PROCESSO SELETIVO 03/2022
Espelho de Prova: Área de Conhecimento: Enfermagem Médica Cirúrgica.

Questão 1:

A Assistência de Enfermagem Perioperatória é considerada vital para a realização e o sucesso de um ato anestésico-cirúrgico, tanto com relação as necessidade e expectativas do paciente/família, como com relação a equipe de saúde. Nacionalmente, a Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é o modelo de assistência mais utilizado. No intuito de uma assistência de qualidade, direcionada as reais necessidades do paciente/família, este processo deve ser planejado, sistemático e contínuo para identificar, resolver, monitorar e avaliar a assistência de enfermagem. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro perioperatório a coordenação da assistência prestada, direcionada ao sucesso da cirurgia. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatizou através da Resolução nº 358/2009 a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todos os serviços de saúde em que o enfermeiro atua, o que estimula a implantação da SAEP pelos enfermeiros cirúrgicos. Tal sistematização, vincula a intervenção conjunta e contínua dos enfermeiros que trabalham nas unidades de internação, Centro Cirúrgico (CC) e Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Assim, responda:

A) Considerando as cinco etapas da SAEP, cite-as. (Até 0,5 ponto)

Resposta:

a) Visita Pré-operatória de enfermagem;
b) Planejamento de assistência perioperatória;
c) Implementação da assistência;
d) Avaliação da assistência – visita pós-operatória de enfermagem;
e) Reformulação da assistência a ser planejada, de acordo com os resultados obtidos, procurando resolver situações indesejáveis e prevenir a ocorrência de eventos adversos.

Referência: Carvalho R., Bianchi E. R. F. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 2. ed. Barueri, São Paulo: Manoli, 2016. (Série Enfermagem). p. 38.

B) Os três períodos da experiência cirúrgica compreendem: pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato. Assim, caracterize cada período quanto ao tempo de duração e eventos/atividades do enfermeiro assistencial para operacionalizar a SAEP. (Até 2,5 pontos)

Pág. 01 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

Resposta:

O período pré-operatório imediato tem início 24 horas antes da cirurgia e vai até o momento em que o paciente é recebido no CC. O período transoperatório começa quando o paciente é recebido no CC e dura até o momento em que é encaminhado para a SRPA. O pós-operatório imediato (POI) inicia-se na admissão do paciente na SRPA e se estende até as primeiras 24 horas do pós-operatório.

No período pré-operatório, a visita pré-operatória de enfermagem ao paciente é uma das ferramentas mais importantes para operacionalizar as premissas no SAEP, e objetiva maior interação entre o enfermeiro do CC e o paciente. Nesta visita, o enfermeiro deverá obter importantes informações a respeito do paciente cirúrgico, por meio do prontuário, do próprio paciente, da família e do enfermeiro da unidade de internação. Os dados coletados e o exame físico realizado no paciente permitirão ao enfermeiro elaborar o histórico de enfermagem, identificando os problemas e formulando diagnósticos de enfermagem que servirão para conduzir o planejamento da assistência de enfermagem individualizada para o transoperatório e o pós-operatório, o que criará um elo de continuidade na assistência em todos os períodos perioperatórios.

O enfermeiro deverá aproveitar esta visita para orientar o paciente e seus familiares sobre os cuidados do preparo pré-operatório, do procedimento anestésico-cirúrgico, da recuperação anestésica e do POI. Deve-se explicar ao paciente que deverá ter um papel ativo no pós-operatório, para a rápida recuperação, realizando exercícios respiratórios, movimentação no leito e deambulação precoce, a fim de prevenir complicações respiratórias, cardiovasculares e úlceras por pressão.

No período transoperatório são desenvolvidas várias atividades relacionadas à assistência de enfermagem, como:

§ Receber o paciente no CC e checar sua identificação, verificar a fixa pré-operatória (preenchida pelo enfermeiro da unidade cirúrgica), analisar a evolução e a prescrição de enfermagem.

§ Realizar a interação enfermeiro-paciente, avaliando o estado emocional e físico, analisando o encaminhamento do prontuário e dos exames do paciente.

