

Tricotomia Cirúrgica: Uma prática a ser avaliada

Trichotomy Surgical: A practice to be valued

MARIANA MORETTI PERES. Aluna do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Ingá.

LILIAN GATTO. Professora do curso de graduação de Enfermagem da FACULDADE INGÁ – Especialização em Administração da Assistência de Enfermagem, UEM e Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde Enfermagem, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ.

Endereço para Correspondência: MARIANA MORETTI PERES. Avenida 14 de Dezembro, 562, Centro, CEP 87600-000, Nova Esperança – PR, e-mail: ma.moretti@hotmail.com. LILIAN GATTO. Avenida Tiradentes, 254, apto 901, CEP 87013-260, Maringá – PR, e-mail: gatto.lilian@gmail.com

RESUMO: O objetivo deste estudo foi realizar um levantamento sobre os métodos de tricotomia no pré-operatório realizados em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos que realizam cirurgias, no município de Maringá-PR. A coleta de dados foi realizada através de um questionário de dez perguntas objetivas, realizadas pelo próprio autor da pesquisa, durante o período de maio a junho de 2010. Os resultados demonstram que de sete hospitais pesquisados, seis (85,8%) afirmam que não realizam tricotomia em todos os pacientes cirúrgicos. Em todos os hospitais a poda de pêlos é feita com o auxílio de um aparelho elétrico-tricotomizador, um deles também afirma utilizar lâmina descartável quando o volume de pêlos é menor. Todos realizam desinfecção do aparelho usado após o uso. Com relação a uma normativa escrita sobre a técnica de tricotomia, seis (85,8%) a possuem e seguem. Os indicadores do período usado para a realização da poda dos pêlos pré-cirúrgicos mostram que três (43,1%) hospitais realizam em até 2 horas antes do ato cirúrgico. O preparo da pele antes da tricotomia não é feito por quatro (57,4%) hospitais. Conclui-se que a maioria dos hospitais realizam o procedimento de tricotomia da maneira correta, como é proposta pela literatura, tendo assim um comprometimento com a segurança do paciente, automaticamente minimizando o risco de contrair alguma infecção.

Palavras-chave: Tricotomia. Método. Infecção sitio cirúrgico (ISC). Infecção Hospitalar.

ABSTRACT: The aim of this study was to survey the methods of hair removal performed preoperatively in all public hospitals, private and philanthropic organizations that perform surgery, in Maringá-PR. Data collection was conducted through a questionnaire of ten objective questions made by the author of the study, during the period May-June 2010. The results show that seven hospitals surveyed, six (85,8%) say they do not realize trichotomy in all surgical patients. In all hospitals the pruning of hair is made with the aid of an electric-shaven, one of them also say they use disposable blade when the volume of hair is shorter. All perform disinfection device used after use. With respect to a normative writing about the technique of hair removal, six (85,8%) and have the following. The indicators of the period used for the pruning of pre-surgical hair show that three (43,1%) hospitals performed up to 2 hours before surgery. Preparing the skin before shaving is not done by four (57,4%) hospitals. We conclude that the majority of hospitals performing the procedure shaving the right way, as

proposed in the literature and thus a commitment to patient safety, automatically minimizing the risk of contracting an infection.

Key-Words: Trichotomy. Method. Surgical site infection (SSI). Nosocomial infection.

INTRODUÇÃO

Atualmente durante a internação hospitalar, contrair uma infecção pode parecer absurdo em uma época de tantos avanços na medicina, porém esse fato é muito mais comum do que se imagina. Um estudo feito nos Estados Unidos demonstra segundo estimativas dos Centros de Prevenção e Controle de Doenças, que o problema atinge de 5% a 10% dos pacientes internados; conseqüentemente, aumentando o tempo de internação, risco de sequelas físicas, além do custo elevado (CAMARGO, 2009).

Segundo Turrini e Santo (2002), no Brasil os dados sobre infecção hospitalar são pouco divulgados e além disso, esses dados não são consolidados por muitos hospitais, o que dificulta o conhecimento da dimensão do problema no país.

