

GUIA DO ENSINO EM CIRURGIA GERAL: *Bases para o médico-residente*



IGOR PEREIRA DE CARVALHO
ADILSON PEREIRA
IVANETE DA ROSA SILVA DE OLIVEIRA

SUMÁRIO

NOSSOS OBJETIVOS.....	03
APRESENTAÇÃO.....	03
1. INTRODUÇÃO.....	04
2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	06
3. HISTÓRIA CLÍNICA – SOAP.....	10
3.1 Anamnese.....	13
3.2 SOAP e sua aplicação prática.....	14
3.3 Artigos e material de apoio.....	16
4. PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA.....	18
4.1 Artigos e material de apoio.....	22
5. SEGURANÇA DO PACIENTE.....	24
5.1 Artigos e material de apoio.....	26
6. TRAQUEOSTOMIA	28
6.1 Artigos e material de apoio.....	32

Nosso OBJETIVO



Subsidiar o ensino de conceitos básicos ao médico-residente em cirurgia geral, tendo em vista o aperfeiçoamento de habilidades e competências inerentes à prática cirúrgica de acordo com as diretrizes e exigências do Ministério da Educação.

Apresentação

Formei em Medicina e entrei para Residência Médica de Cirurgia Geral e para o Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente.

Durante tal período tive muitas dificuldades com a escassez de materiais didático-pedagógicos pensados para o especializando.

Um material que fizesse a ponte e o apoio do aluno que graduou-se em medicina e está em busca do título em Cirurgia Geral.

Motivado por essa problemática e pela necessidade em desenvolver um material para cumprir com as obrigações do Mestrado, pensei no desenvolvimento de um material básico e prático, sob a ótica da Teoria de Aprendizagem de Ausubel, que auxiliasse a otimização tanto do tempo de estudo quanto o processo de ensino-aprendizagem do médico-residente em Cirurgia Geral.

1. INTRODUÇÃO



O Guia do Residente em Cirurgia Geral foi pensado como um material básico de acesso rápido, fácil compreensão e aplicação dos conteúdos abordados que, por sua vez, são pautados em matriz de competências adotadas pelo Ministério da Educação que regem o ensino na presente especialidade médica.

Segundo revisão integrativa desenvolvida pelos autores deste material, há escassez de pesquisas com enfoque no desenvolvimento e uso de materiais didáticos que promovam a aprendizagem dos conteúdos básicos requeridos na residência de Cirurgia Geral. Somado a isso há a experiência do autor durante a própria pós-graduação, cuja observação da ausência de materiais didáticos focados na residência em Cirurgia Geral dificulta a apreensão e aplicação do conteúdo.

O presente material visa otimizar o processo de ensino-aprendizagem de conteúdos básicos requeridos durante a Residência Médica em Cirurgia Geral pautados nas diretrizes de habilidades e competências exigidas pelo Ministério da Educação do Brasil.



Para a otimização do ensino em cirurgia geral, optou-se pela elaboração de um guia que possa ser usado pelo médico-residente. Compreendendo o material proposto como uma ferramenta que objetiva amparar o processo de ensino-aprendizagem do discente, identificou-se a necessidade de estruturar o Guia de modo que a apreensão de conteúdos novos fosse facilitada pelos conteúdos estudados anteriormente.

Em síntese, o Guia do Residente em Cirurgia Geral, visa facilitar o trabalho de preceptores acerca do conteúdo ministrado a médicos-residentes, de modo que possam recorrer a material didático-pedagógico claro e objetivo, em função do domínio de técnicas e as necessárias habilidades envolvidas nas atividades práticas em cirurgia geral.

Optou-se também pela adoção do método de sequência didática, a fim de facilitar a aplicação da Teoria de Aprendizagem de Ausubel no presente material. Com isso, cada item é organizado de forma que ocorra apresentação da proposta ao leitor, definição dos objetivos, definição da sequência e a produção final.

A ordem dos itens foi definida de maneira lógica e crescente sob o aspecto de complexidade dos assuntos abordados de maneira a otimizar o processo de ensino-aprendizagem dos aprendizes. Além disso, cada item foi pensado de maneira que o discente consiga acessá-los de forma rápida e independente para consultas breves durante o cotidiano, a fim de dirimir dúvidas breves seja para execução de procedimentos, para estudos mais dirigidos e/ou revisão de conteúdo.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA



Você está iniciando a Residência Médica em pleno século XXI, mas essa especialização é mais antiga do que você pode imaginar. Vale a pena localizarmos a memória histórica que estabeleceu o percurso condutor para os dias atuais. Tal como numa corrida por revezamento, os docentes, cirurgiões gerais, um dia estiveram no lugar em que você se encontra.

No final do século XIX, o cirurgião William Halsted (1852-1922) tencionou a criação do primeiro programa de Residência Médica no Hospital Johns Hopkins, criando modelo de ensino- aprendizagem na área médica (COSTA et al., 2018; SANTOS et al., 2009 apud TONATTO FILHO et al., 2020). Tal ideia de organização foi importada pelo Brasil na década de 1950, inicialmente, no Rio de Janeiro, pelo Hospital dos Servidores do Estado, e em São Paulo, pelo Hospital de Clínicas (NACUL et al., 2015; TONATTO FILHO et al., 2020).





