LIGA ACADÊMICA DE ANATOMIA HUMANA APLICADA

BOAS PRÁTICAS EM CENTRO CIRÚRGICO

MANUAL DO ESTUDANTE

Comportamento, vestimenta, degermação das mãos, paramentação, manuseio de material estéril e respeito ao campo cirúrgico — em dez capítulos, para quem vai entrar no bloco pela primeira vez.

TRÊS FRASES RESOLVEM QUASE TUDO LÁ DENTRO

I Estéril só toca estéril.

II Na dúvida, está contaminado.

III Avisar é sempre melhor do que esconder.

1ª EDIÇÃO · 2026
JOÃO PESSOA – PB

ENSINO · PESQUISA
EXTENSÃO

COMO USAR ESTE MANUAL

Leia antes. Consulte depois.

A primeira vez que um estudante entra em um centro cirúrgico, quase sempre acontece a mesma coisa: ele fica parado perto da porta, com medo de encostar em alguma coisa. É um medo justo — naquela sala existe uma regra invisível que todo mundo parece conhecer, menos você. Cada norma deste manual nasceu de um paciente que teve infecção, de um profissional que se acidentou ou de uma cirurgia feita no lado errado: **as regras do bloco são a cicatriz de erros que alguém já cometeu — e que você não precisa repetir.**

Leia os capítulos 1 a 10 antes do seu primeiro dia — cerca de 40 minutos. Depois, use as **dez cenas** do fim para conferir o que fixou, e leve o guia de bolso e os checklists no jaleco. A frase mais inteligente que um acadêmico pode dizer lá dentro é: **"posso perguntar uma coisa antes de fazer?"**

⚠ ANTES DE QUALQUER COISA

Este manual ensina a **reconhecer** e a se **comportar** com segurança. Descrever uma técnica não autoriza executá-la: paramentação, manuseio de material, auxílio e qualquer participação no campo dependem de **autorização e supervisão** da equipe, do seu nível de treinamento e do protocolo da instituição.

O caminho do manual

PARTE I **Onde você está**

I O território: zonas, fluxos e vocabulário 3
II Por que a regra existe: a infecção de sítio cirúrgico 5

PARTE II **O seu corpo**

III Vestimenta privativa e apresentação 7
IV Preparo pré-operatório das mãos 9
V Paramentação: avental e luvas 11

PARTE III **O campo**

VI Os dez princípios da técnica asséptica 14
VII Material estéril e instrumental 16
VIII Quando dá errado: contaminação e acidente 18

PARTE IV **A equipe e a norma**

IX Quem é quem, o seu lugar e a sua conduta 21
X Cirurgia segura e segurança do paciente 24

PARTE V **Treinar e levar**

— Dez cenas: o que está errado aqui? 26
— Checklists destacáveis 28

CONSULTA **Quando precisar**

— Glossário do bloco 30
— As normas que sustentam a prática 31
— Referências e leituras recomendadas 32

As marcações — e o peso de cada uma

Regra de ouro
Não se negocia.

Erro clássico
O que o novato faz.

Por que existe
A razão técnica da norma.

Atenção
Risco para você ou para o paciente.

Na prática
Como aparece no estágio e na prova.

Base normativa
A norma que sustenta a recomendação.

PRINCÍPIO

Técnica asséptica ou segurança do paciente: não muda de serviço para serviço.

NORMA

Exigência legal — RDC, portaria, NR. Cumprimento obrigatório.

POP LOCAL

Rotina institucional: confirme no POP de onde você estiver.

CAPÍTULO I

O território: zonas, fluxos e vocabulário

O bloco não é um corredor com salas: é um território dividido por regras que mudam a cada porta.

Oito palavras que você precisa acertar

Centro cirúrgico	A unidade inteira: salas, lavabos, corredores internos, arsenal, expurgo, vestiários e recuperação. Muitos serviços dizem *bloco cirúrgico* — é sinônimo
Sala operatória	A sala onde a cirurgia acontece. É **área crítica**, o nível máximo de restrição
Lavabo	A bancada do preparo cirúrgico das mãos, na entrada das salas — não no vestiário
Arsenal	Sala de guarda do material estéril dentro do bloco
Expurgo	Sala do material sujo, para onde vai o instrumental usado
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica: o paciente desperta ali, monitorizado. Não é sala cirúrgica e não exige paramentação estéril
CME	Central de Material e Esterilização: onde o instrumental é limpo, preparado, esterilizado e guardado. É unidade própria, **separada ou integrada ao complexo cirúrgico conforme o projeto da instituição**
Área de transferência	Onde o paciente troca a maca da enfermaria pela do bloco. É uma barreira física contra o que vem do resto do hospital

Três zonas, três roupas

A restrição cresce em faixas. A lógica é uma só: **quanto mais perto da ferida aberta, menos coisas suas podem estar expostas.** Não confunda com a classificação da RDC 50/2002, que divide os *ambientes* em áreas crítica, semicrítica e não crítica para fins de projeto físico: as três zonas abaixo organizam *circulação e vestimenta* e sua delimitação vem da prática perioperatória e do POP do serviço. POP LOCAL

NÃO RESTRITA

Recepção, secretaria, espera de familiares, vestiários, transferência do paciente. **Única zona onde se circula de roupa de rua** — e onde o pijama privativo não entra.

SEMIRRESTRITA

Corredores internos, arsenal, expurgo, sala de preparo, SRPA, copa. **Pijama privativo + gorro + calçado fechado exclusivo**, e máscara ao circular perto das salas. A copa é o único lugar em que se pode comer — e, portanto, ficar sem máscara. POP LOCAL

RESTRITA

Salas operatórias, lavabo, guarda de material estéril aberto. **Tudo acima + máscara cobrindo nariz e boca, o tempo inteiro**, sem exceção. Portas fechadas.

POR QUE A PORTA FICA FECHADA

A sala operatória trabalha com **pressão positiva**: o ar filtrado empurra de dentro para fora. Aberturas frequentes perturbam o padrão de fluxo de ar, podem comprometer esse diferencial e aumentam a circulação de pessoas e partículas. Porta fechada e tráfego reduzido são regra, não gentileza. PRINCÍPIO

EM QUE ZONA EU ESTOU?

As fronteiras raramente estão pintadas no chão. Dois sinais resolvem: **há gente de roupa de rua? você está na não restrita. Há material estéril aberto por perto? você está na restrita** — e a máscara já deveria estar no rosto.

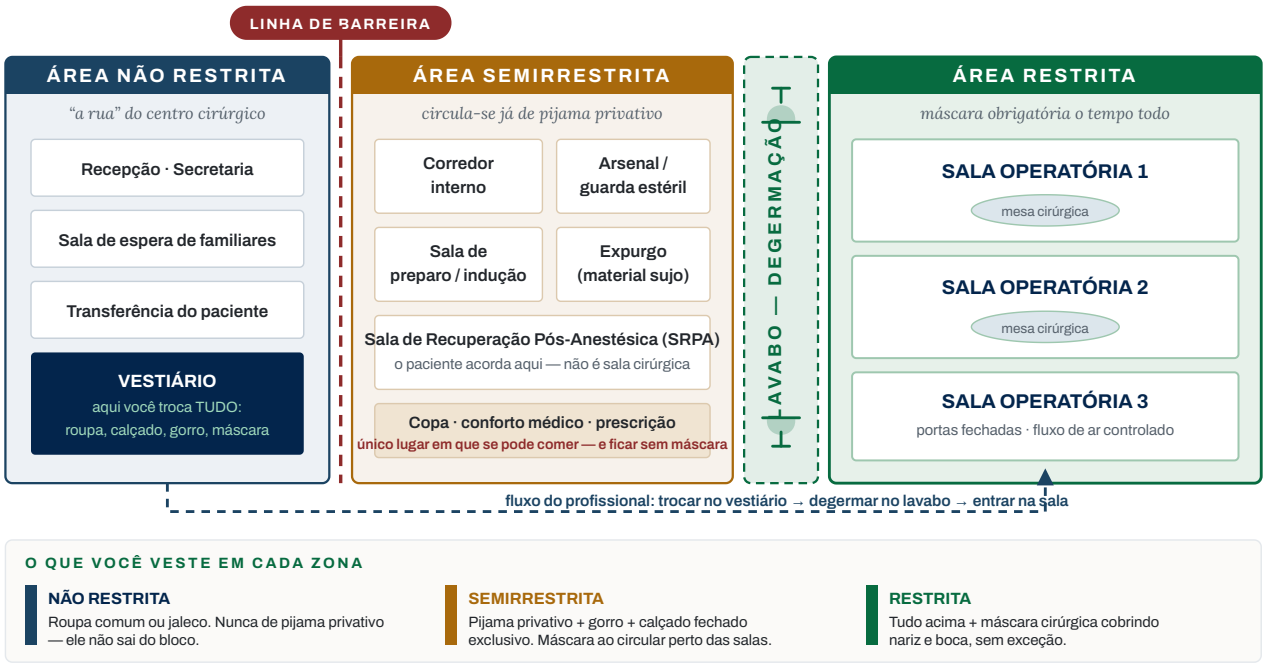


Figura 1. As três zonas e as duas barreiras entre elas. O vestiário e o lavabo são os dois pontos em que você *muda de condição* — de visitante para membro da equipe, e de membro da equipe para membro paramentado.

Fluxo limpo, fluxo sujo

Material e roupa circulam em **uma direção só**: o estéril sai do arsenal, entra na sala e, usado, segue para o expurgo — nunca de volta pelo mesmo caminho.

Para você: não devolva material aberto ao arsenal e não use o expurgo como atalho.

O seu primeiro dia

1	**Chegue 20 a 30 min antes.** Trocar de roupa, se apresentar e descobrir a sala leva tempo.
2	**Apresente-se na recepção do bloco:** nome, período, faculdade e com quem vai acompanhar.
3	**No vestiário, tire tudo.** Roupa de rua e adornos no armário; cabelo preso; pijama, calçado do bloco e, por último, gorro e máscara.
4	**Encontre a equipe antes de entrar.** Nunca entre em uma sala sem que alguém saiba que você está ali.
5	**Faça as duas perguntas:** "onde o senhor prefere que eu fique?" e "vou só observar ou vou me paramentar?"

REGRA DE OURO

O pijama privativo **entra e sai no vestiário**. Não vai ao refeitório, não desce para a enfermaria, não vai ao estacionamento e não vai para casa. Saiu do bloco com ele? Ao voltar, troque por um limpo — sem "foi rapidinho".

ERRO CLÁSSICO DO PRIMEIRO DIA

Vestir o pijama *por cima* da própria roupa, ou deixar a camiseta aparecendo na gola. A vestimenta privativa **substitui** a roupa de rua — não se sobrepõe a ela.

LEVE DESTE CAPÍTULO

1. Três zonas, restrição crescente: **roupa de rua → pijama e gorro → + máscara**.
2. O **pijama privativo não sai do bloco**, e a porta da sala fica fechada.
3. Antes de entrar, **avise alguém** e pergunte onde ficar.

CAPÍTULO II

Por que a regra existe: a infecção de sítio cirúrgico

Toda norma daqui responde à mesma pergunta: como impedir que micróbios cheguem à ferida.

O tamanho do problema

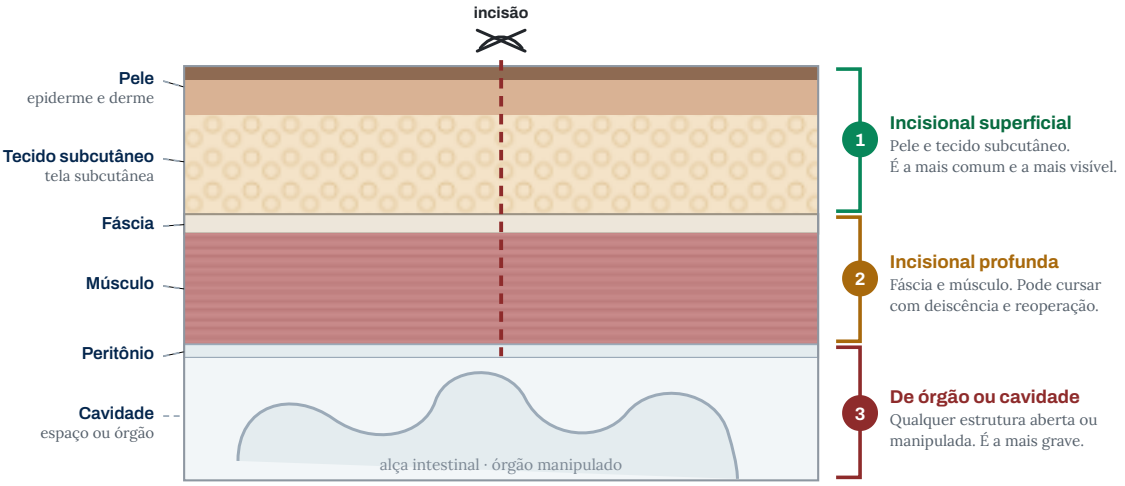
A **infecção de sítio cirúrgico (ISC)** responde por cerca de **14% a 16%** das infecções em pacientes hospitalizados no Brasil, na terceira posição entre as IRAS — e a incidência é maior em países de baixa e média renda. Prolonga internação, aumenta custo, exige reintervenção e aumenta mortalidade.

