



CÓD: OP-1040T-21
7908403512683

HCPA-RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Técnico de Enfermagem
(Unidade de Centro Cirúrgico,
Sala de Recuperação PósAnestésica,
Centro Cirúrgico Ambulatorial e/ou Centro de Material e
Esterilização)

EDITAL Nº 06/2021

Língua Portuguesa (Bônus)

1. Análise global do texto	01
2. Ortografia	10
3. Relações entre fonemas e grafias	11
4. Acentuação gráfica	12
5. Morfologia: estrutura e formação de palavras. Classes de palavras e seu emprego. Flexões: gênero, número e grau do substantivo e adjetivo	13
6. Sintaxe: processos de coordenação e subordinação	20
7. Equivalência e transformação de estruturas	22
8. Discurso direto e indireto.	22
9. Concordância nominal e verbal	25
10. Regência verbal e nominal	26
11. Crase	27
12. Pontuação	28
13. Interpretação de textos: variedade de textos e adequação de linguagem. Estruturação do texto e dos parágrafos. Informações literais e inferências. Estruturação do texto: recursos de coesão	01
14. Significação contextual de palavras e expressões	29
15. Manual de Redação da Presidência da República	29

Conhecimentos Específicos

Técnico de Enfermagem (Unidade de Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação PósAnestésica, Centro Cirúrgico Ambulatorial e/ou Centro de Material e Esterilização)

1. Avaliação e Registro da dor	01
2. Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico no perioperatório . Cuidados de Enfermagem ao paciente no pós-operatório em situação crítica de saúde Cuidados de Enfermagem em Sala de Recuperação Pós-Anestésica	02
3. Cuidados de Enfermagem Centro Endoscópico	09
4. Cuidados de Enfermagem e controle epidemiológico durante a assistência de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus - SARS-CoV-2	10
5. Cuidados de Enfermagem em Centro Cirúrgico Ambulatorial	39
6. Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).	42
7. Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal	49
8. Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde	51
9. Lei do Exercício Profissional	54
10. Código de Ética de Enfermagem	62
11. Prevenção de Infecções relacionadas à assistência à saúde	67
12. Processamento de Produtos para Saúde	74
13. Segurança do Paciente e Cirurgia Segura	74
14. Segurança do Paciente	77
15. Saúde no Trabalho	77

LÍNGUA PORTUGUESA

1. Análise global do texto	01
2. Ortografia	10
3. Relações entre fonemas e grafias	11
4. Acentuação gráfica	12
5. Morfologia: estrutura e formação de palavras. Classes de palavras e seu emprego. Flexões: gênero, número e grau do substantivo e adjetivo	13
6. Sintaxe: processos de coordenação e subordinação	20
7. Equivalência e transformação de estruturas	22
8. Discurso direto e indireto.	22
9. Concordância nominal e verbal	25
10. Regência verbal e nominal	26
11. Crase	27
12. Pontuação	28
13. Interpretação de textos: variedade de textos e adequação de linguagem. Estruturação do texto e dos parágrafos. Informações literais e inferências. Estruturação do texto: recursos de coesão	01
14. Significação contextual de palavras e expressões	29
15. Manual de Redação da Presidência da República	29

ANÁLISE GLOBAL DO TEXTO. INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS: VARIEDADE DE TEXTOS E ADEQUAÇÃO DE LINGUAGEM. ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO E DOS PARÁGRAFOS. INFORMAÇÕES LITERAIS E INFERÊNCIAS. ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO: RECURSOS DE COESÃO

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:

TEXTO NARRATIVO	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
TEXTO DISSERTATIVO ARGUMENTATIVO	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.
TEXTO EXPOSITIVO	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.
TEXTO DESCRITIVO	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.
TEXTO INJUNTIVO	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.

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 barrapitada, 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 propositalmente, 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 e 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, recompor, 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 experimen-

tais. 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.

Os elementos desta lista foram classificados por ordem alfabética e pelas afinidades comuns entre eles. Estabelecer critérios de classificação das ideias e argumentos, pela ordem de importância, é uma habilidade indispensável para elaborar o desenvolvimento de uma redação. Tanto faz que a ordem seja crescente, do fato mais importante para o menos importante, ou decrescente, primeiro o menos importante e, no final, o impacto do mais importante; é indispensável que haja uma lógica na classificação. A elaboração do plano compreende a classificação das partes e subdivisões, ou seja, os elementos do plano devem obedecer a uma hierarquização. (Garcia, 1973, p. 302304.)