No Brasil estima-se que 5% a 15% dos pacientes internados em uma instituição hospitalar adquiriram ou irão adquirir algum tipo de infecção hospitalar. Os números epidemiológicos e a prática do controle estão sofrendo diversas evoluções. O conhecimento dos mecanismos de transmissão, aliados com os meios de prevenção e controle são medidas essenciais para o controle das infecções (MACHADO, et al, 2001).

Desde 1983, com a implantação da portaria 196 de 24 de junho do Ministério da Saúde, é obrigatória a existência de um método de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares. A CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), como é chamada, tem o objetivo de prevenir e combater a infecção hospitalar e proteger o hospital e o corpo clínico, beneficiando dessa maneira toda a sua clientela. Tem-se como obrigação manter arquivados toda a documentação que comprovam a existência de uma comissão dentro do hospital, rotinas de funcionamento, protocolos que orientem o tratamento mais efetivo e adequado a cada paciente, ou seja, dados que, quando solicitados judicialmente, possam ser comprovados, mantendo-se o limite aceitáveis de casos de infecções hospitalares (PRADE; VASCONCELLOS, 2001 e RUARO; NASCIMENTO; KAYAMORI, 1995).

As CCIHs são de extrema necessidade numa instituição hospitalar. Com o crescimento acelerado e resistência de bactérias no ambiente hospitalar a necessidade se torna cada vez mais evidente (RODRIGUES, 2009).

A maioria das instituições hospitalares não conta com uma CCIH que funcione efetivamente, gerando assim um total descaso de um fator de extrema importância para uma boa qualidade hospitalar. A ação das organizações governamentais e não governamentais tem sido cada vez mais frequente, incorporando temas relacionados ao controle de infecção hospitalar em congressos nacionais e internacionais, dando acesso e facilitando a reciclagem técnica dos profissionais de uma maneira mais eficiente e rápida (RODRIGUES, 2009).

As infecções associadas a serviços de saúde representam maior morbimortalidade, custo e contribuem em até 50% dos óbitos hospitalares, sendo a ISC a segunda em termo de incidência, superada apenas pela infecção do trato urinário (DALTOÉ, 2008 e POVEDA; GALVÃO; HAYASHIBA, 2003).

As infecções do sítio cirúrgico (ISC) representam um grande ônus sócio-econômico às instituições em decorrência dos custos hospitalares e em relação ao paciente conforme o tempo que ele fica internado e afastado das suas rotinas normais. Observa-se na maioria das instituições a dificuldade que existe entre os profissionais em

aceitar normas práticas de controle de infecção hospitalar, mesmo com a existência de protocolos de práticas já estabelecidas em cada instituição (KUNZLE, et al, 2006).

Um sítio cirúrgico pode ser considerado infectado clinicamente por apresentar uma drenagem purulenta pela ferida cirúrgica (COUTO, 2009).

Qualquer cirurgia é considerada um procedimento de risco, devido à barreira epitelial a ser rompida produzindo alterações imunológicas, acabando por desencadear uma série de reações sistêmicas no organismo facilitando a ocorrência do processo infeccioso (LEVANDOUSKI, 2007).

Muitas são as causas de infecção, porém, as principais são aquelas que derivam de falhas humanas e de procedimentos para evitar a exposição do paciente a riscos. São medidas simples, como o ato de lavar as mãos antes, durante e depois de cada procedimento, que exercem um papel fundamental para a saúde do paciente (CAMARGO, 2009).

Grande parte do risco de adquirir uma infecção no local da cirurgia está relacionada à própria cirurgia, derivando de várias fontes, como práticas inadequadas durante o procedimento e falhas no processamento dos materiais e instrumentos utilizados. Podendo ser prevenido com a correta esterilização, procedimentos rigorosos e uma equipe totalmente treinada (CAMARGO, 2009).

A prevenção e o controle das ISC estão correlacionados com uma rotinização pré, trans e pós-operatória implantada por cada instituição conforme suas características de trabalho. As rotinas clássicas para o controle são: melhora das condições nutricionais do paciente, evitar a retirada dos pêlos com lâmina de barbear, realização de uma anti-sepsia cuidadosa no campo operatório, uso de antibióticos apenas no período per e pós-operatório imediatos (RODRIGUES, 2009).

