



CÓD: OP-018MA-23
7908403536078

FHEMIG

FUNDAÇÃO HOSPITALAR – MINAS GERAIS–MG

Técnico de Enfermagem

EDITAL Nº 01/2023

Língua Portuguesa

1. Leitura, compreensão e interpretação de textos. Estruturação do texto e dos parágrafos. Articulação do texto: pronomes e expressões referenciais, nexos, operadores sequenciais.....	5
2. Significação contextual de palavras e expressões.....	15
3. Equivalência e transformação de estruturas.....	15
4. Sintaxe: processos de coordenação e subordinação.....	16
5. Pontuação.....	18
6. Estrutura e formação de palavras.....	19
7. Funções das classes de palavras. Flexão nominal e verbal. Pronomes: emprego, formas de tratamento e colocação. Emprego de tempos e modos verbais.....	19
8. Concordância nominal e verbal.....	26
9. Regência nominal e verbal.....	28
10. Ortografia oficial.....	29
11. Acentuação gráfica.....	29

Raciocínio Lógico - Matemático

1. Estrutura lógica de relações arbitrárias entre pessoas, lugares, objetos ou eventos fictícios; dedução de novas informações das relações fornecidas e avaliação das condições usadas para estabelecer a estrutura daquelas relações. Compreensão e análise da lógica de uma situação, utilizando as funções intelectuais: raciocínio verbal, raciocínio matemático, raciocínio sequencial, orientação espacial e temporal, formação de conceitos, discriminação de elementos.....	39
2. Operações com conjuntos.....	59
3. Raciocínio lógico envolvendo problemas aritméticos, geométricos e matriciais.....	62

Informática Básica

1. Noções básicas sobre hardware e software: conceitos, características, componentes e funções, memória, dispositivos de armazenamento, de impressão, de entrada e de saída de dados, barramentos interfaces, conexões, discos rígidos, pen-drives, CD-R, DVD, Blu-Ray, impressoras, scanner, plotters.....	65
2. Conhecimentos básicos sobre os sistemas operacionais Microsoft Windows XP/7/8/8.1/10 BR: conceitos, características, ícones, atalhos de teclado, uso dos recursos.....	68
3. Conhecimentos e utilização dos recursos do gerenciador de pastas e arquivos (Windows Explorer/Computador).....	94
4. Conhecimentos sobre editores de texto Word x Writer, planilhas eletrônicas Excel x Calc e editor de apresentações Powerpoint x Impress (MS Office 2013/2016/2019 BR X Libre-Office v6.3 ou superior, em português, versões de 32 e 64 bits: conceitos, características, atalhos de teclado e emprego dos recursos.....	96
5. Redes de computadores e Web.....	141
6. Conceitos sobre Internet x Intranet x Extranet x e-mail x WebMail, características, atalhos de teclado e emprego de recursos de navegadores (browsers Internet Explorer 11 BR x Edge x Mozilla Firefox x Google Chrome nas versões atuais em português, de 32 e 64 bits).....	142
7. Outlook do pacote MSOffice 2013/2016/2019 BR.....	148
8. Mozilla Thunderbird em português, versões de 32 e 64 bits X Web Mail.....	150
9. Segurança de equipamentos, de sistemas, em redes e na internet: conceitos, características, vírus, firewall, medidas de proteção.....	154
10. Redes sociais: Face book x Twiter x LinkedIn x Whatsapp.....	157
11. Computação em Nuvem: conceitos, características, exemplos.....	159

Legislação Específica

1. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes do SUS	165
2. Política Nacional de Promoção da Saúde	172
3. Política Nacional de Humanização.....	182

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Enfermagem no centro cirúrgico: recuperação da anestesia; central de material e esterilização; atuação nos períodos pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório; atuação durante os procedimentos cirúrgico-anestésicos. materiais e equipamentos básicos que compõem as salas de cirurgia e recuperação anestésica; rotinas de limpeza da sala de cirurgia; uso de material estéril.....	191
2. manuseio de equipamentos: autoclaves; seladora térmica e lavadora automática ultrassônica	197
3. Noções de controle de infecção hospitalar.....	198
4. Procedimentos de enfermagem: verificação de sinais vitais	202
5. oxigenoterapia, aerossolterapia	204
6. curativos.....	211
7. Administração de medicamentos	213
8. Coleta de materiais para exames.....	223
9. Enfermagem nas situações de urgência e emergência. Conceitos de emergência e urgência. Estrutura e organização do pronto socorro. Atuação do técnico de enfermagem em situações de choque, parada cardiorrespiratória, politrauma, afogamento, queimadura, intoxicação, envenenamento e picada de animais peçonhentos.....	234
10. Enfermagem em saúde pública. Política Nacional de Imunização	281
11. Controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e sexualmente transmissíveis	287
12. Atendimento aos pacientes com hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade, doença renal crônica, hanseníase, tuberculose, dengue e doenças de notificações compulsória	298
13. Programa de assistência integrada à saúde da criança, mulher, homem, adolescente e idoso	338
14. Princípios gerais de segurança no trabalho	418
15. Prevenção e causas dos acidentes do trabalho	429
16. Princípios de ergonomia no trabalho.....	432
17. Códigos e símbolos específicos de Saúde e Segurança no Trabalho.....	435
18. Portaria nº 2.436/2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB	438
19. Código de Ética em Enfermagem: conduta ética dos profissionais da área de saúde	467
20. Lei nº 7.498/1986	472
21. Decreto nº 94.406/1987	474

- 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 B.

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 valemos 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

é o local onde é instalado e mantido o sistema operacional, todos os outros programas que são instalados no computador e todos os arquivos que do usuário.