§ Preparar a Sala de Operações (SO) com todos os materiais e equipamento necessários conforme a especialidade cirúrgica, as características do paciente e as solicitações especiais realizadas pela equipe anestésica-cirúrgica, relativas a equipamentos, materiais e medicações.

§ Checar se o sangue para transfusão encontra-se no CC e se os demais materiais solicitados

Pág. 02 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

estão na SO, para o caso de necessidade.

§ Transportar o paciente e realizar sua transferência para a mesa cirúrgica.

§ Realizar cuidados de enfermagem durante o ato anestésico-cirúrgico, como auxiliar a equipe anestésica na indução do paciente; realizar sondagens diversas, conforme solicitação da equipe e necessidade do paciente; auxiliar no posicionamento cirúrgico do paciente; colocar a placa de eletrocautério em local adequado; fazer preparo do campo operatório, com tricotomia e degermação/antissepsia; realizar controle das perdas sanguíneas; abastecer a equipe com materiais necessários no transoperatório; preparar e encaminhar peças anatômicas e exames; e realizar curativo ao término da cirurgia.

§ Auxiliar na retirada do paciente da mesa cirúrgica e transportá-lo para a SRPA ou encaminhá-lo a unidade de internação.

Tais atividades assistenciais constituem-se na implementação da assistência de enfermagem, com ênfase na importância do recebimento do paciente no CC, o que permite maior segurança na avaliação do preparo para o ato anestésico-cirúrgico e melhor interação, pois em muitas instituições a recepção no CC ainda não é realizada pelo enfermeiro. É importante a interação do paciente com o ambiente e equipe do CC de maneira positiva.

Ainda, entre as atribuições do enfermeiro assistencial, pode-se destacar:

§ Supervisionar a equipe de enfermagem;

§ Elaborar o plano de cuidados de enfermagem para o período transoperatório e supervisionar sua implementação;

§ Prever e prover o CC de recursos humanos para o atendimento das SO;

§ Conferir previamente a programação cirúrgica e providenciar materiais necessários;

§ Realizar escalas de atividades para os funcionários;

§ Orientar a montagem e a distribuição dos materiais e equipamentos em SO;

§ Orientar a desmontagem da SO e o encaminhamento dos materiais para locais adequados;

§ Conferir os materiais implantáveis providenciados para cada procedimento cirúrgico;

§ Priorizar o atendimento aos pacientes, conforme o grau de dependência e complexidade clínica cirúrgica;

§ Manter ambiente seguro, observando os fatores de risco de contaminação;

§ Aplicar a SAEP na íntegra, incluindo visitas pré e pós-operatórias, ou pelo menos, recepcionar o paciente no CC e checar o preenchimento da documentação no prontuário, a

Pág. 03 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

pulseira de identificação do paciente e exames pré-operatórios;

§ Receber o paciente no CC e acompanha-lo até a SO;

§ Auxiliar na transferência do paciente;

§ Realizar o checklist cirúrgico, nos três momentos: antes da indução anestésica (sing in), antes do início da cirurgia (timeout) e ao término da cirurgia (sing out);

§ Auxiliar o anestesiologista;

§ Auxiliar no posicionamento do paciente e utilizar proteções adequadas;

§ Realizar procedimentos como sondagem vesical, punção venosa, passagem de sonda gástrica e curativos, etc.;

§ Certificar-se do posicionamento correto de dispositivos (sondas, drenos, cateteres, placa dispersiva, etc.);

§ Prestar assistência ao paciente e equipe durante o procedimento anestésico cirúrgico;

§ Checar resultados de exames, quando realizados no transoperatório;

§ Conferir junto a circulante de sala, o acondicionamento, registro e encaminhamento de peça cirúrgica;

§ Auxiliar na transferência do paciente da mesa cirúrgica para a maca e realizar inspeção física para detectar possíveis eventos adversos;

§ Posicionar adequadamente drenos, infusões e sondas para posterior encaminhamento do paciente a unidade;

§ Realizar os registros de anotações e evolução de enfermagem no prontuário;

§ Informar as condições do paciente ao enfermeiro responsável pela unidade destino (passagem de plantão);

§ Cumprir e fazer cumprir as normas e rotinas institucionais.