Para a clareza da dissertação, é indispensável que, logo na introdução, os termos e conceitos sejam definidos, pois, para expressar um questionamento, deve-se, de antemão, expor clara e racionalmente as posições assumidas e os argumentos que as justificam. É muito importante deixar claro o campo da discussão e a posição adotada, isto é, esclarecer não só o assunto, mas também os pontos de vista sobre ele.

A definição tem por objetivo a exatidão no emprego da linguagem e consiste na enumeração das qualidades próprias de uma ideia, palavra ou objeto. Definir é classificar o elemento conforme a espécie a que pertence, demonstra: a característica que o diferencia dos outros elementos dessa mesma espécie.

Entre os vários processos de exposição de ideias, a definição é um dos mais importantes, sobretudo no âmbito das ciências. A definição científica ou didática é denotativa, ou seja, atribui às palavras seu sentido usual ou consensual, enquanto a conotativa ou metafórica entrega palavras de sentido figurado. Segundo a lógica tradicional aristotélica, a definição consta de três elementos:

- o termo a ser definido;
- o gênero ou espécie;
- a diferença específica.

O que distingue o termo definido de outros elementos da mesma espécie.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1. Avaliação e Registro da dor	01
2. Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico no perioperatório . Cuidados de Enfermagem ao paciente no pós-operatório em situação crítica de saúde Cuidados de Enfermagem em Sala de Recuperação Pós-Anestésica	02
3. Cuidados de Enfermagem Centro Endoscópico	09
4. Cuidados de Enfermagem e controle epidemiológico durante a assistência de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus - SARS-CoV-2	10
5. Cuidados de Enfermagem em Centro Cirúrgico Ambulatorial	39
6. Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).	42
7. Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal	49
8. Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde	51
9. Lei do Exercício Profissional	54
10. Código de Ética de Enfermagem	62
11. Prevenção de Infecções relacionadas à assistência à saúde	67
12. Processamento de Produtos para Saúde	74
13. Segurança do Paciente e Cirurgia Segura	74
14. Segurança do Paciente	77
15. Saúde no Trabalho	77

AVALIAÇÃO E REGISTRO DA DOR

A dor é a causa mais comum da busca de cuidados médicos.

Apresenta componentes sensoriais e emocionais e, em geral, é classificada como aguda ou crônica. Em geral, a dor aguda está frequentemente associada a ansiedade e hiperatividade do sistema nervoso simpático (p. ex., taquicardia, aumento de frequência respiratória e pressão arterial, sudorese, dilatação das pupilas). A dor crônica não envolve hiperatividade simpática, mas pode estar associada a sinais vegetativos (p. ex., fadiga, perda de libido, perda de apetite) e depressão. Há considerável variação na tolerância à dor entre os indivíduos.

Fisiopatologia

A dor aguda, que geralmente ocorre em resposta à lesão tecidual, resulta da ativação de receptores periféricos de dor (nociceptores) e suas fibras nervosas sensoriais específicas (fibras A delta e fibras C).

A dor crônica relacionada com lesão tecidual contínua é provavelmente causada pela ativação persistente dessas fibras. Mas a gravidade da lesão tecidual nem sempre prevê a intensidade da dor crônica ou aguda. A dor crônica também pode resultar de lesão contínua ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico (que causa dor neuropática).

A dor nociceptiva pode ser somática ou visceral. Os receptores da dor somática estão localizados na pele, tela subcutânea, fáscia, em outros tecidos conectivos, periósteo, endósteo e cápsulas articulares. A estimulação desses receptores produz dor localizada aguda ou leve, mas a dor em queimação não é rara se os tecidos cutâneos ou subcutâneos estiverem envolvidos. Os receptores da dor visceral estão localizados na maioria das vísceras e no tecido conjuntivo circundante. A dor visceral decorrente de obstrução de um órgão oco é mal localizada, profunda e espasmódica, podendo ser referida a locais cutâneos distantes. A dor visceral decorrente de lesão em cápsulas de órgãos ou outros tecidos conectivos profundos pode ser mais localizada e aguda.

Os fatores psicológicos modulam a intensidade da dor de acordo com um grau altamente variável. Pensamentos e emoções desempenham um papel importante na percepção da dor. Muitos pacientes com dor crônica também têm aflição psicológica, especialmente a depressão e ansiedade. Como certas síndromes são caracterizadas como transtornos psiquiátricos (p. ex., alguns transtornos com sintomas somáticos) e são definidas pela dor referida pelos próprios pacientes, as pessoas que definem mal sua própria dor muitas vezes são caracterizadas equivocadamente como tendo um transtorno psiquiátrico e, assim, são privadas de um tratamento adequado.