Considerando-se que a medicina é uma ciência em constante evolução, baseada no desenvolvimento técnico e incorporação de novas tecnologias, compreende-se que a Cirurgia geral não foge a esse princípio, pois também está em constante transformação, tanto que ao longo dos anos desenvolveu novas subespecialidades, incorporando novas tecnologias, que exigem dos médicos, treinamento e modificação dos processos de ensino-aprendizagem inerentes ao ensino que lhes é ministrado (NACUL et al., 2015).

No hospital, o status do médico-residente se situa na condição de discente, já que se trata de um pós-graduando em formação contínua, adquirindo conhecimento e domínio técnico junto àquela realidade. Os autores compreendem que a cirurgia deve ser objeto de treinamento desenvolvido paulatinamente, por etapas que ampliem a complexidade dos procedimentos, necessitando-se de tempo adequado para que o médico domine tais habilidades. Por isso, esse aprendizado deve ocorrer em serviço credenciado para tal atividade, com volume cirúrgico significativo, sob a supervisão de um preceptor (NACUL et al., 2015).



Na esteira de convergência, Simpson (1972 apud COSTA et al., 2018) já indicava que o ensino de habilidades práticas é o componente central da educação cirúrgica, tanto de sua oferta na graduação, quanto na pós-graduação, pois a aprendizagem efetiva das habilidades psicomotoras é resultante da interação de diferentes aspectos, dentre os quais, o autor cita o meio ambiente (cenário de prática), a estruturação da prática, o diálogo professor/aluno e as estratégias pedagógicas.

De modo geral, a Residência Médica é considerada um excelente método para a formação em cirurgia geral, pois é baseada no treinamento em serviço, auxiliando na lapidação do conhecimento e aprimoramento de habilidades psicomotoras do pós-graduando (NACUL et al., 2015; COSTA et al., 2018).





No ano de 1977 foi emitido decreto para regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. Constituindo, assim, a residência médica sob a forma de especialização, como modalidade de pós-graduação voltada para médicos (BRASIL, 1977).

No Brasil, a residência médica é considerada pós-graduação que confere ao concluinte título de especialista, regida por leis e regulamentos específicos, sendo exercida apenas em estabelecimentos autorizados pelo Ministério da Educação (NACUL et al., 2015). A Lei 6932 de 1981 rege os programas brasileiros de residência médica.

Ainda que a residência médica seja amparada por legislação específica, as questões inerentes aos processos de ensino-aprendizagem que ocorrem no seu cotidiano não estão integralmente engessadas por caráter legislativo. Nos referimos, não à descrição de habilidades e competências necessárias ao médico cirurgião, mas aos modos como essas são desenvolvidas e adquiridas pelos residentes.

Se, por um lado, a Residência em Cirurgia Geral produz experiências que envolvem o domínio de técnicas e de recursos tecnológicos, por outro, fatores intervenientes influenciam todo o período de especialização. As demandas da saúde pública, carências de insumos, de recursos humanos e infraestrutura, de relacionamento interpessoal etc., coabitam com exigências inerentes ao ensino. De sorte que cabe a preceptores e discentes estabelecer modos estritamente objetivos para o domínio de conteúdos e dos protocolos inerentes à prática cirúrgica.

O presente item foi organizado com base no modelo da sequência didática, tal como o adotado em uma aula tradicional. Você deverá ler o texto-síntese e procurar no material de apoio (referências bibliográficas) conteúdos complementares à contextualização histórica apresentada.



BRASIL. Decreto no 80281, de 05 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: < Microsoft Word - d80281.doc (mec.gov.br) >. Acesso em 13 dez 2020.

BRASIL. Lei no 6932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6932.htm >. Acesso em 02 out 2020.

COSTA, Grijalva Otávio Ferreira da et al. Taxonomia dos objetivos educacionais e as teorias de aprendizagem no treinamento das técnicas cirúrgicas laparoscópicas em ambiente de simulação. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, e1954, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912018000500400&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Oct. 2020. Epub Oct 18, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20181954>.

NACUL, Miguel Prestes; CAVAZZOLA, Leandro Totti; MELO, Marco Cezário de. Situação atual do treinamento de médicos residentes em videocirurgia no Brasil: uma análise crítica. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo, v. 28, n. 1, p. 81-85, 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202015000100081&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0102-67202015000100020>.

SANTOS, Elizabeth Gomes dos. Residência médica em cirurgia geral no Brasil - muito distante da realidade profissional. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 271- 276, jul. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912009000300017>.

Simpson E. The classification of educational objectives in the psychomotor domain: The psychomotor domain. Washington, DC: Gryphon House; 1972.

TONATTO FILHO, Antoninho José et al. O Reflexo do Aumento de Vagas da Residência de Cirurgia Geral no Brasil. Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 44, n. 1, e007, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000100213&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Oct. 2020. Epub Mar 13, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190178.ing>.