O armazenamento do HD é contado normalmente em GB (Gigabytes), porém atualmente já existe discos rígidos com capacidade de TB (Tera Bytes - 1024 GB). Para se ter acesso aos dados do HD, é necessário um Sistema operacional.

Atualmente os sistemas operacionais conseguem utilizar o HD como uma extensão da memória, na chamada Gestão de memória Virtual. Porém esta função é utilizada somente quando a memória principal (memória RAM) está sobrecarregada.

Os HD's Externos são uma grande evolução. Estes podem ser carregados em mochilas, pastas, no bolso ou mesmo na mão sem problema algum.

Os dados do HD são guardados em uma mídia magnética, parecida com um DVD. Esta é muito sensível, se receber muitas batidas pode se deslocar e o HD perde a utilidade. Nestes casos é quase impossível recuperar dados do HD.

Obs: Um GB Equivale a 1024 MB(Mega Bytes), e cada TB equivale a 1024GB.

O número 1024 parece estranho, porém as unidades de armazenamento utilizam códigos binários para gravar as informações (portanto, sempre múltiplo de 2).

Geralmente é ligado à placa-mãe por meio de um cabo, que pode ser padrão IDE, SATA, SATA II ou SATA III.

HD Externo



Os HDs externos são discos rígidos portáteis com alta capacidade de armazenamento, chegando facilmente à casa dos Terabytes. Eles, normalmente, funcionam a partir de qualquer entrada USB do computador.

As grandes vantagens destes dispositivos são:

- Alta capacidade de armazenamento;
- Facilidade de instalação;

Mobilidade, ou seja, pode-se levá-lo para qualquer lugar sem necessidade de abrir o computador.

SSD²



O SSD (solid-state drive) é uma nova tecnologia de armazenamento considerada a evolução do disco rígido (HD). Ele não possui partes móveis e é construído em torno de um circuito integrado semicondutor, o qual é responsável pelo armazenamento, diferentemente dos sistemas magnéticos (como os HDs).

Mas o que isso representa na prática? Muita evolução em relação aos discos rígidos. Por exemplo, a eliminação das partes mecânicas reduz as vibrações e tornam os SSDs completamente silenciosos.

Outra vantagem é o tempo de acesso reduzido à memória flash presente nos SSDs em relação aos meios magnéticos e ópticos. O SSD também é mais resistente que os HDs comuns devido à ausência de partes mecânicas – um fator muito importante quando se trata de computadores portáteis.

O SSD ainda tem o peso menor em relação aos discos rígidos, mesmo os mais portáteis; possui um consumo reduzido de energia; consegue trabalhar em ambientes mais quentes do que os HDs (cerca de 70°C); e, por fim, realiza leituras e gravações de forma mais rápida, com dispositivos apresentando 250 MB/s na gravação e 700 MB/s na leitura.

Mas nem tudo são flores para o SSD. Os pequenos velozes ainda custam muito caro, com valores muito superiores que o dos HDs. A capacidade de armazenamento também é uma desvantagem, pois é menor em relação aos discos rígidos. De qualquer forma, eles são vistos como a tecnologia do futuro, pois esses dois fatores negativos podem ser suprimidos com o tempo.

Obviamente, é apenas uma questão de tempo para que as empresas que estão investindo na tecnologia consigam baratear seus custos e reduzir os preços. Diversas companhias como IBM, Toshiba e OCZ trabalham para aprimorar a produção dos SSDs, e fica cada vez mais evidente que os HDs comuns estão com seus dias contados.

CD, CD-R e CD-RW

O Compact Disc (CD) foi criado no começo da década de 80 e é hoje um dos meios mais populares de armazenar dados digitalmente.

Sua composição é geralmente formada por quatro camadas:

- Uma camada de policarbonato (espécie de plástico), onde ficam armazenados os dados.
- Uma camada refletiva metálica, com a finalidade de refletir o laser.
- Uma camada de acrílico, para proteger os dados.
- Uma camada superficial, onde são impressos os rótulos.

² Fonte: <https://www.tecmundo.com.br/memoria/202-o-que-e-ssd-.htm>

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

Estados e Distrito Federal

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

Municípios

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

História do sistema único de saúde (SUS)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Princípios do SUS

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

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

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

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

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

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

Principais leis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Materiais e equipamentos da sala de operação (SO)

Para que o processo cirúrgico transcorra sem intercorrências e de forma planejada, as salas cirúrgicas são equipadas com foco central, negatoscópio, sistema de canalização de ar e gases, prateleiras (podem estar ou não presentes), mesa cirúrgica manual ou auto-

mática com colchonete de espuma, perneiras diferentes tamanhos, campos duplos, campos simples, compressas grandes e pequenas, gazes, impermeável (para forrar a mesa do instrumentador), cúpulas grandes e pequenas, cubarim, bacia, sondas e drenos diversos, cabo com borracha para aspirador e cabo de bisturi elétrico (pode vir acondicionado em caixas).

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

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

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

Prevenindo infecção

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

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

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

Outros fatores são o diabetes mellitus, que dificulta o processo de cicatrização; a obesidade, em vista da menor irrigação sanguínea do tecido gorduroso; o período pré-operatório prolongado, que faz com que o cliente entre em contato maior com a flora hospitalar; e infecções no local ou fora da região cirúrgica, que podem causar contaminação da ferida operatória.

O risco de infecção cirúrgica pode ser diminuído quando se trata ou compensa as doenças e os agravos que favorecem a infecção, tais como a obesidade, focos infecciosos, presença de febre e outros.

Também no pré-operatório imediato alguns cuidados são implementados, tais como o banho com antissépticos específicos (clorexidina ou solução de iodo PVPI) na noite anterior e no dia da cirurgia, tricotomia, lavagem intestinal, retirada de objetos pessoais, próteses e outros.