



OP-064AB-21  
CÓD: 7908403503520

# **PENTECOSTE**

***PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE  
DO ESTADO DO CEARÁ***

**Maqueiro**

**EDITAL Nº 001/2021, DE 07 DE ABRIL DE 2021.**

## ***Língua Portuguesa***

1. Leitura e compreensão de textos, informações de pequenos textos; Estabelecer relações entre sequência de fatos ilustrados . . . . .01
2. Conhecimento da língua: ortografia, e diminutivo e aumentativo. Uso de maiúscula e minúscula; consoantes e vogais; Grafia . . . 10
3. Acentuação gráfica . . . . . 11
4. Masculino e feminino. Singular e plural; substantivo próprio e comum; artigos; adjetivos . . . . . 12
5. Antônimo E Sinônimo . . . . . 19
6. Sinais De Pontuação . . . . . 20
7. Divisão Silábica De Palavras E Respectiva Classificação Quanto Ao Número De Sílabas . . . . . 21

## ***Conhecimentos Específicos***

### ***Maqueiro***

1. Conduta diante do paciente crítico . . . . . 01
  2. Assistência Clínica e cuidados gerais de Enfermagem; Procedimento básico de Enfermagem . . . . . 06
  3. Noções básicas de primeiros socorros: Atendimento básico de suporte ao paciente, proporcionando-lhe conforto e segurança; Atuação em situações de Emergência: gerenciamento de situações com provável risco . . . . . 16
  4. Princípios de mecânica corporal: Como utilizar corretamente a mecânica corporal adequada para cada tipo de transporte de pacientes; Transferência e locomoção de pacientes: Como oferecer segurança e conforto ao paciente durante todo o percurso a ser desenvolvido . . . . . 64
  5. Acompanhamento de pacientes em home-care: Atendimento domiciliar para pacientes desospitalizados . . . . . 73
  6. Código de ética profissional: Agir com Ética Profissional, com pacientes e colegas de trabalho . . . . . 76
  7. CCIH – Noções de Infecção Hospitalar, precauções padrão . . . . . 81
-

---

## LÍNGUA PORTUGUESA

---

1.	Leitura e compreensão de textos, informações de pequenos textos; Estabelecer relações entre sequência de fatos ilustrados . . . . .	01
2.	Conhecimento da língua: ortografia, e diminutivo e aumentativo. Uso de maiúscula e minúscula; consoantes e vogais; Grafia . . .	10
3.	Acentuação gráfica . . . . .	11
4.	Masculino e feminino. Singular e plural; substantivo próprio e comum; artigos; adjetivos . . . . .	12
5.	Antônimo E Sinônimo . . . . .	19
6.	Sinais De Pontuação . . . . .	20
7.	Divisão Silábica De Palavras E Respectiva Classificação Quanto Ao Número De Sílabas . . . . .	21

---

**LEITURA E COMPREENSÃO DE TEXTOS, INFORMAÇÕES DE PEQUENOS TEXTOS; ESTABELEÇER RELAÇÕES ENTRE SEQUÊNCIA DE FATOS ILUSTRADOS**

Compreender e interpretar textos é essencial para que o objetivo de comunicação seja alcançado satisfatoriamente. Com isso, é importante saber diferenciar os dois conceitos. Vale lembrar que o texto pode ser verbal ou não-verbal, desde que tenha um sentido completo.

A **compreensão** se relaciona ao entendimento de um texto e de sua proposta comunicativa, decodificando a mensagem explícita. Só depois de compreender o texto que é possível fazer a sua interpretação.

A **interpretação** são as conclusões que chegamos a partir do conteúdo do texto, isto é, ela se encontra para além daquilo que está escrito ou mostrado. Assim, podemos dizer que a interpretação é subjetiva, contando com o conhecimento prévio e do repertório do leitor.

Dessa maneira, para compreender e interpretar bem um texto, é necessário fazer a decodificação de códigos linguísticos e/ou visuais, isto é, identificar figuras de linguagem, reconhecer o sentido de conjunções e preposições, por exemplo, bem como identificar expressões, gestos e cores quando se trata de imagens.

#### Dicas práticas

1. Faça um resumo (pode ser uma palavra, uma frase, um conceito) sobre o assunto e os argumentos apresentados em cada parágrafo, tentando traçar a linha de raciocínio do texto. Se possível, adicione também pensamentos e inferências próprias às anotações.

2. Tenha sempre um dicionário ou uma ferramenta de busca por perto, para poder procurar o significado de palavras desconhecidas.

3. Fique atento aos detalhes oferecidos pelo texto: dados, fonte de referências e datas.

4. Sublinhe as informações importantes, separando fatos de opiniões.

5. Perceba o enunciado das questões. De um modo geral, questões que esperam **compreensão do texto** aparecem com as seguintes expressões: *o autor afirma/sugere que...; segundo o texto...; de acordo com o autor...* Já as questões que esperam **interpretação do texto** aparecem com as seguintes expressões: *conclui-se do texto que...; o texto permite deduzir que...; qual é a intenção do autor quando afirma que...*

#### Tipologia Textual

A partir da estrutura linguística, da função social e da finalidade de um texto, é possível identificar a qual tipo e gênero ele pertence. Antes, é preciso entender a diferença entre essas duas classificações.

#### Tipos textuais

A tipologia textual se classifica a partir da estrutura e da finalidade do texto, ou seja, está relacionada ao modo como o texto se apresenta. A partir de sua função, é possível estabelecer um padrão específico para se fazer a enunciação.

Veja, no quadro abaixo, os principais tipos e suas características:

<b>TEXTO NARRATIVO</b>	Apresenta um enredo, com ações e relações entre personagens, que ocorre em determinados espaço e tempo. É contado por um narrador, e se estrutura da seguinte maneira: apresentação > desenvolvimento > clímax > desfecho
<b>TEXTO DISSERTATIVO ARGUMENTATIVO</b>	Tem o objetivo de defender determinado ponto de vista, persuadindo o leitor a partir do uso de argumentos sólidos. Sua estrutura comum é: introdução > desenvolvimento > conclusão.
<b>TEXTO EXPOSITIVO</b>	Procura expor ideias, sem a necessidade de defender algum ponto de vista. Para isso, usa-se comparações, informações, definições, conceitualizações etc. A estrutura segue a do texto dissertativo-argumentativo.
<b>TEXTO DESCRITIVO</b>	Expõe acontecimentos, lugares, pessoas, de modo que sua finalidade é descrever, ou seja, caracterizar algo ou alguém. Com isso, é um texto rico em adjetivos e em verbos de ligação.
<b>TEXTO INJUNTIVO</b>	Oferece instruções, com o objetivo de orientar o leitor. Sua maior característica são os verbos no modo imperativo.

#### Gêneros textuais

A classificação dos gêneros textuais se dá a partir do reconhecimento de certos padrões estruturais que se constituem a partir da função social do texto. No entanto, sua estrutura e seu estilo não são tão limitados e definidos como ocorre na tipologia textual, podendo se apresentar com uma grande diversidade. Além disso, o padrão também pode sofrer modificações ao longo do tempo, assim como a própria língua e a comunicação, no geral.

Alguns exemplos de gêneros textuais:

- Artigo
- Bilhete
- Bula
- Carta
- Conto
- Crônica
- E-mail
- Lista
- Manual
- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

Vale lembrar que é comum enquadrar os gêneros textuais em determinados tipos textuais. No entanto, nada impede que um texto literário seja feito com a estruturação de uma receita culinária, por exemplo. Então, fique atento quanto às características, à finalidade e à função social de cada texto analisado.

## ARGUMENTAÇÃO

O ato de comunicação não visa apenas transmitir uma informação a alguém. Quem comunica pretende criar uma imagem positiva de si mesmo (por exemplo, a de um sujeito educado, ou inteligente, ou culto), quer ser aceito, deseja que o que diz seja admitido como verdadeiro. Em síntese, tem a intenção de convencer, ou seja, tem o desejo de que o ouvinte creia no que o texto diz e faça o que ele propõe.

