinais (sendo este modelo pouco traumático) ou transversais ao longo da face interna de sua ponta. É utilizado na interrupção do trânsito intestinal, o que o classifica como instrumental de coprostase.
- **Fórceps:** utilizado em cirurgias obstétricas, apresenta ramos articulados, com grandes aros em sua extremidade, para o encaixe na cabeça do concepto durante partos em que o mesmo esteja mal posicionado ou com outras complicações. Quando desarticulado, é utilizado em cesarianas, no auxílio da retirada do neonato.
- **Saca-bocado:** semelhante a um grande alicate, é utilizado na retirada de espículas ósseas em cirurgias ortopédicas.
- **Pinça de Backaus:** é também denominada de pinça de campo, devido sua função de fixar os campos operatórios entre si.
- **Cureta de Siemens:** Também chamada de Cureta uterina. É amplamente utilizada em procedimentos obstétricos para remoção de restos placentários e endometriais da cavidade uterina especialmente após abortos, onde resquícios do feto podem permanecer na cavidade. Possui uma superfície áspera, a qual realiza a raspagem; e outra lisa, para que a parede do útero não seja lesionada durante o procedimento.
- **Pinça de Babcock:** Possui argolas e cremalheiras. Na extremidade distal possui uma pequena superfície de contato o que a torna pouco traumática. Dessa forma, pode ser utilizada na manipulação de alças intestinais.



# 16

## INSTRUMENTAIS DE SÍNTESE

A síntese geralmente é o tempo final da cirurgia e consiste na aproximação dos tecidos seccionados ou ressecados no decorrer da cirurgia, com o intuito de favorecer a cicatrização dos tecidos de maneira estética, além de evitar as herniações de vísceras e minimizar as infecções pós-operatórias.

Os instrumentais utilizados para este fim são a porta agulhas, que se apresentam em dois modelos principais:

- **Porta-agulhas de Mayo-Hegar:** é estruturalmente semelhante às tesouras e pinças hemostáticas, apresentando argolas, para a empunhadura, e cremalheira, para o fechamento autoestático. É mais utilizado para síntese em cavidades, sendo empunhado da mesma forma descrita para os instrumentais argolados ou de forma empalmada. Porta-agulha de Mayo-Hegar.
- **Porta-agulhas de Mathieu:** possui hastes curvas, semelhante a um alicate, com cremalheira pequena. É utilizado em suturas de tecidos superficiais, especialmente na pele em cirurgias plásticas ou ainda em cirurgias odontológicas. Esse modelo de porta-agulha é empunhado sempre de forma empalmada. Porta-agulha de Mathieu. Empunhadura da porta-agulha de Mathieu. A face interna desses instrumentais apresenta ranhuras em xadrez, apresentando eventualmente também um sulco longitudinal, que facilitam a fixação das agulhas aos mesmos. Além da porta-agulhas, outros materiais são utilizados na síntese, como os fios, agulhas e fios agulhados.

# 17

## ARRUMAÇÃO DA MESA DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

Deve ser feita de forma padronizada, de acordo com a ordem de utilização dos instrumentais no ato operatório, a fim de se facilitar o acesso aos mesmos. Durante a arrumação da mesa, é necessário imaginá-la dividida em 6 setores, correspondentes aos 6 tempos operatórios, que iniciam a partir da diérese, que é representada pelos bisturis e pelas tesouras. Em seguida, apresenta-se o setor de preensão, com as pinças de preensão, seguidas do setor de hemostasia, que abriga materiais como gazes, compressas e fios para ligadura, bem como as pinças hemostáticas.

Segue-se, então, com o setor de exposição, com os afastadores. O setor especial apresenta instrumentais que variam de acordo com o tipo de cirurgia. O sexto e último setor corresponde ao tempo de síntese, abrigando, portanto, materiais como agulhas e os fios e os porta-agulhas.