É classificada por **profundidade**, e a profundidade muda tudo: prognóstico, tratamento e necessidade de reoperação. A figura abaixo mostra os três níveis no corte da parede abdominal.

O MODELO QUE EXPLICA TUDO

risco = (dose × virulência) ÷ resistência do hospedeiro

Não é fórmula calculável nem escore validado: é um **modelo conceitual**. Você não controla a virulência do micro-organismo nem a imunidade do paciente. Controla a **dose** — quantos micro-organismos chegam à ferida. Toda a técnica asséptica é uma guerra contra o numerador.



JANELA DE VIGILÂNCIA **até 30 dias** após o procedimento — ou **até 90 dias** em procedimentos com implante, conforme o critério nacional vigente

Figura 2. Os três níveis da infecção de sítio cirúrgico, no corte da parede abdominal. A classificação segue o plano mais profundo acometido — uma infecção que atinge a fáscia é *profunda*, ainda que a pele esteja de aspecto normal. A janela de vigilância depende do **tipo de procedimento** e segue os critérios nacionais vigentes: confirme-os antes de usar esses prazos em trabalho acadêmico.

FONTE ENDÓGENA — A PRINCIPAL

A microbiota do próprio paciente: pele (*S. aureus*, estafilococos coagulase-negativos) e, nas cirurgias que abrem vísceras, o conteúdo dos tratos digestivo, respiratório ou geniturinário (enterobactérias, anaeróbios).

FONTE EXÓGENA — A QUE DEPENDE DE VOCÊ

Equipe (mãos, via aérea, pele descamada, cabelo), instrumental, ar da sala, campos e ambiente. É uma fração menor do total — **e é exatamente a fração que o seu comportamento controla.**

A classificação das feridas — aquela tabela que cai na prova

CLASSE	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS	RISCO DE ISC
Limpa	Tecido estéril, sem inflamação; nenhum trato colonizado é aberto	Herniorrafia eletiva, tireoidectomia, artroplastia	**1–5%**
Potencialmente contaminada	Abertura controlada de trato colonizado, sem extravasamento e sem sinal de infecção	Colecistectomia eletiva, histerectomia, apendicectomia sem inflamação exuberante	**3–11%**
Contaminada	Extravasamento de conteúdo, inflamação aguda sem pus, ferida acidental recente, **falha grosseira de técnica asséptica**	Enterotomia acidental, ferida traumática recente	**10–17%**
Infectada (suja)	Pus, víscera perfurada, tecido desvitalizado, ferida traumática antiga	Peritonite fecal, abscesso drenado	**> 27%**

*Faixas de risco históricas, citadas para ordem de grandeza — variam com procedimento, população e medidas de prevenção. O que importa decorar é a **lógica das quatro classes**: a quebra grosseira de técnica asséptica **reclassifica** a cirurgia, e é o único item da tabela que depende de gente, não de doença. A classe é atribuída conforme o esquema adotado pelo serviço.* POP LOCAL

O que realmente reduz infecção

Banho pré-operatório	Água e sabonete, na véspera e/ou no dia
Remoção de pelos	Só se necessária, com **tricotomizador elétrico**. **Nunca lâmina**: microlesões são colonizadas e *aumentam* o risco
Antibioticoprofilaxia	Dose plena até **60 min** antes da incisão — **120 min** para vancomicina e fluoroquinolonas
Antissepsia da pele	Antisséptico **alcoólico**, de preferência clorexidina; respeitar a secagem
Normotermia	Paciente aquecido do início ao fim, temperatura central ≥ **36 °C**
Controle glicêmico	Protocolo perioperatório em diabéticos **e** não diabéticos
Oxigenação	Fração inspirada adequada no intra e no pós imediato
Não prolongar o ATB	Pode haver **redose intraoperatória** conforme duração e sangramento; o que **não** se faz é manter a profilaxia no pós-operatório

☆ OS CINCO ITENS QUE SÃO SÓ SEUS

Você não prescreve antibiótico nem controla a temperatura da sala. Mas controla, integralmente: **as suas mãos**; **a sua paramentação**; **por onde você anda**; **quantas vezes a porta abre por sua causa**; e **quantas pessoas há na sala — inclusive você**. Sala cheia de acadêmicos? O gesto certo é **ceder o lugar**.

⚠ ÁLCOOL + ELETROCAUTÉRIO = FOGO

A antissepsia alcoólica precisa **secar completamente** antes de colocar os campos. Vapor de álcool preso sob o campo e uma faísca de bisturi elétrico já causaram queimaduras em sala — é um dos poucos momentos em que vale falar na hora.

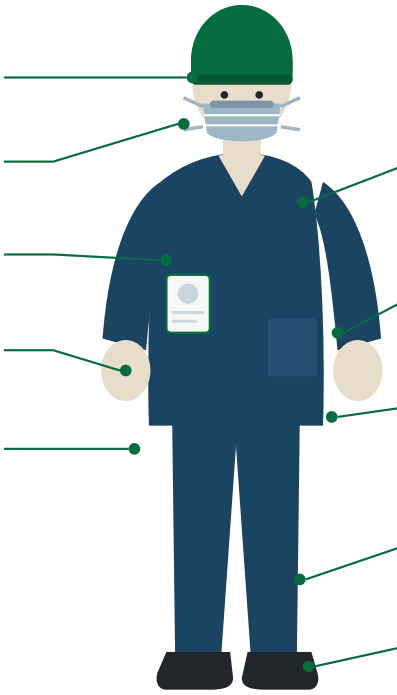
☑ LEVE DESTE CAPÍTULO

1. ISC: vigilância de **30 dias**, ou até **90** em procedimentos com implante, conforme o critério vigente.
2. Três níveis por profundidade: **superficial · profunda · órgão/cavidade**.
3. A tabela das **quatro classes de ferida** e a janela de **60 min** do antibiótico.

CAPÍTULO III

Vestimenta privativa e apresentação

A roupa do bloco não é uniforme: é equipamento — cada peça retém algo que sai de você. POP LOCAL



GORRO
Cobre todo o cabelo, as orelhas e a nuca. Barba grande exige gorro tipo capuz.

MÁSCARA CIRÚRGICA
Do dorso do nariz ao queixo, clipe nasal moldado. Nunca no queixo nem no pescoço.

CRACHÁ
Preso à roupa, visível, sem cordão solto balançando sobre o campo.

SEM ADORNOS
Anel, aliança, relógio, pulseira, brinco, colar e piercing exposto ficam no vestiário.

MÃOS E UNHAS
Unhas curtas e limpas, sem esmalte, sem alongamento. Pele íntegra, sem feridas abertas.

PIJAMA PRIVATIVO
Fornecido pela instituição. Blusa por dentro da calça. Trocado a cada turno ou se sujar.

O PIJAMA NÃO SAI DO BLOCO
Nem para o café, nem para a enfermaria, nem para a rua. Saiu, trocou.

BOLSOS
Celular desligado ou silencioso, guardado. Nada de fotos, nunca.

CALÇADO
Fechado, impermeável e lavável, exclusivo do bloco. Sandália e tênis de pano: proibidos.

PROPÉ
Não substitui calçado exclusivo e não reduz infecção — siga a rotina do serviço.

A ORDEM: pijama → calçado → gorro → máscara → (só então) degermação → avental → luvas

Figura 3. Confira-se no espelho do vestiário antes de sair: leva quinze segundos e evita que alguém precise corrigir você na frente da equipe. Repare que a ordem importa — gorro e máscara entram *antes* do preparo das mãos, porque ajustá-los depois exigiria tocar o rosto com as mãos já preparadas.

REGRA DE OURO

Tudo o que você precisar **ajustar no rosto ou na cabeça** — gorro, máscara, óculos, cabelo — ajuste **antes** do preparo das mãos. Depois dele, encostar no próprio rosto significa recomeçar tudo. PRINCÍPIO

MÁSCARA CIRÚRGICA ≠ RESPIRADOR

A máscara cirúrgica protege o campo das **suas** gotículas. Ela não protege você de aerossóis: para isso existe o respirador N95/PFF2, indicado em precaução para aerossóis e nos procedimentos que os geram.

E O CELULAR?

O celular acompanha você o dia inteiro, passa por bolso, corrimão e banheiro e praticamente nunca é higienizado — é um dos objetos mais colonizados que entram no hospital. Dentro da sala ele **não tem função**: deixe-o no armário ou no bolso e não o manuseie depois do preparo das mãos. Se precisou mexer nele em área assistencial, higienize as mãos em seguida. Registro de imagem é outro assunto: **você não fotografa nem filma paciente ou procedimento em aparelho pessoal** — registro institucional de ensino tem regra própria (capítulo 9).

Cada peça, uma função

PEÇA	PROTEGE QUEM, DE QUÊ	O QUE O ESTUDANTE ESQUECE
Gorro	O paciente — do seu cabelo e da microbiota do couro cabeludo	Cobre **todo** o cabelo, as orelhas e a nuca. Modelo com elástico cobre melhor que o de amarrar; barba longa exige gorro tipo capuz
Máscara	O campo — das suas gotículas ao falar e respirar	Do dorso do nariz ao queixo, clipe nasal moldado. Manipule pelos elásticos e troque quando umedecer
Pijama privativo	O ambiente — do que vem da rua e do resto do hospital	Blusa por dentro da calça; trocado a cada turno ou se sujar; **não sai do bloco**
Calçado fechado	Você — de perfurocortantes e respingos	Impermeável e lavável; a maioria dos serviços exige calçado exclusivo. Sandália e tênis de pano: proibidos
Óculos / protetor facial	Você — de respingos nas mucosas	Óculos de grau comum não é EPI: falta proteção lateral
Avental e luvas estéreis	Os dois lados — barreira entre a sua pele e a ferida	Só para quem vai tocar o campo (capítulo 5)
Propé	Discutível	Não substitui calçado exclusivo e não há evidência de que reduza infecção. Siga a rotina do serviço

Adornos, unhas e o resto de você

A NR-32 **veda o uso de adornos** nas áreas assistenciais: sob anéis e pulseiras a contagem bacteriana permanece alta mesmo após a antissepsia, e adornos rasgam luva, prendem em equipamento e caem no campo.

✓ COMO VOCÊ DEVE ESTAR

- Unhas curtas e limpas, sem esmalte, alongamento ou postiças
- Mãos sem anel, aliança, pulseira ou relógio
- Sem brinco pendente, colar ou piercing; cabelo preso
- Pele das mãos íntegra · crachá preso, sem cordão balançando

✕ O QUE BARRA VOCÊ NA PORTA

- Aliança "que nunca sai"
- Smartwatch ou pulseira de atividade
- Unha de gel ou esmalte descascando
- Máscara no queixo enquanto conversa
- Jaleco branco por cima do pijama

POR QUE O PIJAMA NÃO SAI DO BLOCO

Não é hierarquia: a roupa privativa circula por corredores, elevadores e refeitório coletando micro-organismos e volta com eles para a área crítica. O caminho inverso também vale — sangue e secreções do bloco não passeiam pelo hospital.

LEVE DESTE CAPÍTULO

1. Gorro cobre **cabelo, orelhas e nuca**; máscara vai **do nariz ao queixo**.
2. **Sem adornos** nas áreas assistenciais — é NR-32, não preferência. NORMA
3. Ajuste tudo no rosto **antes** de ir ao lavabo.

