

FHEMIG

FUNDAÇÃO HOSPITALAR - MINAS GERAIS-MG

Técnico de Enfermagem

EDITAL Nº 01/2023

CÓD: SL-018MA-23
7908433235828

Língua Portuguesa

1. Leitura, compreensão e interpretação de textos.....	7
2. Estruturação do texto e dos parágrafos.	8
3. Articulação do texto: pronomes e expressões referenciais, nexos, operadores sequenciais. Equivalência e transformação de estruturas.....	9
4. Significação contextual de palavras e expressões.....	10
5. Sintaxe: processos de coordenação e subordinação.....	10
6. Emprego de tempos e modos verbais.Flexão nominal e verbal.	13
7. Pontuação.....	18
8. Estrutura e formação de palavras.....	20
9. Funções das classes de palavras.	22
10. Pronomes: emprego, formas de tratamento e colocação.	30
11. Concordância nominal e verbal.....	31
12. Regência nominal e verbal.....	32
13. Ortografia oficial.	34
14. Acentuação gráfica.....	35

Raciocínio Lógico - Matemático

1. Estrutura lógica de relações arbitrárias entre pessoas, lugares, objetos ou eventos fictícios;	45
2. dedução de novas informações das relações fornecidas e avaliação das condições usadas para estabelecer a estrutura daquelas relações.	48
3. Compreensão e análise da lógica de uma situação, utilizando as funções intelectuais: raciocínio verbal, raciocínio matemático, raciocínio sequencial, orientação espacial e temporal, formação de conceitos, discriminação de elementos.	56
4. Operações com conjuntos.	59
5. Raciocínio lógico envolvendo problemas aritméticos, geométricos e matriciais.....	62

Informática Básica

1. Noções básicas sobre hardware e software: conceitos, características, componentes e funções, memória, dispositivos de armazenamento, de impressão, de entrada e de saída de dados, barramentos interfaces, conexões, discos rígidos, pen-drives, CD-R, DVD, Blu-Ray, impressoras, scanner, plotters.....	67
2. Conhecimentos básicos sobre os sistemas operacionais Microsoft Windows XP/7/8/8.1/10 BR: conceitos, características, ícones, atalhos de teclado, uso dos recursos.....	69
3. Conhecimentos e utilização dos recursos do gerenciador de pastas e arquivos (Windows Explorer/Computador)	93
4. Conhecimentos sobre editores de texto Word x Writer, planilhas eletrônicas Excel x Calc e editor de apresentações Powerpoint x Impress (MS Office 2013/2016/2019 BR X Libre-Office v6.3 ou superior, em português, versões de 32 e 64 bits: conceitos, características, atalhos de teclado e emprego dos recursos.....	95
5. Redes de computadores e Web.....	150
6. Conceitos sobre Internet x Intranet x Extranet x e-mail x WebMail, características, atalhos de teclado e emprego de recursos de navegadores (browsers Internet Explorer 11 BR x Edge x Mozilla Firefox x Google Chrome nas versões atuais em português, de 32 e 64 bits), Outlook do pacote MSOffice 2013/2016/2019 BR x Mozilla Thunderbird em português, versões de 32 e 64 bits X Web Mail.....	156

7. Segurança de equipamentos, de sistemas, em redes e na internet: conceitos, características, vírus, firewall, medidas de proteção	161
8. Redes sociais: Face book x Twiter x LinkedIn x Whatsapp	166
9. computação em Nuvem: conceitos, características, exemplos	167

Legislação Específica

1. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes do SUS.....	173
2. Política Nacional de Promoção da Saúde.	180
3. Política Nacional de Humanização.	190

