

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM - COMGRAD
ENF 99003 – ESTÁGIO CURRICULAR
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

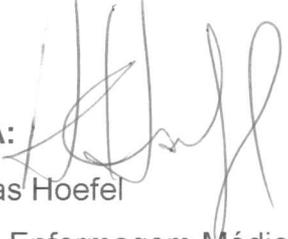
**AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE CARTA-RESPOSTA COMO
INSTRUMENTO PARA A IDENTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO
CIRÚRGICA HOSPITALAR EM PACIENTES COM ALTA**

Porto Alegre, 20 de dezembro de 1999.

AUTORA:

Marliese Chiarani da Silva Schneid - nº de matrícula: 2146/92-8
Acadêmica do 9º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

PROFESSORA ORIENTADORA:

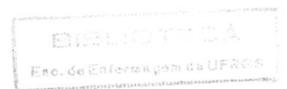

Profª Enfª Heloísa Helena Karnas Hoefel
Professora do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Chefe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital de
Clínicas de Porto Alegre

ENFERMEIRA SUPERVISORA:

Enfª Nádia Mora Kuplich
Enfermeira-Executiva do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**“Crê em ti,
mas não deixes
de confiar
nos outros.”**

(Machado de Assis)



*Agradeço a meu marido, familiares
e todas as pessoas que me ajudaram
a tornar este trabalho realidade...*

SUMÁRIO

1. Introdução.....	6
2. Objetivos.....	9
2.1. Objetivo Geral.....	9
2.2. Objetivos Específicos.....	9
3. Material e Métodos.....	9
3.1. Delineamento do Estudo.....	9
3.2. População do Estudo.....	9
3.3. Variáveis do Estudo.....	10
3.3.1. Variáveis Dependentes.....	10
3.3.2. Variáveis Independentes.....	10
3.4. Logística.....	10
3.5. Considerações Éticas.....	11
3.6. Análise Estatística.....	11
3.7. Resultados.....	11
4. CONCLUSÃO.....	16
5. Anexos.....	17
6. Referências Bibliográficas.....	22

1. INTRODUÇÃO

Em 460 A.C. nascia Hipócrates, na Ilha de Cós, na Grécia. Estudou no Templo de Asclépias, dedicado a Esculápio, o deus grego da Medicina. Hipócrates foi o primeiro grande médico e cirurgião da história. Seu espírito livre de superstição e misticismo e sua arguta capacidade de observação dos sintomas e sinais fizeram com que ressaltasse então a cura primária e secundária das feridas, a importância da lavagem de mãos antes de operar e as vantagens de usar água pura ou fervida e vinho na limpeza das feridas.

Após Hipócrates, veio Galeno. Nascido em Pérgamo, Grécia, em 129 d.C., Galeno ficou conhecido como grande anatomista e fisiologista, dando a literatura pouca ênfase às suas grandes contribuições no ramo da cirurgia. Tendo sua base anatômica da Escola de Alexandria, retornou para Pérgamo em 157 d.C. como médico dos gladiadores, observou que feridas recentes e extensas quando lavadas com vinho e fechadas, com fio de linho, curavam logo, sem formação de pus (FERRAZ, 1997).

Com as guerras que se sucederam no século XII e a descoberta da pólvora no século XIII, surgiu um grande número de mutilados e de feridas cirúrgicas, que propiciaram maior experiência aos cirurgiões que trabalhavam agregados aos exércitos.

Quando Leeuwenhoek inventou o microscópio, em 1693, e demonstrou a presença dos micróbios, estes não foram associados à infecção, provavelmente por se encontrarem presentes na boca e em feridas infectadas, sugerindo que sua presença não estava associada à doença.

Na última metade do século XIX, as enfermarias cirúrgicas apresentavam fezes e pus no chão e expectoração nas paredes. As feridas eram lavadas com as mesmas esponjas, passando de um paciente para outro. O mesmo

aconteciam com os curativos, que eram reutilizados, sem qualquer procedimento de lavagem. O ar fétido, emanado dos pacientes, das feridas e do próprio hospital, tornava o ambiente insuportável. Essa era a época do “pus saudável”, considerado como um precursor da boa cicatrização.