CAPÍTULO IV

Preparo pré-operatório das mãos e antebraços

Antissepsia cirúrgica com produto degermante ou com preparação alcoólica de ação residual.

Duas microbiotas, dois objetivos

Transitória — adquirida pelo contato com pacientes, superfícies e materiais. Fica na camada superficial, é frouxamente aderida e **sai com a higienização**. É a principal responsável pela transmissão cruzada no hospital.

Residente — mora nas camadas profundas da epiderme, nos folículos e nas glândulas. Não é eliminada: pode ser **reduzida** por antissépticos de efeito residual.

O preparo cirúrgico ataca as duas — por isso é mais longo, usa produto com ação residual e alcança os antebraços.

OS NOMES, COM PRECISÃO

Preparo pré-operatório (ou **antissepsia cirúrgica das mãos**) é o conceito amplo: pode ser feito com **produto degermante ou** com **preparação alcoólica de ação residual**. **Degermação** é a técnica com degermante e água — não é sinônimo das outras duas.

⚠ LUVA NÃO SUBSTITUI MÃO PREPARADA

Microperfurações são comuns e a mão sai da luva mais colonizada do que entrou. Higienize **antes de calçar** e **depois de retirar**, sempre.

Três procedimentos diferentes — não confunda

PROCEDIMENTO	PRODUTO	TEMPO	ABRANGE	QUANDO
Higienização simples	Água e sabonete líquido	**40–60 s**	Mãos e punhos	Mãos sujas, com sangue ou fluidos; após o banheiro
Fricção antisséptica	Preparação alcoólica	**20–30 s**	Mãos e punhos	Rotina assistencial, sem sujidade visível
Preparo cirúrgico	Clorexidina degermante 2% ou PVPI degermante 10%, **ou** preparação alcoólica de ação residual	Do fabricante e do POP; em geral **2 a 5 min** POP LOCAL	Mãos e antebraços **até os cotovelos**	Antes de se paramentar

Degermante tem detergente e é para preparar as suas mãos; o PVPI tópico é para a pele do paciente. Fricção além de 5 minutos não traz benefício e agride a pele.

⚠ A ESCOVA SAIU DA RECOMENDAÇÃO

Escovar a pele produz **microlesões que favorecem colonização** e não aumenta a redução microbiana. As orientações atuais dispensam a escova: sujidade visível sai com sabonete, a região subungueal é limpa com **limpador de unhas** e, onde se usa dispositivo, ele é uma **esponja macia**. PRINCÍPIO

Os cinco momentos

(1) antes de tocar o paciente · **(2)** antes de procedimento limpo ou asséptico · **(3)** após risco de exposição a fluidos · **(4)** após tocar o paciente · **(5)** após tocar superfícies próximas a ele.

Da OMS, adotados no protocolo nacional de higiene das mãos. Valem na assistência, *fora* do campo estéril. NORMA

A sequência completa, em 12 passos

Sempre no mesmo sentido: **das pontas dos dedos para o cotovelo**, nunca o contrário. A mão é a parte que vai tocar o paciente; o cotovelo é a mais suja do conjunto. Cada movimento, no mínimo cinco vezes, nos dois membros.



Figura 4. Preparo cirúrgico das mãos e antebraços com produto degermante. Os passos 4 a 9 são os mesmos da higienização simples e da fricção alcoólica — o que muda aqui é o produto, o tempo, a limpeza das unhas e a extensão até os cotovelos. Com preparação alcoólica de ação residual não há água: a técnica e o número de aplicações seguem o fabricante.

☆ REGRA DE OURO

Mão preparada **não é mão estéril** — é mão com carga microbiana reduzida. Por isso, da torneira até a luva ela **não toca nada que não seja estéril**. Encostou na pia, na parede, na roupa ou no rosto? Refaça o preparo completo, conforme o POP. PRINCÍPIO

⊗ OS SEIS ERROS MAIS COMUNS

Abaixar as mãos para escorrer a água · fechar a torneira com a mão · secar voltando do cotovelo para a mão · coçar o nariz depois de se preparar · esfregar a pele com escova · parar em 40 segundos "porque a cirurgia já vai começar".

☑ LEVE DESTE CAPÍTULO

1. Produto **degermante ou preparação alcoólica de ação residual**; tempo do fabricante e do POP, em geral **2 a 5 min**.
2. Mãos e antebraços **até os cotovelos**, sentido único **mão → cotovelo**, mãos sempre acima dos cotovelos.
3. **Sem escova na pele.** Unhas curtas e limpas, com limpador de unhas se necessário.

CAPÍTULO V

Paramentação: avental e luvas

Construir uma barreira entre a sua pele e a ferida sem que a pele toque a face voltada para o campo.

A ordem, do começo ao fim

1 — O circulante abre o pacote

Quem abre é quem **não** está paramentado — sem tocar o conteúdo e sem passar as mãos por cima dele.

2 — Pegue o avental pela face interna

Pela região do decote, na dobra interna. Afaste-se da mesa e deixe desdobrar sozinho — sem sacudir, sem encostar no chão, na roupa ou na mesa.

3 — Introduza os braços nas mangas

Na técnica fechada, pare com as mãos **dentro** dos punhos. Não force a mão para fora "só para ver onde está".

4 — O circulante amarra as costas

Ele puxa pelos ombros por dentro e amarra as tiras posteriores, tocando só a face interna e as costas — que não são estéreis.

5 — O cinto frontal, quando existe

Entregue a ponta protegida (cartão ou pinça) ao circulante ou a outro paramentado, gire sobre o próprio eixo e receba a tira de volta para amarrar à frente.

6 — Só então, as luvas

Luva é sempre o último item. Depois dela, as suas mãos pertencem ao campo.

ERRO CLÁSSICO

Vestir o avental encostado na mesa de instrumental "para não deixar cair". O avental precisa de espaço: dois passos para trás, de frente para uma área livre, e deixe a gravidade trabalhar. Avental que varreu a mesa contaminou o avental *e* a mesa.

A POSIÇÃO DE ESPERA

Depois de paramentado, mantenha as mãos **à sua frente, entre a cintura e o tórax**. Não cruze os braços, não coloque as mãos nas axilas, não as apoie no ombro do colega e não as deixe cair ao lado do corpo.

NUNCA SAIA DA SALA PARAMENTADO

Avental e luvas estéreis não atravessam a porta. Precisou sair — buscar exame, atender chamado, ir ao banheiro? Desparamentou-se. Ao voltar: preparo completo das mãos e paramentação nova.

POR QUE A CINTURA É A LINHA

Abaixo dela você não enxerga o que acontece, o tecido roça na mesa e nos campos pendentes, e a gravidade leva partículas para baixo. Daí a convenção rígida: abaixo da cintura, nada é estéril — nem no avental, nem na mesa, nem no campo.

O que do avental é estéril — e o que não é

Vestir o avental não torna você estéril. Torna estéril **uma parte específica dele**. Saber qual é separa quem circula no campo de quem contamina sem perceber. A regra prática: **é estéril o que você consegue ver.**



Figura 5. Zonas estéreis e não estéreis do avental cirúrgico. Tudo o que está fora do seu campo visual direto deve ser tratado como contaminado — inclusive as suas próprias costas.

Frente do tórax, *abaixo* do decote, até a cintura	**Estéril.** É a única região do avental que pode encostar no campo
Mangas, do punho até 5 cm acima do cotovelo	**Estéril.** Acima disso, e na axila, não conta
Decote, ombros e costas	**Não estéril** — por isso é o circulante quem amarra, e por isso você nunca vira as costas para o campo
Abaixo do nível da cintura	**Não estéril**, inclusive a parte do próprio avental que desce ali
Punho de malha (elástico)	**Não é barreira:** absorve umidade. Fica sempre coberto pelo cano da luva e nunca é dobrado para fora

⚠ **AVENTAL MOLHADO DEIXA DE SER BARREIRA**

Tecido saturado permite a passagem de micro-organismos por capilaridade — o *strike-through*. Em cirurgias longas, com muita irrigação ou sangramento, usam-se aventais com frente e mangas reforçadas ou impermeáveis. Se a sua frente encharcou, a barreira falhou: avise e troque.

A REGRA PRÁTICA QUE RESOLVE 90% DOS CASOS

É estéril **o que você consegue ver sem se mexer**: da cintura ao peito, à sua frente, e as mangas. Tudo o que exige virar, abaixar ou olhar por cima do ombro está, por definição, fora do seu controle — e fora do campo.

☆ **AS TRÊS LINHAS QUE VOCÊ NÃO CRUZA**

1. **Nível da cintura** — abaixo dele, nada é estéril.
2. **Nível do tórax** — acima dele (decote e ombros), a frente deixa de contar.
3. **As suas costas** — por isso você nunca vira as costas para o campo.

Calçar as luvas — técnica fechada



Técnica fechada — a preferida para quem já está de avental estéril, porque a pele nunca toca a face externa da luva.
Na técnica aberta (usada em procedimentos sem avental, como sondagem vesical), a mão sem luva só toca a face interna do punho dobrado.

Figura 6. Técnica fechada de calçamento das luvas estéreis.

DUPLO ENLUVAMENTO

Duas luvas sobrepostas reduzem a exposição a sangue quando a externa perfura. Recomendado em **procedimentos longos**, ortopédicos, com fragmentos ósseos ou de alto risco. A luva interna colorida ("indicadora") denuncia a perfuração: o líquido entre as camadas aparece como mancha escura.

FUROU A LUVA. E AGORA?

1. Afaste-se do campo e avise o circulante — em voz normal, sem drama.
2. Troque com auxílio, sem tocar a face externa da nova.
3. Houve lesão da sua pele? Retire-se e **acione o protocolo de acidente biológico** (capítulo 8).
4. Nunca continue "até acabar esse tempo cirúrgico".

DESPARAMENTAÇÃO

Existe mais de uma sequência segura — avental e luvas juntos, ou avental antes das luvas. **Use a do POP do serviço.** POP LOCAL

1. Avental puxado pela frente, **virando do avesso**, com a face contaminada para dentro; o circulante desamarra.
2. Luvas retiradas luva-a-luva e luva-pele, sem tocar a face externa com a pele.
3. Óculos, máscara e gorro — pelos elásticos, nunca pela frente.
4. **Higienize as mãos** ao final — e também entre as etapas, se houver contato com a face externa de qualquer peça.

TÉCNICA FECHADA × TÉCNICA ABERTA

Fechada — para quem já está de avental estéril: a mão nunca ultrapassa o punho, então a pele não toca a face externa da luva. É a do centro cirúrgico. **Aberta** — para procedimentos sem avental (sondagem vesical, punção, sutura no pronto-socorro): a mão sem luva só toca a *face interna* do punho dobrado.

LEVE DESTE CAPÍTULO

1. Estéril no avental: **frente do tórax à cintura + mangas até o punho**.
2. Ordem: **avental → luvas**; na saída, **avental → luvas → higienizar**.
3. Furou a luva: **afaste, avise, troque** — e cheque a sua pele.

CAPÍTULO VI

Os dez princípios da técnica asséptica

Não dá para decorar todas as situações possíveis. Dá para aprender dez princípios e deduzir o resto.

