

ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO CIRÚRGICO ONCOLÓGICO

TRAINING STRATEGIES FOR THE NURSING STAFF OF A SURGICAL ONCOLOGY CENTER

ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Mariângela Belmonte Ribeiro • Isabel Miranda Bonfim • Cleidileno Teixeira Silveira

RESUMO: Capacitação em serviço é uma atividade que está intimamente ligada à educação continuada, principalmente na área da enfermagem. O Centro Cirúrgico (CC), por ter características assistenciais *sui generis* e de alta complexidade, acaba, em muitos casos, não recebendo atenção dos setores de Educação Continuada. Este relato de experiência visa demonstrar como está estruturado o treinamento dos colaboradores técnicos de enfermagem do CC de um hospital de grande porte especializado em oncologia, disseminando quais são os cuidados assistenciais mais relevantes que um profissional de enfermagem deve saber para poder atuar neste setor, como: técnicas de anestesia, posicionamento cirúrgico, admissão na recuperação anestésica, montagem de sala operatória, noções de informática e cuidados com peças para exames anatomopatológicos dos pacientes cirúrgicos. Este relato tem o intuito de demonstrar que, mesmo em um setor especializado, é possível capacitar os colaboradores, garantindo segurança e qualidade assistencial durante o período transoperatório.

Palavras-chave: Enfermagem de centro cirúrgico. Capacitação em serviço. Educação continuada. Oncologia.

ABSTRACT: In service training is an activity that is closely related to ongoing education, especially in nursing. For having *sui generis* assistance characteristics and high-end complexity, in many cases, the surgical center end up not receiving the attention of Ongoing Education. This experience report aims

to demonstrate how the training of technical staff nurses in a surgical center of a large hospital specialized in oncology is structured, spreading the most relevant essential care that a nursing professional must know to be able to perform in this sector, such as anesthesia, surgical positioning, admission in post-anesthetic recovery room, setting up an operating room, notions in computer and the properly handle of surgical patient's tissues for anatomopathological study. The purpose of this report is to demonstrate that even in a specialized sector, it is possible to enable your employees ensuring safety and quality care during the trans-operative period.

Key words: Operating room nursing; Inservice training; Continuing education; Medical oncology.

RESUMEN: Capacitación en servicio es una actividad que está estrechamente relacionada con la educación permanente, especialmente en la enfermería. El Centro de Cirugía de tener asistencia características *sui generis* y la complejidad de gama alta, en muchos casos, no reciben la atención de los sectores de Educación Continua. Este relato de experiencia tiene por objeto, demostrar cómo se estructura la formación del personal técnico en un centro de cirugía de un gran hospital especializado en oncología, difundiendo cuáles son los cuidados de apoyo más importantes que un profesional de enfermería debe saber para actuar en este campo, como: las técnicas anestésicas, el posicionamiento quirúrgico, ingreso en la sala de recuperación pos anestésica,

ordenación de la sala de operaciones, informática básica y el cuidado con los tejidos patológicos de los pacientes quirúrgicos. Este relato pretende demostrar que mismo en un sector especializado se pueden capacitar a sus empleados para garantizar la seguridad y atención de calidad durante el período perioperatorio.

Palabras-clave: Enfermería de quirófano; Capacitación en servicio; Educación continua; Oncología médica.

INTRODUÇÃO

A globalização tem nos proporcionado acesso às informações de diversas regiões do mundo. Em se tratando de avanços nas técnicas cirúrgicas, o panorama não é diferente. O desenvolvimento tecnológico, no que diz respeito a materiais, equipamentos, técnicas e procedimentos, nos leva à contínua necessidade de atualização para termos condições de interagir e, até mesmo, competirmos no mercado internacional. No que diz respeito à educação em serviço, baseada no desenvolvimento de multiplicadores, fundamentada técnico-cientificamente em capacitações, treinamentos, orientações, entre outros, enfatiza-se a extrema importância para o crescimento profissional do funcionário, assim como o aumento na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Educação é a ação de desenvolver as faculdades psíquicas, intelectuais e morais, conhecimento e prática dos

hábitos sociais; boas maneiras.¹

O objetivo final da educação é formar ou transformar o ser humano como um todo, aperfeiçoando suas faculdades físicas, intelectuais e morais, preparando o indivíduo para o futuro. Sócrates e Platão já diziam que a educação é um processo que dura toda a vida.² A educação pode ser entendida como na forma de humanização do ser humano, pois conduz ao conhecimento da realidade, a qual está inserida e fornece subsídios para a construção de consciência crítica.³

A educação continuada pode ser entendida como toda ação desenvolvida após a profissionalização, com o propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, definida por meio de metodologias formais. No entanto, a educação permanente baseada no aprendizado contínuo é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu auto-aprimoramento, direcionando-o à busca da competência pessoal, profissional e social.⁴

Sendo assim, a aprendizagem no contexto do trabalho enfoca benefícios para a organização, como: adaptação à mudança, redução do estresse, melhoria das decisões, aumento da eficiência no desempenho das funções, diminuição de erros organizacionais e ampliação potencial de mudança do comportamento. Os treinamentos determinam a redução de custos, melhoram o absenteísmo e a taxa de rotatividade, diminuem gastos de materiais, aumentam a qualidade do serviço prestado e o grau de satisfação do trabalhador.⁵

Programas que prestigiam a participação e a valorização do potencial humano parecem ser a solução desta problemática. As pessoas devem ser vistas como parceiras das organizações, pois são fornecedoras de conhecimentos, habilidades, capacidades e impõem significado aos objetivos organizacionais.⁶