Conhecimentos Específicos

4. Enfermagem no centro cirúrgico: recuperação da anestesia; central de material e esterilização; atuação nos períodos pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório; atuação durante os procedimentos cirúrgico-anestésicos. materiais e equipamentos básicos que compõem as salas de cirurgia e recuperação anestésica; rotinas de limpeza da sala de cirurgia; uso de material estéril.....	199
5. manuseio de equipamentos: autoclaves; seladora térmica e lavadora automática ultrassônica.....	205
6. Noções de controle de infecção hospitalar.....	206
7. Procedimentos de enfermagem: verificação de sinais vitais	210
8. oxigenoterapia, aerossolterapia	212
9. curativos.....	220
10. Administração de medicamentos	222
11. Coleta de materiais para exames.....	232
12. Enfermagem nas situações de urgência e emergência. Conceitos de emergência e urgência. Estrutura e organização do pronto socorro. Atuação do técnico de enfermagem em situações de choque, parada cardiorrespiratória, politrauma, afogamento, queimadura, intoxicação, envenenamento e picada de animais peçonhentos.....	243
13. Enfermagem em saúde pública. Política Nacional de Imunização	292
14. Controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e sexualmente transmissíveis.....	298
15. Atendimento aos pacientes com hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade, doença renal crônica, hanseníase, tuberculose, dengue e doenças de notificações compulsória	310
16. Programa de assistência integrada à saúde da criança, mulher, homem, adolescente e idoso	350
17. Princípios gerais de segurança no trabalho	431
18. Prevenção e causas dos acidentes do trabalho	442
19. Princípios de ergonomia no trabalho.....	445
20. Códigos e símbolos específicos de Saúde e Segurança no Trabalho.....	448
21. Portaria nº 2.436/2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB	451
22. Código de Ética em Enfermagem: conduta ética dos profissionais da área de saúde	779
23. Lei nº 7.498/1986	485
24. Decreto nº 94.406/1987	487

ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO E DOS PARÁGRAFOS.

Compreender um texto trata da análise e decodificação do que de fato está escrito, seja das frases ou das ideias presentes. Interpretar um texto, está ligado às conclusões que se pode chegar ao conectar as ideias do texto com a realidade. Interpretação trabalha com a subjetividade, com o que se entendeu sobre o texto.

Interpretar um texto permite a compreensão de todo e qualquer texto ou discurso e se amplia no entendimento da sua ideia principal. Compreender relações semânticas é uma competência imprescindível no mercado de trabalho e nos estudos.

Quando não se sabe interpretar corretamente um texto pode-se criar vários problemas, afetando não só o desenvolvimento profissional, mas também o desenvolvimento pessoal.

Busca de sentidos

Para a busca de sentidos do texto, pode-se retirar do mesmo os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo. Isso auxiliará na apreensão do conteúdo exposto.

Isso porque é ali que se fazem necessários, estabelecem uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Por fim, concentre-se nas ideias que realmente foram explicitadas pelo autor. Textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Deve-se ater às ideias do autor, o que não quer dizer que o leitor precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não sejam criadas suposições vagas e inespecíficas.

Importância da interpretação

A prática da leitura, seja por prazer, para estudar ou para se informar, aprimora o vocabulário e dinamiza o raciocínio e a interpretação. A leitura, além de favorecer o aprendizado de conteúdos específicos, aprimora a escrita.

Uma interpretação de texto assertiva depende de inúmeros fatores. Muitas vezes, apressados, descuidamo-nos dos detalhes presentes em um texto, achamos que apenas uma leitura já se faz suficiente. Interpretar exige paciência e, por isso, sempre releia o texto, pois a segunda leitura pode apresentar aspectos surpreendentes que não foram observados previamente. Para auxiliar na busca de sentidos do texto, pode-se também retirar dele os tópicos frasais presentes em cada parágrafo, isso certamente auxiliará na apreensão do conteúdo exposto. Lembre-se de que os parágrafos não estão organizados, pelo menos em um bom texto, de maneira aleatória, se estão no lugar que estão, é porque ali se fazem necessários, estabelecendo uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Concentre-se nas ideias que de fato foram explicitadas pelo autor: os textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Devemos nos ater às ideias do autor, isso não quer dizer que você precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não criemos, à revelia do autor, suposições vagas e inespecíficas. Ler com atenção é um exercício que deve ser praticado à exaustão, assim como uma técnica, que fará de nós leitores proficientes.