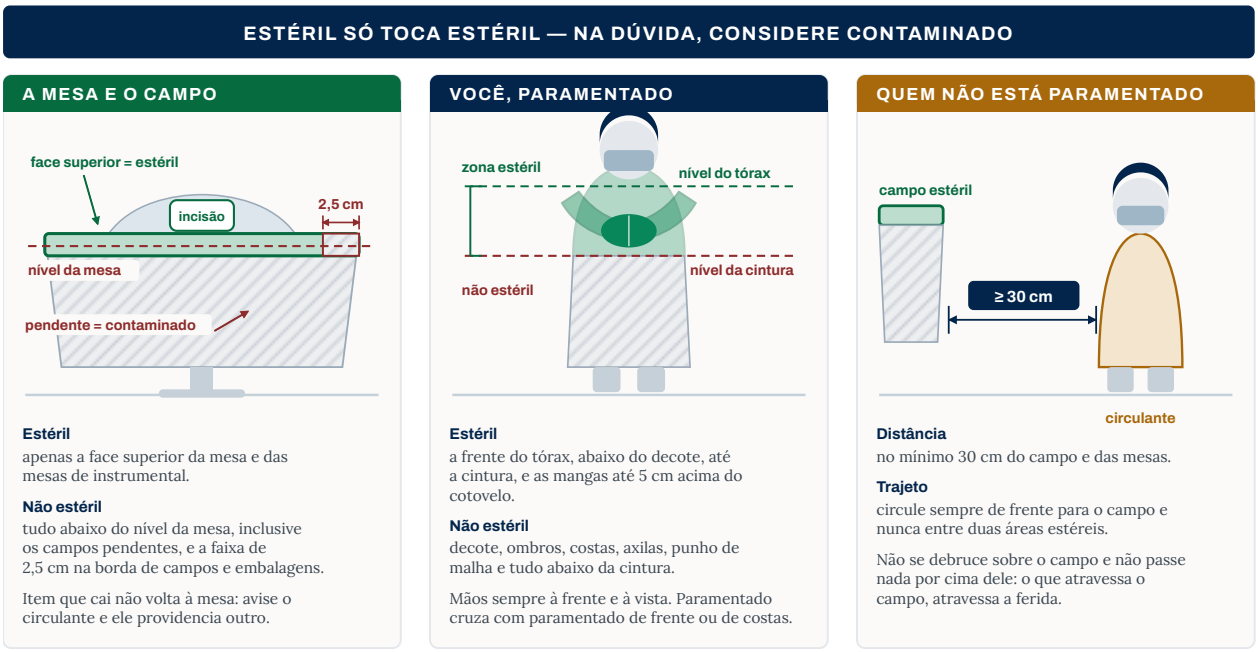


Figura 7. A geometria do campo estéril nos três pontos de vista que importam: **a mesa**, **você** e **quem não está paramentado**. Guarde os quatro limites: **2,5 cm** de borda, nível da mesa, nível da cintura e **30 cm**.

AS TRÊS PERGUNTAS ANTES DE QUALQUER GESTO

(1) Isto que vou tocar é estéril? **(2)** A parte de mim que vai tocar é estéril? **(3)** Alguma coisa vai passar por cima do campo no caminho? Se a resposta de qualquer uma for "não sei", o gesto não acontece.

NÃO É SÓ DO BLOCO

Os mesmos princípios valem na punção venosa central, na sondagem vesical, na punção lombar, no curativo de ferida operatória e na sutura do pronto-socorro. Quem aprende a lógica aqui a aplica em toda a carreira.

As medidas do campo — e de onde saem

São **convenções conservadoras** da técnica asséptica, não leis físicas. Mais importante que o centímetro: não invadir o campo nem se debruçar sobre ele. PRINCÍPIO

2,5 cm	Faixa periférica de qualquer campo ou embalagem estéril tratada como **não estéril**: é a borda que mãos não estéreis seguram ao abrir
Nível da mesa	Abaixo da altura da mesa, **nada é estéril** — inclusive a parte do campo que fica pendente
Nível da cintura	Limite inferior das suas mãos: abaixo dele você não enxerga o que elas tocam
≥ 30 cm	Distância mínima que quem **não** está paramentado mantém do campo e das mesas

A FRASE QUE RESUME O CAPÍTULO INTEIRO

Estéril só toca estéril. Na dúvida, está contaminado.

Os dez princípios

01 **Estéril só toca estéril.** Qualquer contato entre item estéril e item não estéril contamina o estéril — nunca o contrário. Não existe contaminação "pequena", "de leve" ou "só na pontinha".

02 **Só quem está paramentado manipula o campo.** Quem não está não toca, não entrega material direto na mão de quem está e não passa entre dois campos estéreis.

03 **É estéril só a parte do avental que você vê.** Frente do tórax, abaixo do decote, até a cintura; mangas do punho até 5 cm acima do cotovelo. Decote, ombros, axilas, pescoço, costas e tudo abaixo da cintura: não estéreis.

04 **Só a superfície superior da mesa é estéril.** O campo que pende abaixo do nível da mesa está contaminado e **não pode ser puxado para cima**. Ao cobrir uma mesa, desdobra-se do mais próximo para o mais distante.

05 **Umidade contamina.** O líquido atravessa o tecido por capilaridade e leva micro-organismos da face não estéril para a estéril. Campo molhado é campo contaminado: troque-o ou cubra com campo impermeável estéril.

06 **As bordas não são estéreis.** Margem de segurança de cerca de **2,5 cm** em qualquer embalagem, frasco ou campo. Ao servir solução, o circulante despeja sem encostar o frasco na cuba.

07 **Caiu abaixo do campo, acabou.** Não se recolhe, não se limpa, não se devolve à mesa. Avise o circulante, que retira e repõe — e o item entra na contagem.

08 **O campo nunca fica sozinho nem fora de vista.** Campo montado e abandonado deixa de ser confiável; havendo atraso, cobre-se com campo estéril *quando o POP prevê a técnica* — cobrir não devolve esterilidade a um campo já duvidoso. E você **nunca vira as costas** para o campo.

09 **Cada um circula do seu jeito.** Paramentado cruza com paramentado **de frente para frente ou de costas com costas**, nunca de lado; e vira as costas para quem não está paramentado. Não paramentado circula por fora, **de frente para o campo**, a pelo menos 30 cm, e nunca entre duas pessoas paramentadas.

10 **Menos movimento, menos conversa, menos porta.** Cada abertura desfaz a pressão da sala; cada deslocamento levanta partículas; cada conversa desnecessária lança gotículas e distrai a equipe em momentos críticos.

✓ MOVIMENTO CORRETO

- Contornar a sala pela parede para chegar do outro lado
- Anunciar "passando atrás" ao se deslocar perto de quem está paramentado
- Parar e esperar quando alguém está servindo material estéril
- Avisar ao ver uma contaminação, mesmo que não seja sua

✗ MOVIMENTO QUE CONTAMINA

- Atravessar entre a mesa de instrumental e o cirurgião
- Debruçar-se sobre o campo para enxergar melhor
- Recuar sem olhar e esbarrar na mesa de Mayo
- Apontar para a ferida com a mão sobre o campo aberto

⊗ AS FRASES QUE ANTECEDEM QUASE TODA CONTAMINAÇÃO

"Foi só de leve." · "Não chegou a tocar o chão." · "É só a pontinha." · "A embalagem estava fechada, deve estar bom." · "Ninguém viu." · "A gente está atrasado." **Nenhuma delas descreve o estado do material** — todas descrevem o desejo de quem está falando.

LEVE DESTE CAPÍTULO

1. **Estéril só toca estéril; na dúvida, contaminado.**
2. Números: **30 cm** de distância, **2,5 cm** de borda.
3. Nunca vire as costas para o campo nem se debruce sobre ele.

CAPÍTULO VII

Material estéril e a mesa de instrumental

Pacote fechado não é confiável por si: alguém precisa ler a embalagem — e pode ser você.

Antes de abrir, confira quatro coisas

1. **Integridade** — sem furos, rasgos, dobras abertas, manchas ou sinal de umidade.
2. **Identificação** — conteúdo, data, lote e responsável.
3. **Validade** — respeitada e legível.
4. **Indicadores** — o externo virou de cor? O interno confirma a exposição aos parâmetros?

Como se abre um pacote

Quem abre é sempre a pessoa **não paramentada**. A sequência evita que um braço passe por cima do conteúdo exposto:

1. **Confira e posicione**
   No centro da mesa ou apoiado na mão, abertura para longe de você.
2. **Aba distal primeiro**
   A mais longe de você.
3. **Depois as duas laterais**
   Uma de cada vez, sem cruzar o campo.
4. **Por último, a proximal**
   Puxando na sua direção. Não toque o conteúdo: ofereça a quem está paramentado ou deposite no centro da mesa, sem se debruçar.

⚠ A FITA ZEBRADA NÃO DIZ QUE ESTÁ ESTÉRIL

O indicador **externo** prova só que o pacote *passou pelo processo*. O **interno** atesta a exposição aos parâmetros; o **biológico**, com esporos-teste, monitora o processo. **Nenhum deles comprova que aquele item está estéril**. PRINCÍPIO

⊗ ERRO CLÁSSICO

Abrir a aba de cima primeiro e depois esticar o braço por cima do campo exposto para alcançar as laterais. O conteúdo fica contaminado pela sua manga — e ninguém vê.

ESTERILIDADE DEPENDE DE EVENTO

A esterilidade se perde principalmente quando **acontece algo com o pacote**: a embalagem se rompe, molha, cai, é muito manipulada ou fica mal guardada. Por isso a inspeção visual vale tanto quanto a data — mas **a validade é de cumprimento obrigatório**: vencido ou duvidoso, volta para a CME. NORMA

☆ A CONTAGEM DE COMPRESSAS

Compressas, gazes, agulhas e instrumentais são contados **em voz alta e por duas pessoas**: antes de começar, antes de fechar cada cavidade e antes de fechar a pele.

Conta divergente: **interrompe-se o fechamento**, comunica-se, **reconta-se**, procura-se no campo, nas mesas e no chão e revisa-se a ferida. Persistindo, faz-se **imagem conforme o protocolo**. NORMA

Compressa de cavidade tem **fio radiopaco**. Gaze comum, sem fio, nunca entra em cavidade.

As três mesas da sala

MESA DE MAYO

Pequena, sobre as pernas do paciente. Guarda só o instrumental **em uso imediato**. É a mesa que o instrumentador mantém ao alcance da mão.

MESA DE INSTRUMENTAL

A mesa grande (*back table*), com todo o material organizado por tempo cirúrgico. Fica atrás do instrumentador, dentro do perímetro estéril.

MESA AUXILIAR

Material extra, próteses, soluções e peças cirúrgicas. Também estéril: valem as mesmas regras de nível e de borda.

O instrumental que você precisa reconhecer

Você não precisa instrumentar no primeiro dia. Precisa **saber nomear o que está vendo** — é isso que permite acompanhar a cirurgia em vez de apenas assistir.

FUNÇÃO	PARA QUÊ	INSTRUMENTOS TÍPICOS
Diérese	Cortar, separar tecidos	Cabo e lâmina de bisturi; tesoura de **Metzenbaum** (tecidos delicados); tesoura de **Mayo** (tecidos resistentes e fios); eletrocautério
Preensão	Segurar e apresentar tecidos	Pinça **anatômica** (lisa) e **dente de rato**; **Allis**; **Babcock**; **Kocher**; **Foerster** (Cheron), usada com gaze na antissepsia
Hemostasia	Interromper sangramento	**Halsted** (“mosquito”); **Kelly**; **Crile**; **Mixter** (ângulo reto, para dissecar e passar fios)
Exposição	Afastar e manter o campo aberto	**Farabeuf**; afastador de **Volkmann** (“rastelo”); **Doyen**; **Gosset**; **Finochietto** (torácico)
Síntese	Aproximar e fechar	Porta-agulha de **Mayo-Hegar**; agulhas retas e curvas; fios absorvíveis e inabsorvíveis; grampeadores

Esta é a classificação do ***instrumental por função****. Os* ***tempos cirúrgicos*** *fundamentais são outros quatro: diérese, hemostasia, exérese e síntese.*

SE VOCÊ FOR INSTRUMENTAR

Entregue o instrumento com firmeza, **cabo primeiro**, na palma da mão de quem opera, de modo que ele não precise desviar os olhos do campo. Pinças e tesouras vão com a curvatura acompanhando a mão e a ponta **para baixo**. **Bisturi e agulha não se passam de mão em mão**: vão pela zona neutra (capítulo 8).

POR QUE A CONTAGEM É LEVADA TÃO A SÉRIO

Corpo estranho retido é considerado um **evento que jamais deveria acontecer** e é de notificação obrigatória. Daí o silêncio durante a contagem: é um momento de conferência, como o *time out*.

LEVE DESTE CAPÍTULO

1. Antes de abrir: **integridade, identificação, validade, indicadores**. Nenhum deles, sozinho, prova esterilidade.
2. Abertura: **distal → laterais → proximal**, sem cruzar o campo.
3. Os **cinco grupos de instrumental** e um exemplo de cada.

CAPÍTULO VIII

Quando dá errado: contaminação e acidente

Todo mundo contamina algo em algum momento. O que conta são os cinco segundos seguintes.