Se essa é a finalidade última de todo ato de comunicação, todo texto contém um componente argumentativo. A argumentação é o conjunto de recursos de natureza linguística destinados a persuadir a pessoa a quem a comunicação se destina. Está presente em todo tipo de texto e visa a promover adesão às teses e aos pontos de vista defendidos.

As pessoas costumam pensar que o argumento seja apenas uma prova de verdade ou uma razão indiscutível para comprovar a veracidade de um fato. O argumento é mais que isso: como se disse acima, é um recurso de linguagem utilizado para levar o interlocutor a crer naquilo que está sendo dito, a aceitar como verdadeiro o que está sendo transmitido. A argumentação pertence ao domínio da retórica, arte de persuadir as pessoas mediante o uso de recursos de linguagem.

Para compreender claramente o que é um argumento, é bom voltar ao que diz Aristóteles, filósofo grego do século IV a.C., numa obra intitulada *“Tópicos: os argumentos são úteis quando se tem de escolher entre duas ou mais coisas”*.

Se tivermos de escolher entre uma coisa vantajosa e uma desvantajosa, como a saúde e a doença, não precisamos argumentar. Suponhamos, no entanto, que tenhamos de escolher entre duas coisas igualmente vantajosas, a riqueza e a saúde. Nesse caso, precisamos argumentar sobre qual das duas é mais desejável. O argumento pode então ser definido como qualquer recurso que torna uma coisa mais desejável que outra. Isso significa que ele atua no domínio do preferível. Ele é utilizado para fazer o interlocutor crer que, entre duas teses, uma é mais provável que a outra, mais possível que a outra, mais desejável que a outra, é preferível à outra.

O objetivo da argumentação não é demonstrar a verdade de um fato, mas levar o ouvinte a admitir como verdadeiro o que o enunciador está propondo.

Há uma diferença entre o raciocínio lógico e a argumentação. O primeiro opera no domínio do necessário, ou seja, pretende demonstrar que uma conclusão deriva necessariamente das premissas propostas, que se deduz obrigatoriamente dos postulados admitidos. No raciocínio lógico, as conclusões não dependem de crenças, de uma maneira de ver o mundo, mas apenas do encadeamento de premissas e conclusões.

Por exemplo, um raciocínio lógico é o seguinte encadeamento:

*A é igual a B.*

*A é igual a C.*

*Então: C é igual a A.*

Admitidos os dois postulados, a conclusão é, obrigatoriamente, que C é igual a A.

Outro exemplo:

*Todo ruminante é um mamífero.*

*A vaca é um ruminante.*

*Logo, a vaca é um mamífero.*

Admitidas como verdadeiras as duas premissas, a conclusão também será verdadeira.

No domínio da argumentação, as coisas são diferentes. Nele, a conclusão não é necessária, não é obrigatória. Por isso, deve-se mostrar que ela é a mais desejável, a mais provável, a mais plausível. Se o Banco do Brasil fizer uma propaganda dizendo-se mais confiável do que os concorrentes porque existe desde a chegada da família real portuguesa ao Brasil, ele estará dizendo-nos que um banco com quase dois séculos de existência é sólido e, por isso, confiável. Embora não haja relação necessária entre a solidez de uma instituição bancária e sua antiguidade, esta tem peso argumentativo na afirmação da confiabilidade de um banco. Portanto é provável que se creia que um banco mais antigo seja mais confiável do que outro fundado há dois ou três anos.

Enumerar todos os tipos de argumentos é uma tarefa quase impossível, tantas são as formas de que nos valem para fazer as pessoas preferirem uma coisa a outra. Por isso, é importante entender bem como eles funcionam.

Já vimos diversas características dos argumentos. É preciso acrescentar mais uma: o convencimento do interlocutor, o **auditório**, que pode ser individual ou coletivo, será tanto mais fácil quanto mais os argumentos estiverem de acordo com suas crenças, suas expectativas, seus valores. Não se pode convencer um auditório pertencente a uma dada cultura enfatizando coisas que ele abomina. Será mais fácil convencê-lo valorizando coisas que ele considera positivas. No Brasil, a publicidade da cerveja vem com frequência associada ao futebol, ao gol, à paixão nacional. Nos Estados Unidos, essa associação certamente não surtiria efeito, porque lá o futebol não é valorizado da mesma forma que no Brasil. O poder persuasivo de um argumento está vinculado ao que é valorizado ou desvalorizado numa dada cultura.

**Tipos de Argumento**

Já verificamos que qualquer recurso linguístico destinado a fazer o interlocutor dar preferência à tese do enunciador é um argumento. Exemplo:

**Argumento de Autoridade**

É a citação, no texto, de afirmações de pessoas reconhecidas pelo auditório como autoridades em certo domínio do saber, para servir de apoio àquilo que o enunciador está propondo. Esse recurso produz dois efeitos distintos: revela o conhecimento do produtor do texto a respeito do assunto de que está tratando; dá ao texto a garantia do autor citado. É preciso, no entanto, não fazer do texto um amontoado de citações. A citação precisa ser pertinente e verdadeira. Exemplo:

*“A imaginação é mais importante do que o conhecimento.”*

*Quem disse a frase aí de cima não fui eu... Foi Einstein. Para ele, uma coisa vem antes da outra: sem imaginação, não há conhecimento. Nunca o inverso.*

**Alex José Periscinoto.**

**In: Folha de S. Paulo, 30/8/1993, p. 5-2**

A tese defendida nesse texto é que a imaginação é mais importante do que o conhecimento. Para levar o auditório a aderir a ela, o enunciador cita um dos mais célebres cientistas do mundo. Se um físico de renome mundial disse isso, então as pessoas devem acreditar que é verdade.

**Argumento de Quantidade**

É aquele que valoriza mais o que é apreciado pelo maior número de pessoas, o que existe em maior número, o que tem maior duração, o que tem maior número de adeptos, etc. O fundamento desse tipo de argumento é que mais = melhor. A publicidade faz largo uso do argumento de quantidade.

**Argumento do Consenso**

É uma variante do argumento de quantidade. Fundamenta-se em afirmações que, numa determinada época, são aceitas como verdadeiras e, portanto, dispensam comprovações, a menos que o objetivo do texto seja comprovar alguma delas. Parte da ideia de que o consenso, mesmo que equivocado, corresponde ao indiscutível, ao verdadeiro e, portanto, é melhor do que aquilo que não desfruta dele. Em nossa época, são consensuais, por exemplo, as afirmações de que o meio ambiente precisa ser protegido e de que as condições de vida são piores nos países subdesenvolvidos. Ao confiar no consenso, porém, corre-se o risco de passar dos argumentos válidos para os lugares comuns, os preconceitos e as frases carentes de qualquer base científica.

**Argumento de Existência**

É aquele que se fundamenta no fato de que é mais fácil aceitar aquilo que comprovadamente existe do que aquilo que é apenas provável, que é apenas possível. A sabedoria popular enuncia o argumento de existência no provérbio *“Mais vale um pássaro na mão do que dois voando”*.

Nesse tipo de argumento, incluem-se as provas documentais (fotos, estatísticas, depoimentos, gravações, etc.) ou provas concretas, que tornam mais aceitável uma afirmação genérica. Durante a invasão do Iraque, por exemplo, os jornais diziam que o exército americano era muito mais poderoso do que o iraquiano. Essa afirmação, sem ser acompanhada de provas concretas, poderia ser vista como propagandística. No entanto, quando documentada pela comparação do número de canhões, de carros de combate, de navios, etc., ganhava credibilidade.