Segundo WHIPPLE (1961) : pouco progresso foi notado no período compreendido entre os tempos bíblicos e meados do século XIX. Contudo, seis pesquisadores começaram a mudar o panorama da cirurgia no século XIX: Louis Pasteur (descobriu a origem microbiológica das fermentações e putrefações), Joseph Lister (introduziu os princípios da anti-sepsia cirúrgica, usando como anti-séptico, o ácido carbólico), Von Bergman (introduziu em 1880 as autoclaves e cirurgias assépticas), Halsted (introduziu o uso de luvas e os princípios básicos na manipulação das feridas cirúrgicas), Flemming (descobriu os antibióticos em 1929), Florey (em 1940, descobriu o uso terapêutico dos antibióticos) e outros (COUTO, 1999).

Assim iniciou-se a era antimicrobiana, que trouxe otimismo exagerado para os cirurgiões quanto ao poder desses medicamentos, uso abusivo e, conseqüentemente, aparecimento da resistência microbiana.

Podemos observar estatisticamente os dados do Projeto SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control, 1980) que apontam a Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) como a segunda mais importante infecção hospitalar em frequência, sendo suplantada somente pela infecção urinária (COUTO, 1999). No entanto, as infecções do trato urinário tiveram sua ocorrência controlada de modo bem mais eficaz do que a ISC, que atualmente é a infecção hospitalar mais prevalente (EICKHOFF, 1980). As feridas cirúrgicas ocupam o terceiro lugar em frequência das infecções hospitalares. Para se reduzir os índices de infecções hospitalares em feridas cirúrgicas deve haver uma investigação epidemiológica relacionada aos cuidados pré, trans-operatórios e pós-operatórios (FERRAZ, 1981).

“No Brasil estima-se que a ISC ocorra após 11% das operações.

A ISC, além da sua freqüência, especialmente aquela relacionada a órgãos ou cavidades profundas, é importante causa de mortalidade” (GRINBAUM, 1997).

Segundo FERRAZ (1981) : O custo do tratamento de ISC pode variar consideravelmente, dependendo do órgão envolvido, mas a média calculada em dólares é de US\$ 3.152,00. A letalidade de pacientes cirúrgicos atribuída à ISC foi estimada em 0,6% pelos dados da CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). No caso de implantes, as conseqüências da ISC levam à necessidade de retirada da prótese em muitos casos. Neste tipo de procedimento, a ISC, mesmo que superficial, deve ser encarada como evento grave e potencialmente letal.

Os critérios do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) são sistematicamente referidos e utilizados pelos pesquisadores sobre infecções hospitalares e vêm sendo estudados desde 1971.

A infecção de ferida cirúrgica é um risco inerente ao ato cirúrgico, sendo sua complicação mais comum. Pelas dificuldades de interpretação dos sinais de inflamação, e mesmo quando os mesmos têm outras causas que não infecção, é que se aceita a definição de ferida cirúrgica infectada como aquela que drena secreção purulenta.

Infecção que ocorre na incisão cirúrgica ou em tecidos manipulados durante a operação, com finalidade epidemiológica, podem ser diagnosticada até 30 dias após a realização do procedimento, ou, no caso de implante de próteses, até um ano após.

Esta pesquisa está sendo realizada pois alguns autores identificaram que entre 13 e 71% (média : 47%) das ISC são diagnosticadas somente após a alta (GRINBAUM, 1993). Por esta razão, em diversas situações, os índices de ISC obtidos com busca de casos em pacientes internados não refletem a real ocorrência de infecção de Ferida Cirúrgica no pós-alta. Assim, a vigilância pós-alta é considerada matéria de grande importância, em especial em

procedimentos nos quais o período de internação pós-operatório é curto (WHIPPLE, 1961).

O papel do enfermeiro no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar é dividido em vigilância, controle e prevenção. Os aspectos relacionados à vigilância se referem a coleta e análise de dados, e, aqueles relacionados ao controle e prevenção, são a interferência para a redução das taxas analisadas e/ou elaboração e implantação dos processos preventivos (HOEFEL, 1999).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a utilização de carta-resposta como instrumento para a identificação de Infecções de Ferida Cirúrgica (IFC) após a alta dos pacientes.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1. Identificar o impacto da vigilância no pós-alta sobre as taxas de infecções cirúrgicas;
- 2.2.2. Identificar a proporção de retorno de cartas-resposta dos pacientes orientados;
- 2.2.3. Identificar a demanda de cirurgia por vídeo e cirurgia de hérnia no HCPA.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO DE ESTUDO

Esta pesquisa é um estudo de coorte prospectivo ou longitudinal sobre a identificação de Infecção Cirúrgica após a alta hospitalar dos pacientes envolvidos.