3. HISTÓRIA CLÍNICA:

Anamnese Tradicional e SOAP



Antes do nosso paciente chegar à uma mesa cirúrgica, se faz necessário que o mesmo passe por uma entrevista clínica e exame físico com o intuito de se conseguir hipóteses diagnósticas e, por conseguinte, definir o melhor plano terapêutico possível.

Pensando nisso, neste item você irá aprender e/ou relembrar conceitos referentes à história clínica do paciente por meio da anamnese tradicional e da estruturação da entrevista clínica baseada em problemas com o uso do mnemônico SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Planos).

O presente item foi organizado com base no modelo da sequência didática, tal como o adotado em uma aula tradicional.

Você deverá ler o texto-síntese e procurar no material de apoio conteúdos complementares à entrevista clínica.

O médico em suas ações profissionais é calcado no método clínico, cuja composição básica é anamnese somada ao exame físico (PORTO, 2009 apud FONSECA et al, 2013). Técnica essa transformada em habilidade instrumental para o devido exercício da profissão que pode ser focada na pessoa, na doença ou no próprio médico (FONSECA et al, 2013).

Para obter adequadamente as informações durante a entrevista e estabelecer uma boa relação com o paciente, o médico precisa saber falar de maneira clara e eficaz, e, principalmente e o que é mais difícil, saber ouvir (LOWN, 1997 apud ENGELHORN, 2019, p. 179).



A histórica clínica extraída durante uma entrevista médica é definidora do desfecho clínico do paciente, pois dela é possível realizar suspeitas de patologias, formular hipóteses diagnósticas e auxiliar na condução do plano terapêutico. A técnica para tal extração é denominada de anamnese com diversas sistemáticas para o emprego da mesma, sendo importante ressaltar que não é uma técnica exclusiva da medicina.

“O exame médico é iniciado pela entrevista, que tem duplo objetivo: (a) obter informações sobre a pessoa e (b) estabelecer uma boa relação médico-paciente. É uma atividade que sofre influências de muitas origens: ambientais, históricas, pessoais, coletivas, culturais, simbólicas (FONSECA et al, 2013, p. 15).

A anamnese, denominada aqui tradicional, apresenta-se com estruturação mais abrangente, buscando-se detalhes diversos referentes à saúde do mesmo, contudo menos objetiva, exigindo assim mais tempo disponível para sua aplicação. Com isso, é geralmente aplicada ao primeiro encontro dos sujeitos da ação, estabelecendo-se assim uma relação médico-paciente mais estreitada, possibilitando que o profissional de saúde conheça melhor o estado de saúde do paciente. Após aplicada tal metodologia de entrevista prossegue-se ao exame físico, hipóteses diagnósticas e conduta médica.



De modo a complementar a anamnese, podemos lançar mão da sistematização denominada SOAP, anagrama de Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Planejamento, criada por Lawrence Leonard Weed (1923-2017) que auxilia no registro da histórica clínica do paciente. Tal sistema possibilita que o médico possa abordar o paciente de maneira holística e objetiva (CARVALHO et al., 2019).

É utilizada como forma de seguimento das consultas médicas, pois permite que a história clínica seja orientada aos problemas apresentados pelo cliente, proporcionando otimização dos trabalhos da equipe de saúde.



3.1 Anamnese

A anamnese, como dito anteriormente, compõe o método clínico e deve ser empregada no início da consulta, possibilitando a orientação do exame físico e os desfechos subsequentes da consulta médica. Tal etapa é aquela em que o médico necessita ouvir o paciente e significar suas queixas, angústias, sentimentos, contexto social em que o mesmo está inserido.

Segundo Fonseca et al. (2013), a anamnese tipificada como abrangente e, aqui denominada de tradicional, tem a característica de fortificar a relação médico-paciente e obter informações mais personalizadas, sendo assim mais adequadamente empregada em consultas com pacientes novatos.

Podemos dividi-la em diversos segmentos como:

a) Identificação do paciente	Etapa que inclui nome, idade, estado civil, profissão, religião dentre outros itens.
b) Queixa principal e/ ou Motivo da Consulta	É a razão de acontecer a consulta médica em que o paciente trará seus incômodos e necessidades, norteando assim, a condução da entrevista médica.
c) História da Doença Atual (HDA)	Tal quesito esmiúça a queixa principal e/ou motivo da consulta determinando cronologia dos fatos, modos de surgimento e desaparecimento de sinais e sintomas.
d) História Patológica Pregressa (HPP)	Nessa etapa procura-se por patologias que o paciente apresentou no passado ou ainda é portador, cirurgias prévias, alergias medicamentosas.
e) História Familiar (HF)	É o momento em que se interroga o paciente quanto às patologias presentes nos seus familiares como neoplasias malignas, hipertensão arterial, diabetes mellitus, distúrbios psiquiátricos dentre outros.
f) História Social	Compreende-se os hábitos de vida praticados pelo paciente como tabagismo, etilismo, prática de atividade física, hábitos alimentares.
g) Revisão de Sistemas	Neste momento da entrevista médica, prévio ao exame físico, busca-se dados que o paciente não se recorda e/ou não considera importante, a fim de tornar mais acurada as informações previamente adquiridas.