**Argumento quase lógico**

É aquele que opera com base nas relações lógicas, como causa e efeito, analogia, implicação, identidade, etc. Esses raciocínios são chamados quase lógicos porque, diversamente dos raciocínios lógicos, eles não pretendem estabelecer relações necessárias entre os elementos, mas sim instituir relações prováveis, possíveis, plausíveis. Por exemplo, quando se diz *“A é igual a B”, “B é igual a C”, “então A é igual a C”,* estabelece-se uma relação de identidade lógica. Entretanto, quando se afirma *“Amigo de amigo meu é meu amigo”* não se institui uma identidade lógica, mas uma identidade provável.

Um texto coerente do ponto de vista lógico é mais facilmente aceito do que um texto incoerente. Vários são os defeitos que concorrem para desqualificar o texto do ponto de vista lógico: fugir do tema proposto, cair em contradição, tirar conclusões que não se fundamentam nos dados apresentados, ilustrar afirmações gerais com fatos inadequados, narrar um fato e dele extrair generalizações indevidas.

**Argumento do Atributo**

É aquele que considera melhor o que tem propriedades típicas daquilo que é mais valorizado socialmente, por exemplo, o mais raro é melhor que o comum, o que é mais refinado é melhor que o que é mais grosseiro, etc.

Por esse motivo, a publicidade usa, com muita frequência, celebridades recomendando prédios residenciais, produtos de beleza, alimentos estéticos, etc., com base no fato de que o consumidor tende a associar o produto anunciado com atributos da celebridade.

Uma variante do argumento de atributo é o argumento da competência linguística. A utilização da variante culta e formal da língua que o produtor do texto conhece a norma linguística socialmente mais valorizada e, por conseguinte, deve produzir um texto em que se pode confiar. Nesse sentido é que se diz que o modo de dizer dá confiabilidade ao que se diz.

Imagine-se que um médico deva falar sobre o estado de saúde de uma personalidade pública. Ele poderia fazê-lo das duas maneiras indicadas abaixo, mas a primeira seria infinitamente mais adequada para a persuasão do que a segunda, pois esta produziria certa estranheza e não criaria uma imagem de competência do médico:

*- Para aumentar a confiabilidade do diagnóstico e levando em conta o caráter invasivo de alguns exames, a equipe médica houve por bem determinar o internamento do governador pelo período de três dias, a partir de hoje, 4 de fevereiro de 2001.*

*- Para conseguir fazer exames com mais cuidado e porque alguns deles são barrapésada, a gente botou o governador no hospital por três dias.*

Como dissemos antes, todo texto tem uma função argumentativa, porque ninguém fala para não ser levado a sério, para ser ridicularizado, para ser desmentido: em todo ato de comunicação deseja-se influenciar alguém. Por mais neutro que pretenda ser, um texto tem sempre uma orientação argumentativa.

A orientação argumentativa é uma certa direção que o falante traça para seu texto. Por exemplo, um jornalista, ao falar de um homem público, pode ter a intenção de criticá-lo, de ridicularizá-lo ou, ao contrário, de mostrar sua grandeza.

O enunciador cria a orientação argumentativa de seu texto dando destaque a uns fatos e não a outros, omitindo certos episódios e revelando outros, escolhendo determinadas palavras e não outras, etc. Veja:

*“O clima da festa era tão pacífico que até sogras e noras trocavam abraços afetuosos.”*

O enunciador aí pretende ressaltar a ideia geral de que noras e sogras não se toleram. Não fosse assim, não teria escolhido esse fato para ilustrar o clima da festa nem teria utilizado o termo até, que serve para incluir no argumento alguma coisa inesperada.

Além dos defeitos de argumentação mencionados quando tratamos de alguns tipos de argumentação, vamos citar outros:

- Uso sem delimitação adequada de palavra de sentido tão amplo, que serve de argumento para um ponto de vista e seu contrário. São noções confusas, como paz, que, paradoxalmente, pode ser usada pelo agressor e pelo agredido. Essas palavras podem ter valor positivo (paz, justiça, honestidade, democracia) ou vir carregadas de valor negativo (autoritarismo, degradação do meio ambiente, injustiça, corrupção).

- Uso de afirmações tão amplas, que podem ser derrubadas por um único contra exemplo. Quando se diz *“Todos os políticos são ladrões”*, basta um único exemplo de político honesto para destruir o argumento.

- Emprego de noções científicas sem nenhum rigor, fora do contexto adequado, sem o significado apropriado, vulgarizando-as e atribuindo-lhes uma significação subjetiva e grosseira. É o caso, por exemplo, da frase *“O imperialismo de certas indústrias não permite que outras cresçam”*, em que o termo imperialismo é descabido, uma vez que, a rigor, significa *“ação de um Estado visando a reduzir outros à sua dependência política e econômica”*.

A boa argumentação é aquela que está de acordo com a situação concreta do texto, que leva em conta os componentes envolvidos na discussão (o tipo de pessoa a quem se dirige a comunicação, o assunto, etc).

Convém ainda alertar que não se convence ninguém com manifestações de sinceridade do autor (como eu, que não costumo mentir...) ou com declarações de certeza expressas em fórmulas feitas (como estou certo, creio firmemente, é claro, é óbvio, é evidente, afirmo com toda a certeza, etc). Em vez de prometer, em seu texto, sinceridade e certeza, autenticidade e verdade, o enunciador deve construir um texto que revele isso. Em outros termos, essas qualidades não se prometem, manifestam-se na ação.

A argumentação é a exploração de recursos para fazer parecer verdadeiro aquilo que se diz num texto e, com isso, levar a pessoa a que texto é endereçado a crer naquilo que ele diz.

Um texto dissertativo tem um assunto ou tema e expressa um ponto de vista, acompanhado de certa fundamentação, que inclui a argumentação, questionamento, com o objetivo de persuadir. Argumentar é o processo pelo qual se estabelecem relações para chegar à conclusão, com base em premissas. Persuadir é um processo de convencimento, por meio da argumentação, no qual procura-se convencer os outros, de modo a influenciar seu pensamento e seu comportamento.

A persuasão pode ser válida e não válida. Na persuasão válida, expõem-se com clareza os fundamentos de uma ideia ou proposição, e o interlocutor pode questionar cada passo do raciocínio empregado na argumentação. A persuasão não válida apoia-se em argumentos subjetivos, apelos subliminares, chantagens sentimentais, com o emprego de *“apelações”*, como a inflexão de voz, a mímica e até o choro.

Alguns autores classificam a dissertação em duas modalidades, expositiva e argumentativa. Esta, exige argumentação, razões a favor e contra uma ideia, ao passo que a outra é informativa, apresenta dados sem a intenção de convencer. Na verdade, a escolha dos dados levantados, a maneira de expô-los no texto já revelam uma *“tomada de posição”*, a adoção de um ponto de vista na dissertação, ainda que sem a apresentação explícita de argumentos. Desse ponto de vista, a dissertação pode ser definida como discussão, debate, questionamento, o que implica a liberdade de pensamento, a possibilidade de discordar ou concordar parcialmente. A liberdade de questionar é fundamental, mas não é suficiente para organizar um texto dissertativo. É necessária também a exposição dos fundamentos, os motivos, os porquês da defesa de um ponto de vista.

Pode-se dizer que o homem vive em permanente atitude argumentativa. A argumentação está presente em qualquer tipo de discurso, porém, é no texto dissertativo que ela melhor se evidencia.

Para discutir um tema, para confrontar argumentos e posições, é necessária a capacidade de conhecer outros pontos de vista e seus respectivos argumentos. Uma discussão impõe, muitas vezes, a análise de argumentos opostos, antagônicos. Como sempre, essa capacidade aprende-se com a prática. Um bom exercício para aprender a argumentar e contra-argumentar consiste em desenvolver as seguintes habilidades:

- **argumentação**: anotar todos os argumentos a favor de uma ideia ou fato; imaginar um interlocutor que adote a posição totalmente contrária;

- **contra-argumentação**: imaginar um diálogo-debate e quais os argumentos que essa pessoa imaginária possivelmente apresentaria contra a argumentação proposta;

- **refutação**: argumentos e razões contra a argumentação oposta.