3.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO

Serão estudados pacientes adolescentes e adultos, com idade de 14 anos ou mais, internados nas unidades cirúrgicas (3º andar – ala sul, 7º andar – ala sul, 8º andar – ala norte, 8º andar – ala sul, 9º andar – ala norte e 9º andar –

ala sul) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) durante o desenvolvimento da pesquisa, no período de 27 de setembro à 08 de dezembro.

O HCPA é um hospital Universitário vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É uma empresa pública de direito privado. Possui 725 leitos hospitalares e uma média de 2.136 internações mensais, com uma média de 1300 pacientes adultos.

3.3. VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.3.1. VARIÁVEIS DEPENDENTES

3.3.1.1. Critérios de Infecção Cirúrgica pelo CDC;

3.3.1.2. Relato de sintomas de Infecção ou ausência de infecção.

3.3.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

3.3.2.1. Cirurgias (Hernioplastias e outras cirurgias por vídeo);

3.3.2.2. Variáveis demográficas da população (Sexo, Idade).

3.4. LOGÍSTICA

Diariamente serão realizadas visitas nas unidades cirúrgicas para verificar a existência de pacientes com o perfil desejado. Além disto, o sistema informatizado do hospital e no relatório de cirurgias realizadas que é emitido pelo GSIS (Grupo de Sistemas de Informação do HCPA) serão consultados para complementar as informações e registrados conforme planilha do Anexo 4.

Realizar-se-á o controle em cada unidade cirúrgica, aos pacientes em pós-operatório, com a entrega da carta-resposta com as orientações para o retorno da mesma, segundo o Anexo 2 e 3.

Os pacientes serão orientados quanto as manifestações de infecção, que são : eritema local, edema, dor, deiscência e secreção de exudato purulento.

Os critérios utilizados serão de acordo com as definições do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), conforme o Anexo 1.

3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O tipo de seguimento realizado é o usualmente utilizado pelo SCIH do HCPA para busca de casos de infecção em todas as topografias para emissão de taxas de infecção.

O estudo proposto portanto, não interfere no desfecho, não colocando em risco os pacientes observados.

A fim de assegurar sigilo sobre as informações dos pacientes, serão identificados pelo número de registro da instituição.

3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Análise descritiva com gráficos e tabelas para caracterizar a população estudada, utilizando medidas de tendência central para as variáveis em questão.

3.7. RESULTADOS

O número total de pacientes que realizaram cirurgias no mês de outubro de 1999 nas unidades cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foram de 1.116 cirurgias, das quais 1.003 (89,87%) cirurgias de pacientes não foram selecionados e 113 (10,13%) foram selecionadas, pois tiveram critérios de inclusão.

Destes 113 pacientes que realizaram cirurgias, 70 não receberam cartas-resposta, equivalendo à 61,95% e 43 receberam cartas-resposta, o que equivale à 38,05% dos 113 pacientes selecionados.

Tabela 1. Pacientes com cirurgias realizadas selecionados para controle através de carta, outubro 1999, unidades cirúrgicas - HCPA.

CIRURGIAS	N	%
Cirurgias Realizadas	1116	100
Não Selecionadas	1.003	89,9
Selecionadas com Critérios de Inclusão	113	10,1
Com Carta	43	38,0
Sem Carta	70	62,0

A distribuição dos pacientes que realizaram cirurgias segundo o sexo e estavam nos critérios de inclusão foram 23 pacientes do sexo feminino (35.38%) e 20 pacientes do sexo masculino (41.67%) que receberam Cartas-resposta, perfazendo os 43 (38.05%) pacientes dos critérios de inclusão, e, 42 pacientes do sexo feminino (64.62%) e 28 pacientes do sexo masculino (58.33%) que não receberam Cartas-resposta, perfazendo também os 70 (61.95%) pacientes dos critérios de inclusão.

Tabela 2. Distribuição de cirurgias segundo o sexo no mês de outubro de 1999 nas unidades cirúrgicas do HCPA.

Sexo	Com Carta	Sem Carta	TOTAIS
Feminino	23 (35,38%)	42 (64,62%)	65 (100,00%)
Masculino	20 (41,67%)	28 (58,33%)	48 (100,00%)
TOTAIS	43 (38,05%)	70 (61,95%)	113 (100,00%)

Dentre as cartas-resposta retornadas com infecção cirúrgica segundo os critérios do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), 5 pacientes

tiveram infecção (27.78%) e 13 pacientes sem infecção (72.22%), perfazendo as 18 cartas-resposta que retornaram das 43 cartas entregues.

Tabela 3. Cartas-Resposta retornadas com infecção cirúrgica segundo os Critérios do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*).