A capacitação de pessoal é um processo de

mudança planejada que visa à obtenção de determinado comportamento com o mínimo de esforço e o máximo de rendimento e satisfação para o hospital e o funcionário. A continuidade da educação tem dois aspectos importantes. O primeiro é que a evolução da sociedade, tanto no aspecto tecnológico como comportamental, requer do homem uma adaptação constante, gerando no indivíduo a necessidade de desenvolver outras capacidades de ação e de trabalho. O segundo aspecto é o de que existe um interesse da sociedade em aproveitar, para fins coletivos, a força de trabalho de cada um de seus membros e, à medida que se modifica seu grau de desenvolvimento, aumenta a necessidade de mais educação para os mesmos. Concluiu-se que, onde há sociedade há educação; logo, ela é continuada.⁷

Para que a Educação Continuada na Enfermagem se torne efetiva, deve-se crer que a educação seja de grande valor como meio de crescimento dos funcionários, o que contribuirá para a melhoria da assistência à clientela, estando a garantia do desenvolvimento do pessoal de enfermagem atrelada à existência de um setor que planeje e organize as atividades de Educação Continuada. Isso assegura que o desenvolvimento de recursos humanos seja uma prática institucional, portanto, com maiores chances de sucesso.⁸ Considera-se que a educação continuada deve seguir como fator determinante para a mudança, permeando a ciência do ser enfermeiro, proporcionando aquisição de habilidades, autoconfiança, crescimento profissional e incentivo.⁹

Avanços nas técnicas médicas e na engenharia genética já prevêm um prolongamento razoável da vida humana e a tecnologia na saúde passa por uma grande transformação, como as cirurgias videolaparoscópicas e os procedimentos com o auxílio da robótica; aproxima-se o momento dos computadores inteligentes e interativos, interligando pessoas e instituições de serviço.¹⁰

O Centro Cirúrgico (CC), sendo

um setor específico e que vive estas transformações, necessita de profissionais altamente preparados e treinados para cumprir o exercício da enfermagem com responsabilidade e competência na prestação da assistência aos pacientes cirúrgicos.

A educação permanente é uma necessidade para o enfermeiro que atua no CC, no desenvolvimento de uma postura crítica, auto-avaliação, autogestão, promovendo, assim, os ajustes necessários no sentido de trabalhar as diferenças existentes na equipe de enfermagem, na transmissão de saberes práticos e sociais, que mobilizam todas as possibilidades e saberes dos atores sociais envolvidos.¹¹

Por ser o CC um setor específico, é necessário que as atribuições fiquem evidenciadas de forma que a assistência de enfermagem vise o bem estar do paciente cirúrgico, priorizando as habilidades técnicas necessárias para a especialidade.

Surge, então, a preocupação de como a equipe de enfermagem do CC pratica a atividade educativa.

A educação continuada neste setor tem como finalidade fazer com que a equipe de enfermagem adquira maior conhecimento técnico e habilidades específicas, desenvolvendo valores e atitudes profissionais que promovam mudanças de conceitos mediante novas tendências e novas tecnologias, proporcionando desenvolvimento pessoal e profissional, fazendo com que a equipe seja multiplicadora.

Com a evolução da tecnologia, cada vez mais os funcionários da área da saúde são cobrados quanto à questão de aprimoramento, principalmente dentro do CC, setor no qual a equipe de enfermagem tem que atender as necessidades no cuidado do paciente no pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato e sejam realizados seguindo os padrões recomendados, bem como atender a equipe médica para que o ato anestésico-cirúrgico ocorra com segurança.

OBJETIVO

Relatar a experiência da Educação Continuada aplicada à equipe de enfermagem de um Centro Cirúrgico de instituição de grande porte, especializada em oncologia.

MÉTODO

Este estudo consiste em um relato de experiência, vivenciado através do treinamento de 27 técnicos e auxiliares de enfermagem do Centro Cirúrgico (CC) e da Recuperação Anestésica (RA) de um hospital referência no tratamento oncológico, na cidade de São Paulo no período de 2007 a 2010. Esta instituição possui uma média de oitocentos procedimentos anestésico-cirúrgicos por mês, um CC com 14 salas cirúrgicas e uma sala de RA com 15 leitos, monitorização central e box equipado para receber pacientes entubados.

Nesta instituição, como a Educação Continuada também atua nos processos em geral, a equipe do CC atua na educação permanente, sendo que uma enfermeira do setor é a responsável pelo treinamento dos novos colaboradores. É realizado um cronograma, com duração de aproximadamente dois meses e meio, para o acompanhamento do treinamento, no qual existe uma avaliação das etapas que o colaborador percorre com os principais pontos, dando oportunidade para que ele aponte as suas dificuldades de modo que estas sejam mais bem trabalhadas.

São passadas apostilas com as instruções das principais rotinas e a enfermeira acompanha todas as etapas do treinamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: ETAPAS DO TREINAMENTO

Admissão do paciente no Centro Cirúrgico

A chegada do paciente na recepção do CC significa sua saída de um local conhecido e de domínio e a entrada para o local fechado, onde permanecerá sob a

administração de um tipo de anestesia e que, geralmente, repercute em alterações fisiológicas, frequentemente, detectáveis pelos sinais vitais.¹²

Apesar da recepção do paciente ser de responsabilidade do enfermeiro, na Instituição em foco, é o técnico de enfermagem (circulante de sala) quem conduz o paciente para a sala operatória. Por ocasião do treinamento, o colaborador fica na admissão durante um dia, a fim de acompanhar a rotina da admissão e o transporte do paciente até o CC, que é realizado por estagiários de enfermagem. Alguns pontos importantes devem ser levados em consideração e ressaltados:

- Apresentar-se ao paciente pelo nome;
- Informar ao paciente que irá conduzi-lo à sala operatória e que durante o ato anestésico-cirúrgico é ele quem ficará em sala;
- Confirmar o nome do paciente com o aviso de cirurgia e o número da sala operatória na qual ocorrerá o procedimento;
- Checar com a enfermeira, no aviso de cirurgia, a confirmação da reserva de hemocomponentes e vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quando solicitada;
- Na sala operatória, auxiliar o paciente na passagem para a mesa cirúrgica e passar a faixa de segurança;
- Realizar a monitorização do paciente e conferir os sinais vitais.