A argumentação tem a finalidade de persuadir, portanto, argumentar consiste em estabelecer relações para tirar conclusões válidas, como se procede no método dialético. O método dialético não envolve apenas questões ideológicas, geradoras de polêmicas. Trata-se de um método de investigação da realidade pelo estudo de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno em questão e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade.

Descartes (1596-1650), filósofo e pensador francês, criou o método de raciocínio silogístico, baseado na dedução, que parte do simples para o complexo. Para ele, verdade e evidência são a mesma coisa, e pelo raciocínio torna-se possível chegar a conclusões verdadeiras, desde que o assunto seja pesquisado em partes, começando-se pelas proposições mais simples até alcançar, por meio de deduções, a conclusão final. Para a linha de raciocínio cartesiana, é fundamental determinar o problema, dividi-lo em partes, ordenar os conceitos, simplificando-os, enumerar todos os seus elementos e determinar o lugar de cada um no conjunto da dedução.

A lógica cartesiana, até os nossos dias, é fundamental para a argumentação dos trabalhos acadêmicos. Descartes propôs quatro regras básicas que constituem um conjunto de reflexos vitais, uma série de movimentos sucessivos e contínuos do espírito em busca da verdade:

- evidência;
- divisão ou análise;
- ordem ou dedução;
- enumeração.

A enumeração pode apresentar dois tipos de falhas: a omissão e a incompreensão. Qualquer erro na enumeração pode quebrar o encadeamento das ideias, indispensável para o processo dedutivo.

A forma de argumentação mais empregada na redação acadêmica é o *silogismo*, raciocínio baseado nas regras cartesianas, que contém três proposições: *duas premissas*, maior e menor, e *a conclusão*. As três proposições são encadeadas de tal forma, que a conclusão é deduzida da maior por intermédio da menor. A premissa maior deve ser universal, emprega *todo*, *nenhum*, *pois alguns* não caracteriza a universalidade. Há dois métodos fundamentais de raciocínio: a *dedução* (silogística), que parte do geral para o particular, e a *indução*, que vai do particular para o geral. A expressão formal do método dedutivo é o silogismo. A dedução é o caminho das consequências, baseia-se em uma conexão descendente (do geral para o particular) que leva à conclusão. Segundo esse método, partindo-se de teorias gerais, de verdades

universais, pode-se chegar à previsão ou determinação de fenômenos particulares. O percurso do raciocínio vai da causa para o efeito. Exemplo:

Todo homem é mortal (premissa maior = geral, universal)  
 Fulano é homem (premissa menor = particular)  
 Logo, Fulano é mortal (conclusão)

A indução percorre o caminho inverso ao da dedução, baseia-se em uma conexão ascendente, do particular para o geral. Nesse caso, as constatações particulares levam às leis gerais, ou seja, parte de fatos particulares conhecidos para os fatos gerais, desconhecidos. O percurso do raciocínio se faz do *efeito* para a *causa*. Exemplo:

O calor dilata o ferro (particular)  
 O calor dilata o bronze (particular)  
 O calor dilata o cobre (particular)  
 O ferro, o bronze, o cobre são metais  
 Logo, o calor dilata metais (geral, universal)

Quanto a seus aspectos formais, o silogismo pode ser válido e verdadeiro; a conclusão será verdadeira se as duas premissas também o forem. Se há erro ou equívoco na apreciação dos fatos, pode-se partir de premissas verdadeiras para chegar a uma conclusão falsa. Tem-se, desse modo, o **sofisma**. Uma definição inexata, uma divisão incompleta, a ignorância da causa, a falsa analogia são algumas causas do sofisma. O sofisma pressupõe má fé, intenção deliberada de enganar ou levar ao erro; quando o sofisma não tem essas intenções propositais, costuma-se chamar esse processo de argumentação de **paralogismo**. Encontra-se um exemplo simples de sofisma no seguinte diálogo:

- Você concorda que possui uma coisa que não perdeu?
- Lógico, concordo.
- Você perdeu um brilhante de 40 quilates?
- Claro que não!
- Então você possui um brilhante de 40 quilates...

Exemplos de sofismas:

#### **Dedução**

Todo professor tem um diploma (geral, universal)  
 Fulano tem um diploma (particular)  
 Logo, fulano é professor (geral – conclusão falsa)

#### **Indução**

O Rio de Janeiro tem uma estátua do Cristo Redentor. (particular) Taubaté (SP) tem uma estátua do Cristo Redentor. (particular) Rio de Janeiro e Taubaté são cidades.

Logo, toda cidade tem uma estátua do Cristo Redentor. (geral – conclusão falsa)

Nota-se que as premissas são verdadeiras, mas a conclusão pode ser falsa. Nem todas as pessoas que têm diploma são professores; nem todas as cidades têm uma estátua do Cristo Redentor. Comete-se erro quando se faz generalizações apressadas ou infundadas. A “simples inspeção” é a ausência de análise ou análise superficial dos fatos, que leva a pronunciamentos subjetivos, baseados nos sentimentos não ditados pela razão.

Tem-se, ainda, outros métodos, subsidiários ou não fundamentais, que contribuem para a descoberta ou comprovação da verdade: análise, síntese, classificação e definição. Além desses, existem outros métodos particulares de algumas ciências, que

adaptam os processos de dedução e indução à natureza de uma realidade particular. Pode-se afirmar que cada ciência tem seu método próprio demonstrativo, comparativo, histórico etc. A análise, a síntese, a classificação a definição são chamadas métodos sistemáticos, porque pela organização e ordenação das ideias visam sistematizar a pesquisa.

**Análise e síntese** são dois processos opostos, mas interligados; a análise parte do todo para as partes, a síntese, das partes para o todo. A análise precede a síntese, porém, de certo modo, uma depende da outra. A análise decompõe o todo em partes, enquanto a síntese recompõe o todo pela reunião das partes. Sabe-se, porém, que o todo não é uma simples justaposição das partes. Se alguém reunisse todas as peças de um relógio, não significa que reconstruiu o relógio, pois fez apenas um amontoado de partes. Só reconstruiria todo se as partes estivessem organizadas, devidamente combinadas, seguida uma ordem de relações necessárias, funcionais, então, o relógio estaria reconstruído.

Síntese, portanto, é o processo de reconstrução do todo por meio da integração das partes, reunidas e relacionadas num conjunto. Toda síntese, por ser uma reconstrução, pressupõe a análise, que é a decomposição. A análise, no entanto, exige uma decomposição organizada, é preciso saber como dividir o todo em partes. As operações que se realizam na análise e na síntese podem ser assim relacionadas:

Análise: penetrar, decompor, separar, dividir.

Síntese: integrar, recompôr, juntar, reunir.

A análise tem importância vital no processo de coleta de ideias a respeito do tema proposto, de seu desdobramento e da criação de abordagens possíveis. A síntese também é importante na escolha dos elementos que farão parte do texto.

Segundo Garcia (1973, p.300), a análise pode ser *formal ou informal*. A análise formal pode ser científica ou experimental; é característica das ciências matemáticas, físico-naturais e experimentais. A análise informal é racional ou total, consiste em “discernir” por vários atos distintos da atenção os elementos constitutivos de um todo, os diferentes caracteres de um objeto ou fenômeno.

A análise decompõe o todo em partes, a classificação estabelece as necessárias relações de dependência e hierarquia entre as partes. Análise e classificação ligam-se intimamente, a ponto de se confundir uma com a outra, contudo são procedimentos diversos: análise é decomposição e classificação é hierarquização.