É necessário ressaltar que, de forma geral na arrumação da mesa de instrumentação, os instrumentais menos traumáticos devem preceder os mais traumáticos, a exemplo da pinça anatômica que deve preceder as pinças dente de rato e adson em sua versão dente de rato. Bem como os curvos devem vir antes dos retos e os afastadores dinâmicos antes dos autoestáticos, a exemplo do afastador de Farabeuf que deve preceder o afastador de Gosset.

Além disso, os instrumentais devem ser arrumados com suas curvaturas voltadas para cima e suas extremidades distais voltadas para o instrumentador, a menos que estes se encontrem ainda desmontados, como o cabo de bisturi ainda não acoplado a sua lâmina, e o porta-agulha sem a agulha, para evitar que instrumentais desmontados sejam repassados para o cirurgião.

O sentido de arrumação da mesa varia de acordo com os tipos de cirurgia. Nos casos de cirurgia supraumbilicais, em que o cirurgião deve estar à direita do paciente, tendo o primeiro auxiliar a sua frente e o instrumentador ao lado deste, a mesa deve ser organizada em sentido horário. Há cirurgias que optam pela mesa de Mayo, uma mesa de instrumentação auxiliar, com suporte lateral colocada sobre as pernas do paciente.

Em cirurgias infraumbilicais, em que o cirurgião deve estar à esquerda do paciente, tendo o primeiro auxiliar a sua frente e o instrumentador ao lado deste, a arrumação da mesa devem ser feita no sentido anti-horário, podendo também apresentar a mesa de Mayo.



# 18

## TÉCNICA DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

Podem ser feitas de duas formas: por solicitação verbal ou por sinalização cirúrgica, que consiste em um sistema mundial padronizado de técnicas de solicitação manual que visam reduzir a conversação dentro da sala de cirurgia, a fim de se manter a assepsia local.

A sinalização cirúrgica é destinada somente aos instrumentais mais simples e mais utilizados, sendo os demais solicitados verbalmente.

A entrega dos instrumentais pelo instrumentador deve ser feita de forma firme e imediata, entregando os mesmo fechados e com suas curvaturas voltadas para cima.

Ressalta-se que o bom instrumentador deve saber previamente o instrumental a ser solicitado, e ao final da cirurgia deve apresentar a mesa tão limpa e organizada quanto estava no início.

Bisturi de empunhadura do tipo lápis: realizada imitando-se o movimento de utilização do instrumental.

Bisturi de empunhadura do tipo arco-de-violino: deve ser feita de forma semelhante à solicitação para o bisturi de empunhadura do tipo lápis, no entanto, ao final do movimento, o cirurgião deve posicionar a mão com sua face palmar voltada para cima, para o recebimento do instrumental.

Tesoura reta: devem-se imitar os movimentos de secção do instrumental.

Tesoura curva: solicitação feita de forma semelhante à tesoura reta. No entanto, o dedo indicador e médio deve estar igualmente encurvado.

Pinça anatômica: feita imitando-se com a mão não dominante seu movimento de utilização.

Pinça dente-de-rato: solicitada de forma semelhante à pinça anatômica. No entanto, o dedo indicador e médio bem como o polegar deve estar encurvado formando um círculo entre si e imitando os dentes desta pinça.

Afastador de Farabeuf: realizada imitando-se, com a mão, seu formato e movimento de utilização. Durante a entrega, o instrumentador deve exercer leve pressão sobre o dedo indicador do cirurgião.

Afastador de Doyen: deve-se imitar com a mão e o braço seu formato e movimento de utilização.

Afastador de Gosset: solicitada de forma semelhante ao Doyen, no entanto, devem ser utilizados ambos os braços.

Gaze: imita-se o seu embebedimento em solução antisséptica.

Compressa: estendendo-se a mão. Durante a entrega desse material, deve ser feita uma leve pressão sobre a mão do cirurgião.