Noções básicas sobre o processo de trabalho do Centro Cirúrgico

Um profissional de enfermagem, mesmo com experiência na área, necessita se familiarizar com o novo ambiente de trabalho e com as características específicas do setor que irá trabalhar. Para tanto, acreditamos ser necessário que o funcionário tenha um treinamento sobre as principais atividades que irá desenvolver no transcorrer do seu trabalho, com noções básicas de diversas áreas de

atuação, tais como: anestesia, montagem ou preparo da sala operatória, controle de infecção, posicionamento cirúrgico, anotações de enfermagem, anatomia patológica, recuperação anestésica, bem como noções de informática, visto que o processo de inserção das informações é realizado nos prontuários eletrônicos.

Etapas do procedimento anestésico

É importante que o enfermeiro e/ou profissional de enfermagem tenha conhecimento geral acerca das principais etapas do procedimento anestésico, como materiais utilizados, medicações habituais e possíveis complicações, para que possa fornecer ajuda ao anestesologista.¹³

O enfermeiro fornece aos novos colaboradores uma aula impressa com noções de anestesia e artigos científicos sobre a temática em questão e suas possíveis complicações. O funcionário, então, é acompanhado por um técnico de enfermagem (circulante de sala) experiente durante um período de quinze dias, para auxiliá-lo na montagem e/ou no preparo do ato anestésico, com a supervisão do enfermeiro, que sana suas dúvidas e direciona o treinamento. Durante o treinamento, alguns pontos devem ser destacados:

- Conhecer os principais fármacos utilizados em anestesia, sua ação e possíveis reações;
- Detectar vazamentos no aparelho de anestesia. Apesar da função de checagem do aparelho ser da engenharia clínica, é importante que o funcionário saiba identificar qualquer alteração, pois pode ocorrer uma falha no equipamento com o paciente entubado e ele poderá auxiliar o anestesista na troca do aparelho;
- Montar dispositivos para monitorização de pressão venosa central (PVC) e da pressão arterial média (PAM);
- Equipar o aparelho de anestesia com todo material para anestesia geral e separar material para intubação difícil, quando solicitado;

- Montar soros e disponibilizar bombas de medicações para a sala de operações;
- Confirmar com o anestesiolegista quais são os fármacos que ele irá usar;
- Confirmar com o anestesiolegista qual é o tipo de anestesia a ser realizada e, se necessário, separar o kit para o bloqueio.

Montagem da sala operatória

O circulante deve prover a sala operatória com recursos adequados às necessidades do cliente e segundo as especificidades de cada intervenção anestésico-cirúrgica.¹²

O funcionário da sala operatória, pela responsabilidade que lhe compete, deve ser bem treinado. Na Instituição do presente estudo, ele fica em treinamento por dois meses, quando é realizado outro cronograma de atividades que englobam os pontos importantes a serem ressaltados. Este cronograma é acompanhado pelos enfermeiros do CC, para que o funcionário, além de segui-lo, possa acompanhar as etapas do treinamento e levantar os pontos em que considera necessário maior aprimoramento. As etapas são as seguintes:

- Solicitar na farmácia, mediante a etiqueta de identificação do paciente, o kit cirúrgico e os materiais consignados, que devem ser dispensados com o preenchimento do impresso próprio pelo funcionário da farmácia, com nome e assinatura do circulante de sala;
- Solicitar no arsenal a montagem da mesa com caixas e instrumentais avulsos adequados ao procedimento, seguido do impresso de controle de materiais;
- Em sala operatória, arrumar o kit e as caixas de instrumentais, de forma a facilitar a abertura de todo o material;
- Solicitar à instrumentadora que verifique os instrumentais, pois se houver necessidade de complementos, deverá solicitar antes do início da cirurgia, evitando, assim, a sua saída da sala operatória no

início do ato anestésico-cirúrgico;

- Verificar e testar todos os equipamentos fixos da sala operatória, como aquecedor, bisturi elétrico, mesa cirúrgica e tricótomos;
- Separar os acessórios da mesa cirúrgica necessários para o procedimento;
- Equipar a sala operatória com todos os equipamentos solicitados no agendamento para o procedimento, como bisturi ultrassônico, rack de vídeo, laser, probe, bomba injetora, microscópio, entre outros.

Prevenção de infecção de sítio cirúrgico

A principal fonte de contaminação do ar ambiente por microorganismos mais relacionada à infecção de sítio cirúrgico (ISC) é constituída pelas pessoas, pacientes e profissionais, cuja eliminação desses microorganismos é fortemente influenciada pelas atividades. Durante atividades físicas moderadas, cada pessoa pode eliminar cerca de 1.000 partículas com bactérias por minuto, com tamanho variando de 5 a 60µm. O ar contamina roupas, instrumentos e a ferida cirúrgica, por meio do contato direto.¹⁴

Pesquisas demonstram que o ambiente está praticamente livre de bactérias ou partículas maiores do que 5µm quando não há pessoas no local.¹⁴ Desta forma, a sala operatória deve ser o local de menor circulação possível. É necessário que o circulante de sala tenha noções acerca da contaminação em relação ao material e quanto ao ambiente.

Frente a esta situação, capacita-se os colaboradores para:

- Verificar a integridade das embalagens e os respectivos prazos de validade;
- Abrir as embalagens na técnica asséptica, levando em consideração as embalagens de grau cirúrgico, tecido e não tecido, pois estes possuem memória;
- Ter cuidado na colocação dos materiais

sobre a mesa cirúrgica, para não contaminar os instrumentais e nem o sítio cirúrgico;

- Durante a movimentação, evitar encostar a roupa privativa na mesa e nos campos operatórios;
- Durante a utilização de luvas de procedimentos, deve-se ter cuidado com a manipulação dos materiais, pois a luva utilizada como proteção pode ser um meio de contaminação.