Uma boa redação é dividida em ideias relacionadas entre si ajustadas a uma ideia central que norteia todo o pensamento do texto. Um dos maiores problemas nas redações é estruturar as ideias para fazer com que o leitor entenda o que foi dito no texto. Fazer uma estrutura no texto para poder guiar o seu pensamento e o do leitor.

Parágrafo

O parágrafo organizado em torno de uma ideia-núcleo, que é desenvolvida por ideias secundárias. O parágrafo pode ser formado por uma ou mais frases, sendo seu tamanho variável. No texto dissertativo-argumentativo, os parágrafos devem estar todos relacionados com a tese ou ideia principal do texto, geralmente apresentada na introdução.

Embora existam diferentes formas de organização de parágrafos, os textos dissertativo-argumentativos e alguns gêneros jornalísticos apresentam uma estrutura-padrão. Essa estrutura consiste em três partes: a ideia-núcleo, as ideias secundárias (que desenvolvem a ideia-núcleo) e a conclusão (que reafirma a ideia-básica). Em parágrafos curtos, é raro haver conclusão.

Introdução: faz uma rápida apresentação do assunto e já traz uma ideia da sua posição no texto, é normalmente aqui que você irá identificar qual o problema do texto, o porque ele está sendo escrito. Normalmente o tema e o problema são dados pela própria prova.

Desenvolvimento: elabora melhor o tema com argumentos e ideias que apoiem o seu posicionamento sobre o assunto. É possível usar argumentos de várias formas, desde dados estatísticos até citações de pessoas que tenham autoridade no assunto.

Conclusão: faz uma retomada breve de tudo que foi abordado e conclui o texto. Esta última parte pode ser feita de várias maneiras diferentes, é possível deixar o assunto ainda aberto criando uma pergunta reflexiva, ou concluir o assunto com as suas próprias conclusões a partir das ideias e argumentos do desenvolvimento.

Outro aspecto que merece especial atenção são os conectores. São responsáveis pela coesão do texto e tornam a leitura mais fluente, visando estabelecer um encadeamento lógico entre as ideias e servem de ligação entre o parágrafo, ou no interior do período, e o tópico que o antecede.

Saber usá-los com precisão, tanto no interior da frase, quanto ao passar de um enunciado para outro, é uma exigência também para a clareza do texto.

Sem os conectores (pronomes relativos, conjunções, advérbios, preposições, palavras denotativas) as ideias não fluem, muitas vezes o pensamento não se completa, e o texto torna-se obscuro, sem coerência.

Esta estrutura é uma das mais utilizadas em textos argumentativos, e por conta disso é mais fácil para os leitores.

3 – Princípio do Terceiro excluído

$$p \vee \neg p$$

Por fim, estabelecemos que uma proposição ou é verdadeira ou é falsa, não havendo mais nenhuma opção, ou seja, excluindo uma nova (como são duas, uma terceira) opção).

DICA: Vimos então as principais estruturas lógicas, como lidamos com elas e quais as regras para *jogarmos este jogo*. Então, escreva várias frases, julgue se são proposições ou não e depois tente traduzi-las para a linguagem simbólica que aprendemos.

LÓGICA SENTENCIAL (OU PROPOSICIONAL)

A lógica proposicional é baseada justamente nas *proposições* e suas relações. Podemos ter dois tipos de proposições, simples ou composta.

Em geral, uma proposição simples não utiliza conectivos (*e; ou; se; se, e somente se*). Enquanto a proposição composta são duas ou mais proposições (simples) ligadas através destes conectivos.