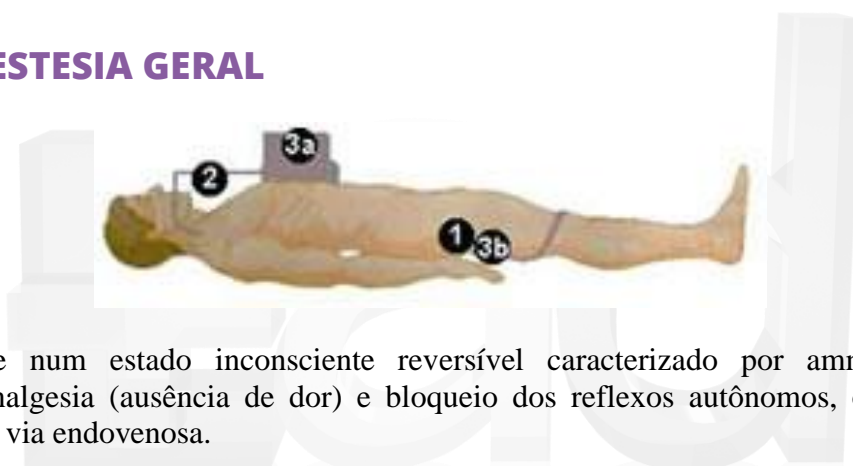
Fio de ligadura: com a face palmar da mão voltada para cima, tendo todos os dedos em semiflexão. Durante a entrega desse material, também deve ser exercida uma leve pressão sobre a mão do cirurgião.

Porta-agulha: imita-se seu movimento de utilização, o qual se assemelha ao movimento de abertura e fechamento da maçaneta de uma porta

# 19

## TIPOS DE ANESTESIA

### 19.1 ANESTESIA GERAL



Compreende num estado inconsciente reversível caracterizado por amnésia (sono, hipnose), analgesia (ausência de dor) e bloqueio dos reflexos autônomos, obtidos pela inalação, ou via endovenosa.

Os anestésicos líquidos produzem anestesia quando seus vapores são inalados, juntamente com oxigênio e, usualmente, com o óxido nítrico. Já os anestésicos gasosos são administrados através da inalação e sempre associados ao oxigênio.

A anestesia geral pode ser dividida em quatro estágios, o primeiro no início da anestesia onde o paciente respira a mistura anestésica no qual pode experimentar sensação, calor, tontura, formigamento e o cliente conseguem movimentar-se.

No segundo estágio, são caracterizados por agitação psicomotora, gritos, falas, risos, ou mesmo choro, o pulso torna-se rápido e respiração irregular, pode ser frequentemente evitado através da administração suave e rápida do anestésico.

Terceiro estágio anestesia cirúrgica, obtida através da administração contínua de vapor ou gás, onde o cliente encontra-se inconsciente. E o quarto estágio, é atingido quando for administrada uma quantidade excessiva de anestésico. Esse tipo de anestesia é administrado em cirurgias de grande porte, entre elas: Gastroplastia, Gastrectomia, enterectomia, abdominoplastia, mamoplastia dentre outras.