O preparo do paciente é uma das medidas mais importantes para o controle e prevenção de ISC. A higienização corporal tem como principal objetivo reduzir a flora microbiana normal e de impurezas presentes na pele do paciente, a tricotomia tem o papel fundamental de reduzir os pêlos quando interferirem no ato cirúrgico, no máximo duas horas antes da cirurgia, usando o aparelho elétrico. A presença de pêlos em excesso pode dificultar a higienização e anti-sepsia da pele no local da cirurgia (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

A tricotomia consiste na técnica de poda pré-operatória dos pêlos de determinada região do corpo, com o objetivo de facilitar a visualização e a técnica operatória, assim como diminuir a contaminação da incisão com microorganismos presentes nos pêlos (DICCINI; YOSHINAGA; MARCOLAN, 2009).

Um fator relevante são aqueles pacientes que devido a problemas neurocirúrgicos, necessitam a realização da tricotomia em couro cabeludo, afetando sua auto-estima, acabando por afetar negativamente sua qualidade de vida, Os profissionais de saúde devem ajudar o paciente a se preparar para as mudanças psicológicas e sociais, prestando orientações quanto á necessidade do procedimento de tricotomia para obter sucesso neurocirúrgico (DICCINI; YOSHINAGA; MARCOLAN, 2009).

Diversos são os agentes antimicrobianos tópicos a disposição no mercado. Esses produtos têm como característica: ação residual, rápida redução da flora, amplo espectro de atividade e ausência de absorção pela pele ou mucosa; cabe a cada instituição adotar o produto a sua rotina (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

Entende-se por anti-sepsia a destruição dos microrganismos existentes nas camadas superficiais ou profundas da pele, já os anti-sépticos são destinados á remoção mecânica, ou inibição das floras transitórias e resistentes da pele ou mucosa, impedindo que os microrganismos sejam levados para dentro da ferida operatória durante a incisão e manipulação dos tecidos. Todos os produtos anti-sépticos utilizados devem constar na

Portaria nº 903 do Ministério da Saúde (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997 e POVEDA; GALVÃO; HAYASHIBA, 2003).

O banho anti-séptico pré-operatório é uma forma muito eficiente para reduzir o número de bactérias colonizadas na pele dos pacientes, os componentes mais utilizados são a clorexidina e o iodo-povidina. Contudo a junção do banho pré-operatório com o uso de anti-sépticos ainda não teve comprovada a sua efetividade na redução do risco de alguma infecção (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

A principal função de preparação cutânea pré-operatória é diminuir as bactérias sem lesionar a pele. O paciente que irá realizar uma cirurgia programada pode ser instruído a usar um sabão que contenha um degermante germicida para reduzir o número de organismos cutâneos, já àquelas cirurgias de emergência não se tem um preparo adequado antes do ato cirúrgico (BRUNNER e SUDDARTH, 2005).

Compete ao enfermeiro promover a assistência integral ao cliente minimizar o medo, a ansiedade, o benefício emocional aos pacientes com estigma da tricotomia, ou seja, condições que comprovadamente trarão melhor recuperação. A assistência à saúde se enquadra na abordagem da estratégia de atendimento sendo comparada com um modelo considerado ideal. O processo de atendimento deve, teoricamente, levar ao resultado desejado em termos de melhoria da saúde, alívio da dor e sofrimento, além de satisfação da pessoa que está recebendo o cuidado (DVILEVICIUS, et al, 2004 e D'ORSI; YOSHINAGA; MARCOLAN, 2009).

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa exploratória quantitativa foi realizada em instituições hospitalares públicas, privadas e filantrópicas de pequeno, médio e grande porte do município de Maringá-PR, que realizam procedimentos cirúrgicos. A pesquisa foi realizada durante o período de 25 de Maio a 25 de Junho, totalizando 30 dias de coleta de dados no ano de 2010.