A dor compromete múltiplos domínios cognitivos incluindo atenção, memória, concentração e conteúdo do pensamento, possivelmente exigindo recursos cognitivos.

Muitas síndromes de dor são multifatoriais. Por exemplo, a dor lombar crônica e a maior parte das síndromes de dor do câncer têm um componente nociceptivo significativo, mas também podem envolver dor neuropática (decorrente de lesão de nervos).

Transmissão e modulação da dor

As fibras para dor entram na medula espinal no gânglio da raiz dorsal e fazem sinapse no corno dorsal. Deste ponto, as fibras cruzam para o outro lado, estendem-se para cima pelas colunas laterais até o tálamo e em seguida até o córtex cerebral.

A estimulação repetitiva (p. ex., de um distúrbio doloroso prolongado) pode aumentar a sensibilidade dos neurônios no corno posterior da medula espinal, de forma que um pequeno estímulo periférico cause dor (fenômeno de potencialização). Os nervos periféricos e os nervos em outras localizações do sistema nervoso central também podem ter sua sensibilidade aumentada, com alterações sinápticas a longo prazo nos campos receptores corticais (remodelação) que mantêm exagerada a percepção de dor. Esse processo de estímulos aferentes crônicos que causa aumento da sensibilidade (limiares mais baixos) e remodelação das vias nociceptivas centrais e dos receptores chama-se sensibilização central. Isso explica por que ocorre:

Alodinia (resposta dolorosa a um estímulo não doloroso)

Hiperalgesia (resposta dolorosa excessiva a um estímulo doloroso normal)

As substâncias liberadas quando o tecido é lesionado, incluindo aquelas envolvidas na cascata inflamatória, podem aumentar a sensibilidade dos nociceptores periféricos. Essas substâncias incluem peptídeos vasoativos (p. ex., peptídeo relacionado com o gene da calcitonina, substância P, neurocinina A) e outros mediadores (p. ex., prostaglandina E2, serotonina, bradicinina, adrenalina).

O sinal de dor é modulado em múltiplos pontos, tanto em vias segmentais como descendentes, por vários mediadores neuroquímicos, incluindo endorfinas e monoaminas (p. ex., serotonina, noradrenalina). Esses mediadores interagem de forma mal compreendida, ampliando ou reduzindo a percepção e a resposta à dor. São mediadores do benefício potencial de fármacos ativos no sistema nervoso central (p. ex., opioides, antidepressivos, anticonvulsivantes, estabilizadores de membrana) que interagem com receptores específicos e neuroquímicos no tratamento da dor crônica.

Fatores psicológicos são importantes moduladores da dor. Eles afetam não apenas a maneira como os pacientes falam sobre a dor (p. ex., de modo impassível, irritado ou queixoso) e como eles se comportam em resposta à dor (p. ex., se fazem caretas ou não), mas também geram efluxos neurais que modulam a neurotransmissão ao longo das vias da dor. A reação psicológica à dor prolongada interage com outros fatores do sistema nervoso central para induzir alterações a longo prazo na percepção de dor.

A história deve incluir as seguintes informações sobre a dor:

Qualidade (p. ex., em queimação, espasmódica, persistente, profunda, superficial, penetrante, lancinante)

Gravidade

Localização

Padrões de dor referida

Duração

Ocasão (incluindo padrão, grau de flutuação e frequência de remissões)

Fatores exacerbantes e atenuantes.

Deve-se avaliar o nível funcional do paciente, concentrando-se nas atividades cotidianas (p. ex., vestir-se, tomar banho), trabalho, passatempos e relações interpessoais (incluindo as sexuais).

A percepção da dor do paciente pode representar mais do que os processos fisiopatológicos intrínsecos da doença. Deve ser determinado o significado da dor para o paciente, com ênfase em aspectos psicológicos, depressão e ansiedade. O relato de dor é mais aceitável socialmente que o de ansiedade ou de depressão, e a terapia adequada geralmente depende de se distinguir essas percepções divergentes. Dor e sofrimento também devem ser diferenciados, sobretudo nos pacientes com câncer; o sofrimento pode ser também decorrente tanto da perda de função como do medo da morte iminente, além da dor.