3.2 SOAP e sua aplicação prática

O SOAP, como dito anteriormente à um anagrama que sistematiza a entrevista médica e seus desfechos de forma lógica, linear e gradual, pois além de proporcionar uma anamnese mais objetiva, focada nos problemas do paciente, condensa com a mesma o exame físico e resultado de exames complementares, resultando assim em formulações de hipóteses diagnósticas e lista de problemas com consequente proposição de intervenção médica por meio da construção de planos terapêuticos. Importante ressaltar que é imperativo seguir a sequência da sistematização durante a aplicação.

A primeira parte do SOAP, denominada Subjetivo, é aquela à qual o profissional de saúde deverá proceder com a entrevista médica buscando ouvir queixas, motivos da consulta, problemas apresentados. Se nos atentarmos à ela, podemos perceber que é equivalente à anamnese tradicional, contudo mais objetiva e focada nos problemas apresentados pelo sujeito de forma subjetiva. Esse seguimento orientará o restante da consulta médica, principalmente o segundo seguimento.

O terceiro passo do SOAP, a Avaliação, é resultante da condensação dos dados objetivos e subjetivos do encontro clínico. É nesta seção que temos a possibilidade de formularmos hipóteses diagnósticas, lista de problemas apresentados pelo paciente e enumeração de sinais e sintomas presentes.

Finalmente a quarta e última etapa, o Planejamento, onde o profissional de saúde, embasado na etapa avaliativa, traça condutas, propostas de intervenção, planejamento de ações como prescrição de medicação, solicitação de exames complementares, orientações diversas, encaminhamentos, dentre outros.

Agora vamos reforçar a aplicação do SOAP por meio da visualização do vídeo a seguir, disponível na plataforma YOUTUBE® e facilmente acessado através do QR CODE e link de acesso.

Agora vamos reforçar a aplicação do SOAP por meio da visualização do vídeo a seguir, disponível na plataforma YouTube® e facilmente acessado através do QRcode ou link de acesso.

Figura 1 - SOAP



Link: <https://youtu.be/aNpOl-JgRoA>



3.3 Artigos / Material de apoio

Artigos	Links
1) El Registro Médico Orientado por Problemas	http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1191/anales_de_la_facultad_de_medicina05v59n1_1998.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2) Registro Clínico Baseado em Problemas como instrumento para desenvolver competências em programa de residência médica	https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200289 - https://www.scielo.br/j/rbem/a/DSxxsHbGZpWJLcnZmtVPqVQ/abstract/?lang=pt
3) Evaluación de los registros médicos electrónicos orientados a problemas, en los internos y tutores de la carrera de Medicina de la Universidad de Guayaquil durante la rotación extramural	http://201.159.223.180/handle/3317/13158
4) Formação Médica na UFSB: III. Aprendizagem Orientada por Problemas e Competências	http://201.159.223.180/handle/3317/13158
5) Manual de Condutas e Procedimentos para Estudantes da Área de Saúde. A Jornada acadêmica em busca da excelência	http://editora.unifoa.edu.br/wp-content/uploads/2019/05/Manual-de-Condutas-e-Procedimentos-online.pdf

CARVALHO, I. P.; et al. História clínica orientada para problemas – SOAP. In: CARVALHO, I. P.; et al. (org.). Manual de condutas e procedimentos para estudantes da área de saúde: a jornada acadêmica em busca da excelência. Volta Redonda: FOA, 2019. p. 66. Disponível em: < Manual-de-Conduas-e-Procedimentos-online.pdf (unifoa.edu.br) >. Acesso em 23 mar 2021.

ENGELHORN, Carlos Alberto. O Uso do Role-Play no Ensino da Técnica de Anamnese e de Habilidades de Comunicação para Estudantes de Medicina. Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 43, n. 3, p. 178-183, July 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000300178&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Mar. 2021. Epub May 23, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180243>.

FONSECA, W. L. M. S et al. Introdução: O método clínico. In:_____ (org.). Manual de Condutas Práticas: Semiologia Médica. Volta Redonda: FOA, 2013. p. 11-13.

Lown B. A arte perdida de curar. São Paulo: JSN,1997.

PORTO, C. C. et al. Semiologia Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

4. PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA



Com a realização da coleta da história clínica, a realização do exame físico, a formulação de hipóteses diagnósticas e a definição do melhor plano terapêutico possível definidos por você médico-residente e sua equipe, agora é chegada a hora de pensarmos no procedimento cirúrgico em si.

Neste item você irá lembrar e aprofundar um item fundamental e obrigatório para a realização de um procedimento cirúrgico seguro para seu paciente, para sua equipe e para você, a paramentação cirúrgica. Tal item busca descrever as principais vestimentas, a forma correta de usá-las e sua importância.