Foram entrevistados 01 (um) enfermeiro de cada uma das nove instituições hospitalares existentes no município, sendo que uma se negou a responder devido a normas existentes dentro da instituição e outra por não realizar cirurgias. Os nomes das instituições foram mantidos em sigilo, sendo os questionários entregues ao diretor de enfermagem da instituição, ou cargo equivalente, e este designou um enfermeiro de sua equipe para responder o mesmo.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário composto por dez perguntas objetivas que abordaram a maneira da realização do método de tricotomia no pré-operatório, abrangendo questões e características relativas à rotina de cada instituição, realizada pelo próprio autor da pesquisa.

Os entrevistados foram identificados pela profissão-cargo que exercem na instituição. O tipo de assistência prestada aos pacientes. Referente à classificação do hospital foi questionado sobre o seu porte. Questionou-se a maneira que é realizado o procedimento de tricotomia, qual a técnica que se utiliza; o aparelho utilizado é feito sua desinfecção ou não, se sim que produto é utilizado; o hospital segue alguma normativa para a realização da tricotomia, ou apenas a rotina verbal; período de tempo antes do ato cirúrgico á tricotomia é realizada. Foi questionado se normalmente se realiza algum preparo da pele antes da tricotomia; e se o profissional faz uso de luvas de procedimentos quando realiza o cuidado.

Para se obter os números da pesquisa, os dados obtidos foram descritos e expostos em gráfico e tabelas para uma melhor observação e conclusão da pesquisa. Antes da coleta de dados, os protocolos referentes à pesquisa foram submetidos ao

Comitê de Ética da Instituição de Ensino Superior Ingá. Todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os questionários foram aplicados em sete instituições hospitalares (cinco privadas, uma filantrópica e uma pública) do município de Maringá-PR.

Todos os profissionais que responderam o questionário são enfermeiros. A técnica de tricotomia é realizada pela equipe de enfermagem, sendo o enfermeiro responsável pela equipe e implementação de rotinas técnicas. A classificação do hospital a partir do número de leitos, segundo Portaria nº 2.224/GM, em 05 de Dezembro de 2002, um pequeno porte (até 50 leitos), quatro médio porte (51 à 150 leitos) e dois grande porte (151 à 500 leitos).

Do total de sete instituições seis (85,8%) afirmam que não realizam tricotomia em todos os pacientes cirúrgicos, sendo que apenas uma (14,2%) afirma realizá-la, como pode ser observado no Gráfico 1. Dentre as instituições que não realizam tricotomia em todos os pacientes cirúrgicos, vale ressaltar os casos e as justificativas dos mesmos: *realizada tricotomia somente com indicação médica e/ou necessidade; quando os pêlos irão prejudicar a realização do procedimento cirúrgico; colecistectomia; quando o paciente já veio com a tricotomia realizada.*

São inúmeros os fatores prós e contra para a realização da tricotomia. A principal vantagem é a visualização da área operatória e a grande desvantagem é que pode ocorrer a infecção da pele por uso de métodos inadequados ou de uma equipe inabilitada (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

Todos os sete sujeitos responderam que realizam a técnica de tricotomia com aparelho elétrico-tricotomizador, um deles também afirma utilizar lâmina descartável quando o volume de pêlos é menor.

Segundo Filho e Barbieri (2001) a retirada dos pêlos na área demarcada deve ser realizada com lâmina de barbear esterilizada ou descartável com o auxílio de sabão para remover todos os pêlos renascentes e microrganismos existentes na pele.

Durante um Congresso Brasileiro de Enfermagem em Fortaleza-Ceará, chegou-se a conclusão de que a utilização de tricotomizadores elétricos tem sido a melhor maneira de fazer a poda dos pêlos, pois causam menos lesões à pele e consequentemente, menor risco de contaminação endógena (FIUZA, et al, 2009).