Nas ciências naturais, classificam-se os seres, fatos e fenômenos por suas diferenças e semelhanças; fora das ciências naturais, a classificação pode-se efetuar por meio de um processo mais ou menos arbitrário, em que os caracteres comuns e diferenciadores são empregados de modo mais ou menos convencional. A classificação, no reino animal, em ramos, classes, ordens, subordens, gêneros e espécies, é um exemplo de classificação natural, pelas características comuns e diferenciadoras. A classificação dos variados itens integrantes de uma lista mais ou menos caótica é artificial.

Exemplo: aquecedor, automóvel, barbeador, batata, caminhão, canário, jipe, leite, ônibus, pão, pardal, pintassilgo, queijo, relógio, sabiá, torradeira.

**Aves:** Canário, Pardal, Pintassilgo, Sabiá.

**Alimentos:** Batata, Leite, Pão, Queijo.

**Mecanismos:** Aquecedor, Barbeador, Relógio, Torradeira.

**Veículos:** Automóvel, Caminhão, Jipe, Ônibus.



---

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS  
MAQUEIRO

---

1. Conduta diante do paciente crítico . . . . .	01
2. Assistência Clínica e cuidados gerais de Enfermagem; Procedimento básico de Enfermagem . . . . .	06
3. Noções básicas de primeiros socorros: Atendimento básico de suporte ao paciente, proporcionando-lhe conforto e segurança; Atuação em situações de Emergência: gerenciamento de situações com provável risco . . . . .	16
4. Princípios de mecânica corporal: Como utilizar corretamente a mecânica corporal adequada para cada tipo de transporte de pacientes; Transferência e locomoção de pacientes: Como oferecer segurança e conforto ao paciente durante todo o percurso a ser desenvolvido . . . . .	64
5. Acompanhamento de pacientes em home-care: Atendimento domiciliar para pacientes desospitalizados . . . . .	73
6. Código de ética profissional: Agir com Ética Profissional, com pacientes e colegas de trabalho . . . . .	76
7. CCIH – Noções de Infecção Hospitalar, precauções padrão . . . . .	81

**CONDUTA DIANTE DO PACIENTE CRÍTICO**

**Avaliação física do paciente crítico**

Pacientes com prolongado tempo de internação não estão livres de novas complicações clínicas com declínio fisiológico e podem necessitar de cuidados intensivos. O atendimento a este paciente pode adquirir complexidades particulares devido à variedade de diagnósticos, complicações, iatrogenias e intervenções terapêuticas especiais acumuladas<sup>1</sup>.

Informações de tão variada natureza podem dificultar, em um primeiro contato com o paciente recém admitido, a elaboração de diagnósticos etiológicos mais precisos por parte da equipe assistencial, tornando muitas vezes suficiente em um primeiro momento a declaração de um diagnóstico sindrômico ou situacional que permita nortear as condutas daí em diante.

Sequencialmente, esta categorização inicial servirá como base tanto para refinamento das hipóteses ou para confronto com outras possibilidades diagnósticas surgidas que melhor se enquadre no quadro empiricamente percebido.

A avaliação diária e sistemática do paciente criticamente enfermo é um instrumento fundamental para a prática clínica do enfermeiro intensivista.

**A) Avaliação subjetiva e objetiva**

**1. Identificação**

Data de internação hospitalar. Data de internação em UTI.

**2. Lista de problemas**

História mórbida pregressa (dados relevantes), hábitos e costumes, diagnóstico de entrada, problemas ocorridos desde o início da internação.

**3. Eventos significantes ocorridos nas últimas 24 horas**

**4. Neurológico**

Nível de consciência; pupilas; escala de coma de Glasgow; déficit motor; PIC, PPC, S<sub>j</sub>O<sub>2</sub>; sedação (escalas de Ramsay/Cooch), doses de sedativos; resultados de exames.

**5. Cardiovascular**

Ritmo, frequência cardíaca e bulhas cardíacas; PAM; uso de drogas vasoativas e suas doses; PVC, Swan-Ganz; oxigenação tissular (pH, BE, lactato, CO<sub>2</sub> gap, Ca-vO<sub>2</sub>/CO<sub>2</sub>gap, SvO<sub>2</sub>, DO<sub>2</sub>, VO<sub>2</sub>).

**6. Respiratório**

Sinais e sintomas; parâmetros ventilatórios; última gasometria arterial; radiografia de tórax (pneumotórax, atelectasia, infiltrado novo); pressão do *cuff* e localização da cânula traqueal.

**7. Gastrintestinal**

Exame do abdome; ingesta oral ou por cateter enteral; débito do cateter nasogástrico; diarreia ou obstipação; resultados de exames.

**8. Metabólico e renal**

Diurese (kg/hora e total em 24 horas); balanço hídrico; diálise; creatinina, eletrólitos, estado ácido-base, função hepática).

**9. Endócrino**

Hiperglicemias? Administração de insulina; necessita de dosagem de hormônios tireoidianos ou cortisol? *Diabetes insipidus?* SIADH?

**10. Infecção**

Curva térmica, leucograma; culturas; uso de antibióticos (quantos, quais, quanto tempo).

**11. Hematológico**

Hematócrito, coagulograma; medicamentos que alteram a crase sanguínea.

**12. Nutricional**

Enteral ou parenteral; ingesta calórica; ingesta proteica, lipídica e de carboidratos; balanço nitrogenado, albumina, pré-albumina.

**13. Psicossocial**

Depressão, delirium? Os familiares estão inteirados da situação? Há como viabilizar acompanhamento psicológico e/ou de terapia ocupacional?

**14. Tubos, drenos, cateteres e medicamentos**

Posicionamento de tubos, drenos e cateteres; posição, fixação, data e presença de sinais de infecção na inserção de cateteres venosos e arteriais; checar ritmo de gotejamento das drogas e funcionamento das bombas de infusão.

**B) Lista de problemas relevantes**

**C) Análise sistemática, buscando estabelecer conexões entre os problemas encontrados a partir de justificativas fisiopatológicas**

**D) Propor condutas diagnósticas e/ou terapêuticas com base na análise**

Tendo em vista as inúmeras atividades realizadas em UTI e a necessidade de seu controle diário, foi desenvolvido um *checklist* para que ações importantes não sejam esquecidas em nosso cotidiano, utilizando-se o recurso mnemônico que origina a frase **“SUSPEITA PARA O BEM”**, com base na ideia do professor Vincent de dar um “abraço apertado” (*fast hug*) pelo menos uma vez ao dia nos pacientes da UTI:

**Sedação:** verificar se o paciente está recebendo sedativos em dose adequada e se já é possível retirá-los. Analisar o ciclo sono-vigília. Instituir escalas e metas de sedação, bem como interrupção diária da sedação.

**Úlcera:** checar se os pacientes estão recebendo profilaxia para gastropatia erosiva aguda.

**Suspensão (elevação) da cabeceira:** verificar se os pacientes em ventilação mecânica encontram-se com a cabeceira acima de 30°.

**Períneo:** examinar a região do períneo observando lesões de pele e região genital. Avaliar a possibilidade de se retirar a sonda vesical ou trocar por dispositivo não-invasivo.

**Escara:** verificar se existe prevenção para úlceras de pressão, como mudança de decúbito e colchão piramidal. Se presentes, confirmar se estão sendo tratadas.

**Infecção de cateter:** avaliar sinais flogísticos na inserção do cateter venoso central e verificar a necessidade de mantê-lo.

<sup>1</sup> [https://enfermeiros-intensivistas.webnode.pt/\\_files/200000135-b-cacabd2af/CLIQUE%20AQUI%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Diaria%20em%2020UTI.pdf](https://enfermeiros-intensivistas.webnode.pt/_files/200000135-b-cacabd2af/CLIQUE%20AQUI%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Diaria%20em%2020UTI.pdf)

**TVP:** checar se o paciente está em uso de profilaxia para TVP, seja farmacológica ou mecânica.

**Alimentação:** atentar se o paciente está recebendo dieta. Se prescrita, observar a tolerância (vômitos, estase, diarreia) e se o aporte calórico é adequado (25 a 30 kcal/kg). Avaliar a possibilidade de iniciar dieta em pacientes com dieta zero e de substituição ou associação de dieta enteral nos pacientes com nutrição parenteral total.