O presente item foi organizado com base no modelo da exposição didática, tal como o adotado em uma aula tradicional

Você, caro colega, deverá ler o texto-síntese e procurar no material de apoio e referências utilizadas conteúdos complementares à paramentação cirúrgica.

Você está na Residência Médica em Cirurgia Geral e ansioso para realizar o procedimento cirúrgico, contudo, para o sucesso do mesmo, se faz necessário lembrar conceitos aprendidos durante a graduação de Medicina e aprofundá-los ao longo de sua especialização.

O sucesso do seu ato depende do atrelamento da teoria (este guia em questão) com a prática (o procedimento cirúrgico no paciente à sua frente). Então vamos nos paramentar e preparar nosso paciente para o ato cirúrgico.

O primeiro passo é nos dirigirmos ao vestiário, localizado em área restrita no centro cirúrgico, para o início da paramentação por meio da colocação do pijama que, por sua vez deverá seguir as especificações técnicas de biossegurança adotadas pelo hospital. Tais vestimentas normalmente são restritas ao trânsito dentro do bloco cirúrgico. Não esquecer também de colocar os propés, a máscara cirúrgica e a touca (MORCHE et al., 2018). Feito isso, estamos aptos a adentrar ao bloco cirúrgico.

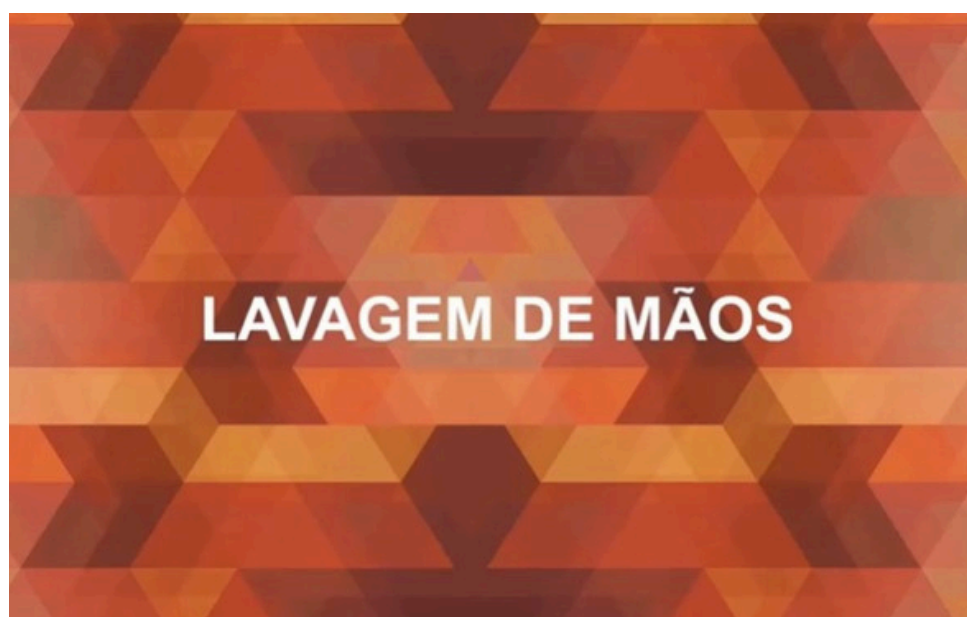
Na sala cirúrgica, após posicionamento correto do paciente e limpeza da região que será submetida ao ato operatório, prosseguiremos à lavagem das mãos, etapa essencial para uma ótima cirurgia.

Ocorre antes de calçar as luvas estéreis, apresenta técnica própria e rigorosa para correta limpeza das mãos e, consequentemente, propicia um procedimento cirúrgico seguro. (MITTELDORF, 2008; MORCHE et al., 2018).

Nos próximos minutos, solicitamos que observe o vídeo atentamente que nos auxilia tanto na correta lavagem das mãos quanto no calçamento das luvas.



Figura 2 - Lavagem das mãos



<https://youtu.be/yY7JRCab5oo>



Após a etapa da lavagem das mãos, podemos prosseguir com a etapa de colocação dos aventais cirúrgicos estéreis, cuja amarração normalmente é realizada nas costas do cirurgião por um assistente circulante. Feito isso passamos à fase da colocação das luvas, que servirão como proteção tanto para a equipe cirúrgica quanto ao paciente (MORCHE et al., 2018).

Importante destacar que você já deve adentrar ao bloco cirúrgico sabendo o tamanho da sua luva, pois será indagação frequente de quem irá instrumentar os cirurgiões. Esta fase exige certo treinamento, com isso recomendamos que o aluno realize a colocação das luvas com técnica adequada de maneira rigorosa.

Tão importante quanto saber calçar as luvas, é descalçá-las a fim de se proteger de uma contaminação. Pensando nisso, é importante observarmos o seguinte vídeo que nos ensina a tirar as luvas contaminadas respeitando os princípios de biossegurança.



Figura 3 - Descalçando as luvas cirúrgicas



<https://youtu.be/qa9VEvPiXGk>

Após a equipe cirúrgica realizar a lavagem das mãos, a colocação do avental estéril e das luvas, prossegue-se à etapa de antissepsia do sítio cirúrgico, com uso preferencial de clorexidina. Feito isso, coloca-se os campos estéreis que irão proteger a o local da cirurgia. (MITTELDORF, 2008).