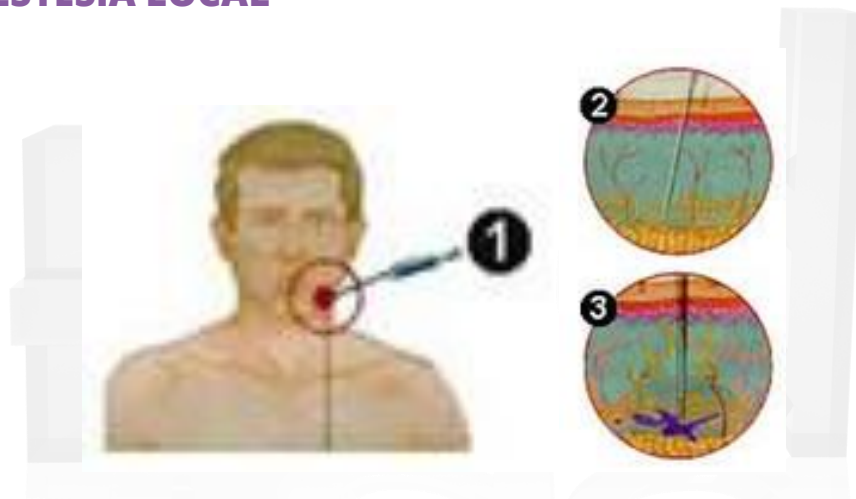
### 19.1.1 Procedimento

O anesthesiologista instala soro-fisiológico e injeta medicamentos que induzem o sono na veia da pessoa.

Através de um tubo na laringe ou uma máscara, a pessoa passa a receber oxigênio. O anestésico pode ser aplicado junto com o oxigênio (anestesia inalatória), na forma gasosa. Ao chegar ao pulmão, é absorvido e entra na corrente sanguínea.

Outra maneira é aplicá-lo em forma líquida, por meio de doses repetidas na veia da pessoa (anestesia venosa).

## 19.2 ANESTESIA LOCAL



Esta anestesia é empregada para procedimentos menores nos quais o local cirúrgico é infiltrado com um anestésico local como lidocaína ou bupivacaína.

Este tipo de anestesia não envolve perda da consciência e depressão das funções vitais, produzindo perda da sensibilidade temporária, causada pela inibição da condução nervosa.

É indicada para operações simples, que envolvem pequenas áreas, como algumas cirurgias plásticas ou para suturar cortes (dar pontos).

Área de atuação: Tornam insensíveis pequenas áreas em qualquer parte do corpo.

### 19.2.1 Procedimento

1. A aplicação é feita na região onde a pequena cirurgia será efetuada.
2. A agulha penetra na pele, indo até a camada subcutânea.

3. O anestésico não atinge o nervo propriamente dito, mas terminações nervosas da pele.

### 19.3 ANESTESIA EPIDURAL

O anestésico é administrado no espaço peridural.

Neste caso não há perfuração da dura-máter e nem perda líquórica. O bloqueio segmentar é produzido nas fibras sensoriais, espinhais e também nas fibras nervosas, podendo ser parcialmente bloqueadas.

### 19.4 ANESTESIA RAQUIANESTESIA



Geralmente administrada ao nível da coluna lombar, obtida pelo bloqueio dos nervos espinhais do espaço subaracnoide.

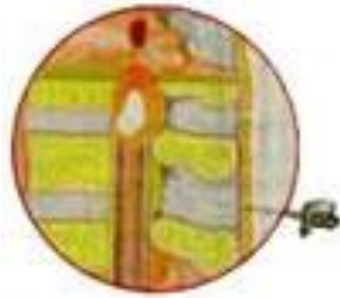
O anestésico é depositado junto ao líquido, ocorrendo perfuração da dura-máter.

São indicadas para operações nas pernas, abdômen inferior (apendicite, útero, ovário, bexiga) e cesarianas. Nos dois procedimentos, o paciente pode receber a aplicação deitado, de lado ou sentado.

Área de atuação: O anestésico deprime as funções da cintura para baixo da pessoa.

#### 19.4.1 Procedimento





É dada uma anestesia local. A agulha penetra na pele, no tecido subcutâneo e nos ligamentos espinhosos.

### 19.5 ANESTESIA PERIDURAL



O anestésico é injetado no espaço peridural (camada de gordura anterior à dura-máter membrana que envolve a medula vertebral).

### 19.6 ANESTESIA RAQUIANESTESIA



A agulha ultrapassa a dura-máter, mas não atinge a medula. O anestésico é injetado em uma região abaixo da medula, onde só há filamentos nervosos.