Situação por situação

O QUE ACONTECEU	O QUE SE FAZ
Sua luva tocou máscara, gorro, rosto ou cabelo	Afaste-se do campo e **troque a luva** com auxílio do circulante. Se a manga também encostou, troque o avental inteiro
A luva furou ou rasgou	Troca imediata. Verifique a sua pele; houve lesão? Acione o protocolo de acidente biológico
Instrumento, fio ou compressa caiu abaixo do nível do campo	**Não recolha.** Avise o circulante, que retira do chão e repõe. O item que caiu entra na contagem
O campo molhou com solução não estéril	Área contaminada: cobre-se com campo impermeável estéril ou troca-se o campo
Alguém não paramentado esbarrou na mesa ou no seu avental	Fale na hora. A área tocada é coberta ou trocada — e o avental, se o contato foi na frente, é substituído
Furo, mancha ou umidade na embalagem percebidos *depois* de abrir	O conteúdo é desprezado, ainda que pareça intacto. Peça outro pacote
Um fio de cabelo seu caiu no campo	Avise imediatamente. O fio é **não estéril**: é retirado com pinça por quem está paramentado e a **área de contato passa a ser tratada como contaminada** — cobre-se ou troca-se o campo/material conforme o POP. Ajuste o gorro **fora** do campo
Você não tem certeza se contaminou	Trate como contaminado. Sempre

⚠ **NÃO TENTE "CONSERTAR" SOZINHO**

Limpar o instrumento na compressa, secar o campo molhado com gaze, esconder a mão debaixo do avental, recolher discretamente o que caiu — nada disso resolve, tudo isso piora, e é exatamente o tipo de coisa que a equipe percebe.

CULTURA DE SEGURANÇA

Serviços com boa cultura tratam o relato de incidentes como **informação**, não como delação ou fraqueza. Se você avisar e alguém reagir mal, o problema é do serviço — não do seu aviso. Continue avisando.

O algoritmo dos cinco segundos

1 · PARE

Interrompa o movimento onde está. Não continue o gesto "só para terminar" e não encoste em nada novo.

2 · AFASTE

Um passo para trás, mãos à frente e acima da cintura. Se a contaminação foi nas mãos, elas ficam paradas no ar.

3 · AVISE

Em voz clara: **"contaminei a minha luva direita."** Diga o que foi, sem desculpas longas. A equipe precisa da informação, não da sua vergonha.

4 · TROQUE

Luva, avental, campo ou instrumento — o que estiver comprometido é substituído com auxílio do circulante.

5 · RETOME

Volte à posição e siga. Sem se justificar o resto da cirurgia e sem se paralisar: o incidente acabou quando foi corrigido.

☆ REGRA DE OURO

Contaminação **vista e comunicada** é um incidente resolvido em trinta segundos. Contaminação **vista e escondida** é um risco que segue com o paciente para a enfermaria e volta como infecção duas semanas depois — quando ninguém mais vai conseguir ligar uma coisa à outra.

Furou, cortou ou respingou

1 · Cuide da área AGORA

Pele: água e sabão. **Mucosas** (olho, boca, nariz): água ou soro fisiológico em abundância. **Não esprema** e **não use álcool, hipoclorito ou éter** — aumentam a lesão e não reduzem o risco.

2 · Avise na hora ANTES DE TUDO

Comunique ao preceptor e ao responsável pelo setor, e afaste-se do campo. É **urgência**, não assunto para o fim do plantão.

3 · Serviço de referência IMEDIATAMENTE

Procure atendimento **na hora** — idealmente nas **primeiras 2 horas**, mas nunca deixe de ir por ter passado desse prazo. Pronto atendimento, saúde do trabalhador ou o serviço que a instituição designar, para avaliar a exposição e a sorologia da fonte e a sua.

4 · Profilaxia, quando indicada HIV: ATÉ 72 H

HIV: PEP iniciada o mais cedo possível, com limite de 72 h, por 28 dias. **Hepatite B**: depende do status vacinal — pode incluir vacina e imunoglobulina. **Hepatite C**: não há profilaxia; faz-se seguimento sorológico e tratamento precoce se houver infecção.

5 · Registre e acompanhe

O acidente é **notificado** e registrado formalmente pela instituição — inclusive para estudantes. Não abandone o seguimento por se sentir bem.

⊗ O ERRO QUE CUSTA CARO

"Depois eu vejo isso." O relógio da profilaxia começa a contar no instante do acidente. Nenhum ponto, nenhuma anastomose e nenhuma vontade de não atrapalhar justifica adiar o atendimento.

A LUVA FURA SEM VOCÊ SENTIR

Perfurações de luva são frequentes em cirurgia e, na maioria das vezes, **passam despercebidas** por quem as usa. Daí três condutas de rotina: o **duplo enluvamento** (de preferência com luva indicadora, que denuncia o furo por uma mancha escura), a **troca programada** em cirurgias longas e a troca imediata após manipular osso, fio de aço ou instrumento pontiagudo.

POR QUE REGISTRAR MUDA A CONDUTA

Uma **quebra grosseira de técnica asséptica** reclassifica a ferida — uma cirurgia limpa passa a contaminada (capítulo 2). Essa mudança pode alterar a decisão sobre antibiótico e a vigilância do pós-operatório. É por isso que o evento precisa ser dito em voz alta e registrado: não é confissão de culpa, é informação clínica que alguém vai usar depois.

Biossegurança: como você se protege

PERFUROCORTANTES

- **Nunca reencape agulhas.** É vedado pela NR-32 e é nesse gesto que a maioria dos acidentes acontece.
- Não desconecte a agulha da seringa com as mãos, não entorte, não quebre.
- Descarte **você mesmo**, imediatamente, em recipiente rígido próprio, sem ultrapassar o limite de preenchimento.
- Não transporte perfurocortante na mão junto com outros materiais.

A ZONA NEUTRA

Muitos serviços não passam perfurocortante de mão em mão: define-se uma cuba ou campo — a **zona neutra** — onde quem entrega deposita o bisturi ou o porta-agulha e **anuncia em voz alta**; o outro só então retira. Duas mãos nunca seguram a mesma lâmina ao mesmo tempo.

> ⚠ **VACINAÇÃO É PRÉ-REQUISITO**
>
> Antes de qualquer atividade prática, o esquema vacinal deve estar completo — com destaque para a **hepatite B**, com comprovação de resposta vacinal quando indicado. A NR-32 obriga o serviço a **oferecer** a vacinação; a comprovação para estudante vem do convênio com a faculdade — na prática, leve o cartão atualizado: quase sempre é condição para entrar.

FUMAÇA CIRÚRGICA

O eletrocautério e o bisturi ultrassônico geram aerossóis com partículas ultrafinas, compostos químicos e material celular. A máscara cirúrgica comum **não filtra** essas partículas adequadamente. Onde houver exaustor de fumaça, ele deve estar ligado e próximo à fonte.

RADIAÇÃO IONIZANTE

Em cirurgias com arco em C valem três princípios: **tempo** (o menor possível), **distância** (a exposição cai rapidamente ao se afastar) e **blindagem**. Se precisar permanecer na sala durante a fluoroscopia, siga o protocolo de radioproteção do serviço e use o EPI indicado — avental plumbífero e protetor de tireoide. **Se a sua presença não é necessária naquele momento, afaste-se ou fique atrás do biombo.** POP LOCAL

> ⊗ **ERRO CLÁSSICO**
>
> Acadêmico de pé ao lado do arco em C "para ver a imagem", sem avental, porque "é só um disparo". A dose é cumulativa ao longo da formação inteira.

> ⚠ **SE VOCÊ COMEÇAR A PASSAR MAL**
>
> Calor súbito, náusea, zumbido, visão escurecendo, suor frio: são os avisos da lipotimia, e vêm *antes* da queda. Conduta única: diga em voz alta **"vou me afastar"**, saia do campo, **agache ou sente no chão** longe da mesa e peça ajuda. Não resista de pé, não segure na mesa, não encoste em quem está paramentado. Desmaiar é constrangedor; desmaiar *sobre o campo* é evento adverso.

Você também é um corpo naquela sala

POSTURA

Não trave os joelhos — é o caminho mais rápido para a lipotimia. Distribua o peso e contraia as panturrilhas de tempos em tempos.

TEMPERATURA

A sala é fria, mas debaixo do avental e do foco você esquenta. Calor súbito com náusea é sinal de alerta, não frescura.

LIMITE

Cansaço, fome e sono pioram julgamento e coordenação. Saber a hora de se afastar é competência profissional, não desistência.

LEVE DESTE CAPÍTULO

1. Contaminou? **Pare · afaste · avise · troque · retome.**
2. Acidente biológico: **água e sabão, sem espremer, sem álcool**; atendimento **imediato** (idealmente em 2 h), PEP até **72 h**.
3. **Nunca reencape agulha** — e descarte você mesmo, na hora.

CAPÍTULO IX

Quem é quem, o seu lugar e a sua conduta

Cada pessoa ali tem uma posição e uma função — saber quem é quem decide com quem você fala.



Figura 8. Posições típicas da equipe. A disposição varia com o procedimento e o lado operado, mas a lógica se mantém: a equipe paramentada ocupa o centro, a anestesia fica na cabeceira, o circulante trabalha por fora e o acadêmico entra onde for indicado.

> ⚠ **A DIVISÓRIA QUE MUDA TUDO**
>
> Existe uma linha — real ou imaginária — entre o campo cirúrgico e a cabeceira, onde trabalha a anestesia. Aquele lado **não é área estéril**: quem está paramentado não se debruça sobre ele, e quem está na cabeceira não toca no campo.

A quem você fala o quê

Quero entrar na sala	Ao **preceptor** e ao **cirurgião responsável** — antes de abrir a porta
Quero me aproximar, auxiliar ou paramentar	Ao **cirurgião**. A autorização é dele, não do colega que já está lá
Preciso de algo não estéril: banco, abrir um pacote, ajustar o foco	Ao **circulante** — é exatamente a função dele
Dúvida sobre instrumental ou sobre a mesa	Ao **instrumentador**, combinando antes com o cirurgião
O paciente está acordado e falou comigo	Responda com cuidado e avise o **anestesista**, que conduz a cabeceira
Contaminei alguma coisa	**Em voz alta, para todos.** Quem resolve materialmente é o circulante
Vou passar mal	Diga **"vou me afastar"** e saia do campo — a qualquer pessoa, sem pedir licença

As funções, uma a uma

QUEM	PARAMENTADO?	O QUE FAZ — E O QUE VOCÊ PEDE A ESSA PESSOA
Cirurgião	Sim	Conduz o procedimento e responde por ele. É dele a autorização para você entrar, se aproximar ou auxiliar
1º auxiliar	Sim	Em frente ao cirurgião. Expõe o campo, afasta, aspira, corta fios e antecipa o próximo passo
2º auxiliar	Sim	Mantém afastadores e ajuda na exposição. Costuma ser o posto do estudante que já domina a paramentação
Instrumentador	Sim	Organiza e entrega o instrumental, controla a mesa e participa da contagem de compressas
Circulante	Não	Elo entre o campo estéril e o mundo exterior: abre pacotes, serve soluções, busca material. **É a quem você avisa quando algo contamina**
Anestesiologista	Não	Responsável pelo manejo anestésico e pela estabilidade do paciente. Trabalha na cabeceira. Na indução e no despertar, só a comunicação necessária ao cuidado
Residente	Depende	Pode ocupar qualquer posição da equipe. É quem mais ensina o acadêmico — e quem você procura primeiro
Acadêmico	Depende	Observa ou auxilia, conforme autorização e domínio da técnica asséptica

O seu lugar

✓ **O QUE VOCÊ PODE FAZER**

- Pedir para observar, dizendo quem é você e de onde vem
- Perguntar *antes* de agir: "posso me aproximar?"
- Paramentar-se quando autorizado e assumir a função que lhe derem
- Fazer perguntas técnicas nos tempos calmos
- Avisar sobre qualquer contaminação que vir, de quem quer que seja
- Dizer que precisa sair se estiver passando mal

✗ **O QUE VOCÊ NÃO FAZ**

- Entrar na sala sem que alguém saiba que você está ali
- Tocar em qualquer coisa "só para ver o que é"
- Mudar de posição sem avisar
- Conversar na indução, no *time out* ou na contagem
- Opinar sobre conduta durante o procedimento
- Insistir para auxiliar quando já disseram não

Antes de entrar

01 **Peça autorização.** Do preceptor, do cirurgião responsável e da coordenação. Estar matriculado não é passe livre.

02 **Chegue antes de todo mundo.** Vinte a trinta minutos. A cirurgia não espera o estudante.