**Pressão de vias aéreas:** certificar-se de que a pressão de platô esteja < 30 cmH<sup>2</sup>O.

**Analgesia:** determinar se o paciente recebe analgesia contínua ou intermitente em quantidade necessária ao alívio de sua dor.

**Retirar do leito:** analisar a possibilidade de remover o paciente do leito para poltrona ou deambular.

**Antibiótico:** verificar se os antibióticos utilizados são adequados e analisar a possibilidade de sua suspensão, seja pelo controle da infecção ou pela falta de indicação.

**Oftalmoproteção:** nos pacientes sedados ou com rebaixamento do nível de consciência, verificar se existe proteção ocular contra úlceras de córnea.

**Balonete:** checar a pressão do balonete do tubo endotraqueal ou da traqueostomia com a finalidade de evitar lesão das vias aéreas. Recomendam-se valores < 25-30 mmHg.

**Extubação:** analisar a possibilidade de extubação ou desmame da ventilação e de realização de traqueostomia. Recomenda-se a utilização de protocolos de desmame diariamente.

**Metabólico:** avaliar e corrigir distúrbios metabólicos. Avaliar a necessidade de controle glicêmico.

#### **Avaliação da dor e Delirium no CTI**

A analgesia e sedação são pilares da terapia intensiva. Dor, ansiedade, agitação, desconforto e insônia são disfunções frequentemente apresentadas pelos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de todo o mundo. Logo, viabilizar o conforto e o bem estar do paciente grave é um dever da equipe multiprofissional<sup>2</sup>.

Dor é a experiência sensorial ou emocional desagradável associada a um dano real ou potencial a um tecido. Analgesia é a abolição da sensibilidade à dor sem supressão das outras propriedades sensitivas e sem perda de consciência.

Por sua vez, sedação é o alívio da ansiedade, agitação e indução de um estado de calma e tranquilidade. Pode envolver hipnose. O nível de sedação pode ser mínimo, moderado (sedação consciente) e profundo.

#### **Avaliação da dor**

Os pacientes críticos rotineiramente têm dor, tanto em repouso quanto durante a execução dos cuidados/procedimentos. O tratamento adequado depende de ferramentas reprodutíveis de avaliação da dor e da resposta ao tratamento instituído, já que nem sempre está disponível a verificação da dor por meio do autorrelato.

Nos casos em que o paciente não pode ou está impossibilitado de falar, ferramentas válidas e reprodutíveis, como a escala comportamental de dor (*Behavioral Pain Scale* - BPS), devem ser usadas. Esta escala é recomendada para realizar a monitorização da dor em pacientes de UTI que preservam a função motora intacta e nos que as injúrias são observáveis, mas que estejam incapacitados para apresentar um relato verbal acurado.

A escala não é indicada para pacientes vítimas de lesões no sistema nervoso central (SNC). Já nos casos em que o paciente está alerta, orientado e que pode comunicar-se verbalmente de modo eficaz, uma escala visual de dor deve ser utilizada.

Ressalta-se que os sinais vitais não devem ser usados isoladamente na avaliação da dor. Eles podem ser utilizados como pistas para a avaliação apropriada da dor, funcionando como gatilhos para a realização de uma avaliação sistematizada.

Destaca-se, ainda, que deve se estabelecer como meta que os pacientes permaneçam confortáveis durante sua estadia na UTI.

#### **Tratamento da dor**

Os opioides são as primeiras escolhas no manejo da dor em UTI, sendo que seu uso deve ser individualizado para cada paciente. Outros analgésicos podem ser usados de forma adjuvante e para reduzir a necessidade dos opioides, como paracetamol, anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), anticonvulsivantes e anestésicos loco-regionais, mas não há estudos que comprovem sua eficácia e segurança quando usados isoladamente.

#### **Agitação e sedação**

Agitação e ansiedade ocorrem frequentemente em pacientes críticos e estão associadas a desfechos desfavoráveis. A identificação da causa subjacente à agitação (dor, delirium, hipoxemia, hipoglicemia, hipotensão, abstinência) é de grande importância para a administração de sedativos em UTI.

A sedação pode ser titulada desde níveis leves até profundos, sendo que estudos demonstram malefícios da manutenção de sedação profunda por períodos prolongados. A presença de memórias reais dos fatos concernentes à internação é assinalada como um fator protetor ao desenvolvimento de prejuízos cognitivos e transtornos psíquicos de longa duração.

O uso de escalas de avaliação, protocolos de sedação e de drogas não benzodiazepínicas é associado a desfechos favoráveis (redução no tempo de ventilação mecânica - VM e internação, diminuição de episódios de delirium e redução de disfunção cognitiva à longo prazo). A escala RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) é confiável e validada para medir a qualidade e profundidade da sedação em adultos.

#### **Avaliação do Delirium**

O Delirium é uma disfunção cerebral aguda muito frequente em UTI, o qual é acompanhado de alteração ou flutuação no estado mental, desatenção, pensamento desorganizado ou alteração no nível de consciência. Geralmente apresenta outros sintomas tais como: alteração do sono, atividade psicomotora anormal e distúrbios emocionais.

Sendo assim, é considerado relevante na UTI, pois cerca de 80% dos pacientes em VM podem desenvolvê-lo. Essa disfunção cerebral pode apresentar-se nas formas hiperativa, hipotativa e em flutuação ao longo do dia, com piora ao entardecer/anoitecer.

Diante do exposto é tido como um preditor isolado de desfechos negativos, pois aumenta o tempo de internação, o tempo de VM, os custos hospitalares, a presença de déficit cognitivo permanente e a morte. Então, a avaliação deve ser feita periodicamente com a utilização de ferramentas validadas para UTI, como a CAM-ICU (*Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*).

#### **Manejo do Delirium**

Uma vez detectado o delirium, deve-se analisar quais podem ser suas causas bases e tratá-las. A evitação ou o tratamento de exposições iatrogênicas e ambientais (desidratação, privação do sono, infusões de benzodiazepínicos, uso de drogas com alto potencial anticolinérgico) são recomendados.

<sup>2</sup> Protocolo Assistencial Multiprofissional. Sedação Analgesia e Delirium no Adulto. Uberaba-MG: HCUFTM/Ebserh, 2018. Versão 2.0. 20 p.

O manejo medicamentoso, neurolépticos são amplamente utilizados para o tratamento do delirium, principalmente o Haloperidol (com doses entre 0,5 a 5mg/dia e duração de 1 a 6 dias).

O uso de Dexmedetomidina para realizar a sedação é preferível em pacientes com risco de desenvolver delirium.

Recomenda-se evitar a interrupção abrupta de opioides, benzodiazepínicos e dexmedetomidina. Estimula-se a manutenção de níveis de sedação superficiais ou realização de sedação intermitente como estratégias de proteção contra o desenvolvimento de delirium.

#### Cuidados de enfermagem no atendimento às necessidades integrais do paciente crítico, incluindo-se pacientes em ventilação mecânica invasiva e não invasiva

A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio numa concentração de pressão superior encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia<sup>3</sup>.

Tem por objetivo reduzir o esforço ventilatório, nas situações como a atelectasia que prejudica a difusão, ou quando os volumes pulmonares estão diminuídos devido à hipoventilação alveolar, este procedimento aumenta os níveis de oxigênio nos alvéolos. Bem como nas situações de infarto do miocárdio ou em uma arritmia cardíaca, a administração de oxigênio é necessária para um paciente cujo miocárdio já está comprometido.

O oxigênio é um gás transparente, incolor, insípido, inodoro, comburente, discretamente mais pesado do que o ar atmosférico. Frio, seco e vasoconstritor.