## 19.7 A IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

A utilização de medicação pré-anestésica tem como objetivo principal potencializar a indução anestésica, diminuir a ansiedade, e principalmente o medo que os clientes demonstram quando serão submetidos à intervenção cirúrgica.

Os medicamentos pré-anestésicos devem ser administrados de 45 a 75 minutos antes do início da anestesia.

É muito importante que a equipe de enfermagem administre essa medicação precisamente no tempo prescrito, de outra forma, seu efeito será reduzido ou ainda não terá iniciado, quando se começar a anestesia.

O cliente cirúrgico normalmente preocupa-se muito com a anestesia que irá receber, este é um de seus maiores medos.

É preciso que o enfermeiro tenha conhecimento e informações suficientes para responder as perguntas e afastar qualquer receio deste cliente.

É de responsabilidade do anestesista a visita ao cliente no dia anterior à cirurgia, é nela que avalia sua condição física, uso de medicamentos, sinais vitais, hábito de fumar e demais aspectos que possam interferir na anestesia antes da escolha da melhor via anestésica.

A enfermagem atua no processo anestésico desde o pré-operatório até a total recuperação pós-anestésica.

# 20

## SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA



A unidade de Pós-Operatório (UPO) tem por principal objetivo atender aos pacientes vindos da sala cirúrgica ou da Recuperação Pós-Anestésica (RPA) e que foram submetidos a cirurgias eletivas - de uma única ou de várias especialidades. Nela também podem atender a cirurgias de urgência e transplantes, conforme a estrutura organizacional da Instituição.

O paciente, assistido nesta unidade, se portador crônico de alterações funcionais em órgãos ou sistemas, poderá apresentar repercussões importantes no pós-operatório. Nas cirurgias eletivas estas alterações são tratadas ou compensadas antes do ato operatório. Entretanto nas cirurgias de urgência tais disfunções nem sempre são compensadas no pré-operatório.

Os pacientes que evoluem com estabilidade hemodinâmica na RPA podem voltar à enfermaria para completar sua recuperação. Aqueles que manifestam instabilidade na RPA, ou que têm antecedentes mórbidos passíveis de complicações, geralmente são transferidos à UPO para observação intensa e contínua.

Na fase pós-operatória a enfermagem desempenha o importante papel de proporcionar ao paciente o retorno às atividades rotineiras.

O pós-operatório inicia-se com os períodos pós-anestésico e pós-operatório imediato, nos quais o paciente está se recuperando dos efeitos anestésicos. O pós-operatório tardio é o tempo de cicatrização e prevenção das complicações, este período pode durar semanas ou meses após cirurgia.

A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações.

Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas, no pós-operatório promove rápida convalescência, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida.

A evolução clínica satisfatória do paciente e a estabilização do estado hemodinâmico são sinais de que a fase crítica do pós-operatório terminou e que será transferido. Durante sua internação na UPO deve-se orientar o paciente, sempre que possível, sobre seu estado, a fim de prepará-lo para uma transferência ou para sua permanência na unidade, diminuindo assim sua ansiedade.

Os familiares devem ser orientados sobre a rotina da unidade, estado geral do paciente, possíveis complicações, perspectiva de permanência na UPO e transferência para enfermaria.

## 20.1 OBJETIVOS DA UNIDADE (SRPA)

- Cuidados com a paciente durante os estágios de regressão da anestesia;
- Registro das observações numa ficha de avaliação;
- Tratamento de complicações da anestesia;
- Desenvolver protocolos de analgesia pós-operatória;
- Transferência da paciente para os cuidados da equipe de enfermaria, uma vez tendo o paciente recebido alta.

## 20.2 RESPONSABILIDADES

1. Supervisão Médica: Chefe dos anestesistas assume a responsabilidade de supervisão da unidade; os cuidados pós-anestésicos de cada paciente são de responsabilidade do anesthesiologista.
2. Supervisão de Enfermagem: A chefia de enfermagem é responsável administrativamente para designar um serviço de enfermagem competente para a unidade.