O período pós-operatório imediato é a fase final do processo cirúrgico, que exige do enfermeiro observação rigorosa, competente e qualificada, devido ao período crítico e com possíveis riscos de complicações durante a recuperação pós-anestésica.

O processo de enfermagem (PE) no CC completa-se com a visita pós-operatória de enfermagem, momento para o enfermeiro avaliar o sucesso e as falhas dos cuidados prestados nas fases anteriores (pré e transoperatório).

Embora a SAEP preconize visitas pré e pós-operatória como estratégia de continuidade e avaliação da assistência perioperatória, não tem sido fácil ser implementada e mantida,

Pág. 04 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

decorrente sobretudo pelo número reduzido de profissionais.

Referência: Carvalho R., Bianchi E. R. F. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 2. ed. Barueri, São Paulo: Manoli, 2016. (Série Enfermagem). p. 39 a 42, 65 a 67.

Questão 2:

A intervenção cirúrgica, pode gerar alterações fisiológicas de maior ou menor intensidade, as quais variam de paciente para paciente. Segundo Carvalho e Bianchi (2016), existem complicações pós-operatórias imediatas que ocorrem com maior frequência e requerem intervenções de enfermagem para prevenir ou minimizar tais complicações. Discorra sobre as principais complicações pós-operatórias imediatas relacionadas direta ou indiretamente ao procedimento cirúrgico e possíveis intervenções de enfermagem quanto ao sistema respiratório, cardiovascular, termorregulador, tegumentar, sensorial, urinário, digestório, imunológico e estado emocional. (Até 4,0 pontos).

Resposta:

a) SISTEMA RESPIRATÓRIO

Um aspecto de extrema importância na SRPA é a avaliação da função respiratória. O enfermeiro deverá estar atento ao padrão respiratório, principalmente se o paciente apresentar fatores de risco para complicações respiratórias no pós-operatório imediato, como: idade avançada, obesidade, tabagismo, doenças pulmonares prévias (como doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC), pós-operatório de cirurgias abdominais e de cabeça/pescoço, de cirurgias de emergência e de longa duração.

Dentre os problemas respiratórios mais comuns no pós-operatório imediato está a hipoxemia, que pode ser resultado da hipoventilação, da obstrução das vias aéreas, do broncoespasmo ou do laringoespasmo e das atelectasias e tem como fatores predisponentes a anestesia geral, o tempo prolongado de procedimento e tabagismo.

O relaxamento dos músculos e a dor interferem na expansibilidade pulmonar e dificultam a tosse e a eliminação de secreções, que pode obstruir um ou mais seguimentos brônquicos e resultar em atelectasias. Pode ocorrer irritação da mucosa traqueal e outros problemas respiratórios resultante da introdução do tubo endotraqueal e pneumonia aspirativa. Assim, algumas intervenções de enfermagem para prevenir complicações respiratórias são:

Pág. 05 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

§Avaliar rigorosamente a função respiratória: expansibilidade pulmonar e alterações na frequência, no ritmo e na profundidade da respiração;

§Estimular o paciente sonolento a respirar profundamente;

§Administrar antagonistas dos narcóticos e benzodiazepínicos, quando necessário e sob prescrição médica;

§Monitorar constantemente a saturação de oxigênio;

§Iniciar a nebulização com oxigênio, quando indicada;

§Realizar ausculta pulmonar para detectar precocemente broncoespasmo e presença de secreções;

§Investigar sinais de desconforto respiratório e de obstrução das vias aéreas, como: retração intercostal, batimento das asas nasais, cianose, sudorese, agitação e alteração da frequência respiratória;

§Ensinar o paciente a tossir e respirar profundamente;

§Estimular o paciente a tossir de forma eficaz, quando necessário;

§Aspirar as vias aéreas superiores, quando necessário;