03 **Coma e hidrate-se.** A maior causa de acadêmico desmaiando é jejum + noite mal dormida + calor + imobilidade.

04 **Apresente-se a todos.** Circulante, instrumentador, anestesiologista e enfermagem — você vai depender deles a tarde inteira.

05 **Apresente-se ao paciente como estudante** e confirme com a equipe que ele foi informado e concorda com a sua presença. Ele pode recusar estudantes — e isso se respeita sem cara feia. O consentimento formal do procedimento é da equipe habilitada, não seu.
NORMA

06 **Estude o caso antes:** diagnóstico, cirurgia proposta e anatomia da região.

07 **Celular guardado e silencioso.** Não é ambiente para notificação, nem para "só conferir uma coisa".

Dentro da sala

08 **Fique onde mandaram ficar** — e permaneça ali. Mudar de posição por conta própria é se mover num tabuleiro que você ainda não entende.

09 **Mãos sob controle.** Paramentado: à frente e acima da cintura, sempre à vista. Não paramentado: longe do campo e das superfícies estéreis, sem se apoiar em nada.

10 **Não encoste em nada por iniciativa própria.** Nem mesa, nem foco, nem paciente, nem aparelho de anestesia. A frase é sempre "*posso?*"

11 **Sem conversa na indução, no *time out* e na contagem.** Elimina-se o que não é essencial; a comunicação necessária ao cuidado continua. São os três momentos de maior risco de erro.

12 **Pergunte na hora certa.** Não durante sangramento, dissecção delicada ou intercorrência. Os tempos calmos existem.

13 **Não obstrua a visão nem o foco.** Você quer enxergar; a equipe *precisa*. Fazendo sombra, recue antes que peçam.

14 **Cada saída e entrada custa caro.** Abrir a porta desfaz a pressão. Decida antes se vai ficar.

15 **Não se apoie em nada.** Nem mesa, nem paciente, nem parede, nem no ombro de quem está paramentado.

16 **Avise se algo contaminar**, inclusive se não foi você. Ninguém reclama por ter sido avisado; muita gente se arrependeu de ficar calada.

Palavra, imagem e sigilo

17 **O paciente acordado escuta tudo.** Raquianestesia, bloqueio e sedação leve mantêm a audição preservada. "Nossa, é maior do que parecia", "que caso complicado", risadas e comentários sobre o corpo dele atravessam o campo e ficam com a pessoa para sempre. Fale como se ele estivesse ouvindo — porque provavelmente está.

18 **Você não fotografa nem filma.** Em aparelho pessoal ou para rede social, nunca — inclusive no grupo da turma. Registro institucional de ensino só acontece sob protocolo, com consentimento específico e autorização, e não é o estudante quem o faz. Rosto coberto não resolve: tatuagem, cicatriz e até o quadro da sala identificam alguém. NORMA

19 **O sigilo não termina na porta do bloco.** Dados de saúde são dados pessoais sensíveis, protegidos por lei, e o sigilo é dever ético de toda a equipe — estudantes incluídos. Não comente o caso no corredor, no elevador, no restaurante da esquina nem em grupo de mensagens. Discussão de caso se faz em ambiente acadêmico, sem identificação do paciente.

20 **Agradeça — e volte.** Ao final, agradeça à equipe pelo nome e ajude a organizar o que for permitido. O acadêmico que se comporta bem é chamado de novo; o que atrapalha uma vez leva meses para conseguir a segunda chance.

✓ FRASES QUE FUNCIONAM

— "Posso perguntar uma coisa antes de fazer?"

— "Contaminei a minha luva."

— "Passando atrás."

— "Prefere que eu fique deste lado ou daquele?"

— "Estou me sentindo mal, vou me afastar."

— "Obrigado — posso voltar em outra cirurgia?"

✗ FRASES QUE FECHAM PORTAS

— "Deixa que eu pego."

— "Acho que na aula o professor falou diferente."

— "Só uma fotinho, ninguém vai saber."

— "Já vi esse procedimento no YouTube."

— "Tô bem, tô bem" — dito pálido, encostado na mesa.

— Qualquer coisa dita durante o *time out*.

☆ AS VINTE REGRAS EM UMA FRASE

Você é convidado, não anfitrião: chegue na hora, cumprimente todo mundo, não mexa no que não é seu, fale pouco e avise se quebrar alguma coisa. **O que a equipe avalia não é o quanto você sabe de anatomia** — é se você chega no horário, fica onde foi colocado, pergunta antes de agir e avisa quando erra.

☑ LEVE DESTE CAPÍTULO

1. Avise o **circulante** quando algo contaminar; pergunte ao **cirurgião** onde ficar.
2. **Silêncio** na indução, no *time out* e na contagem; **zero** foto ou vídeo, sempre.

CAPÍTULO X

Cirurgia segura e segurança do paciente

Operar o lado errado ou esquecer uma compressa parece impossível — e acontece todo ano.

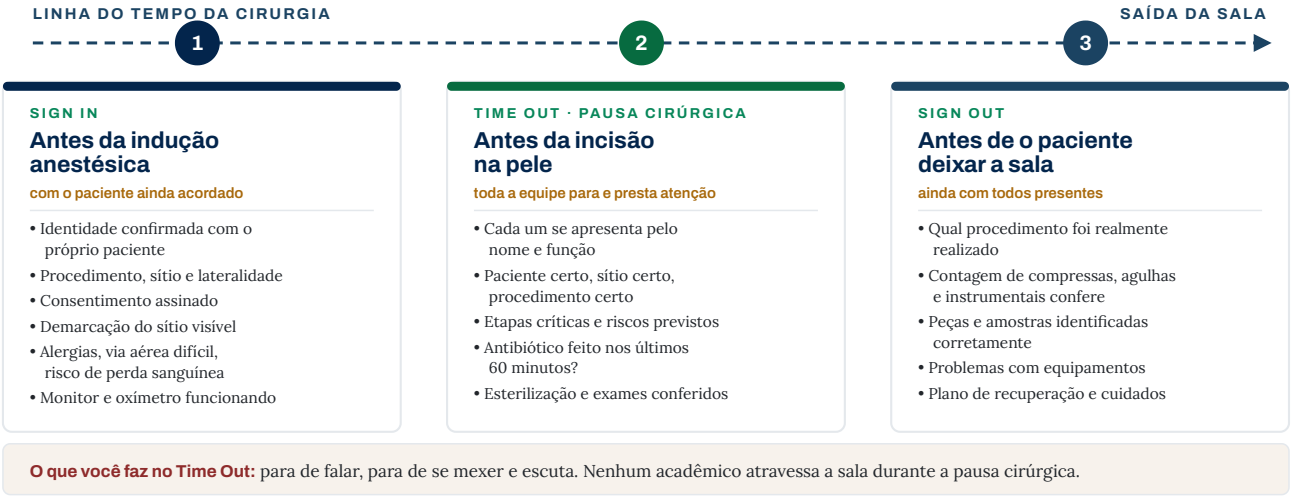


Figura 9. Os três momentos da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (Protocolo para Cirurgia Segura, Ministério da Saúde / OMS).

DE ONDE VEM

Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013) e RDC ANVISA nº 36/2013. O **Protocolo para Cirurgia Segura** é o Anexo 03 da Portaria GM/MS nº 1.377/2013.

QUEM CONDUZ

Um profissional que esteja participando da cirurgia — médico ou da enfermagem. Não é "burocracia da enfermagem": é checagem **de toda a equipe**, em voz alta, com todos parados.

O SEU PAPEL

Você para, cala, escuta e confere junto. Percebeu divergência de lado, procedimento, alergia ou exame? **Fale.** A lista existe justamente para que a pessoa mais júnior da sala possa levantar a mão.

A demarcação do sítio cirúrgico

- Feita por **médico da equipe cirúrgica**, antes do encaminhamento à sala e, **sempre que possível, com o paciente acordado** — porque quem confirma o lado é ele.
- Obrigatória sempre que houver **lateralidade**, múltiplas estruturas (dedos, artelhos) ou múltiplos níveis (vértebras).
- Caneta dermográfica, símbolo padronizado pela instituição. Evita-se o "X": é ambíguo. POP LOCAL
- A marca deve **permanecer visível após a antissepsia** e a colocação dos campos.

EVENTOS QUE JAMAIS DEVERIAM OCORRER

- Cirurgia em **local** errado
- Cirurgia em **paciente** errado
- **Procedimento** errado
- **Corpo estranho retido** (compressa, agulha, instrumento)

São de notificação obrigatória e quase sempre resultam de **falha de comunicação** — não de falta de conhecimento técnico.

Os seis protocolos básicos de segurança do paciente

A cirurgia segura é um deles. Vale conhecer os seis: reaparecem em todo estágio e em boa parte das provas de residência.

PROTOCOLO	IDEIA CENTRAL
Identificação do paciente	**No mínimo dois identificadores** definidos pelo protocolo da instituição — nome completo, data de nascimento, nome da mãe ou número de prontuário. **Nunca o número do leito**
Higiene das mãos	Os **cinco momentos**, com adesão medida e devolvida à equipe
Cirurgia segura	Lista de verificação em **três momentos**, demarcação do sítio e contagem de compressas
Segurança na prescrição e no uso de medicamentos	Os "certos" da administração; atenção redobrada aos medicamentos potencialmente perigosos
Prevenção de quedas	Avaliação de risco na admissão e reavaliação periódica
Prevenção de lesão por pressão	Avaliação de risco e proteção de proeminências, inclusive no posicionamento

POSICIONAMENTO TAMBÉM É SEGURANÇA

Posições forçadas por horas geram **lesão por pressão** e **lesão nervosa periférica** — plexo braquial na hiperabdução do braço, nervo ulnar no apoio do cotovelo, fibular comum na litotomia. Se você ajudar a posicionar, faça só o que lhe pedirem e nunca force uma articulação além da amplitude fisiológica.

Cada posição tem o seu ponto de compressão; em todas, o cuidado é o mesmo: proeminências acolchoadas, articulações neutras e ninguém apoiado sobre o paciente.

NORMA, DIRETRIZ E ROTINA

Norma (RDC, portaria, NR) é de cumprimento obrigatório. **Diretriz** (OMS, sociedades) é recomendação baseada em evidência. **Rotina** ou POP é a tradução das duas para aquele serviço. Siga o POP *quando compatível* com a legislação e as diretrizes: **um POP não se sobrepõe a norma legal nem a princípio essencial de segurança**. Divergência vai ao preceptor, à CCIH/SCIH ou ao NSP.

FALAR AGORA OU DEPOIS? A REGRA É O RISCO

Risco imediato: fale na hora. Paciente ou lado errado, alergia não considerada, contagem divergente, quebra do campo estéril, exposição ocupacional, risco de incêndio. O protocolo de cirurgia segura diz o mesmo: item não conforme na checagem, a equipe não prossegue até resolver.

NORMA

Divergência de rotina, sem risco imediato: depois. Em particular e sem tom de denúncia — "vi que aqui usam lâmina para tricotomia; existe algum motivo?". Enquanto isso, cumpra você a conduta correta.

LEVE DESTE CAPÍTULO

1. **Sign in** (antes da indução) · **Time out** (antes da incisão) · **Sign out** (antes de o paciente sair).
2. Demarcação por **médico da equipe**, com o paciente acordado sempre que possível, obrigatória em lateralidade.
3. Os **seis protocolos** do PNSP e os quatro eventos que jamais deveriam ocorrer.

TREINAR · 1

Dez cenas: o que está errado aqui?

Liste os erros de cada cena antes de virar a página. São 41 no total, e nenhuma tem um só.

CENA 1 A chegada

Ana chega atrasada. Veste o pijama privativo, põe o jaleco branco por cima "porque está frio", ajusta o gorro deixando a franja de fora e pendura o crachá num cordão comprido. Vai direto à sala 2, onde a cirurgia já começou, e entra.

CENA 2 Depois do lavabo

João escova as mãos por quatro minutos, corretamente, da mão para o cotovelo. Ao terminar, percebe que a máscara escorregou do nariz. Ajeita a máscara com o dorso da mão, seca-se com a compressa estéril e se paramenta.