Posicionamento cirúrgico

O posicionamento deve ser individualizado e adaptado às necessidades de cada pessoa e aos procedimentos previstos. Essas necessidades devem ser estabelecidas em conjunto com a equipe cirúrgica e de enfermagem, uma vez que o posicionamento promove alterações que poderão repercutir nos períodos subsequentes ao transoperatório, com consequências e complicações indesejáveis e até mesmo fatais.¹²

Segundo estudos, a equipe de funcionários em sala operatória acaba aprendendo a posicionar o paciente no dia-a-dia e quase nunca existe um treinamento específico para este procedimento tão importante.¹⁵

Para um posicionamento eficaz é necessário que o circulante de sala conheça as condições físicas do paciente. Na Instituição, por ser um hospital-escola, o posicionamento é realizado pela equipe multiprofissional, e se dispõe de colchão piramidal, posicionadores de polímeros de vários tamanhos e modelos para cabeça, região lombar, sacra, calcâneo e as mesas possuem colchões de densidade para suportar até cento e quarenta quilos.

Nos procedimentos de longa duração e devido à complexidade da cirurgia que será realizada, muitas vezes são necessárias duas incisões, uma na posição dorsal e outra na posição ventral, havendo necessidade de mudança de posição do paciente durante o procedimento. O circulante deixa uma maca preparada

para efetuar a mudança de decúbito com o paciente anestesiado. Para um posicionamento adequado discute-se com os colaboradores:

- Conhecer a idade do paciente e sua massa corpórea;
- Identificar qual procedimento será realizado e o tempo cirúrgico previsto;
- Possuir noções de anatomia e fisiologia;
- Conhecer as principais posições cirúrgicas e quais proeminências ósseas deverão ser protegidas;
- Utilizar os recursos de proteção adequados levando em consideração os equipamentos que a instituição possui;
- Realizar anotação em prontuário a respeito do posicionamento, incluindo tipo de posição e local de colocação dos recursos de proteção, principalmente colchão caixa de ovos, para fins de cobrança na auditoria de prontuário.

Anotações de Enfermagem

No que se diz respeito às anotações em sala operatória, muito pouco é relatado, devendo o circulante ser orientado para a importância destes registros, que devem conter:

- Descrição de como o paciente chegou à sala operatória, se recebeu pré-anestésico ou não e horário de entrada em sala;
- Anotação dos sinais vitais e locais em que foram colocados os acessórios de monitorização;
- Descrição de punções venosa e arterial e quantos artefatos foram utilizados, assim como a passagem de cateter venoso central, quando necessário;
- Relato do ato anestésico, com número e tipo da cânula de intubação e, nos casos de bloqueios, o tipo de agulha utilizado;

- Anotação do tipo de antisséptico utilizado na antisepsia da pele do paciente;

- Registro acerca qualquer intercorrência no transoperatório, incluindo sangramentos, alterações hemodinâmicas e eletrocardiográficas, entre outras;

- Anotação de todos os materiais especiais e de alto custo, assim como qualquer tipo de material ou medicamento utilizado em quantidade maior do que normalmente é usado;

- Realização do registro em campo próprio da quantidade de compressas utilizadas, principalmente em se tratando de cirurgias que envolvem as grandes cavidades corporais, fazendo a contagem com a instrumentadora de quantas foram abertas e quantas foram desprezadas no *hamper*, a fim de verificar se as quantidades estão exatas;

- Nas cirurgias de cabeça e pescoço, deve-se proceder à contagem do número de gazes utilizada em campo operatório, principalmente das colocadas em cavidade oral;

- Descrição da limpeza da pele ao término do procedimento, assim como realização do curativo e tipo de cobertura utilizada;

- Anotação no documento de prontuário e no quadro de cirurgia segura referente ao encaminhamento de peças cirúrgicas para anatomopatológicos e exames laboratoriais;

- Registro do horário da saída de sala operatória, local para o qual o paciente será encaminhado e em quais condições o paciente está sendo encaminhado.

O funcionário deve estar consciente da importância da anotação não apenas como documento, mas também como registro para as operadoras de saúde na auditoria de prontuário. Em Anexo, segue o modelo utilizado na Instituição para anotações transoperatórias em sala cirúrgica e pós-operatórias imediatas, na sala de recuperação anestésica.

Cuidados com espécimes anatomopatológicos e exames laboratoriais

Anatomia patológica é um ramo da patologia e da medicina que lida com o diagnóstico das doenças baseado no exame macroscópico de peças cirúrgicas e microscópicos para o exame de células e tecidos. O patologista tem ampla inserção na ciência médica, atuando em patologia cirúrgica diagnóstica e citopatológica, além de ser responsável pela análise e elaboração de laudos (pareceres médicos) em exames, utilizando-se a técnica de imuno-histoquímica. Aqueles que se dedicam preferencialmente à patologia diagnóstica são denominados patologistas cirúrgicos.¹⁶ Devido à importância da peça cirúrgica para o parecer do diagnóstico da doença na Instituição sede deste estudo, especializada em oncologia, o funcionário em treinamento permanece um dia no laboratório de anatomia patológica, o qual está localizado dentro do CC, a fim de conhecer a importância do acondicionamento e do registro das peças, quais são os tipos de exames que podem ser realizados com as peças e como estas peças devem ser acondicionadas, de acordo com o exame pelo qual passará.