§Analisar e interpretar resultados de exames laboratoriais;

§Implementar medidas de prevenção de pneumonia aspirativa;

§Manter cabeceira elevada a 30°, se não houver contraindicações.

b) SISTEMA CARDIOVASCULAR

As alterações mais comuns são débito cardíaco diminuído, caracterizando-se por taquicardia, alterações de frequência cardíaca e variações da pressão arterial; baixa volemia; sangramentos; perda de líquidos por meio de curativos, drenos e sondas; perdas insensíveis; choque hipovolêmico; hipoperfusão renal; edema agudo de pulmão; hipotensão arterial; hipertensão arterial; cianose periférica; tromboembolismo.

§ Avaliar PAS, PAM, e FC, comparando com os resultados pré-operatórios;

§ Avaliar a coloração e a umidade da pele;

§ Avaliar os pulsos periféricos e o tempo de enchimento capilar, principalmente em cirurgias vasculares e ortopédicas;

§ Realizar e registrar controle hídrico;

§ Controlar rigorosamente o gotejamento e o volume das soluções infundidas;

Pág. 06 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

§ Estimas as perdas insensíveis no intraoperatório;

§ Verificar permeabilidade dos drenos e presença de obstrução ou acotovelamento;

§ Avaliar prováveis vias de perda de líquidos, como curativos, drenos e sondas;

§ Observar e anotar aspecto e volume dos líquidos em drenagem, como drenos tubulares (pleurais e mediastinais) e drenos subcutâneos;

§ Observar coloração e volume urinários;

§ Colocar pacientes hipotensos em posição de Trendelenburg, se não houver contraindicação;

§ Implementar medidas de prevenção de TVP, como meias elásticas e compressão intermitente, quando necessárias;

§ Promover exercícios ativos e/ou passivos para as extremidades superiores e inferiores, de acordo com necessidade e possibilidade;

§ Analisar e interpretar resultados de exames laboratoriais.

c) SISTEMA TERMORREGULADOR

É comum encontrar pacientes com hipotermia no pós-operatório, que pode decorrer da exposição do ambiente frio da SO e da SRPA, exposição das vísceras, infusões com temperatura baixa, diminuição do metabolismo, idade, vasodilatação e jejum prolongado. Também pode ocorrer a hipertermia, comumente relacionada a infecções ou sepses preexistentes, ou presença de hipertermia maligna, uma complicação rara desencadeada por fármacos e transmitida geneticamente, que evolui com sintomatologia característica de hipermetabolismo celular.

§ Monitorar a temperatura corporal do paciente;

§ Comunicar valores de temperatura corporal abaixo de 35°C;

§ Monitorar a temperatura da SRPA (20-24°C);

§ Aquecer o paciente com coberturas, SAFA ou sistema de circulação de água aquecida, quando necessário;

§ Substituir roupas molhadas por secas;

§ Evitar descobrir o paciente sem necessidade;

§ Administrar líquidos aquecidos via intravenosa, quando necessário;

§ Monitorar e registrar coloração e temperatura da pele;

§ Monitorar o aparecimento de sintomas associados à hipotermia, como: confusão, apatia, coordenação prejudicada, fala arrastada, tremores e mudança na coloração da pele e comunicar

Pág. 07 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

o enfermeiro imediatamente;

§ Monitorar o aparecimento de sintomas associados à hipertermia, como: coloração da pele, sudorese, elevação da temperatura, taquipneia, taquicardia.

d) SISTEMA TEGUMENTAR

A própria incisão cirúrgica caracteriza a integridade tecidual prejudicada (ferida operatória), outras lesões e traumas podem ocorrer.