## 20.3 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

1. Somente será admitida na SRPA pacientes que se recuperam dos efeitos da anestesia e/ou de suas complicações imediatas;
2. Toda paciente que recebeu anestesia geral, anestesia regional, ou analgesia deve ter cuidados pós-anestésicos apropriados.
3. Toda paciente que recebeu anestesia deve ser admitida na SRPA, exceto: por ordem específica do anesthesiologista responsável pela paciente. As pacientes sabidamente infectadas. Estas permanecerão na sala de cirurgia até sua liberação pelo anesthesiologista. Pacientes críticas que necessitem de UTI.
4. A paciente transportada à SRPA deverá ser acompanhada por um anesthesiologista que tenha conhecimento a respeito das condições da paciente.
5. Ao chegar na SRPA a paciente será reavaliada e um resumo verbal e escrito será transmitido pelo anesthesiologista ao serviço de enfermagem.

Este resumo incluirá: nome da paciente; cirurgia realizada; nome do cirurgião e anestesista técnica anestésica empregada; necessidades pós-anestésicas específicas no tocante a oxigênio, aspiração, posicionamento no leito, aquecimento, tipo, frequência e duração de monitorização; cuidados com sondas e acesso venosos.

A condição da paciente ao chegar na SRPA será registrada na ficha de recuperação pós-anestésica.

O anesthesiologista deverá permanecer na SRPA até a enfermagem aceitar a responsabilidade pelos cuidados de observação da paciente.

Ao deixar a SRPA a enfermagem anotar o local onde o anesthesiologista poderá ser localizado.

## 20.4 PROCEDIMENTOS DE ROTINA NA SRPA

1. Monitorização clínica
2. Observar cor da pele e mucosas
3. Padrão respiratório
4. Sangramentos
5. Nível de bloqueio sensitivo
6. Globo vesical
7. Força muscular

## 20.5 CRITÉRIOS DE ALTA DA SRPA

Os critérios de alta são de responsabilidade intransferível do anestesiológico. Para tal julgamento o anestesiológico associará critérios clínicos específicos com os dados objetivos tirados da ficha de recuperação pós-anestésica.

Os critérios clínicos incluem:

- Padrão respiratório normal
  - Frequência respiratória adequada
  - Ausência de sonolência ou confusão mental
  - Sinais vitais estabilizados
  - Capacidade para manter as vias aéreas
  - Saturação de O<sub>2</sub> SpO<sub>2</sub> 95%
1. A permanência da paciente na SRPA limitar-se-á a sua recuperação pós-anestésica, sendo imediatamente transferida após receber alta.
  2. A enfermagem providenciará acomodação para a paciente de alta da SRPA.
  3. Após a alta a paciente poderá ter destinos diferentes: poderá ir para residência, ir para enfermagem, ir para uma unidade intermediária, ser internada na UTI.

## 20.6 AVALIAÇÃO PERMANENTE

Após a avaliação inicial e o devido registro na ficha de avaliação a enfermagem manterá observação contínua sobre a paciente com registro a cada 10min nos primeiros 30min, cada 15min nos 30min seguintes, a cada 30min na 2ª hora, e posteriormente de hora em hora.

Este registro não deve ser um procedimento isolado, mas englobar uma atitude capaz de antecipar e corrigir problemas potenciais antes que eles criem uma situação perigosa e possivelmente irreversível.

Quando surgirem dúvidas e/ou complicações a enfermagem deve chamar por ajuda médica imediatamente. Em situações de extremo, deverá ser acionado um alarme indicando que ajuda médica é imediatamente requerida na SRPA.

Se tudo correr bem com 95% das pacientes, ainda assim ela deve permanecer vigilante quanto aos 5% restante.