As peças retiradas dos pacientes e encaminhadas para exames devem ter cuidados especiais. Para tanto, a equipe é orientada a:

- Preencher o impresso com todos os dados referentes à identificação do paciente;

- Após a retirada da peça, checar com a equipe médica o nome do espécime antes de colocar no impresso;

- Acondicionar as peças em recipientes segundo seu tamanho e usar soluções de conservação de acordo com o exame ao qual serão submetidas;

- Confeccionar as etiquetas de identificação, com nome e registro do paciente, numerando as peças e colocando as definições, conforme orientação da equipe médica;

- Checar as anotações das etiquetas com o impresso de pedido de exame realizado pelo médico da equipe;
- Conferir se o médico assinou e carimbou o impresso de pedido de anatomopatológico;
- Registrar no quadro de cirurgia segura, o qual se encontra na sala operatória, as peças que foram retiradas, para conferência no final do ato cirúrgico, assim como no *check list* de cirurgia segura, que deve ser assinado pelo médico e pelo circulante antes de ser fixado no prontuário;
- No caso de biópsia de congelação, o material é encaminhado sem solução de conservação e, no banco de tumores, é realizada a coleta de sangue venoso em frasco com código de barra fornecido pelo laboratório de anatomia patológica;
- Todas as peças encaminhadas ao laboratório de anatomia patológica devem ser protocoladas no livro da anatomia com todos os seguintes dados: nome e registro do paciente, identificação da peça, exame a ser realizado, número da sala, data, horário e nome do circulante que a trouxe;
- Peças encaminhadas para o setor de imagem devem ser fixadas em placas específicas, que são fornecidas pela anatomia patológica, com identificação completa do paciente e número da sala cirúrgica.

Para proceder à coleta de exames laboratoriais em sala operatória, o funcionário deve conhecer os frascos padronizados pelo laboratório para cada tipo de exame solicitado, podendo existir no local uma tabela com cada tipo de frasco fornecido, o que ajuda a agilizar a coleta de amostras, principalmente no caso de urgência e sangramento intraoperatório. O circulante de sala deve separar os frascos solicitados e identificar cada frasco com os dados do paciente. Depois de realizada a coleta, acondicionar os frascos na cápsula do pneumático e encaminhar ao laboratório, juntamente com o pedido do exame.

Prontuário eletrônico

A informática em enfermagem é a área de conhecimento que diz respeito ao acesso de dados, informação e conhecimento, para padronizar documentos, melhorar a comunicação, apoiar o processo de tomada de decisão, desenvolver e disseminar novos conhecimentos, aumentar a qualidade, a efetividade e a eficiência do cuidado em saúde, fornecendo maior poder de escolha aos clientes e fazendo avançar a ciência da enfermagem. Assim, o enfermeiro terá mais tempo para se dedicar à assistência direta ao paciente durante o período perioperatório e gerenciar a unidade de CC com efetividade.¹¹

A conscientização dos profissionais de enfermagem frente à utilização da tecnologia de informação redundou na reorientação do produto final, no sentido de beneficiar o paciente, reduzir os custos e racionalizar o trabalho. Esse tem sido o grande desafio da informática em enfermagem.¹⁷

Com a tecnologia cada vez mais presente no dia-a-dia, os funcionários da enfermagem da Instituição também sentiram a necessidade de ter conhecimentos básicos de informática, tanto os mais jovens que já convivem com esta nova realidade, quanto os funcionários mais antigos, que muitas vezes necessitaram conhecê-la para apreendê-la.

- O prontuário realizado através da informática proporciona organização e padronização, acabando com a dificuldade de se entender os manuscritos antes existentes.

Na Instituição em foco, é utilizado um reconhecido sistema eletrônico de gerenciamento hospitalar. Este sistema possui um módulo específico para o CC, com descrição de cirurgia, impresso de pré-operatório, transoperatório e pós-operatório da enfermagem, prescrição e alta da RA e módulo de confirmação de cirurgia. Portanto, é muito importante que o funcionário, logo que admitido, conheça o programa e receba um trei-

namento para sua utilização, pois já que se debate a assistência de enfermagem intraoperatória além de todas as suas obrigações dentro da sala de operações, as anotações deverão ser efetuadas no sistema e requerem determinado tempo para serem realizadas pelo colaborador. As anotações no sistema informatizado, realizadas em sala operatória pelo circulante, consistem em:

- Preencher todos os dados da ficha na parte referente ao transoperatório;
- Na ficha de confirmação de cirurgia, anotar todas as taxas e os equipamentos utilizados. Para facilitar este processo, cada uma das salas possui uma ficha com o número referente às taxas e aos equipamentos;
- Checar, assinar e carimbar na ficha de avaliação e risco assistencial aberta, pela enfermeira durante a admissão do paciente no CC, todos os cuidados realizados durante o procedimento anestésico-cirúrgico.

Cuidados com o paciente na sala de Recuperação Anestésica

A sala de Recuperação Anestésica (RA) é a área destinada à permanência do paciente após o término do ato anestésico-cirúrgico, onde são dispensados cuidados intensivos até a recuperação da sua consciência, eliminação de anestésicos e estabilidade dos sinais vitais, incluindo, naturalmente, o diagnóstico e o tratamento das complicações, ou seja, até que o paciente esteja em condições de retornar em segurança à unidade de internação de origem.¹⁸

O transporte do indivíduo recém-operado deve ser feito de forma segura, mesmo que a unidade seja próxima à sala cirúrgica. Esse período é considerado crítico, pois muitas vezes as pessoas se encontram inconscientes, entorpecidas e com diminuição dos reflexos protetores. Tal instabilidade orgânica e emocional decorre do trauma anestésico-cirúrgico sofrido, requerendo, portanto, uma assistência especializada.¹⁹

No Hospital em foco não existe rodízio de funcionários do CC com os funcionários da RA, portanto o treinamento do funcionário da RA é realizado pelo enfermeiro, que faz uma apresentação das rotinas do setor, assim como orienta o novo colaborador acerca dos protocolos. O funcionário em treinamento é acompanhado desde a admissão do paciente com a explanação da importância dos controles vitais de quinze em quinze minutos para os pacientes estáveis, ficando apenas uma verificação diferenciada quando o paciente apresentar alguma alteração nos sinais vitais. Nestes casos, cabe ao enfermeiro avaliar de quanto em quanto tempo devem ser mensurados os parâmetros.