§ Avaliar a pele quanto à presença de possíveis traumatismos, como: queimaduras, ferimentos provocados por posicionamento prolongado na mesa cirúrgica e pela falta de sensibilidade por causa da anestesia;

§ Avaliar a ferida cirúrgica quanto à presença de hematomas, coloração da pele, temperatura e condições do curativo;

§ Manter íntegros os curativos;

§ Manter o paciente em posição confortável;

§ Manter as grades do leito sempre elevadas;

§ Conter o paciente, caso necessário;

§ Avaliar a permeabilidade de drenos, sondas e cateteres;

§ Implementar terapia de aplicação de calor e frio evitando contato direto com a pele e cronometrando o tempo de intervenção.

e) SISTEMA SENSORIAL

É fundamental ter conhecimento prévio da existência de déficit sensorial pré-operatório, como diminuição da acuidade visual ou auditiva.

Alteração do nível de consciência e capacidade de senso-percepção pode ocorrer, levando a mobilidade física prejudicada, risco de lesão, processo de pensamento perturbado e conhecimento deficiente. Ainda, pode ocorrer sonolência, não responder a estímulo verbal e alteração do padrão respiratório, apresentar dor aguda.

§ Avaliar o estado mental do paciente;

§ Realizar estimulação verbal ou tátil, quando necessário;

§ Investigar presença de déficit visual ou auditivo prévio;

§ Restringir o paciente, se necessário;

Pág. 08 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

§ Avaliar e registrar episódios de dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade;

§ Identificar as possíveis causas de dor e medicar o paciente antes que a dor se torne intensa;

§ Aplicar técnica de relaxamento respiratório, caso o paciente concorde, solicitando que inspire profundamente pelo nariz, pausadamente, e expire pela boca.

f) SISTEMA LOCOMOTOR

O paciente pode apresentar força e resistência muscular diminuída, secundária à anestesia, à dor, e ao desconforto. Pacientes submetidos a bloqueios espinhais ou peridurais podem apresentar ausência ou diminuição da sensibilidade e mobilidade de membros inferiores.

§ Manter o paciente em posição confortável;

§ Avaliar o retorno da função motora em pacientes submetidos a bloqueio espinhal ou peridural;

§ Estar atento à necessidade de o paciente se movimentar;

§ Estimular e auxiliar o paciente a se movimentar no leito.

g) SISTEMA URINÁRIO

Alguns procedimentos cirúrgicos demandam da utilização de sonda vesical de demora, pode ocorrer dificuldade e desconforto em eliminar a urina, evoluindo para retenção urinaria, sendo necessário sondagem vesical.

§ Avaliar a hidratação do paciente, comparando com o volume urinário eliminado;

§ Avaliar a permeabilidade da SVD, verificando presença de obstrução ou acotovelamento;

§ Observar e anotar sinais de retenção urinária, como queixas do paciente de dificuldade para urinar, dor e abaulamento em região suprapúbica, ausência de diurese espontânea;

§ Estimular a micção espontânea: usar compressas mornas na região do períneo; usar compressas frias na região suprapúbica; proporcionar posicionamento sentado, quando possível; estimular com ruídos de água corrente; incentivar imagem dirigida de água (rios, lagos, cachoeira);

§ Proporcionar conforto e privacidade ao paciente;

§ Realizar sondagem vesical de alívio, se necessário e segundo prescrição médica.

Pág. 09 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

h) SISTEMA DIGESTÓRIO

As complicações mais comuns são náuseas e vômitos, mas pode ocorrer aspiração de conteúdo gástrico.

§ Manter, sempre que possível, a cabeceira do leito elevada entre 30° e 45°;

§ Realizar técnicas de relaxamento na vigência da náusea e diminuir os estímulos ambientais;

§ Orientar o paciente a lateralizar a cabeça em caso de náuseas e vômitos;

§ Auxiliar o paciente a inclinar-se ou a lateralizar a cabeça durante o episódio de vômito;

§ Administrar fármacos antieméticos, conforme prescrição médica;

§ Avaliar e registrar quantidade e características do vômito;

§ Realizar higiene oral após episódios de vômito;

§ Esperar pelo menos 30 minutos após o episódio de vômito antes de oferecer líquidos via oral ao paciente.

i) SISTEMA IMUNOLÓGICO

A infecção é uma temida complicação do sistema imunológico, decorrente de procedimento invasivos, defesa primária insuficiente, provocada por solução de continuidade da pele e ao trauma tecidual, condições clínicas pré-operatórias (idade, estado nutricional, doenças crônicas, maior tempo de internação e condições técnicas da cirurgia desfavorável).