Agora vamos reforçar o uso correto da PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA por meio da visualização do vídeo a seguir, disponível na plataforma YOUTUBE® e facilmente acessado através do QR CODE e link de acesso.



Figura 4 - Paramentação cirúrgica



<https://youtu.be/MgURBdYz1IA>

4.1 Artigos / Material de apoio

Artigo	Links
1) Paramentação cirúrgica: artigo de revisão	http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=pt&nextAction=lnk&exprSearch=702907&indexSearch=ID
2) Eficácia de três métodos de degermação das mãos utilizando gluconato de clorexidina degermante (GCH 2%)	https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ymtjqwGfpQStTQdFLcJcMcd/?lang=pt - https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600023
3) Disposable surgical face masks for preventing surgical wound infection in clean surgery	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7138271/

Referências

MITTELDORF, Cornelius. Infecção em Cirurgia. In: GAMA-RODRIGUES, J. J.; MACHADO, M. C. C.; RASSLAN, S (ed.). Clínica Cirúrgica. Barueri: Manole, 2008. p. (144- 150).

MORCHE, K. R.; BERTINATTO, R. J.; ALBUQUERQUE, B. Z.; ALVES, C. G.; DIAS, G. F.; CHIES, V. T. Z.; REBELATO, M. R. S.; OLIVEIRA, M. P. TÉCNICA OPERATÓRIA: CONCEITOS BÁSICOS PARA ACADÊMICOS. ACTA MEDICA, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 73-82, 2018. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre//periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-1/arquivos/pdf/7.pdf>. Acesso em 19 abr. 2022.

5. SEGURANÇA DO PACIENTE



Chegou a hora de pensarmos num quesito vital para o sucesso da cirurgia e que ajuda a minimizar a possibilidade da ocorrência de eventos desfavoráveis para o paciente, o procedimento cirúrgico e a equipe envolvida: a segurança do paciente cirúrgico.

A comunicação falha entre os profissionais da saúde que compõe a equipe e dificuldades quanto a liderança são os fatores que mais contribuem para a ocorrência de uma cirurgia insegura (The Joint Commission, 2006).

A identificação do paciente e delineamento do sítio cirúrgico, o envolvimento do paciente no planejamento pré-operatório, o consentimento informado, a melhor comunicação da equipe e o aprimoramento do trabalho em equipe e dos protocolos podem ajudar a reduzir complicações e erros. Desde 2000, a eliminação de localizações, pacientes e procedimentos incorretos tem sido uma meta da Joint Commission (OMS, 2009).

A instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) visa o auxílio à melhora da qualidade da assistência à saúde brasileira. O protocolo de segurança do paciente cirúrgico é composto por dez metas (BRASIL, 2023):



Meta 1: A equipe irá operar o local cirúrgico correto e o paciente certo;

Meta 2: A equipe irá se valer de métodos conhecidos para impedir prejuízos na aplicação de anestésicos, enquanto salvaguarda o paciente da dor;

Meta 3: A equipe identificará e estará seguramente alinhavada para perda de via aérea ou de função respiratória que coloquem em risco a vida do paciente;

Meta 4: A equipe distinguirá e estará efetivamente preparada para a possibilidade de grandes perdas sanguíneas;

Meta 5: A equipe examinará o histórico do paciente e buscará ocorrências progressas de reação adversa ou reação alérgica às drogas e evitará a indução delas;

Meta 6: A equipe usará sistematicamente, métodos conhecidos que visam minimizar o risco de infecção do sítio operatório;

Meta 7: A equipe frustrará a manutenção inadvertida de materiais nos sítios cirúrgicos;

Meta 8: A equipe preservará e especificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos;

Meta 9: A equipe manterá comunicação efetiva e permutará informações para a condução segura do procedimento cirúrgico;

Meta 10: Os hospitais e os sistemas de saúde pública consolidarão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados dos procedimentos cirúrgicos.

5.1 Artigos / Material de apoio

Artigo	Links
1) Segurança do paciente em hospital - serviço de urgência - uma revisão sistemática -	https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n5/1803-1812/
2) Segurança do paciente em situações de emergência	https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-317
3) Construção e validação de cartilha de orientação perioperatória e segurança do paciente	doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210175 .pt

Referências

BRASIL. Ministério Da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp>. Acesso em: 15 jan. 2023.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas: segundo desafio global para a segurança do paciente. 2009. Disponível em: [cirurgias-seguras-salvam-vidas-manual \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/cirurgias-seguras-salvam-vidas-manual). Acesso em: 5 dez. 2022.

THE JOINT COMMISSION. Sentinel event statistics. 2006. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>. Acesso em: 5 dez. 2022.

6. TRAQUEOSTOMIA



É hora de discutirmos um pouco sobre a Traqueostomia, que nada mais é do que um procedimento cirúrgico em que é feita uma abertura na parede da traqueia e, com isso, estabelecida a comunicação entre ela e o meio externo.