CENA 3 A abertura do pacote

*O circulante coloca o pacote de aventais sobre a mesa auxiliar, **sem conferir rótulo, validade e indicadores**, abre primeiro a aba mais próxima dele e em seguida estica o braço por cima do conteúdo já exposto para abrir as duas abas laterais.*

CENA 4 A pinça

Uma pinça escorrega da mesa de Mayo e fica pendurada no campo que cobre a lateral da mesa cirúrgica, bem abaixo do tampo. O instrumentador a recolhe e devolve à mesa, comentando: "nem chegou a cair no chão".

CENA 5 A conversa

Paciente sob raquianestesia, acordado. Ao abrir a cavidade, o residente comenta em voz alta: "Nossa, está bem pior do que a tomografia mostrava." Dois auxiliares riem e a conversa segue sobre o caso.

CENA 6 A espera

Maria, já paramentada, aguarda o início da cirurgia. Cruza os braços sobre o peito para se aquecer. Sente coceira no nariz e coça por cima da máscara com o dorso da luva. Depois volta a apoiar as mãos, cruzadas, sobre o tórax.

CENA 7 A pausa cirúrgica

Durante o time out, dois acadêmicos comentam baixinho, no fundo da sala, a prova da semana seguinte. Ao mesmo tempo, o circulante abre a porta e sai para buscar uma caixa de material que faltou.

CENA 8 O acidente

Ao ajudar a cortar o fio, Pedro fura o dedo com a agulha. Ele espreme o local até sair sangue, pede álcool 70% ao circulante, passa no dedo, calça outra luva e decide avisar quando a cirurgia terminar, "para não atrapalhar".

CENA 9 O preparo

Na véspera, a equipe remove os pelos do abdome do paciente com lâmina de barbear. No dia, o cirurgião orienta: "faz o antibiótico assim que a gente fechar a pele". A cirurgia é uma colecistectomia eletiva.

CENA 10 A plateia

A sala está com oito pessoas: cinco da equipe e três acadêmicos. Um deles, sem paramentação, se debruça sobre o campo para enxergar a anastomose e apoia a mão na borda da mesa cirúrgica. A porta é aberta duas vezes nesse intervalo.

COMO SE AVALIA

1. 1 ponto por erro. **Acima de 30**: bom desempenho neste exercício. **20 a 30**: releia as Partes II e III. **Abaixo de 20**: releia o manual antes de entrar. O resultado **não certifica competência prática** nem substitui treinamento supervisionado.
2. Em grupo, dê uma cena para cada dupla, três minutos para listar os erros e apresentação em voz alta — fixa muito mais do que ler o gabarito sozinho.

Gabarito comentado

Cena 1 · A chegada — 5 erros

(1) Jaleco branco, peça de circulação livre pelo hospital, usado por cima da vestimenta privativa dentro do bloco. **(2)** Gorro que não cobre todo o cabelo — a franja de fora é fonte direta de contaminação. **(3)** Crachá em cordão comprido, que balança sobre o campo e não pode ser higienizado. **(4)** Entrar em sala operatória sem que a equipe saiba que ela está ali. **(5)** Abrir a porta de uma sala com cirurgia em andamento sem necessidade — cada abertura desfaz o diferencial de pressão. Atraso não é justificativa: quem chega depois da incisão pede orientação antes de entrar.

Cena 2 · Depois do lavabo — 3 erros

(1) Tocar o próprio rosto depois da antissepsia cirúrgica — o dorso da mão está tão preparado quanto a palma, e a máscara não é estéril. **(2)** Não refazer a escovação após a contaminação: a conduta correta seria voltar ao lavabo e repetir o procedimento completo. **(3)** A máscara deveria ter sido ajustada *antes* da escovação — é justamente por isso que gorro e máscara vêm primeiro na sequência de paramentação.

Cena 3 · A abertura do pacote — 3 erros

(1) Ordem de abertura invertida: abre-se primeiro a aba *distal*, depois as laterais e, por último, a proximal. **(2)** Passar o braço por cima do conteúdo estéril já exposto — a manga contamina o que está embaixo. **(3)** Abrir sem conferir integridade, validade e indicador químico. A conferência é parte do procedimento, não um cuidado opcional — e nenhum indicador isolado prova que o conteúdo está estéril.

Cena 4 · A pinça — 3 erros

(1) Tudo que cai **abaixo do nível do campo** está contaminado — tocar o chão é irrelevante, porque o campo pendente já não é estéril. **(2)** Recolher e devolver o item à mesa, em vez de entregá-lo ao circulante e pedir reposição. **(3)** Racionalizar a contaminação em voz alta ("nem chegou a cair") — o raciocínio "foi de leve" é o começo da maioria das quebras de técnica. A pinça ainda deve ser registrada na contagem.

Cena 5 · A conversa — 4 erros

(1) Comentar achado e prognóstico com o paciente acordado — sob raquianestesia a audição está preservada e o impacto psicológico é real e duradouro. **(2)** Rir durante o procedimento, o que o paciente inevitavelmente interpreta como sendo a seu respeito. **(3)** Conversa não essencial durante o ato operatório, que dispersa gotículas e distrai a equipe. **(4)** Discutir o caso na sala em vez de reservar a conversa técnica para o momento e o lugar adequados.

Cena 6 · A espera — 4 erros

(1) Cruzar os braços leva as mãos estéreis à região axilar, que não é estéril. **(2)** Tocar a máscara com a luva contamina a luva. **(3)** Não trocar a luva depois disso. **(4)** A posição correta de espera é com as mãos juntas à frente do corpo, entre a cintura e o tórax — e nunca apoiadas em outra parte do avental.

Cena 7 · A pausa cirúrgica — 4 erros

(1) Conversa durante o *time out*, que exige atenção de todos os presentes, sem exceção. **(2)** Assunto pessoal dentro da sala operatória. **(3)** Circulação e abertura de porta durante a pausa cirúrgica — o momento é de parada total. **(4)** Material faltando na sala no início do procedimento indica falha de conferência prévia, item que a própria lista de verificação deveria ter capturado.

Cena 8 · O acidente — 5 erros

(1) Espremer o local, o que aumenta a lesão tecidual sem reduzir o risco de transmissão. **(2)** Usar álcool sobre a ferida — cáusticos e antissépticos irritantes são contraindicados; lava-se com água e sabão. **(3)** Adiar a comunicação: o acidente deve ser informado imediatamente. **(4)** Perder a janela ideal de atendimento, de cerca de duas horas, relevante para a profilaxia pós-exposição. **(5)** Permanecer no procedimento em vez de se afastar, ser avaliado e ter o acidente formalmente registrado e notificado.

Cena 9 · O preparo — 5 erros

(1) Remoção de pelos com **lâmina**, que produz microlesões e aumenta o risco de infecção de sítio cirúrgico. **(2)** Realizada **na véspera** — quanto maior o intervalo até a incisão, maior a colonização das microlesões. **(3)** Fazê-la sem indicação clara: a recomendação é *não remover* pelos, salvo quando interferirem no procedimento. **(4)** Antibioticoprofilaxia administrada **após** a cirurgia, quando ela precisa estar em pico sérico no momento da incisão — até 60 minutos antes. **(5)** Prescrever antibiótico "por segurança" sem critério: em colecistectomia eletiva de baixo risco a profilaxia **não** é indicada — e, quando é, a dose vai antes da incisão, nunca depois. Quem decide é o risco do paciente e a rotina do serviço, não o hábito.

Cena 10 · A plateia — 5 erros

(1) Observadores sem função definida na sala: cada pessoa a mais significa mais circulação, mais aproximação do campo e mais partículas no ar. Não existe um número universal — existe gente sem motivo para estar ali. **(2)** Acadêmico não paramentado a menos de 30 cm do campo. **(3)** Debruçar-se **sobre** o campo estéril, o pior movimento possível para quem não está paramentado. **(4)** Apoiar a mão na mesa cirúrgica, contaminando-a. **(5)** Duas aberturas de porta desnecessárias durante o procedimento. A conduta correta do estudante, aqui, seria recuar — ou ceder o lugar e sair.

O PADRÃO POR TRÁS DAS DEZ CENAS

Quase nenhum erro exigiu conhecimento avançado. Quase todos vêm de cinco causas simples: **pressa** (cenas 1 e 3), **tocar o próprio corpo sem pensar** (2 e 6), **racionalizar uma contaminação** (4 e 10), **medo de atrapalhar** (8) e **tratar a norma como formalidade** (7 e 9). A cena 5 é a única em que o dano não é microbiológico.

CHECKLIST 1 DE 2

Antes de entrar e se paramentar

Confira no vestiário e no lavabo. Se qualquer item falhar, volta-se ao passo anterior — daqui para a frente não se improvisa.

AUTORIZAÇÃO E HORÁRIO

- [ ] Autorização do preceptor / cirurgião responsável
- [ ] Cheguei 20 a 30 minutos antes
- [ ] Já sei em qual sala vou ficar e com quem
- [ ] Estudei o caso: diagnóstico, cirurgia e anatomia
- [ ] Comi e me hidratei antes

CORPO

- [ ] Unhas curtas, sem esmalte, sem alongamento
- [ ] Sem anel, aliança, relógio, pulseira, brinco ou colar
- [ ] Cabelo totalmente preso
- [ ] Pele das mãos íntegra, sem cortes abertos
- [ ] Cartão de vacina em dia, hepatite B incluída

VESTIMENTA

- [ ] Pijama privativo, blusa por dentro da calça
- [ ] Roupa de rua guardada — o pijama substitui, não cobre
- [ ] Calçado fechado, lavável, exclusivo do bloco
- [ ] Gorro cobrindo cabelo, orelhas e nuca
- [ ] Máscara do nariz ao queixo, clipe nasal moldado
- [ ] Crachá preso, sem cordão solto · celular guardado

ANTES DE CRUZAR A PORTA, PERGUNTE

- [ ] "Onde o senhor prefere que eu fique?"
- [ ] "Vou só observar ou vou me paramentar?"

PREPARO CIRÚRGICO DAS MÃOS · 2 A 5 MIN

- [ ] 1 · Adornos retirados
- [ ] 2 · Mãos e antebraços lavados com degermante
- [ ] 3 · Unhas limpas — limpador de unhas, sem escova na pele
- [ ] 4 · Palma com palma
- [ ] 5 · Dorso das mãos, dos dois lados
- [ ] 6 · Espaços interdigitais, dedos entrelaçados
- [ ] 7 · Polegares, movimento circular
- [ ] 8 · Pontas dos dedos e unhas
- [ ] 9 · Punhos, circular
- [ ] 10 · Antebraços até os cotovelos, sem retornar
- [ ] 11 · Enxágue mão → cotovelo, mãos elevadas
- [ ] 12 · Secagem com toalha estéril, uma face por braço

PARAMENTAÇÃO

- [ ] Entrei empurrando a porta com o ombro, mãos à frente
- [ ] Avental pego pela face interna, desdobrado longe da mesa
- [ ] Mãos dentro dos punhos (técnica fechada)
- [ ] Circulante amarrou as tiras posteriores
- [ ] Luvas cobrindo o punho do avental
- [ ] Mãos juntas à frente, entre a cintura e o tórax

LAAHA · BOAS PRÁTICAS EM CENTRO CIRÚRGICO

DESTAQUE E COLE NO LAVABO

CHECKLIST 2 DE 2

Dentro da sala · Quando dá errado

O que checar durante o procedimento — e o que fazer nos três momentos em que alguma coisa dá errado.