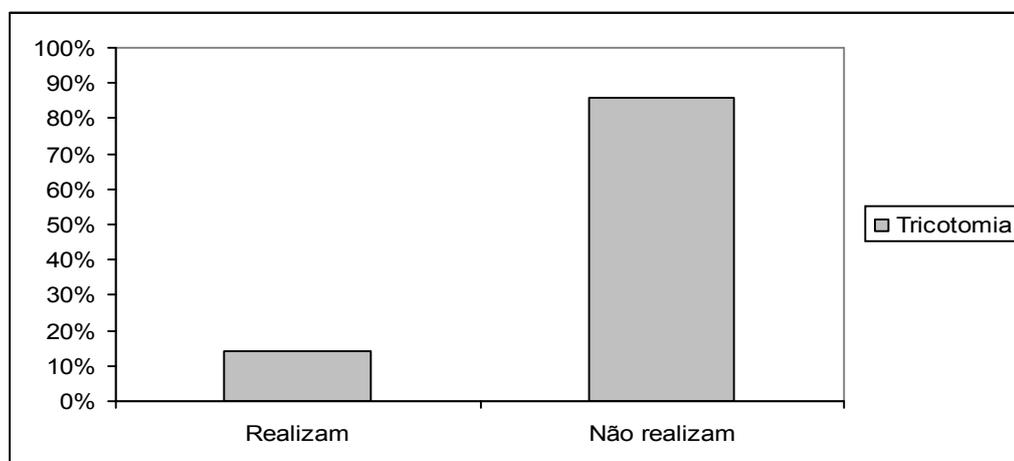


Gráfico 1 . Realização de tricotomia em pacientes cirúrgicos nos hospitais do município de Maringá – PR, 2010.

A forma de desinfecção do aparelho utilizado por cada instituição ao ser questionada obteve-se os seguintes valores quatro (57,4%) instituições usam o álcool 70% e três (42,6%) instituições utilizam água e sabão para limpeza do aparelho e após o uso de álcool 70% para desinfecção do mesmo (Tabela 1).

Os autores Souza; Pereira; Rodrigues (1998) afirmam que fazendo uso de desinfetante (álcool 70%) nos materiais cirúrgicos ocorre a eliminação dos microrganismos existentes, com pouca evidência de crescimento. Já o uso de água, sabão, e ação mecânica não conseguem retirar todos os microrganismos empregados no mesmo.

Tabela 1 . Formas utilizadas para desinfecção do aparelho usado para a tricotomia nos hospitais do município de Maringá – PR, 2010.

PROCEDIMENTO	NÚMERO DE HOSPITAIS	PORCENTAGEM (%)
Não é feita	00	00,0
Água e sabão	00	00,0
Não é necessária, pois o aparelho é descartável	00	00,0
Álcool 70%	04	57,4
Água, sabão e álcool 70%	03	42,6
Outra	00	00,0
Total	07	100

Ao questionar se as instituições seguem alguma normativa por escrito sobre a realização do método de tricotomia, seis (85,8%) instituições responderam que dispõem de uma rotina completa, disponível em todos os setores para consulta dos funcionários da equipe de enfermagem. Já uma (14,2%) instituição usa apenas a rotina verbal, informando que esta sendo realizado POP (Procedimento Operacional Padrão) da instituição, normatizando várias rotinas, inclusive a rotina de tricotomia.

O uso de um protocolo de como realizar a remoção pré-operatória de pêlos, é uma ótima forma de garantir qualidade na assistência prestada aos clientes, tendo em vista prevenir possíveis complicações de lesão de pele. Enfim escolher o melhor método para a remoção pré-operatória dos pêlos, elaborarem uma rotina que indique o horário adequado e o melhor local da instituição para a remoção dos pêlos antes do procedimento cirúrgico, podem ser medidas que irão treinar os profissionais de enfermagem e padronizar a técnica (FIUZA, et al, 2009).

Os resultados referentes ao período de realização da tricotomia antes do ato cirúrgico foram bem notórios entre as instituições: duas (28,5%) instituições realizam no centro cirúrgico e imediatamente antes da cirurgia, três (43,1%) em até 2 horas antes do ato cirúrgico, uma (14,2%) de 2 à 4 horas antes do ato cirúrgico e uma (14,2%) instituição não segue uma regra, como pode ser observado na tabela 2.

Diversas são as referências de atribuições do tempo adequado para a realização da tricotomia. Segundo Gomes (2005) a realização da tricotomia deve ser feita imediatamente antes da cirurgia, no máximo com 01 hora de antecedência.