Deve-se avaliar se um ganho secundário (vantagens externas e incidentais por enfermidade — p. ex., afastamento do trabalho, auxílio invalidez) contribui para a dor ou para incapacidades relacionadas à dor. Deve-se perguntar ao paciente se há processo em andamento ou se será solicitada uma compensação financeira pela lesão.

Uma história pessoal ou familiar de dor crônica pode esclarecer o problema. Deve-se considerar uma possível contribuição dos membros da família para a perpetuação da dor crônica (p. ex., por constantemente indagar sobre a saúde do paciente).

Deve-se perguntar aos pacientes e, algumas vezes aos cuidadores, sobre o uso, eficácia e efeitos adversos dos fármacos vendidos com e sem receita médica e outros tratamentos e sobre consumo de álcool e uso de fármacos recreativas ou ilícitas.

Intensidade da dor

A intensidade da dor deve ser avaliada antes e após intervenções potencialmente dolorosas. Em pacientes capazes de verbalizar, o autorrelato é o padrão-ouro e os sinais externos de dor (p. ex., chorar, estremeecer, balançar) são secundários. Para pacientes com dificuldades de comunicação e em crianças pequenas, os indicadores não verbais (comportamentais e algumas vezes psicológicos) podem ser a fonte primária de informação.

Medidas formais (ver figura Algumas escalas de dor para quantificar a dor vigente) são

Escalas de categoria verbal (p. ex., leve, moderada e grave)

Escalas numéricas

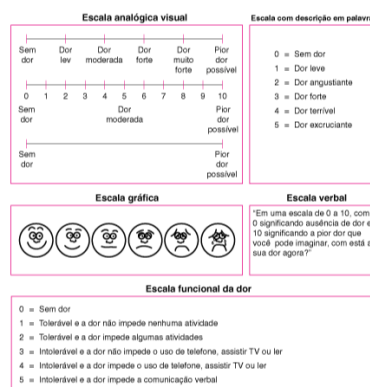
A Escala Visual Analógica (EVA)

Para a escala numérica, pede-se aos pacientes que classifiquem sua dor de 0 a 10 (0 = ausência de dor; 10 = “a pior dor imaginável”). Na EVA, os pacientes criam um sinal representando o grau da dor em uma linha de 10 cm sem identificação, com a extremidade esquerda com os dizeres “sem dor” e a direita com os dizeres “dor insuportável”. A pontuação da dor é a distância em mm desde a extremidade esquerda da linha. Crianças e pacientes com alfabetização deficiente ou problemas de desenvolvimento podem selecionar imagens de faces que vão do sorriso à expressão distorcida pela dor, ou frutas de vários tamanhos para transmitir sua percepção de intensidade da dor. Ao mensurar a dor, o examinador deve especificar um período de tempo (p. ex. “em média durante a última semana”).

Algumas escalas de dor para qualificar a dor à medida que ocorre

Para a Escala de Dor Funcional, os examinadores devem explicar com clareza ao paciente que as limitações funcionais serão relevantes para a avaliação somente se decorrerem da dor que está sendo avaliada; o tratamento visa ao máximo alívio possível da dor, pelo menos até o nível tolerável (0–2 em uma escala de 0 a 10).

Adaptado de American Geriatrics Society (AGS) Panel on Chronic Pain in Older Persons: The management of chronic pain in older persons. Journal of the American Geriatrics Society 46:635–651, 1998; used with permission; from Gloth FM III, Scheve AA, Stober CV, et al: The functional pain scale (FPS): Reliability, validity, and responsiveness in a senior population. Journal of the American Medical Directors Association 2 (3):110–114, 2001; e de Gloth FM III: Assessment. Em Handbook of Pain Relief in Older Adults: An Evidence-Based Approach, editado por FM Gloth III. Totowa (NJ), Humana Press, 2003, p. 17; usada com permissão; copyright © FM Gloth, III, 2000.



Fonte: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-neuro%C3%B3gicos/dor/avalia%C3%A7%C3%A3o-da-dor>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CIRÚRGICO NO PERIOPERATÓRIO. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO EM SITUAÇÃO CRÍTICA DE SAÚDE. CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Assistência de Enfermagem perioperatória

O termo Peri operatório é empregado para descrever todo o período da cirurgia, incluindo antes e após a cirurgia em si. As três fases dos cuidados Peri operatórios são: Pré-operatório, Transoperatório e Pós-operatório.

Pré-Operatório: esse período tem início desde o momento em que o paciente recebe a indicação da operação e se estende até a sua entrada no centro cirúrgico. Esse período se divide em duas fases: pré-operatório mediato e pré-operatório imediato.