O TEMPO TODO

- [ ] Estou na posição que me indicaram — e não mudei
- [ ] Mãos à frente, acima da cintura, braços não cruzados
- [ ] Não toquei em nada sem perguntar antes
- [ ] Não virei as costas para o campo estéril
- [ ] Não me debrucei sobre o campo nem fiz sombra no foco
- [ ] ≥ 30 cm do campo, se não estou paramentado
- [ ] Porta fechada; não entrei e saí sem necessidade
- [ ] Silêncio na indução, no *time out* e na contagem
- [ ] Nada de celular, foto ou vídeo
- [ ] Falo como se o paciente estivesse ouvindo

SE CONTAMINOU — OS CINCO SEGUNDOS

- [ ] **PARE** o movimento onde está
- [ ] **AFASTE-SE**, mãos paradas à frente
- [ ] **AVISE** em voz clara o que contaminou
- [ ] **TROQUE** o que estiver comprometido
- [ ] **RETOME** sem se justificar

SE FUROU, CORTOU OU RESPINGOU

- [ ] Lavei com água e sabão (mucosa: água ou soro)
- [ ] **Sem espremer, sem álcool ou hipoclorito**
- [ ] Avisei na hora e me afastei do campo
- [ ] Serviço de referência **imediatamente** (meta: 2 h)
- [ ] Acidente registrado e notificado; seguimento marcado

SE VOCÊ COMEÇAR A PASSAR MAL

- [ ] Disse em voz alta “vou me afastar”
- [ ] Saí do campo e agachei ou sentei no chão
- [ ] Não me apoiei na mesa nem em quem está paramentado

OS DEZ NÚMEROS

- [ ] 40–60 s higienização simples · 20–30 s fricção alcoólica
- [ ] Preparo das mãos no tempo do POP, sem interrupção
- [ ] 60 min antibiótico antes da incisão
- [ ] 30 cm de distância · 2,5 cm de borda não estéril
- [ ] 30 dias de vigilância de ISC (90 com implante)
- [ ] Atendimento imediato (meta 2 h) · PEP para HIV até 72 h

LAAHA · BOAS PRÁTICAS EM CENTRO CIRÚRGICO

DESTAQUE E LEVE NO JALECO

GLOSSÁRIO

O vocabulário do bloco

Os termos que você vai ouvir no primeiro dia e não vai poder perguntar o que significam na hora.

A

Antissepsia — eliminação ou redução de micro-organismos em *tecido vivo* (pele, mucosa), com antisséptico.

Área crítica — ambiente com risco aumentado de infecção, onde se fazem procedimentos invasivos. A sala operatória é o exemplo clássico.

Arsenal — sala de guarda do material estéril dentro do bloco.

Assepsia — conjunto de medidas para impedir a introdução de micro-organismos onde eles não estão.

Avental estéril — a bata de quem toca o campo. Estéril só na frente, do tórax à cintura, e nas mangas.

C

Campo cirúrgico — tanto o conjunto de panos estéreis que delimita a área operatória quanto a própria área delimitada.

Circulante — profissional não paramentado que faz a ponte entre o campo estéril e o resto da sala.

CME — Central de Material e Esterilização: processa, esteriliza e guarda os produtos para saúde.

Compressa — tecido absorvente usado no campo. As de cavidade têm fio radiopaco e entram na contagem.

Contaminação — presença de micro-organismos onde não deveriam estar. No bloco: qualquer contato entre estéril e não estéril.

D

Degermação — antissepsia com fricção mecânica e produto degermante. É uma das formas de fazer o preparo cirúrgico das mãos; a outra é a preparação alcoólica de ação residual.

Desinfecção — eliminação de micro-organismos de *superfícies inanimadas*, exceto esporos.

Diérese — o tempo cirúrgico de cortar e separar tecidos.

E

Esterilização — destruição de todas as formas de vida microbiana, esporos inclusive.

Expurgo — sala do material sujo, para onde vai o instrumental usado.

H

Hemostasia — o tempo cirúrgico de conter o sangramento.

I

Indicador biológico — ampola com esporos-teste, usada para validar o processo de esterilização.

Indicador químico — muda de cor conforme a exposição aos parâmetros da esterilização. O externo só indica que o pacote foi processado.

Instrumentador — profissional paramentado que organiza a mesa e entrega o instrumental.

IRAS — Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

ISC — Infecção de Sítio Cirúrgico.

L

Lavabo — bancada do preparo cirúrgico das mãos, na entrada das salas.

Lipotimia — mal-estar com sudorese, náusea, zumbido e escurecimento visual que antecede o desmaio. Frequente em estudantes no primeiro dia.

M

Mesa de instrumental — a mesa grande, com todo o material organizado por função.

Mesa de Mayo — mesa pequena posicionada sobre o paciente, com o instrumental de uso imediato.

Microbiota residente — micro-organismos das camadas profundas da pele; podem ser reduzidos, não eliminados.

Microbiota transitória — adquirida por contato, na superfície da pele; removida pela higienização.

N

Normotermia — manutenção da temperatura corporal do paciente; medida reconhecida de prevenção de ISC.

NSP — Núcleo de Segurança do Paciente, exigido nos serviços de saúde para implantar protocolos e receber notificações.

P

Paramentação — colocação de avental estéril e luvas, após o preparo cirúrgico das mãos.

PEP — profilaxia pós-exposição; no caso do HIV, iniciada o mais precocemente possível, até 72 h.

POP — Procedimento Operacional Padrão: a rotina escrita daquele serviço específico.

Propé — cobertura de calçado. Não substitui calçado exclusivo e não há evidência de que reduza infecção.

S

Sign in · Time out · Sign out — os três momentos da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

Síntese — o tempo cirúrgico de aproximar e fechar os tecidos.

Sítio cirúrgico — a área operada, da pele à cavidade ou ao órgão manipulado.

SRPA — Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

T

Técnica asséptica — o conjunto de regras que impede a contaminação do campo estéril.

Tempo cirúrgico — etapa técnica da operação: diérese, hemostasia, exérese e síntese. Diferente dos *grupos de instrumental* (capítulo 7).

Tricotomia — remoção de pelos da área operatória. Evitada; quando necessária, com tricotomizador elétrico.

Z

Zona neutra — área combinada (cuba ou campo) onde se deposita o perfurocortante, para que ninguém o passe de mão em mão.

☆ LIMPEZA, DESINFECÇÃO, ESTERILIZAÇÃO, ANTISSEPSIA E DEGERMAÇÃO

1. **Limpeza** remove sujidade; **desinfecção** elimina micro-organismos de superfícies inanimadas, poupando esporos.
2. **Esterilização** elimina todas as formas de vida microbiana, esporos inclusive.
3. **Antissepsia** é em tecido vivo; **degermação** é a antissepsia com produto degermante e fricção. Mão preparada **não é mão estéril**.

REFERÊNCIAS · 1

As normas que sustentam a prática

Elaboradas a partir de normas e diretrizes de referência; rotinas variam, confirme no POP do serviço.

NORMA	DO QUE TRATA	O QUE SIGNIFICA PARA VOCÊ NO BLOCO
RDC ANVISA nº 50/2002	Projeto físico de estabelecimentos de saúde; classifica os ambientes em áreas críticas, semicríticas e não críticas	Define a sala operatória como **área crítica** e organiza fluxos e barreiras. As zonas de circulação do capítulo 1 vêm da prática perioperatória e do POP, não desta RDC
RDC ANVISA nº 15/2012	Boas práticas para o processamento de produtos para saúde	Regula a CME: limpeza, preparo, esterilização, indicadores, embalagem e validade — o que você confere antes de abrir um pacote
RDC ANVISA nº 36/2013	Ações para a segurança do paciente em serviços de saúde	Cria o **Núcleo de Segurança do Paciente** e a obrigação de notificar eventos adversos — inclusive os que você presenciar
Portaria GM/MS nº 529/2013	Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)	É o guarda-chuva de tudo: cultura de segurança, notificação e os protocolos nacionais
Portaria GM/MS nº 1.377/2013	Protocolos de higiene das mãos, de prevenção de úlcera por pressão e de **cirurgia segura** (Anexo 03)	É a fonte da Lista de Verificação em três momentos, da demarcação do sítio e da contagem de compressas
Portaria GM/MS nº 2.095/2013	Protocolos de identificação do paciente, prevenção de quedas e segurança na prescrição de medicamentos	Com a portaria anterior, completa os **seis protocolos básicos** de segurança do paciente
NR-32	Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde	**Veda adornos** nas áreas assistenciais, **proíbe reencapar agulhas**, exige dispositivos de segurança, EPI e vacinação do trabalhador
NR-6	Equipamento de proteção individual	Obrigações de fornecimento, uso e conservação dos EPI — inclusive óculos e protetor facial
ABNT NBR 7256	Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde	Fundamenta a filtragem, as trocas de ar e o **diferencial de pressão** das salas — e, portanto, a regra da porta fechada
Lei nº 13.709/2018 (LGPD)	Proteção de dados pessoais; dados de saúde são **dados pessoais sensíveis**	Sustenta a proibição de fotografar, filmar e compartilhar qualquer informação do paciente
Código de Ética Médica	Deveres do médico, incluindo o sigilo profissional	O sigilo vincula também o estudante em atividade prática supervisionada

Normas são revisadas: confirme a versão vigente nos portais oficiais antes de citar qualquer uma.

REFERÊNCIAS · 2

De onde veio cada recomendação

Consulte sempre a versão vigente e, acima de tudo, o POP do serviço em que você estiver.

ATOS NORMATIVOS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002*. Brasília: Anvisa, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012*. Brasília: Anvisa, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Brasília: Anvisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013*: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013*: aprova os protocolos de segurança do paciente — Anexo 03, Protocolo para Cirurgia Segura. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013*: aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Norma Regulamentadora nº 6*: equipamento de proteção individual. Brasília: MTE. Consultar a redação vigente.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Norma Regulamentadora nº 32*: segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília: MTE. Consultar a redação vigente.

BRASIL. *Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018*: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 7256: tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde — requisitos para projeto e execução das instalações. Rio de Janeiro: ABNT. Consultar a edição vigente.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018*: Código de Ética Médica, e alterações posteriores. Brasília: CFM, 2018.

DIRETRIZES E DOCUMENTOS TÉCNICOS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Segurança do paciente em serviços de saúde: higiene das mãos*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa. Consultar a edição vigente — é ela que define técnica, produto e tempo do preparo cirúrgico das mãos.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, caderno 4. Brasília: Anvisa.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Critérios diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde*. Brasília: Anvisa. Consultar a nota técnica vigente — define a janela de vigilância da ISC por tipo de procedimento.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo para cirurgia segura*. Brasília: MS/Anvisa/Fiocruz. Consultar a versão disponibilizada no portal do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de identificação do paciente*. Brasília: MS/Anvisa/Fiocruz.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais*. Brasília: MS. Consultar a versão vigente.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. 2. ed. Genebra: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Genebra: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO guidelines for safe surgery 2009*: safe surgery saves lives. Genebra: WHO, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. *Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde*. São Paulo: SOBECC. Consultar a edição vigente.

ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES. *Guidelines for perioperative practice*: sterile technique; surgical attire. Denver: AORN. Consultar a edição vigente.

LEITURAS RECOMENDADAS PARA APROFUNDAR

GOFFI, F. S. (org.). *Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia*. 4. ed. São Paulo: Atheneu.

MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. *Anatomia orientada para a clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. — para a anatomia das camadas da parede e dos planos de dissecção.

TOWNSEND, C. M. et al. *Sabiston: tratado de cirurgia*. Rio de Janeiro: Elsevier. — capítulos de infecção cirúrgica e cuidados perioperatórios.

⚠ SOBRE ATUALIZAÇÃO E HIERARQUIA

Quando a rotina do serviço divergir deste manual, **siga o POP da instituição** — ele é a tradução local das normas acima. Isso vale enquanto o POP for compatível com a legislação e com as diretrizes vigentes: **nenhuma rotina interna se sobrepõe a norma legal ou a princípio essencial de segurança do paciente**. Leve a divergência ao preceptor, à CCIH/SCIH ou ao Núcleo de Segurança do Paciente — e, se houver risco imediato, fale na hora.

ENSINO · PESQUISA · EXTENSÃO

Estéril só toca estéril.
Na dúvida, está contaminado.
E avisar é sempre melhor do que esconder.

REALIZAÇÃO

LAAHA — Liga Acadêmica de Anatomia Humana Aplicada
Faculdade de Medicina Nova Esperança — FAMENE
João Pessoa, Paraíba · @laahapb · laaha.pb@gmail.com

COORDENAÇÃO

Tássio P. L. Bertoldo, Presidente
Maria Luiza A. Moreira, Vice-Presidente

REVISÃO TÉCNICA

Prof. Me. Adriano Dias Trajano

AVISO

Uso didático e gratuito. **Este material não substitui as normas e os POP do serviço onde você estiver.** Siga o POP institucional quando compatível com a legislação e as diretrizes vigentes; divergências devem ser levadas ao preceptor, à CCIH/SCIH ou ao Núcleo de Segurança do Paciente — e, havendo risco imediato, fale na hora.

BOAS PRÁTICAS EM CENTRO CIRÚRGICO
MANUAL DO ESTUDANTE · 1ª EDIÇÃO · 2026
MATERIAL DIDÁTICO DE DISTRIBUIÇÃO GRATUITA