§ Seguir as precauções padrão na realização de todos os procedimentos;

§ Assegurar o manuseio asséptico dos acessos intravenosos;

§ Utilizar a técnica asséptica no cuidado da ferida operatória;

§ Manter a incisão cirúrgica limpa e seca;

§ Avaliar sinais de infecção/sinais flogísticos no local da incisão cirúrgica: dor, calor, rubor, edema;

§ Manter inserções de sondas, drenos e cateteres ocluídas, sempre que indicado;

§ Registrar intercorrências relacionadas à incisão cirúrgica e à inserção de sondas, drenos e cateteres e comunicar a equipe médica.

j) ESTADO EMOCIONAL

É comum o paciente apresentar medo, ansiedade e agitação. Fatores desencadeantes de estresse no pós-operatório imediato podem ser minimizados com orientação ao

Pág. 10 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

paciente/acompanhante no pré-operatório, um processo de explicações e demonstrações que visa esclarecer dúvidas, acrescentar informações e adiantar possíveis situações a serem vivenciadas.

§Fornecer explicações ao paciente e à família, a fim de esclarecer dúvidas;

§Fornecer demonstrações das situações a serem vivenciadas;

§Ensinar os pacientes no período pré-operatório quanto às questões relacionadas ao seu estado de saúde e à cirurgia;

§Informar ao paciente, de maneira delicada, sobre a sua localização e sobre o término da cirurgia;

§Ouvir o paciente atentamente, caso ele manifeste interesse em falar sobre seus receios;

§Aplicar técnicas de relaxamento, como músicas e toque terapêutico, sempre que for adequado.

Referência: Carvalho R., Bianchi E. R. F. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 2. ed. Barueri, São Paulo: Manoli, 2016. (Série Enfermagem). p. 257 a 276.

Questão 3:

A Resolução nº15, de 15 de março de 2012 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde (BRASIL, 2012) define o Centro de Material e Esterilização (CME) como uma unidade de apoio técnico que tem como finalidade o fornecimento de materiais médico-hospitalares adequadamente processados. O CME exige pessoal qualificado, equipamentos sofisticados e processos de trabalhos uniformes, embasados em evidências Científicas e revistos periodicamente. Diante disso, descreva:

a) Áreas que compõem a CME quanto ao fluxo de materiais, de acordo com a infra-estrutura/ambientes destinados a cada etapa de processamento de produtos para a saúde: (Até 0,5 pontos).

Resposta: Sala de recepção e limpeza (setor sujo); Sala de preparo e esterilização (setor limpo); Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo); Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e, Sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Referência: ANVISA. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 15 de 15 de março de 2012. Art. 21. *In*.: Oliveira, A.C.; Silva, M.V.D. Teoria e prática na prevenção de infecção do sítio cirúrgico. Barueri, São Paulo: Manole, 2015. P. 29.

b) Classificação do método de limpeza; (Até 0,5 pontos)

Pág. 11 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

Resposta: Manual e automatizada.

ANVISA. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 15 de 15 de março de 2012. Art. 76. *In*.: Oliveira, A.C.; Silva, M.V.D. Teoria e prática na prevenção de infecção do sítio cirúrgico. Barueri, São Paulo: Manole, 2015. P. 33 e 59.

c) Requisitos mínimos do invólucro (embalagens) para ser considerado um método de barreira estéril no preparo de produtos para a saúde; (Até 0,5 pontos)

Resposta: Permitir a penetração do agente esterilizante, fornecer uma barreira microbiana adequada e permitir abertura asséptica.

Referência: Oliveira, A.C.; Silva, M.V.D. Teoria e prática na prevenção de infecção do sítio cirúrgico. Barueri, São Paulo: Manole, 2015. P. 69.

d) Tipos de invólucros; (Até 0,5 ponto)

Resposta: Tecido de algodão, Papel Grau cirúrgico, Papel Crepado, Contêiner rígido, SMS não tecido (manta de polipropileno), Tyvek.