Atualmente, classifica-se o suporte ventilatório em dois grandes grupos:

→ **Ventilação mecânica invasiva;**

→ **Ventilação não invasiva.**

Nas duas situações, a ventilação artificial é conseguida com a aplicação de pressão positiva nas vias aéreas. A diferença entre elas fica na forma de liberação de pressão: enquanto na ventilação invasiva utiliza-se uma prótese introduzida na via aérea, isto é, um tubo oro ou nasotraqueal (menos comum) ou uma cânula de traqueostomia, na ventilação não invasiva, utiliza-se uma máscara como interface entre o paciente e o ventilador artificial.

#### **Ventilação mecânica básica**

A ventilação mecânica é compreendida como a manutenção da oxigenação e/ou da ventilação dos pacientes de maneira artificial até que estes estejam capacitados a reassumi-las.

A ventilação mecânica basicamente é feita através do uso de pressão positiva nas vias aéreas, ao contrário do que se utilizava no início do seu uso clínico que era a pressão negativa. Desta forma, pode-se dividir a ventilação a pressão positiva em quatro fases:

<sup>3</sup> CEARÁ. Secretaria de Educação do Ceará. Curso Técnico de Enfermagem Integrado ao Ensino Médio. Manual de Cuidados ao Paciente Crítico – Manual do Professor. Colaboração Técnica: Alisson Salatiek Ferreira de Freitas e Anna Margarida Vicente Santiago. Ceará, 2013.

#### Fases da ventilação mecânica



[https://educacaoprofissional.seduc.ce.gov.br/images/material\\_didatico/professor/enfermagem/cuidados\\_ao\\_paciente\\_critico\\_professor.pdf](https://educacaoprofissional.seduc.ce.gov.br/images/material_didatico/professor/enfermagem/cuidados_ao_paciente_critico_professor.pdf)

#### **Modos de ventilação mecânica**

Os modos da ventilação determinam o início da fase inspiratória, de maneira geral existem quatro modos básicos de ventilação:

##### → **Ventilação controlada**

Neste modo de ventilação não há participação do paciente, o aparelho determina todas as fases da ventilação. Este é o tipo de ventilação mais utilizado na anestesia.

##### → **Ventilação Assistida**

Neste modo de ventilação, o aparelho determina o início da inspiração por um critério de pressão ou fluxo, mas o ciclo só é iniciado com o esforço do paciente. Nas duas situações, o disparo é feito pelo esforço inspiratório do paciente que aciona o aparelho de acordo com a sensibilidade pré-determinada.

##### → **Ventilação assistida-controlada**

O modo assistido-controlado permite um mecanismo duplo de disparo fornecendo maior segurança para o paciente, pois o ciclo controlado entra sempre que o paciente não disparar o ciclo assistido.

##### → **Ventilação mandatória intermitente**

Neste tipo de ventilação há uma combinação de ventilação controlada e/ou assistida intercalada com ventilações espontâneas do paciente dentro do próprio circuito do aparelho, através de válvulas de demanda.

#### **Cuidados de enfermagem**

- Vigilância constante;
- Controle de sinais vitais e monitorização cardiovascular;
- Monitorização de trocas gasosas e padrão respiratório;
- Observação dos sinais neurológicos;
- Aspiração de secreções;
- Observação dos sinais de hiperinsuflação;
- Higiene oral, troca de fixação do TOT/TQT, mobilização do TOT;
- Controle da pressão do balonete;
- Monitorização do balanço hidroeletrólítico e peso corporal;
- Controle nutricional;
- Umidificação e aquecimento do gás inalado;
- Observação do circuito do ventilador;
- Observação dos alarmes do ventilador;
- Nível de sedação do paciente e de bloqueio neuromuscular;

Observação do sincronismo entre o paciente e a máquina;  
Orientação de exercícios;  
Preenchimento dos formulários de controle;  
Apoio emocional ao paciente;  
Controle de infecção.

#### **Terapia renal substitutiva;**

A hemodiálise é uma das terapias renais substitutivas que tem como objetivo remover do organismo o excesso de líquidos e solutos indesejáveis. É um tratamento extracorpóreo, onde o sangue passa por um dialisador que contém dois compartimentos, um por onde circula o sangue, e outro por onde circula a solução de diálise.

Os grupos de risco para realização da diálise (hemodiálise, diálise peritoneal ou o transplante renal) são os portadores de doenças renais crônicas.

#### **Cuidados de enfermagem**

O profissional deve explicar sobre a doença renal crônica e o processo dialítico;

Ter cuidados com o acesso vascular para a hemodiálise (cateter duplo lúmen ou fístula arteriovenosa);

Manter o controle da ingesta hídrica e ganho de peso;

Realizar vacinação contra hepatite B, se caso for necessário;

Realizar a higienização do acesso vascular definitivo (fístula arteriovenosa - FAV);

Pesar o paciente;

Verificar a pressão arterial;

Verificar o nome completo do paciente no dialisador e certificar-se que o teste de resíduo do agente químico empregado na desinfecção do mesmo foi realizado e apresentou resultado negativo;

Programar na máquina a prescrição da hemodiálise (tempo da sessão, dose da anticoagulação, fluxo sanguíneo, fluxo dialítico, peso seco, objetivo de ultrafiltração);

Avaliar sinais de infecção ou de aneurisma na FAV;

Em pacientes com uso de cateter observar no óstio se há presença de secreção e/ou hiperemia;

Higienizar as mãos, colocar EPI e instalar o paciente na hemodiálise;

Controlar a pressão arterial, manter a anticoagulação do sistema e monitorar a sessão dialítica para prevenir complicações;

Após a sessão de hemodiálise, deve-se aferir a pressão arterial, realizar a pesagem do paciente para confirmar se o paciente atingiu o peso seco e administrar medicamentos específicos que estejam prescritos. Com relação à máquina de hemodiálise deve ser realizada desinfecção química após cada sessão de diálise;

Os registros de Enfermagem devem ocorrer em tempo real para prover evidências da realização da assistência logo após a medição de todos os controles da sessão dialítica. Exemplo: Peso pré-diálise, controle de pressão arterial a cada 1 hora ou de acordo com a rotina da clínica, peso pós-diálise, intercorrências dialíticas, administração de medicamentos, além de resultado do teste de resíduo do produto químico utilizado na desinfecção dos dialisadores e registro da medida do volume interno das fibras do *dialisadorpriming*. Esses registros devem ser legíveis, identificáveis e recuperáveis;

A manutenção preventiva e corretiva das máquinas de hemodiálise e dos demais equipamentos utilizados nos serviços de diálise deve obedecer à frequência e ao procedimento indicado pelos fabricantes dos mesmos. Esses equipamentos também devem ser calibrados para que sejam assegurados resultados válidos.

#### **Pós-operatório de transplantes**

O período das primeiras 24h do pós-operatório do transplante renal está associado à instabilidade hemodinâmica e à necessidade de reposição parenteral de grande quantidade de líquidos. A evolução com poucas intercorrências nesse período inicial está associada à melhor sobrevida a longo prazo.

Os cuidados no pós-operatório são similares aos realizados com pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de médio porte, com ênfase na monitorização do balanço hidroeletrólítico, cuidados para prevenção de infecção, controle da dor, manutenção e estímulo da função pulmonar, deambulação precoce, restauração das funções gastrointestinais e restauração da função renal.