Esse procedimento é indicado em casos como grandes traumas da face, necessidade de conversão de intubação orotraqueal, obstrução de vias aéreas, entre outros. Como possíveis complicações podemos destacar sangramentos, fístulas, distúrbios da deglutição e estenose traqueal (AVINO, TONATTO FILHO, 2017; Medeiros et al., 2019).

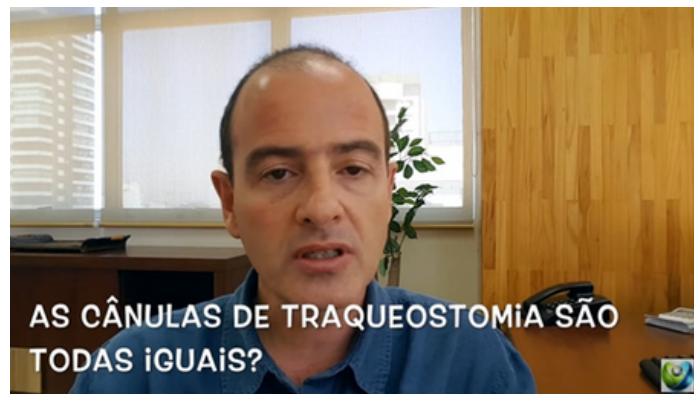
Um passo fundamental para o sucesso do procedimento é a escolha da prótese/cânula de traqueostomia. Tal avaliação está ancorada no momento clínico em que o paciente se encontra. Como exemplos dos tipos de cânulas podemos citar as de metal, de polímeros plásticos, com ou sem o cuff. Outra peculiaridade que deve ser considerada é o comprimento e diâmetro (BRASIL, 2020).

Geralmente naqueles pacientes dependentes de ventilação mecânica ou que necessitam de proteção da via aérea contra secreções ou sangramentos, optam-se por cânulas plásticas com cuff. Aqueles pacientes que não necessitam de suporte ventilatório ou que utilizarão a traqueostomia por um longo período, optam pelo uso da cânula metálica, pois possuem menores chances de obstrução, causada por secreções, e a possibilidade de serem facilmente desobstruídas e higienizadas (AVINO, TONATTO FILHO, 2017).



Para a decanulação, opta-se pela troca da cânula plástica pela metálica e, em seguida, oclusão da cânula para avaliar a respiração espontânea e eliminação de secreção pela boca (CÔRTE et al., 2019).

Para visualizar tais diferenças e particularidades das cânulas, convido você a assistir ao vídeo a seguir:



<https://youtu.be/Q9UILz9ackI>

A técnica cirúrgica da traqueostomia, segundo Avino e Tonatto Filho (2017, p. 66), deve seguir a seguinte sequência lógica:



1) O procedimento inicia-se colocando em prática o protocolo de segurança do paciente, descrito com mais profundidade no capítulo sobre segurança do paciente cirúrgico, que permeará todo o procedimento cirúrgico. Tal procedimento pode ser realizado no centro cirúrgico ou em outros ambientes hospitalares, como a UTI;

2) Em seguida, o paciente deve ser posicionado corretamente em decúbito dorsal, membros superiores em adução e hiperextensão cervical otimizada com o uso de coxim sob os ombros. Anestesia geral ou anestesia local podem ser usadas;

3) Feito isso, procederemos aos itens descritos no capítulo sobre paramentação cirúrgica, como lavagem das mãos, colocação do avental cirúrgico e luvas, assepsia da parte anterior do tórax e pescoço e correto posicionamento dos campos cirúrgicos;

4) Para a diérese utilizaremos o exame físico e demarcação da fúrcula e cartilagem cricóide, nossas referências anatômicas;

5) Com isso procederemos à incisão transversa (cerca de 3 centímetros) até atingir o subcutâneo e, após hemostasia rigorosa, iniciaremos a abertura do músculo platíma e, posteriormente, a retirada dos músculos infra-hioideos;

6) Afastaremos o istmo da glândula tireoide e teremos anéis traqueais expostos. Entre o segundo e o terceiro anel traqueal, faremos uma incisão tipo "T" na membrana. Procederemos ao reparo dos retalhos traqueais com fios de sutura. Com isso, temos segurança para a introdução da cânula com atenção especial à parede posterior da traqueia e cuidado para não criar falsos caminhos;

7) 1. Com o correto posicionamento da cânula, podemos proceder à revisão rigorosa da hemostasia e fechamento da pele. Feito isso, fixamos a cânula com fita adesiva que passará entre as asas da cânula e o pescoço do paciente.