# 21

## CIRURGIA SEGURA E A SEGURANÇA DO PACIENTE

A Aliança Mundial para a Segurança do paciente, desde a sua criação em 2004, tem elaborado programas e diretrizes que visam sensibilizar os profissionais de saúde e a população para as questões referentes a segurança do paciente.

Dentre os 10 passos para a segurança do paciente elaborados pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN/SP destaca-se a Cirurgia Segura.

Esse passo apresenta medidas para tornar o procedimento cirúrgico mais seguro e ajuda a equipe de saúde a reduzir a possibilidade de ocorrência de danos aos pacientes, promovendo a realização do procedimento certo, no local e paciente correto.

Sugere-se a utilização de uma ou de várias listas de verificação (*Checklist*) traz inúmeras vantagens, protegendo assim o paciente de erros no procedimento cirúrgico.

Os serviços devem elaborar suas listas específicas, dependendo da complexidade dos procedimentos que serão realizados.

Segundo o Ministério da Saúde o protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

- **Lista de Verificação:** lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos:
- **Demarcação de Lateralidade:** demarcação de local ou locais a ser operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral).



- **Condutor da Lista de Verificação:** profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde.
- **Segurança Anestésica:** conjunto de ações realizadas pelo anestesiológico, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.
- **Equipe cirúrgica:** equipe composta por cirurgiões, anestesiológico, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.



## AVALIAÇÃO



Responda a avaliação abaixo em sua conta, no site [www.enfermagemadistancia.com.br](http://www.enfermagemadistancia.com.br). Você precisa atingir um aproveitamento igual ou superior a 60% para poder emitir o seu certificado.

1. São tempos cirúrgicos, exceto:

- a. Diérese
- b. Hemocoagulação
- c. Hemostasia
- d. Síntese

2. Qual material foi denominado como um material superior para a fabricação de instrumentais cirúrgicos.

- a. Aço inoxidável
- b. Prata
- c. Latão
- d. Cobre

3. Dentre os critérios de alta da Sala de Recuperação Pós Anestésica a saturação de Oxigênio deve ser:

- a. Saturação de O<sub>2</sub> SpO<sub>2</sub> 95%
- b. Saturação de O<sub>2</sub> SpO<sub>2</sub> 90%
- c. Saturação de O<sub>2</sub> SpO<sub>2</sub> 92%
- d. Saturação de O<sub>2</sub> SpO<sub>2</sub> 85%

4. A anestesia local é empregada para procedimentos menores nos quais o local cirúrgico é infiltrado com um anestésico local como lidocaína ou bupivacaína. Sobre a anestesia local é correto afirmar que:

- a. Esta anestesia é geralmente administrada ao nível da coluna lombar, obtida pelo bloqueio dos nervos espinhais do espaço subaracnóideo.
- b. Nesta anestesia o anestésico é depositado junto ao líquido, ocorrendo perfuração da dura-máter.
- c. São anestésias indicadas para operações nas pernas, abdômen inferior (apendicite, útero, ovário, bexiga) e cesarianas. Nos dois procedimentos, o paciente pode receber a aplicação deitado, de lado ou sentado.
- d. Área de atuação desta anestesia torna insensíveis pequenas áreas em qualquer parte do corpo.

5. O trabalho no Centro Cirúrgico faz parte do trabalho em saúde e tem como característica o trabalho coletivo, realizado por vários profissionais tais como:

- a. Nutricionista
- b. Fisioterapeuta
- c. Psicológico
- d. Instrumentador Cirúrgico

6. Com relação às zonas de estratificação do Centro cirúrgico é incorreto afirmar que:

- a. A zona limpa, ou seja, zona semirestrita: além da roupa própria do centro cirúrgico, devem ser usadas máscaras e gorros conforme normas da unidade e as técnicas

assépticas devem ser utilizadas de maneira rigorosa, a fim de diminuir os riscos de infecção.