Abreu e Castropil (1999) afirmam que a tricotomia deve ser realizada de preferência imediatamente antes do ato operatório. Contudo Filho e Barbieri (2001) acreditam que a retirada de pelos deve ser realizada o mais próximo possível da cirurgia para que os microrganismos tenham um período mínimo de tempo para se proliferar

De acordo com Fiuza (2009) e Ferraz (2001) o método de tricotomia deve ser realizado no intervalo máximo de duas horas antes da intervenção cirúrgica e somente quando indicado.

Tabela 2 . Período de realização da tricotomia nos hospitais do município de Maringá – PR, 2010.

PERÍODO	HOSPITAIS	PORCENTAGEM (%)
Imediatamente antes do ato cirúrgico, no centro cirúrgico	02	28,5
Até 2 horas antes do ato cirúrgico	03	43,1
De 2 à 4 horas antes do ato cirúrgico	01	14,2
Não há uma regra	01	14,2
Total	07	100,0

A realização de algum tipo de preparo de pele antes da tricotomia é feita por três (42,6%) hospitais, adotando-se o banho de aspersão e uma antisepsia da pele com PVPI degermante e os outros quatro (57,4%) não efetuam nenhum preparo da pele antes da cirurgia.

Os pêlos possuem microbiota que pode ser reduzida após uma anti-sepsia adequada. Muitas instituições recomendam a retirada dos pêlos caso ele dificulte a visualização ou atrapalhe o campo operatório, diminuindo assim o aparecimento da infecção do sítio cirúrgico. Alguns autores acreditam que um banho pré-operatório contribui para diminuir a taxa de infecção do sítio cirúrgico, podendo ser feito com clorexidina, ou até mesmo um banho comum do que nenhum (KUNZLE, et al, 2006).

Os setes entrevistados responderam que todos os profissionais fazem uso de luva de procedimento para a realização da tricotomia.

O uso de EPI tem por finalidade a formação de uma barreira microbiológica contra a contaminação do sítio cirúrgico do paciente, dos profissionais, materiais, equipamentos com presença de microorganismos. As luvas de procedimento para a realização do cuidado de tricotomia têm como função essencial proteger o paciente e o cuidador. São geralmente usadas quando existe a possibilidade de contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, pele não íntegra e qualquer item contaminado (CATANEO et al, 2004 e KUNZLE, 2006).

CONCLUSÕES

Com base na análise realizada neste estudo pode-se concluir que a maioria dos hospitais realiza o procedimento de tricotomia da maneira correta, como é proposta pela literatura, tendo assim um comprometimento com a segurança do paciente, automaticamente minimizando o risco de contrair algum tipo de infecção. O preparo da pele do paciente pré-cirúrgico é de extrema importância, os profissionais mostram o total discernimento em realizar ou não a tricotomia em seus pacientes cirúrgicos, impedindo assim uma porta de entrada para uma contaminação e conseqüentemente, uma recuperação mais rápida e sem alterações futuramente no seu pós-operatório. A rotina por escrito da tricotomia e o uso da educação continuada além de ser formas de treinar os profissionais de enfermagem, acaba por deixar a técnica mais segura e mais rápida, conseqüentemente não caindo no esquecimento dos funcionários. Enfim com a implementação de procedimentos rigorosos de cada hospital, acabaremos por promover