Pré-operatório Mediato: começa no momento da indicação da operação e termina 24 horas antes do seu início. Geralmente, nesse período o paciente ainda não se encontra internado.

Neste período mediato, sempre que possível, o cirurgião faz uma avaliação do estado geral do paciente através de exame clínico detalhado e dos resultados de exames de sangue, urina, raios X, eletrocardiograma, entre outros. Essa avaliação tem o objetivo de identificar e corrigir distúrbios que possam aumentar o risco cirúrgico.

Tratando-se de cirurgias eletivas, onde há previsão de transfusão sanguínea, muitas vezes é solicitado ao paciente para providenciar doadores saudáveis e compatíveis com seu tipo sanguíneo. Com essa medida pretende-se melhorar a qualidade do sangue disponível e aumentar a quantidade de estoque existente nos hemocentros, evitando sua comercialização.

Os cuidados de enfermagem aqui neste período compreendem os preparos psicoespiritual e o preparo físico.

Consentimento cirúrgico: Antes da cirurgia, o paciente deve assinar um formulário de consentimento cirúrgico ou permissão para realização da cirurgia. Quando assinado, esse formulário indica que o paciente permite a realização do procedimento e compreende seus riscos e benefícios, explicados pelo cirurgião. Se o paciente não compreender as explicações, o enfermeiro notifica ao cirurgião antes que o paciente assine o formulário de consentimento.

Os pacientes devem assinar um formulário de consentimento para qualquer procedimento invasivo que exija anestesia e comporte risco de complicações.

Quando um paciente adulto está confuso, inconsciente ou não é mentalmente competente, um familiar ou um tutor deve assinar o formulário de consentimento. Quando o paciente tem menos de 18 anos de idade, um dos pais ou um tutor legal deve assinar o formulário. Pessoas com menos de 18 anos de idade, que vivem longe de casa e sustentam-se por conta própria, são considerados menores emancipados e assinam o formulário de consentimento. Numa emergência, o cirurgião pode ter que operar sem consentimento. No entanto, a equipe de saúde deve se esforçar ao máximo para obter o consentimento por telefone, telegrama ou fax. Todo enfermeiro deve estar familiarizado com as normas da instituição e com as leis estaduais relacionadas aos formulários de consentimento cirúrgico.

Os pacientes devem assinar o formulário de consentimento antes que lhes seja administrado qualquer sedativo pré-operatório. Quando o paciente ou a pessoa designada tiver assinado a permissão, uma testemunha adulta também assina para confirmar que o paciente ou o indivíduo designado assinou voluntariamente. Em geral, a testemunha é um membro da equipe de saúde ou um empregado do setor de admissão. É responsabilidade do enfermeiro assegurar que todas as assinaturas necessárias figurem no formulário de consentimento, e que este se encontre no prontuário do paciente antes que ele seja encaminhado ao centro cirúrgico (CC).

Assistência de enfermagem em centro cirúrgico e centro de material esterilizado

Os cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico variam de acordo com o tipo de cirurgia e de paciente para paciente, atendendo suas necessidades básicas e suas reações psíquicas e físicas manifestadas durante este período. Neste capítulo iremos abordar os cuidados gerais indispensáveis a todos os tipos de cirurgia e os cuidados específicos voltados para cirurgias de mão e membro superior e de pé e membro inferior.

A assistência pré-operatória tem como objetivo proporcionar uma recuperação pós-operatória mais rápida, reduzir complicações, diminuir o custo hospitalar e o período de hospitalização que se inicia na admissão e termina momentos antes da cirurgia, devolvendo o paciente o mais rápido possível ao meio familiar.

1- Assistência de enfermagem pré-cirúrgica geral: abrange o preparo sócio-psíquico-espiritual e o preparo físico.

Preparo sócio-psíquico-espiritual:

- Providenciar a assinatura do termo de responsabilidade, autorizando o hospital a realizar o procedimento
- Explicar aos familiares sobre a cirurgia proposta, como o paciente retornará da sala operatória e a importância em apoiá-lo nesse período;
- Explicar ao paciente sobre a cirurgia, o tipo de anestesia, e os exames que porventura forem necessários, salientando a importância de sua colaboração durante os procedimentos;

- Tranquilizá-lo em caso de ansiedade, medo do desconhecido e de destruição da auto-imagem, ouvir atentamente seu discurso, dar importância às queixas e seus relatos;

- Explicar as condições que irá retornar do centro cirúrgico (se acordado, com ou sem gesso, etc.) e assegurar que terá sempre um profissional da enfermagem para atendê-lo;

- Promover o entrosamento do paciente com o ambiente hospitalar, esclarecer sobre normas e rotinas do local, e proporcionar um ambiente calmo e tranquilo e

- Providenciar ou dar assistência religiosa, caso seja solicitada.