Na RA da Instituição utiliza-se a Escala de Aldrete e Kroulik, na qual os autores sugerem avaliações constantes dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular dos pacientes que se encontram sob os efeitos dos fármacos utilizados na anestesia.²⁰

- Primeiramente, o colaborador fica na admissão do paciente para controles dos sinais vitais e preenchimento dos dados da admissão e do protocolo dos exames, vindo do CC durante cinco dias. Após esse período, ele começa a aplicar medicações, sempre com a supervisão do enfermeiro, que vai transmitindo dados a respeito das medicações e cobrando estes conhecimentos do colaborador.
- A admissão do paciente na RA é muito importante e é o momento em que a equipe recebe o cliente pós-operado e a passagem do plantão é realizada pelo anestesiológico. Neste momento, os aspectos que os novos colaboradores devem assimilar são:
- Levantar e intervir frente às necessidades de cada paciente diante do procedimento realizado, executando a prescrição de enfermagem elaborada pelo enfermeiro;
- Realizar a monitorização do paciente e, se necessário, instalar suporte de oxigenoterapia ou manter, quando solicitado previamente;

- Aplicar medidas de avaliação e controle da dor, utilizando escalas específicas;
- Prevenir, controlar e intervir nos cacos de ocorrência de náuseas e vômitos;
- Reconhecer a importância do controle dos sinais vitais e como intervir no caso de alterações provocadas pelas medições;
- Controlar rigorosamente a temperatura, pois em geral os pacientes retornam da sala operatória hipotérmicos, e instalar aquecedor quando necessário;
- Preparar e administrar as medicações prescritas, seguindo o protocolo da instituição e conhecer os efeitos colaterais e as reações adversas dos fármacos administrados;
- Conhecer a rotina de atendimento de emergência, nos casos de parada cardiorrespiratória, choque, convulsões;
- Controlar rigorosamente volume e aspectos de secreções, incluindo débitos de drenos e sondas e avaliar aspecto do curativo;
- Juntamente com o enfermeiro, avaliar e proporcionar conforto ao paciente e prepará-lo para a alta da sala de recuperação;
- Realizar os registros pertinentes em impressos próprios durante o tempo de permanência do paciente na RA;
- Ter noções de informática, a fim de realizar as anotações e registrar as medicações utilizadas, uma vez que existe estoque de medicações na RA e, com isso, a cobrança é realizada através do sistema pelo código de barras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a Educação Continuada, na maioria dos hospitais, prioriza o treinamento em um contexto geral dentro da instituição, o treinamento específico, em algumas situações, acaba sendo realizado pelas próprias equipes dos setores fechados,

como UTI, CC e hemodinâmica, entre outros.

Devido à complexidade assistencial existente no setor de cirurgias, já discutida neste artigo, tenta-se demonstrar a necessidade de treinamentos bem elaborados a novos colaboradores do CC. O treinamento do funcionário de enfermagem em sala operatória é muito importante para o bom andamento do ato anestésico-cirúrgico, uma vez que ele deve ter conhecimento básico sobre anestesia, procedimentos cirúrgicos, instrumentais, materiais específicos para os mais diversos procedimentos, noções de infecção, acondicionamento do material para exames, anotações de enfermagem e informática.

Assim, com o programa desenvolvido na Instituição sede deste estudo, esta capacitação requer tempo hábil o suficiente para garantir que o novo colaborador se sinta seguro em executar suas novas funções, exigindo que o enfermeiro gestor compreenda a necessidade de mantê-lo fora da escala de trabalho até o término do programa de capacitação.

O enfermeiro deve preparar este novo colaborador para ficar realmente atento às peculiaridades da unidade cirúrgica.

O intuito de todo este treinamento para o enfermeiro e os seus pares é proporcionar qualidade assistencial, entendida, neste momento, como forma de garantir a segurança do paciente e visar a diminuição dos custos hospitalares, tendo a instituição hospitalar como uma unidade de negócios.

REFERÊNCIAS

1. Dicionário do Aurélio Online [dicionário na Internet]. Rio de Janeiro; 2010. [citado em 2010 ago 12]. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com>
2. Oguisso T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. Nursing (São Paulo). 2000;20(1):22-9.

3. Salum NC, Prado ML. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2000;9(2):298-311.
4. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):479-80.
5. Castro LC, Takahashi RT. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(2):305-11.
6. Siqueira ILPC, Kurcgant P. Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(3):231-51.
7. Silva MJP, Pereira LL, Benko MA. Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. São Paulo: Saraiva; 1989. Escolha de uma linha educacional; p.6.
8. Backes VMS, Schmidt SMS, Nietsche EA, Saurim MHG, Ferraz F. Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2003;12(1):80-8.
9. Silva MF, Conceição FA, Leite MMJ. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *Mundo Saúde.* 2008;32(1):47-55.
10. Motta PR. Inovações tecnológicas e transformações sociais. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1998. Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar; p.10.
11. Oliveira MAN, Servo MLS. A educação à distância como estratégia da educação permanente do enfermeiro em centro cirúrgico frente às novas tecnologias. *Sitientibus.* 2004;30:9-20.
12. Bianchi ERF, Vátimo MFF. Recepção do paciente no centro cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação.* 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010. p.162-76.
13. Bussolotti RM, Giroud EHJ. Tipos de anestesia. In: Malagutti W, Bonfim IM. *Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico.* São Paulo: Martinari; 2008. p.115-34.
14. Lacerda RA. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. Ambiente da sala de operações: fonte de contaminação e relação com infecção em centro cirúrgico; p.327.
15. Silveira CT. A assistência da equipe de enfermagem no posicionamento cirúrgico do paciente durante o período intra-operatório [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
16. Werner B. Biópsia de pele e seu estudo histológico: Por quê? Para quê? Como? Parte I. *An Bras Dermatol.* 2009;84(4):391-5.
17. Évora YDM. A enfermagem na era da informática. *Rev Eletr Enferm [periódico na internet].* 2007. [citado 2009 dez 20]; 9(1):14. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a01.pdf>
18. Pita P. História e atualidades da RPA. In: Malagutti W, Bonfim IM. *Recuperação pós-anestésica: assistência especializada no centro cirúrgico.* São Paulo: Martinari; 2010. p. 19-28.
19. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *Práticas Recomendadas - SOBECC.* 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
20. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth.* 1995;7(1):89-91.