Para sedimentar melhor esse conteúdo, sugerimos que assista ao vídeo abaixo:



https://youtu.be/1NOS1DH_IV4

6.1 Artigos / Material de apoio

Artigos	Links
1) Percutaneous tracheostomy surgical technique in the patient with COVID-19	https://doi.org/10.1016/j.bjane.2017.04.006
2) Recommendations for performing tracheostomies and care of tracheostomized patients in Colombia during the COVID-19 pandemic	https://doi.org/10.30944/20117582.617
3) Standardization of elective tracheostomies at the Central Institute of the Hospital das Clínicas in São Paulo during the COVID-19 pandemic	https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202574

AVINO, A.; TONATTO FILHO, A. A. Traqueostomia. In: INGRACIO, A. R. (org.). Técnica cirúrgica. Caxias do Sul, RS: Educs, 2017. p. 65-67.

BRASIL. Ministério da Saúde. EBSEH. HC-UFTM. Traqueostomia: Indicações e orientações de cuidado ao paciente adulto. 2020. Disponível em: [traqueostomia-adulto-final.pdf \(www.gov.br\)](http://www.gov.br). Acesso em 29 jan. 2023.

CORTÊ, M. M. D. DA.; VICENTE, L. C. C.; FRICHE, A. A. DE L. Decanulação: indicadores sociodemográficos, clínicos e fonoaudiológicos preditivos de sucesso. *Audiology – Communication Research*, v. 24, n. Audiol., Commun. Res., 2019 24, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2103>. Acesso em: 29 jan. 2023.

MEDEIROS, G. C. DE. et al. Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. *CODAS*, v. 31, n. CODAS, 2019 31 (6), 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018228>. Acesso em: 29 jan. 2023.



Igor Pereira Carvalho

Mestrando no Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA. Título de especialista em Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Pós-Graduado em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (2023). Graduado em Medicina pelo Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA (2018) com trabalho científico premiado em 2017 e Reconhecimento de Mérito Acadêmico - Destaques UniFOA em 2018 e 2019. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Munir Rafful (HMMR). Supervisor da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Municipal Munir Rafful (HMMR). Médico-preceptor na faculdade de Medicina do UniFOA. Organizador do Manual de Condutas e Procedimentos para estudantes da área da saúde: A jornada acadêmica em busca da excelência (2019). Coautor do Manual para orientação em aulas práticas de Propedêutica médica: módulo 1 (2018).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4862-9337>



Adilson Pereira

Doutor em filosofia - área de Ética - UGF/RJ; Mestre em filosofia, área de Ética; MBA em RH e Marketing - UGF; Especialista em Auditoria, Ética e Compliance em Saúde; Especialista em História da Filosofia UGF/RJ; Especialista em Espiritualidade e Estudos da Consciência (PUC-RS em Curso); Licenciatura em Filosofia - UNIFAI /SP, Graduação em Teologia Universidade Dom Bosco - UCDB (em Curso). Docente no Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente - UniFOA. Docente Ensino Superior da FAETEC/RJ - atuando no Ensino Médio da Escola Técnica Estadual Amaury César Vieira - VR/RJ. Tem experiência como Docente do Ensino Superior - TUTOR modalidade EAD, Atua na Docência - modalidade presencial - na área de Saúde (Graduação em Medicina, Enfermagem e Educação Física), além da experiência docente em Cursos de Pós-Graduação da Área de Saúde. Pesquisador Implementação de Projeto de Inovação Tecnológica em Educação - FAPERJ/RJ, com projeto já finalizado e outro em andamento. Membro do Banco de Avaliadores do INEP/MEC, atuando como Avaliador de Cursos e Institucional.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3581-4683>



Ivanete da Rosa Silva de Oliveira

Doutora em Educação na área de concentração de Políticas Públicas (UERJ). Mestre em Educação Física na área de concentração de subjetividades e atividade física (UGF). Pós-graduada em Gerontologia (UniFOA), em Docência Superior (UGF), em Psicopedagogia Inclusiva (UGF), em Orientação, Supervisão e Administração Escolar (UniRedentor). Licenciada em Pedagogia (UNIRIO), Licenciada e Bacharela em Educação Física (UniFOA). Professora da rede pública de ensino desde 1983, atuando com a Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio, incluindo o curso de magistério em nível médio. Atuou como Assessora da Secretaria de Educação (Pinheiral). Atua no UniFOA desde 1997, exercendo os cargos de Reitora do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA (desde março/2023), Docente, de Procuradora e Pesquisadora (Recenseadora) Institucional e Coordenadora do Programa Institucional de Iniciação à Docência (CAPES/2013-2022). É membro do Diretório Nacional do Forpibid-RP, integra o Banco de Avaliadores Ad Hoc do Ministério da Educação (MEC), designada pela Portaria nº 430/2018 e exerce a função de Presidente da Associação Nacional de Pesquisadores Institucionais (ANPI-IES). Também atua como professora de pós-graduação lato e stricto sensu, sendo, atualmente, docente permanente do Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente (UNIFOA). É autora de artigos, capítulos de livros e livros que abordam a Educação, com ênfase em Ensino Superior, Avaliação Institucional, Didática, Formação do Docente, Educação Física Escolar e Gerontologia. Foi uma das autoras do Atlas do Esporte Nacional, publicado pelo Ministério do Esporte e publicou seu último livro em 2020, com o título *Educação e Políticas inclusivas: ressignificando a diversidade*.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3368-718X>