a mudança do comportamento e capacitando os profissionais para uma assistência de boa qualidade.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A.A.N.; CASTROPIL, W. Tricotomia e infecção cirúrgica. **Artigo de Revisão e Atualização**. , São Paulo, 1999.
- BARE, B. G.; SMELTZER, S. C. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 10ª ed., v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- CATANEO, C. et al. O preparo da equipe cirúrgica: aspecto relevante no controle da contaminação ambiental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, Ribeirão Preto – SP, março – abril, 2004.
- CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 1ª ed., Manole, Barueri-SP, p.169, 2007.
- CAMARGO, L.F.A. **Infecção hospitalar uma ameaça para quem busca tratamento**. Disponível em: <<http://www.einstein.br/paginaeinstein/Paginas/infeccao-hospitalar-uma-ameaca-para-quem-busca-tratamento.aspx>> . Acesso em 30 de Abril de 2010.
- CAMARGO, L.F.A. **Quais são os riscos envolvidos em uma cirurgia?** Disponível em :<<http://www.einstein.br/pagina-einstein/Paginas/quais-sao-os-riscos-envolvidos-em-uma-cirurgia.aspx>>. Acesso em 30 de Abril de 2010.
- COUTO, R.C. et al. **Infecção hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença: Prevenção das infecções de sítio cirúrgico**. 4ª ed. Guanabara Koogan, 2009.
- DICCINI, S.; YOSHINAGA, N. S.; MARCOLAN, J. F. Repercussões na auto-estima provocadas pela tricotomia em craniotomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, set., São Paulo, 2009.
- D'ORSI, E. et al. Qualidade de atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n. 4, ago., São Paulo, 2005.
- DVILEVICIUS, A.E. et al. Craniotomia sem tricotomia: avaliação de 640 casos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.62, n. 1, mar., São Paulo, 2004.
- DALTOÉ, T. Métodos de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares utilizados pelos hospitais de Porto Alegre. **Repositório Digital-Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul, 2008.
- FIUZA, M.L.T. et al. **Relato de experiência sobre a construção de um protocolo de tricotomia segura**. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem: Transtorno Social e Sustentabilidade Ambiental, dez., Ceará, 2009.
- FILHO, G.C.; BARBIERI, R.L. **Enfermagem básica teórica e prática**. In: preparação de pele. 2ª ed. Editora Ridel, São Paulo, p. 105-108, 2001.
- FERRAZ, E.M. **Manual de controle de infecção em cirurgia, colégio brasileiro de cirurgiões**. ex. 2, Editora Pedagógica e Universitária LTDA-EPU. p.87, 2003.
- GOMES, F.V.L. et al. Rotina para o Controle de Infecção de Sítio Cirúrgico. **Universidade Católica de Goiás**, Goiás, 2005.
- KUNZLE, S.R.M.; et al. Auxiliares e técnicos de enfermagem e controle de infecção hospitalar em centro cirúrgico: mitos e verdades. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, 2ª ed., v. 40, Março. São Paulo, p. 214-220, 2006.
- LEVANDOVSKI, R.M. Avaliação do impacto da medicação pré-anestésica e da dose de morfina da infecção da ferida operatória de histerectomia abdominal. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2007.
- MACHADO, A. et al. Prevenção de Infecção Hospitalar. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de medicina**. Agosto, 2001.
- POVEDA, V.B.; GALVÃO, C.M.; HAYASHIBA, M. Análise dos fatores de risco relacionados à incidência de infecção do sítio cirúrgico em gastrocirurgias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 1ª ed., v. 37, mar., São Paulo, p.81-89, 2003.
- PRADE, S.S.; VASCONCELLOS, M.M. Identificando Fontes de dados dos sistemas de informações do SUS para a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. Informe **Epidemiológico de SUS**, 3ª ed., v. 10, Fiocruz, Rio de Janeiro, p.121-128, 2001.
- RODRIGUES, L. Infecções Hospitalares em Sítio Cirúrgico: novas estratégias de controle e antigos desafios. **Revista Prática Hospitalares**, n.28, Jul./Ago., 2009.
- RUARO, A.F.; NASCIMETO, C.C.R.; KAYAMORI, C.H.G. Comissão de controle de infecção hospitalar direitos e deveres. **Revista brasileira Ortopédica**, v. 30, n. 4, Abril, 1995.

SILVA, A.A M.; RODRIGUES, A.L.; CESARETTI, I.V.R. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**: Assistência de Enfermagem prestada ao paciente pré-operatório geral. ex.10, 2º ed. Editora pedagógica e Universitária LTDA, p.139-1421, 1997.

SOUZA, A.C.S.;PEREIRA, M.S.; RODRIGUES, M.A.V. Descontaminação prévia de materiais médico-cirúrgico: estudo da eficácia de desinfetantes químicos e água e sabão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.6, n.3, Ribeirão Preto, July, 1998.

TURRINI, R.N.; SANTO, A.H. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. **Jornal de pediatria**. V.78, n.6. Porto Alegre, Nov./Dec.,2002.

Enviado em: janeiro de 2011.

Revisado e Aceito: janeiro de 2012.