AUTORES

Mariângela Belmonte Ribeiro

Enfermeira, Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Enfermeira de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica do Hospital A.C. Camargo (SP).

Isabel Miranda Bonfim

Enfermeira, Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto e Especialista em Centro Cirúrgico pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Especialista em Informática em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Gerente de Enfermagem do Hospital A.C. Camargo (SP).

Cleidileno Teixeira Silveira

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), MBA Executivo em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), Enfermeiro Pleno da Educação Continuada do Hospital A.C. Camargo (SP).

ANEXO

<p>Hospital A.C. Camargo Assistência de Enfermagem Perioperatória</p>	PACIENTE: _____	DEPARTAMENTO: LEITO: _____	
	RGH: _____	DATA DA ADMISSÃO: _____	DATA DA CIRURGIÁ: _____
	IDADE: _____	PESO: _____	ALTURA: _____
	CATEGORIA: _____		

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO DATA: _____ HORA: _____

CHECAR:

SONDAS/RENOS/CATÉTERES:		ACESSO VENOSO:	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:		ESPECIFICAR (pre-anestésico):	
PRÉ-ANESTÉSICO:		<input type="checkbox"/> DIAZEPAN <input type="checkbox"/> MIDAZOLAN	
HORAS:		OUTRO:	
RESERVA DE UTÍLISEM:			
SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> EQUIPE CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> ANESTESIA			
TRICOTOMIA:		REGIÃO:	
SINAIS VITAIS: T: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____ Hs: _____			
EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS RECEBIDOS Confere? <input type="checkbox"/>			
JUSTIFICATIVA:			
JEJUM: _____ Hs: _____		ALERGIAS:	
		ESPECIFICAR:	
PRÓTESE:		ROUPA ÍNTIMA:	
LOCAL:		ESPECIFICAR:	
ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES:			
INFORMAÇÕES OBTIDAS DO:		NOME:	
E		NOME:	
ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A): _____		COREN: _____	

LOCALIZAÇÃO DE:

ELETRODO: <input checked="" type="checkbox"/>	
PUNÇÃO VENOSA: <input type="checkbox"/> LOCAL: <input type="checkbox"/> ESCALP Nº <input type="checkbox"/> UELCO Nº <input type="checkbox"/> INTIMA Nº <input type="checkbox"/>	
PLACA DE BISTURI: <input type="checkbox"/>	
BISTURI ELET. MARCA Nº PATRIMÔNIO _____	
INCISÃO CIRÚRGICA: _____	
ATO OPERATÓRIO (POSIÇÃO CIRÚRGICA)	
OUTRO:	
POSICIONADORES: LOCAL: <input type="checkbox"/>	
PREPARO DA PELE: <input type="checkbox"/> CLOREXIDINE TÓPICO <input type="checkbox"/> DEGERMANTE <input type="checkbox"/> TÓPICO <input type="checkbox"/> ALCOOLICO <input type="checkbox"/> ALCOOLICO <input type="checkbox"/> CLOREXIDINE <input type="checkbox"/> CLOREXIDINE DEGERMANTE	
TUBO: NOME Nº _____	

CONTAGEM E CONFERÊNCIA DE COMPRESSAS UTILIZADAS EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE CAVIDADE

REGISTRAR EM CADA QUADRO A QUANTIDADE EM UNIDADES

PEQUENAS	TOTAL
GRANDES	TOTAL

Contagem final das compressas confere?

JUSTIFICAR: _____

Informações Adicionais (inclusive a passagem de plantão): _____

Assinatura do circulante: _____

Nome / Coren (INÍCIO) Nome / Coren (TERMINO)

SERVIÇOS REQUISITADOS EM SALA OPERATÓRIA

PEÇA CIRÚRGICA (Nº) _____

BANCO DE TUMORES _____

CONGELAÇÃO _____

NÃO HOUE PEDIDO DE EXAME ANATOMO PATOLÓGICO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (BLOCO OPERATÓRIO)

MATERIAIS UTILIZADOS EM SALA OPERATÓRIA

CATÉTERES: CATETER NASOGÁSTRICO Nº _____ CATETER NASOENTERAL Nº _____ CATETER VESICAL DEMORA TIPO FOLLEY VIAS Nº _____

DRENOS: PORTOVAC (LOCAL) _____ PENROSE (LOCAL) _____ JACKSON PRATT (LOCAL) _____ TORAX (LOCAL) _____ KHER/WATERMAN (LOCAL) _____ DRENO BILIAR (LOCAL) _____ OUTROS: _____

CATETER VENOSO CENTRAL: _____ DESCRIÇÃO: _____

HEMOSTÁTICOS: GELFOAN SURGICEL OUTROS: _____

FRASCO DE ASPIRAÇÃO: 2000 ml (QTD) 0 3500 ml (QTD) OUTROS: _____ VOLUME DRENADO: ml _____

SISTEMA GÁSTRICO: 1000 ml (QTD) OUTROS: _____ VOLUME DRENADO: ml _____

SUTURA MECÂNICA: GRAMPEADOR CIRÚRGICO RECARGA DE GRAMPO PARA GRAMPEADOR TROCARTES CIRÚRGICO OUTROS: _____

OUTROS: PRÓTESE MAMÁRIA ENXERTO ARTERIAL BIFURCADO INORGÂNICO MANIPULADOR UTERINO CATETER URETRAL CATETER DUPLO J. GASTROSTOMIA PERICARDIO BOVINO CONJUNTO DE HÍDRICEFALIA CONJUNTO DE CATETER DE DRENAGEM ESTÉRIL OUTROS: _____