Referência: Oliveira, A.C.; Silva, M.V.D. Teoria e prática na prevenção de infecção do sítio cirúrgico. Barueri, São Paulo: Manole, 2015. P. 70 a 76.

e) Métodos de esterilização; (Até 0,5 pontos)

Resposta: Os métodos de esterilização são classificados em físico, físico-químicos e químicos.

Os métodos físicos abrangem calor seco e vapor saturado sobre pressão (calor úmido).

Os métodos físico-químicos abrangem óxido de etileno, vapor por baixa temperatura e formaldeído gasoso, gás plasma de peróxido de hidrogênio, vapor de peróxido de hidrogênio.

Os métodos químicos (por imersão) abrangem esterilização por ácido peracético, glutaraldeído e seus derivados.

Os métodos químicos por imersão que utilizam agentes esterilizantes líquidos e físicos por calor seco estão proibidos, segundo a RDC n. 8, de 2009[18] e a RDC n. 15, de 2012.[10]

Referência: Oliveira, A.C.; Silva, M.V.D. Teoria e prática na prevenção de infecção do sítio cirúrgico. Barueri, São Paulo: Manole, 2015. P. 77 a 86.

f) Tipos de monitoramento do processo de esterilização. (Até 0,5 pontos)

Resposta: O monitoramento é abrangente e envolve a checagem das autoclaves como um todo, bem como de alguns dispositivos específicos. Todo CME deve implantar um programa de controle da esterilização por meio do monitoramento dos parâmetros críticos do ciclo. Isso inclui controle da concentração do agente esterilizante (quando aplicável), monitoração dos parâmetros mecânicos (como tempo de esterilização, temperatura, pressão), químicos por meio de indicadores químicos (tipos 1 a 6), além do monitoramento biológico mediante preparações padronizadas de esporos bacterianos comprovadamente resistentes ao método.[26]

Pág. 12 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

a) Monitoramento Mecânico: Observações de registros, válvulas e impressos. Ao final de cada ciclo de esterilização, o profissional deve revisar o registro dos parâmetros mecânicos (físicos) e verificar se o tempo, a temperatura e a pressão estão corretos. Se os registros sugerem qualquer divergência comunicar imediatamente.

b) Monitoramento Químico: Uso de indicadores químicos externos (de exposição) para verificar se a carga foi submetida ao processo de esterilização. Indicadores químicos internos para verificar se os produtos embalados individualmente receberam a quantidade necessária do agente esterilizante. Para esterilizadores com remoção dinâmica de ar, é necessário realizar indicador para uso em testes específicos (ou Bowie & Dick) para checar se o mecanismo de eliminação de ar residual está funcionando adequadamente.

c) Monitoramento Biológico: Desenvolvido para verificar se as condições de esterilização dento da carga foram adequadas para inativar esporos bacterianos cuja população e resistência é conhecida. O monitoramento biológico se realiza utilizando um pacote de teste desafio.

Referência: Oliveira, A.C.; Silva, M.V.D. Teoria e prática na prevenção de infecção do sítio cirúrgico. Barueri, São Paulo: Manole, 2015. P. 87.

_____

Profa. Dra. Rosana Amora Ascari
Presidente da Banca Examinadora

Pág. 13 de 13 - Documento assinado digitalmente. Para conferência, acesse o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo UDESC 00037211/2022 e o código 485HVC0L.

Assinaturas do documento

Código para verificação: **485HVC0L**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

ROSANA AMORA ASCARI (CPF: 736.XXX.109-XX) em 22/08/2022 às 14:29:35
Emitido por: "SGP-e", emitido em 30/03/2018 - 12:38:30 e válido até 30/03/2118 - 12:38:30.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/VURFU0NfMTIwMjJfMDAwMzcyMTFfMzcyNjdfMjAyMl80ODVIVkMwTA== ou o site https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo **UDESC 00037211/2022** e o código **485HVC0L** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.