Preparo físico:

- Realizar a consulta de enfermagem, atentando para as condições que podem atuar negativamente na cirurgia e reforçando as positivas;

- Providenciar e/ou preparar o paciente para exames laboratoriais e outros exames auxiliares no diagnóstico; - Iniciar o jejum após o jantar ou ceia;

- Verificar sinais vitais, notificar ao médico responsável se ocorrerem sinais ou sintomas de anormalidade ou alteração dos sinais vitais;

- Encaminhar ao banho para promover higiene, trocar de roupa, cortar as unhas e mantê-las limpas e fazer a barba;

- Administrar medicação pré-anestésica, se prescrita; - Realizar a tricotomia do membro a ser operado, lavar com água e sabão, passar anti-séptico local e enfaixar (se necessário) com bandagens estéreis;

- Remover próteses, jóias, lentes de contato ou óculos, prendedores de cabelo e roupas íntimas;

- Promover esvaziamento vesical, colocar roupa cirúrgica apropriada (camisola, toucas), transportá-lo na maca até o centro cirúrgico com prontuário e exames realizados (inclusive Raios-X).

Assistência pré-cirúrgica específica de mão, membro superior e pé:

- Exame físico minucioso, atentando para a qualidade e integridade da pele (deverá estar hidratada e lubrificada);

- Observar sinais de infecção, inflamação, alergias ou reações hansênicas;

- Se houver lesões abertas, promover limpeza com solução fisiológica ou água e sabão e ocluir com gaze e atadura de crepe.

- Observar perfusão periférica do membro a ser operado;

- No caso de cirurgia com enxerto, a pele da região doadora deverá estar hidratada e lubrificada. Este procedimento inicia-se alguns dias antes, sendo que, horas antes da cirurgia, realizar a tricotomia e limpeza da pele. Durante o período trans-cirúrgico, o quarto do paciente deverá estar pronto para recebê-lo, equipado com materiais suficientes como: suporte de soro e bomba de infusão, travesseiros para elevação do membro operado, cobertores, comadre ou papagaio, esfigmômetro e manômetro, termômetro, e demais equipamentos necessários.

2 - Assistência pós-cirúrgica geral:

Inicia-se no momento em que o paciente sai do centro cirúrgico e retorna à enfermagem. Esta assistência tem como objetivo detectar e prevenir a instalação de complicações pós-operatórias e consequentemente obter uma rápida recuperação

. A assistência pós-cirúrgica consiste em:

- Transferir o paciente da maca para a cama, posicioná-lo de acordo com o tipo de cirurgia a que foi submetido e com o membro operado elevado;

- Aquecê-lo, se necessário;

- Manter a função respiratória;

- Observar nível de consciência, estado geral, quadro de agitação e outros comprometimentos neurológicos;
- Verificar anormalidades no curativo, como: secreção e presença de sangramento;
- Observar o funcionamento de sondas, drenos, cateteres e conectá-los às extensões;
- Controlar e anotar sinais vitais, bem como gotejamento de soro, sangue ou derivados; - Verificar anotações do centro cirúrgico) e executar a prescrição médica;
- Promover conforto e segurança através de meio ambiente adequado, uso de grades na cama, imobilização de mãos (se agitado);
- Observar funcionamento e controlar, quando necessário, os líquidos eliminados por sondas, drenos, etc; - Realizar mudança de decúbito de acordo com a evolução clínica;

- Forçar ingesta líquida e sólida assim que a dieta for liberada;
- Promover movimentação ativa, passiva e deambulação precoces se forem permitidas e houver condições físicas;
- Trocar curativos;
- Orientar paciente e a família para a alta, quanto à importância do retomo médico para controle e cuidados a serem dispensados no domicílio como gesso, repouso, limpeza adequada;
- Proporcionar recreação, por exemplo, revistas e TV

Assistência Pós-cirúrgica específica para o membro superior:

- Posicionar o membro operado em elevação, entre 60 e 90 graus, apoiados em travesseiros, quando estiver em decúbito horizontal e, ao deambular, mantê-lo corar tipóia e mão elevada acima do tórax;
- Observar edema, palidez, cianose ou alteração da temperatura em extremidades das mãos;
- Realizar limpeza dos artelhos, secando bem os espaços interdigitais
- Realizar curativos a cada dois dias em incisão cirúrgica: limpeza com solução fisiológica a 0,9%, aplicação tópica de rifocina spray e oclusão com gaze e atadura. No caso de cirurgia de enxerto cutâneo, a frequência da troca do curativo da área doadora será estabelecida conforme a necessidade, isto é, quando houver extravasamento de secreção, que varia em torno de dois a cinco dias. O da área receptora será realizado pelo médico responsável, geralmente após cinco dias, conforme seu critério, utilizando-se algum produto não aderente;
- Estando com tala gessada ou somente enfaixado, retirar a tala ou faixa para curativos, tomando o cuidado de manter o mesmo alinhamento do membro superior e mão durante o procedimento e recolocar a tala ou a bandagem, obedecendo-se a ordem de início da região distal para a proximal;
- Movimentar passivamente e delicadamente as articulações não gessadas;
- Caso esteja com aparelho gessado, mantê-lo limpo; não molhá-lo (durante o banho, protegê-lo com material plástico, um sanitário, por exemplo, e orientá-lo a não deixar entrar água pelo bordo superior); observar sinais de garroteamento como edema e palidez ou gesso apertado; ausência ou diminuição da sensibilidade ou motricidade, sinais de hemorragia como presença de sangramento no aparelho gessado e odor desagradável;
- Orientar o paciente a não introduzir objetos em caso de prurido e não retirar algodão do gesso

Assistência Pós-cirúrgica específica para os membros inferiores:

- Realizar cuidados acima citados
- Manter repouso absoluto do membro inferior e posicionamento elevado, geralmente acima do nível do corpo. Ao encaminhá-lo ao banho ou para deambulação, andar com apoio ou cadeiras adequadas;
- Se o membro estiver gessado e com salto, aguardar a secagem adequada e a liberação para a deambulação, conforme orientação médica, alternando a deambulação e o repouso com elevação do membro inferior gessado. Caso o aparelho gessado não contenha salto, isso é indicativo de que a deambulação é proibida;
- Não fletir o membro durante a secagem do gesso;
- Proceder a retirada de pontos cirúrgicos entre sete a dez dias ou depois da retirada do aparelho gessado.

Assistência Pós-cirúrgica específica em amputação de membro inferior:

- Promover o alívio da dor se houver;
- Os amputados experimentam com frequência dor fantasma ou sensação fantasma. Tais sensações são reais e devem ser aceitas pelo paciente e pelas pessoas que lhe prestam assistência.
- Apesar da amputação ser um procedimento de reconstrução, a mesma altera a imagem corporal do paciente. O enfermeiro deverá estabelecer uma relação de confiança, com a qual encorajará o paciente a olhar, sentir e a cuidar do membro residual, tornando-o apto e participante ativo no autocuidado;
- Observar sinais de secreções hemáticas em incisão cirúrgica, coloração, temperatura e aspecto da cicatrização;
- Evitar o edema enfaixando-o sem compressão exagerada e não deixar o membro residual pendurado. A pressão excessiva sobre o membro residual deve ser evitada, pois pode comprometer a cicatrização da incisão cirúrgica;
- O membro residual não deverá ser apoiado sobre o travesseiro, o que pode resultarem em contratura e flexão do quadril. Uma contratura da próxima articulação acima da amputação constitui complicação frequente. De acordo com a preferência do cirurgião, o membro residual poderá ser posicionado em extensão ou elevação por curto período de tempo após a cirurgia. Deve-se desestimular a posição sentada por períodos prolongados para evitar as contraturas em flexão de quadril e de joelho;
- Estimular e ajudar nos exercícios precoces de amplitude. O paciente pode utilizar um trapézio acima da cabeça ou um lençol amarrado na cabeceira do leito para ajudar a mudá-lo de posição e fortalecer o bíceps. Solicitar orientação ao serviço de fisioterapia sobre a adequação dos exercícios ao paciente.

A sala de cirurgia deve ser equipada com esfigmomanômetro, monitor de eletrocardiograma, material para entubação traqueal, equipamentos para ventilação e oxigenação, aspirador de secreções, oxímetro de pulso e outros aparelhos especializados. Os equipamentos auxiliares são aqueles que podem ser movimentados pela sala, de acordo com a necessidade: suporte de hamper e bacia, mesas auxiliares, bisturi elétrico, foco auxiliar, banco giratório, escada, estrado, balde inoxidável com rodinhas ou rodízios, carros ou prateleiras para materiais estéreis, de consumo e soluções antissépticas.