#### **Cuidados de enfermagem**

Ter conhecimento de como foi o procedimento cirúrgico, enfocando a ocorrência de complicações, dificuldades, medicamentos utilizados durante a cirurgia, tempo cirúrgico, alterações na recuperação pós-anestésica;

Evolução esperada nos primeiros dias após o procedimento, enfocando o funcionamento do rim transplantado;

Avaliação da função do enxerto, por meio da avaliação da eliminação urinária, bem como da evolução dos exames clínicos de função renal (ureia, creatinina, sódio e potássio);

Administração e avaliação da terapia imunossupressora do paciente;

Deteção precoce das complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico;

A monitorização das complicações pós transplante renal, na UTI, é prioridade;

Preparar e testar os equipamentos necessários para receber o paciente submetido ao transplante renal, na UTI;

Ter conhecimento de como foi o procedimento cirúrgico, enfocando a ocorrência de complicações, dificuldades técnicas, medicamentos utilizados durante a cirurgia, reposição volêmica com hemoterápicos, tempo cirúrgico, alterações na recuperação pós-anestésica.

Avaliar o paciente ao recebê-lo na UTI;

Avaliação da função cardiopulmonar: frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e saturação de O<sup>2</sup>, de acordo com padrões de normalidade;

Avaliação do estado de hidratação do paciente: condição clínica e verificação da PVC, reposição de líquidos conforme prescrição médica;

Realizar balanço hídrico rigoroso;

Avaliar função renal: controle de diurese a cada hora, objetivando-se um padrão  $\geq 30$  ml/h;

Observar manutenção do cateter urinário pérvio;

Avaliação dos resultados dos exames clínico-laboratoriais, informando a equipe médica a ocorrência de alterações relevantes;

Manejo e controle da dor;

No paciente consciente, realizar a avaliação da dor utilizando-se escala numérica ou analógica (5º sinal vital);

Cuidados com acessos vasculares, drenos e sondas; evitando-se trações e umidade;

Avaliar presença de hemorragia, hematomas na ferida cirúrgica;

Estimular a deambulação o mais precocemente possível, visando prevenção de complicações vasculares e pulmonares, bem como a ocorrência de úlceras por pressão;

Estimular e supervisionar a realização de exercícios respiratórios. Em alguns serviços, são realizados pelo fisioterapeuta;

Instituir cuidados para a prevenção de infecção: realização de curativos com técnica asséptica, restrição de visitas, entre outros;

Realizar controle rigoroso da glicemia capilar.

### **Cirurgias cardíacas e grandes cirurgias em geral**

Oferecer assistência multidisciplinar integral e segura ao paciente adulto em pós-operatório de cirurgia cardíaca na unidade de terapia intensiva.

As cirurgias cardíacas contempladas para este protocolo são:

- Revascularização do miocárdio;
- Cirurgias valvares;
- Cirurgias para tratamento de doenças da aorta;
- Transplante cardíaco;
- Correção de cardiopatias congênitas.

A admissão do paciente no pós-operatório imediato deve ser realizada como prioridade absoluta. O tempo de permanência aproximado destes pacientes é de 72 horas.

Potenciais complicações: sangramento, arritmias, tamponamento cardíaco, AVC, hipovolemia, IAM, fenômenos tromboembólicos, infecções hospitalares.

### **Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes:**

- Risco para Infecção;
- Risco Integridade da Pele Prejudicada;
- Déficit para o Autocuidado;
- Desobstrução Ineficaz de VAS;
- Dor;
- Risco de Integridade Tissular Prejudicada;
- Débito Cardíaco diminuído;
- Comunicação verbal prejudicada;
- Mobilidade no leito prejudicada;
- Perfusão renal ineficaz;
- Risco de desequilíbrio do volume de líquidos;
- Risco de glicemia instável.

### **Ações prioritárias na admissão do paciente pela equipe de enfermagem**

Na recepção do paciente será necessária a presença de médico intensivista, de enfermeiro, de fisioterapeuta e de técnico de enfermagem.

A equipe cirúrgica deve informar a Equipe da UTI:

- A cirurgia efetuada;
- Os achados operatórios;
- As manobras cirúrgicas;
- As eventuais complicações cirúrgicas e anestésicas (transoperatório e pós-operatório).

### **Cuidados do Enfermeiro**

Conectar sistemas de monitorização invasiva – PAM/PVC/Swan Ganz.

Preparar e instalar a protamina de acordo com a prescrição médica, infusão de 30 a 60 minutos;

Conferir administração de soluções endovenosas:

- Gotejamento de drogas e soros;
- Programação correta das bombas de infusão;
- Uso das vias do cateter venoso central;
- Coletar gasometria e exames laboratoriais após 20 min de VM;
- Dar início à documentação do processo de enfermagem (Sistemização da Assistência de Enfermagem - SAE).

### **Cuidados do Técnico de Enfermagem**

- Conectar o monitor – ECG ao paciente;
- Instalar e programar as bombas de infusão;
- Conectar os drenos ao sistema de aspiração;
- Desprezar volume do dreno pericárdico;
- Verificar débito do dreno mediastinal, identificando o nível do selo d'água;

- Desprezar a diurese vinda do CC;
- Anotar em folha de controles;
- Valores de monitorização;
- Débito urinário;
- Débito de drenos;
- Recebimento de drogas e/ou infusões;
- Proporcionar medidas de conforto no leito;
- Realizar ECG.

### **Manobra de PRONA**

A posição prona é uma manobra para combater a hipoxemia, sintoma bastante comum em paciente com diminuição da complacência pulmonar e alteração da ventilação/perfusão. Existe uma melhora significativa na oxigenação do paciente, favorecendo o desmame, além disso, pode ser realizada sem comprometer a segurança do paciente<sup>4</sup>.

Esta intervenção, quando aplicada a pacientes em uso de membrana extracorpórea (ECMO), tem mostrado benefícios na sobrevida. O enfermeiro deverá saber os critérios de aplicação desta posição, bem como seus benefícios.

Quando indicada, proporciona alteração da insuflação pulmonar regional, redistribuição da ventilação e redistribuição da perfusão.

As contraindicações são: instabilidade hemodinâmica refratária com uso de drogas vasoativas; trauma de tórax e abdômen; monitorização intracraniana; hemodiálise; lesão medular; cirurgia de face recente e circulação extracorpórea.

Acredita-se que, usando ventilação ultra protetora com baixas pressões de platô durante a terapia VV-ECMO, se possibilitaria a formação de áreas mal ventiladas em regiões pulmonares dependentes e, conseqüentemente, poderia influenciar a alteração da relação ventilação/perfusão.

A posição possibilita recrutar as regiões dorsais dos pulmões podendo, assim, exercer efeitos benéficos durante a terapia com VV-ECMO. Tornam-se necessários alguns cuidados para posicionar o paciente em prona, pois, em pacientes em uso de ECMO, esta intervenção pode aumentar o risco de decanulação acidental.

Evidenciou-se, em um estudo, que, quando aplicada pela equipe de Enfermagem, existe a necessidade de seis cuidadores para mudar o paciente. Um enfermeiro deve ficar responsável especificamente pela tubulação e ECMO durante a mudança.

Nota-se, portanto, que é necessário o treinamento de toda a equipe com a finalidade de se adequar a técnica e manter a segurança do paciente.

### **Membrana de oxigenação extracorpórea**

A oxigenação por membrana extracorpórea – *Extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO), é um suporte mecânico invasivo de assistência circulatória mecânica (ACM) planejado para fornecer suporte cardiopulmonar parcial ou total para pacientes com falência cardíaca e pulmonar.

Configura-se em uma tecnologia com instalação rápida, aplicável à maioria dos pacientes e que rapidamente reverte a falência circulatória e/ou a anoxia. Esse sistema consiste em um circuito fechado de circulação extracorpórea composto por um conjunto de tubos, uma membrana de oxigenação artificial e uma bomba propulsora onde a finalidade é manter a perfusão dos tecidos com sangue oxigenado enquanto se aguarda a recuperação do órgão previamente acometido como o coração e o pulmão ou ambos.

4 Santos DBC, Cardoso LCC, Cássia TDA, Prata MS, Santos ES. Cuidados a pacientes em uso de Oxigenação por Membrana Extracorpórea. Rev. Enfermagem. UFPEonline. 2019;13:e242035DOI:https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242035.