- b. A zona de proteção, ou seja, a zona não restrita é composta pelo: Vestiários; corredor de entrada e secretaria.
- c. Na zona de proteção, ou seja, a zona não restrita os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias.
- d. Zona limpa, ou seja, zona semirestrita inclui: Conforto médico; Sala de recepção do paciente; de recuperação anestésica; de acondicionamento de material; de esterilização; centro de material; sala de serviços auxiliares; e de equipamentos.

7. O centro cirúrgico é dividido em várias zonas de estratificação tais como, exceto:

- a. Zona semirestrita
- b. Zona não restrita
- c. Zona restrita
- d. Zona médio-restrita

8. Dentre as funções dos instrumentadores cirúrgicos, marque a alternativa verdadeira:

- a. A sua maior responsabilidade é com a cirurgia.
- b. A sua maior responsabilidade é com os instrumentos cirúrgicos.
- c. A sua maior responsabilidade é com a anestesia.
- d. A sua maior responsabilidade é com os equipamentos permanentes do centro cirúrgico.

9. Dentre os instrumentais de prensão pode-se destacar, exceto:

- a. Pinça de Adson
- b. Pinça Anatômica

- c. Bisturi
- d. Pinça Dente de Rato

10. Com relação aos instrumentos especiais, marque a alternativa falsa?

- a. Tesoura
- b. Pinça de Backaus
- c. Pinça de Allis
- d. Pinça de Duval



## REFERÊNCIAS

Aproveite para estudar também as referências bibliográficas e ampliar ainda mais o seu conhecimento.

ARAÚJO, Cláudia Lúcia Caetano de; CABRAL, Ivone Evangelista. **Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico**. Trad: Alexander's care of the patient in surgery. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRUNNER/SUDDARTH. **Tratado Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CARPENITO, Lynda J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 2010.

CIANCIARULLO, Tâmara Wanow. **Instrumento Básicos para o cuidar**: Um desafio para a qualidade da assistência, São Paulo: Atheneu, 2006.

COELHO, Maria José. Maneiras de cuidar em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**– REBEN, 2006, nov - dez; 59(6): 745-51.

COREN/SP. **10 Passos para a Segurança do Paciente**. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - REBRAENSP- São Paulo, 2010.

DESLANDES, Suely Ferreira. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

KAWAMOTO, E. E. **Enfermagem em Clínica Cirúrgica**. EPU, São Paulo, 2006.

**Manual Internacional de padrões certificação hospitalar**. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Saúde – CBA. Rio de Janeiro, 3º Ed, 2008.

MOZACHI, N. **O hospital: manual do ambiente hospitalar**. Curitiba: Manual Real, 9ª Ed, 2007.

RUIPÉREZ, Isidoro & LIORENTE, Paloma revisão técnica de Celina Castagnari Marra. **Guia Prático de Enfermagem**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Intamericana do Brasil LTDA, 2008.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2007.





Quer nos contar o que achou do curso ou tirar alguma dúvida sobre o material? Envie um e-mail para **[contato@enfermagemadistancia.com.br](mailto:contato@enfermagemadistancia.com.br)** para que possamos melhorar nossos cursos cada vez mais.

Aguardamos seu contato.



# GOSTOU DESTE CURSO?

**ACESSE MAIS NO**

**[WWW.ENFERMAGEMADISTANCIA.COM.BR](http://WWW.ENFERMAGEMADISTANCIA.COM.BR)**

**CURSOS DE ATUALIZAÇÃO EM CURATIVOS, EMERGÊNCIAS, TRATAMENTOS NA  
UTI E OUTROS NA ÁREA DE ENFERMAGEM**



Este material é parte integrante do curso online "Instrumentação Cirúrgica" do EAD ([www.enfermagemadistancia.com.br](http://www.enfermagemadistancia.com.br)) conforme a lei nº 9.610/98. É proibida a reprodução total e parcial ou divulgação comercial deste material sem autorização prévia expressa do autor (Artigo 29).