Também são necessários diversos pacotes esterilizados contendo aventais, "opa" (avental com abertura para a frente), luvas de Cirurgia ou operação é o tratamento de doença, lesão ou deformidade externa e/ou interna com o objetivo de reparar, corrigir ou aliviar um problema físico.

É realizada na sala de cirurgia do hospital e em ambulatório ou consultório, quando o procedimento for considerado simples"1 .

Dependendo do risco de vida, a cirurgia pode ser de emergência, urgência, programada ou opcional. Por exemplo: nos casos de hemorragia interna, a cirurgia é sempre de emergência pois deve ser realizada sem demora; no abdome agudo, o tratamento cirúrgico é de urgência, por requerer pronta atenção, podendo-se, entretanto, aguardar algumas horas para melhor avaliação do cliente; as cirurgias programadas ou eletivas, como no caso de varizes de membros inferiores, são realizadas com data pré-fixada, enquanto que a maioria das cirurgias plásticas são optativas por serem de preferência pessoal do cliente.

A cirurgia também é classificada de acordo com a finalidade: diagnóstica ou exploratória, quando utilizada para se visualizar as partes internas e/ou realizar biópsias (laparotomia exploradora); curativa, quando se corrige alterações orgânicas (retirada da amígdala inflamada); reparadora, quando da reparação de múltiplos ferimentos (enxerto de pele); reconstrutora ou cosmética, quando se processa uma reconstituição (plástica para modelar o nariz, por exemplo); e paliativa, quando se necessita corrigir algum problema, aliviando os sintomas da enfermidade, não havendo cura (abertura de orifício artificial para a saída de fezes sem ressecção do tumor intestinal, por exemplo).

As cirurgias provocam alterações estruturais e funcionais no organismo do cliente, que precisará de algum tempo para se adaptar às mesmas.

É comum o tratamento cirúrgico trazer benefícios à qualidade de vida da pessoa, mas é importante compreendermos que o tratamento cirúrgico sempre traz um impacto (positivo ou negativo) tanto no aspecto físico como nos aspectos psicoemocionais e sociais. Com esta compreensão, temos maior chance de realizar uma comunicação interpessoal mais individualizada e prestar ao cliente orientações mais adequadas.

As reações emocionais guardam relação direta com o “significado” que o cliente e familiares atribuem à cirurgia, sendo a ansiedade pré-operatória a mais frequente.

Por isso, a cirurgia e os procedimentos diagnósticos podem representar uma invasão física, emocional e psicológica - e em algumas cirurgias (amputação da perna) uma invasão social, obrigando mudanças no estilo de vida. A aceitação ao tratamento cirúrgico, apesar do medo da anestesia, da dor, da morte, do desconhecido e da alteração da imagem corporal, está geralmente relacionada à confiança que o cliente deposita na equipe profissional e na estrutura hospitalar, daí a importância de estarmos atentos ao tipo de relação interpessoal que especificamente temos com este cliente.

O atendimento do cliente cirúrgico é feito por um conjunto de setores interligados, como o pronto-socorro, ambulatório, enfermaria clínica ou cirúrgica, centro cirúrgico (CC) e a recuperação pós-anestésica (RPA).

Todos estes setores devem ter um objetivo comum: proporcionar uma experiência menos traumática possível e promover uma recuperação rápida e segura ao cliente. O ambulatório ou pronto-socorro realiza a anamnese, o exame físico, a prescrição do tratamento clínico ou cirúrgico e os exames diagnósticos.

A decisão pela cirurgia, muitas vezes, é tomada quando o tratamento clínico não surtiu o efeito desejado. O cliente pode ser internado um ou dois dias antes da cirurgia, ou no mesmo dia, dependendo do tipo de preparo que a mesma requer.

O cliente do pronto-socorro é diretamente encaminhado ao centro cirúrgico, devido ao caráter, geralmente, de emergência do ato cirúrgico

. O centro cirúrgico é o setor destinado às intervenções cirúrgicas e deve possuir a recuperação pós-anestésica para prestar a assistência pós-operatória imediata.

Após a recuperação anestésica, o cliente é encaminhado à unidade de internação, onde receberá os cuidados pós-operatórios que visam prevenir a ocorrência de complicação.

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 trato 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 trato 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.