Mas às vezes uma proposição composta é de difícil análise. “Carlos é professor e a moeda do Brasil é o Real”. Se Carlos não for professor e a moeda do Brasil for o real, a proposição composta é verdadeira ou falsa? Temos uma proposição verdadeira e falsa? Como podemos lidar com isso?

A melhor maneira de analisar estas proposições compostas é através de tabelas-verdades.

A *tabela verdade* é montada com todas as possibilidades que uma proposição pode assumir e suas combinações. Se quiséssemos saber sobre uma proposição e sua negativa, teríamos a seguinte tabela verdade:

p	~p
V	F
F	V

A tabela verdade de uma conjunção ($p \wedge q$) é a seguinte:

p	q	$p \wedge q$
V	V	V
V	F	F
F	V	F
F	F	F

Todas as tabelas verdades são as seguintes:

p	q	$p \wedge q$	$p \vee q$	$p \rightarrow q$	$p \leftrightarrow q$	$p \vee q$
V	V	V	V	V	V	F
V	F	F	V	F	F	V
F	V	F	V	V	F	V
F	F	F	F	V	V	F

Note que quando tínhamos uma proposição, nossa tabela verdade resultou em uma tabela com 2 linhas e quando tínhamos duas proposições nossa tabela era composta por 4 linhas.

A fórmula para o número de linhas se dá através de 2^n , onde n é o número de proposições.

Se tivéssemos a seguinte tabela verdade:

p	q	r	$p \vee q \rightarrow r$
---	---	---	--------------------------

Mesmo sem preenchê-la, podemos afirmar que ela terá 2^3 linhas, ou seja, 8 linhas.

Mais um exemplo:

e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Estados e Distrito Federal

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

Municípios

São responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

História do sistema único de saúde (SUS)

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80, o país passou por grave crise na área econômico-financeira.

No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Nessa mesma época, começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976.

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) - que, na realidade, nunca saiu do papel -, logo seguida pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982 a partir do qual foi imple-

mentada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Essas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CF, art. 200, inciso III).

Princípios do SUS

São conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei nº 8.080/1990. Os principais são:

Universalidade: significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;

Integralidade: o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade;

Equidade: o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam;

Participação social: é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS; e

Descentralização: é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Principais leis

Constituição Federal de 1988: Estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Determina ao Poder

Classificação da cirurgia por potencial de contaminação

O número de microrganismos presentes no tecido a ser operado determinará o potencial de contaminação da ferida cirúrgica. De acordo com a Portaria nº 2.616/98, de 12/5/98, do Ministério da Saúde, as cirurgias são classificadas em:

- limpas: realizadas em tecidos estéreis ou de fácil descontaminação, na ausência de processo infeccioso local, sem penetração nos tratos digestório, respiratório ou urinário, em condições ideais de sala de cirurgia. Exemplo: cirurgia de ovário;
- potencialmente contaminadas: realizadas em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de supuração local, com penetração nos tratos digestório, respiratório ou urinário sem contaminação significativa. Exemplo: redução de fratura exposta;
- contaminadas: realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, de difícil descontaminação, com processo inflamatório mas sem supuração. Exemplo: apendicite supurada;
- infectadas: realizadas em tecido com supuração local, tecido necrótico, feridas traumáticas sujas. Exemplo: cirurgia do reto e ânus com pus.

Nomenclatura cirúrgica.

A nomenclatura ou terminologia cirúrgica é o conjunto de termos usados para indicar o procedimento cirúrgico.

- nome da cirurgia é composto pela raiz que identifica a parte do corpo a ser submetida à cirurgia, somada ao prefixo ou ao sufixo.

Alguns exemplos de raiz: angio (vasos sanguíneos), flebo (veia), traqueo (traquéia), rino (nariz), oto (ouvido), oftalmo (olhos), hister(o) (útero), laparo (parede abdominal), orqui (testículo), etc.