MATERIAIS UTILIZADOS NA SALA CIRÚRGICA

ALGODÃO BÓIAS 50 GRs	UNID	PROPRE HOSPITALAR	UNID
CARAX CLOREXIDINE 0.12%	ML	RIALCOOL 70% ALMOTOLIA 100 ML	ML
AQUAOSO	UNID	RIODEINE DEGERMANTE 1000ML(PVPI DEGERMANTE)	ML
ESCÓVA CIRÚRGICA C / PVPI A 10%	UNID	RIODEINE 10% ALCOOLICO ALMOTOLIA 100 ML(PVPI TINTURA)	ML
ESCÓVA CIRÚRGICA CLOREXIDINA 2%	UNID	RIODEINE TÓPICO ALMOTOLIA 100 ML(PVPI TÓPICO)	ML
ESPARADRAPO 10x4.5 MT	MT	RIODEIX CLOREXIDINE ALC. 0.5% ALMOT 100ML(CLOREX)	ML
FITA MICROPORE BRANCA 19x50 MT	MT	RIODEIX DEGERMANTE 2% ALMOT 100ML(CLOREX)	ML
FITA TRANSPARE 100x4.5 MT	MT	SOMMARCARE CLOREX AGUOSA 0.2% 100 ML (CLOREXTÓPICO)	ML
GORRO CIRÚRGICO DESC MASCULINO	UNID		ML

GLUTARASTER	ML	TOUCA CIRÚRGICA DESC FEMININA	UNID
LUVA PROCEDIMENTO MEDTALCO HIPOALERG	UNID	TENSÓPLAST 10 CM 4x5 MT	MT
MÁSCARA CIRÚRGICA TRIPLA	UNID	XYLESTESIN SPRAY 10% 50 ML	FR

SAÍDA DO PACIENTE DA SALA OPERATÓRIA

HORÁRIO: _____

DESTINO: OUTROS _____

VENTILAÇÃO: INTUBADO EXTUBADO TRAQUEOSTOMIA

CURATIVO (REGIÃO / ASPECTO): _____

LESÕES DA PELE: ESPECIFICAR: _____

CIRCULANTE: _____ COREN: _____

RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

ENTRADA	HORA	SATURAÇÃO	FR	FC	PA	TEMPERATURA AA/ NEBU	FUNCIONÁRIO
ADMISSÃO	15						
	30						
	45						
	1:00						
	1:30						
	2:00						
	2:30						
	3:00						
	3:30						
	4:00						
	4:30						

ESCALA DE RECUPERAÇÃO PÓS - ANESTÉSICA / ALDRETE E KROULIK

	2	1	0
CONCIÊNCIA	Desperto Totalmente	Desperto ao chamar	Não responde
	Movimento voluntário de todas as extremidades	Movimento voluntário de duas extremidades apenas	Incapaz de se mover
ATIVIDADE	Respira profundamente e tosse	Dispneia, hipoventilação	Apnéia
	P A normal ou até 20% menor que no pré-anestésico	P A menor em 25 à 50% do nível pré-anestésico	P A igual ou menor que 55% do nível pré-anestésico
RESPIRAÇÃO	SaO ₂ > 92%, respirando ar ambiente	Necessita suplementação de O ₂ suplementar	SaO ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar
CIRCULAÇÃO			
SATURAÇÃO			

ENTRADA	HORA	CONCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SATURAÇÃO O ₂	TOTAL
ADMISSÃO	15						
	30						
	45						
	1:00						
	1:30						
	2:00						
	2:30						
	3:00						
	3:30						
	4:00						
	4:30						

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

INSTALAR MANTER: JAQUECEDOR OUTROS: ELEVADO GRAUS + DDH TRENDELEMBURG

IDENTIFICAR: POLIFIX EQUIPO BURETA SORO OUTROS: _____

INICIAR: PRESCRIÇÃO MÉDICA CONTROLE DE IRRIGAÇÃO VESICAL CONTÍNUA CONTROLE DE VOLUME URINÁRIO OUTROS: _____

OBSERVAR E ANOTAR: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA PADRÃO RESPIRATORIO NÁUSEAS E VÔMITOS SANGRAMENTO DOR PERFISSÃO PERIFÉRICA DE ASPECTO DO CURATIVO NA REGIÃO INTEGRIDADE CUTÂNEA OUTROS: _____

CONTROLAR: FIXAÇÃO: ACESSO VASCULAR SNG SNE SVD JP PORTOVAC TORAX DEBITO E ASPECTO DAS DRENAGENS: SNG SVD JP PORTOVAC

REALIZAR: WATERMAN BIF OUTROS: _____

TECNICO DE ENFERMAGEM: M T N

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM / RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

LÍQUIDOS ELIMINADOS

HORA	URINA	DRENO - I	DRENO - II	SUCO GÁSTRICO	TOTAL GERAL

DOR - ESCALA NUMERICA VERBAL

HORA	Infundido		Eliminado	
	Volume	Horas/Termino	Volume	Aspecto
(0)				
Sem Dor (1 A 3)				
Frase (4 A 6)				
Moderada (7 A 9)				
Intensa (10)				
Insuportável				
Localização				
Balanço Total:				

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS NA RPA

BOMBA DE INFUSÃO OXÍMETRO DE PULSO SISTEMA DE AQUECIMENTO / AQUECEDOR

MONITOR CARDIACO P.A.N.I OUTROS: _____

NEBULIZAÇÃO CONTÍNUA VENTILADOR - BIRD

TEMPO DE PERMANÊNCIA EM RA

TEMPO (EM HORAS): _____ (JUSTIFICAR QUANDO O TEMPO FOR SUPERIOR A DUAS HORAS)

JUSTIFICAR: _____

PASSAGEM DE PLANTÃO

SAÍDA DIRETO DA SALA OPERATÓRIA SAÍDA DA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

PASSAGEM DE PLANTÃO HORAS PARA O(A) ENFERMEIRO(A): _____ ANDAR: _____

DEVOÇÃO DE EXAMES / PRÓTESES / OUTROS ESPECIFICAR: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____