Prefixos/raiz	Nome	Significado
Ex (externo, fora) + oftalmo (olho)	Exoftalmia	Projeção acentuada do globo ocular
Circun (ao redor) + cisão (separação)	Circuncisão ou postectomia	Excisão do prepúcio

Sufixos	Significado do sufixo	Significado da palavra
Tomia	Incisão, corte	Laparotomia: abertura da cavidade abdominal
Stomia	Comunicar um órgão tubular ou oco com o exterior, através de uma “boca”	Colostomia: abertura cirúrgica na parede abdominal para comunicar uma porção do cólon com o exterior
Ectomia	Retirar parcial ou totalmente um órgão	Esplenectomia: retirada do baço
Plastia	Reparação plástica	Rinoplastia: correção do nariz
Ráfia	Sutura	Herniorrafia: sutura para correção da hérnia
Pexia	Fixação	Nefropexia: elevação e fixação do rim
Scopia	Visualização da cavidade através de aparelhos especiais	Laparoscopia: visualização da cavidade abdominal

Além desses termos, existem as denominações com o nome do cirurgião que introduziu a técnica cirúrgica (Billroth: tipo de cirurgia gástrica) ou, ainda, o uso de alguns termos específicos (exerese: remoção de um órgão ou tecido)

Estrutura do centro cirúrgico (CC) A unidade de centro cirúrgico destina-se às atividades cirúrgicas e de recuperação anestésica, sendo considerada área crítica no hospital por ser um ambiente onde se realizam procedimentos de risco e que possui clientes com sistema de defesa deficiente e maior risco de infecção.

A equipe do CC é composta por diversos profissionais: anestesistas, cirurgiões, instrumentador cirúrgico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, podendo ou não integrar a equipe o instrumentador cirúrgico e o auxiliar administrativo. Para prevenir a infecção e propiciar conforto e segurança ao cliente e equipe cirúrgica, a planta física e a dinâmica de funcionamento possuem características especiais. Assim, o CC deve estar localizado em área livre de trânsito de pessoas e de materiais. Devido ao seu risco, esta unidade é dividida em áreas:

- Não-restrita - as áreas de circulação livre são consideradas áreas não-restritas e compreendem os vestiários, corredor de entrada para os clientes e funcionários e sala de espera de acompanhantes. O vestiário, localizado na entrada do CC, é a área onde todos devem colocar o uniforme privativo: calça comprida, túnica, gorro, máscara e propés.

-Semi-restritas - nestas áreas pode haver circulação tanto do pessoal como de equipamentos, sem contudo provocarem interferência nas rotinas de controle e manutenção da assepsia. Como exemplos temos as salas de guarda de material, administrativa, de estar para os funcionários, copa e expurgo. A área de expurgo pode ser a mesma da Central de Material Esterilizado, e destina-se a receber e lavar os materiais utilizados na cirurgia.

-Restrita - o corredor interno, as áreas de escovação das mãos e a sala de operação (SO) são consideradas áreas restritas dentro do CC; para evitar infecção operatória, limita-se a circulação de pessoal, equipamentos e materiais.

A sala de cirurgia ou operação deve ter cantos arredondados para facilitar a limpeza; as paredes, o piso e as portas devem ser laváveis e de cor neutra e fosca. O piso, particularmente, deve ser de material condutivo, ou seja, de proteção contra descarga de eletricidade estática; as tomadas devem possuir sistema de aterramento para prevenir choque elétrico e estar situadas a 1,5m do piso. As portas devem ter visor e tamanho que permita a passagem de macas, camas e equipamentos cirúrgicos. As janelas devem ser de vidro fosco, teladas e fechadas quando houver sistema de ar condicionado. A iluminação do campo operatório ocorre através do foco central ou fixo e, quando necessário, também pelo foco móvel auxiliar.

O lavabo localiza-se em uma área ao lado da SO e é o local onde a equipe cirúrgica faz a degermação das mãos e antebraços com o uso de substâncias degermantes antissépticas, com a ação mecânica da escovação. As torneiras do lavabo devem abrir e fechar automaticamente ou através do uso de pedais, para evitar o contato das mãos já degermadas. Acima do lavabo localizam-se os recipientes contendo a solução degermante e um outro, contendo escova esterilizada.

Após a passagem pelo SO, o cliente é encaminhado à sala de RPA – a qual deve estar localizada de modo a facilitar o transporte do cliente sob efeito anestésico da SO para a RPA, e desta para a SO, na necessidade de uma reintervenção cirúrgica; deve possibilitar, ainda, o fácil acesso dos componentes da equipe que operou o cliente.

Considerando-se a necessidade de se ter materiais em condições para pronto uso bem como evitar a circulação desnecessária de pessoal e equipamentos dentro e fora da área do CC, recomenda-se a existência de salas específicas para a guarda de medicamentos, materiais descartáveis, esterilizados, de anestesia e de limpeza, aparelhos e equipamentos e roupa privativa.

Dependendo do tamanho do CC, é também recomendável que haja uma sala administrativa, sala de espera para familiares e/ou acompanhantes, sala de estar para funcionários e copa.

Materiais e equipamentos da sala de operação (SO)

Para que o processo cirúrgico transcorra sem intercorrências e de forma planejada, as salas cirúrgicas são equipadas com foco central, negatoscópio, sistema de canalização de ar e gases, prateleiras (podem estar ou não presentes), mesa cirúrgica manual ou automática com colchonete de espuma, pernas diferentes tamanhos, campos duplos, campos simples, compressas grandes e pequenas, gazes, impermeável (para forrar a mesa do instrumentador), cúpulas grandes e pequenas, cubarim, bacia, sondas e drenos diversos, cabo com borracha para aspirador e cabo de bisturi elétrico (pode vir acondicionado em caixas).

Outros materiais esterilizados são as caixas de instrumentais, o estojo de material cortante (pode estar acondicionado dentro da caixa de instrumentais), bandeja de material para anestesia e fios de sutura de diferentes números e tipos.

Como materiais complementares: a balança para pesar compressas e gazes, as soluções antissépticas, esparadrapo, ataduras, pomada anestésica, medicamentos anestésicos e de emergência, soluções endovenosas do tipo glicosada, fisiológica, bicarbonato de sódio, solução de álcool hexa-hídrico (Manitol®), de Ringer® e de Ringer Lactato®.

Como no CC existem materiais inflamáveis e explosivos, a equipe do CC deve tomar todas as precauções contra acidentes que possam gerar explosões e incêndio. Para preveni-los, recomenda-se evitar que alguns agentes anestésicos (óxido nitroso) e soluções como éter e/ou benzina entrem em contato com descargas elétricas; dar preferência ao uso de tecidos de algodão ao invés de sintéticos, que acumulam carga elétrica; e testar diariamente todos os equipamentos elétricos, bem como conferir a aterragem dos aparelhos elétricos através de fio-terra.

Prevenindo infecção

Em vista da maior incidência de infecções hospitalares nos clientes cirúrgicos, o pessoal de enfermagem pode contribuir para sua prevenção utilizando uniformes limpos e unhas curtas e limpas, lavando as mãos antes e após cada procedimento, respeitando as técnicas assépticas na execução dos cuidados, oferecendo ambiente limpo e observando os sinais iniciais de infecção.

A ocorrência ou não de infecção no pós-operatório depende de vários fatores, mas principalmente da quantidade e virulência dos microrganismos e da capacidade de defesa do cliente.

O uso de esteróides, desnutrição, neoplasias com alterações imunológicas e clientes idosos ou crianças pequenas são fatores de risco de infecção no pós-operatório devido à redução na capacidade imunológica.

Outros fatores são o diabetes mellitus, que dificulta o processo de cicatrização; a obesidade, em vista da menor irrigação sanguínea do tecido gorduroso; o período pré-operatório prolongado, que faz