Com Infecção	Sem Infecção	TOTAL
5 (27.78%)	13 (72.22%)	18 (100,00%)

Na frequência de sinais de infecção relatados nas 5 Cartas-resposta retornadas com infecção, 1 afirmou ter saído secreção purulenta, 1 relatou água amarela suspeita, 1 teve febre e secreção purulenta, 1 rompeu os pontos, 2 tiveram febre e 3 relataram água amarelada.

Nas 13 Cartas-resposta retornadas sem infecção, nenhum afirmou ter saído secreção purulenta, ou, água amarela suspeita, ou, febre e secreção purulenta, ou, romper pontos, 1 teve febre e 3 relataram água amarelada.

Tabela 4. Frequência de sinais de infecção relatados nas Cartas-Resposta retornadas.

	TOTAL	Secreção Purulenta	Água Amarela suspeita	Febre e Secreção purulenta	Rompeu os pontos	Febre	Água Amarela
Com Infecção	5	1	1	1	1	2	3
Sem infecção	13	–	–	–	–	1	3
TOTAL	18	1	1	1	1	3	6

As cirurgias que foram incluídas nos critérios de seleção no mês de outubro foram:

- 47 Colectomias Videolaparoscópicas (41,59%), sendo 17 (39,54%) com cartas e 30 (42,86%) sem cartas;
- 34 Hernioplastias Inguinais (30,09%), sendo 12 (27,90%) com cartas e 22 (31,43%) sem cartas;
- 6 Hernioplastias Incisionais (5,31%), sendo 5 (11,63%) com cartas e 1 (1,43%) sem carta;
- 5 Hernioplastias Umbilicais (4,42%), sendo 1 (2,33%) com carta e 4 (5,71%) sem cartas;
- 5 Videolaparoscopias Diagnósticas (4,42%), sendo 2 (4,65%) com cartas e 3 (4,29%) sem cartas;
- 4 Fundoplicaturas Videolaparoscópicas (3,54%), sendo 2 (4,65%) com cartas e 2 (2,85%) sem cartas;
- 4 Hernioplastias Videolaparoscópicas (3,54%), sendo 1 (2,33%) com carta e 3 (4,29%) sem cartas;
- 3 Apendicectomias Videolaparoscópicas (2,65%), sendo 1 (2,33%) com carta e 2 (2,85%) sem cartas;
- 2 Videotoracotomias (1,77%), sendo 1 (2,33%) com carta e 1 (1,43%) sem carta;
- 1 Hernioplastia Epigástrica (0,88%), sendo 1 (1,43%) sem carta e nenhuma com carta;
- 1 Histerectomia Videolaparoscópica (0,88%), sendo 1 (1,43%) sem carta e nenhuma com carta ;
- 1 Miotomia Videolaparoscópica (0,88%), sendo 1 (2,33%) com carta e nenhuma sem carta.

Tabela 5. Cirurgias incluídas nos critérios de seleção no mês de outubro de 1999 nas unidades cirúrgicas do HCPA.

CIRURGIA	Com Carta	Sem Carta	TOTAL	%
Hernioplastia Epigástrica	–	1	1	0,9%
Histerectomia Videolaparoscópica	–	1	1	0,9%
Miotomia Videolaparoscópica	1	–	1	0,9%
Videotoracotomia	1	1	2	1,8%
Apendicectomia Videolaparoscópica	1	2	3	2,7%
Funduplicatura Videolaparoscópica	2	2	4	3,5%
Hernioplastia Videolaparoscópica	1	3	4	3,5%
Hernioplastia Umbilical	1	4	5	4,4%
Videolaparoscopia Diagnóstica	2	3	5	4,4%
Hernioplastia Incisional	5	1	6	5,3%
SUBTOTAL	14 (32,6%)	18 (25,7%)	32	28,4%
Hernioplastia Inguinal	12 (27,9%)	22 (31,4%)	34	30,0%
Colecistectomia Videolaparoscópica	17 (39,5%)	30 (42,9%)	47	41,6%
TOTAL	43	70	113	100,0%

4. CONCLUSÃO

O presente estudo sugere ser viável o uso de Cartas-resposta como instrumento para a identificação de infecção cirúrgica hospitalar para pacientes com alta.

Observou-se que no mês de outubro o número total de cirurgias realizadas foi de 1.116 (100%) cirurgias sendo que 1.082 (97%) cirurgias não tiveram ocorrência de infecção e 34 (3%) cirurgias infectaram. Após a utilização de Cartas-resposta, 5 cirurgias infectadas foram identificadas, que se somando com as 34 cirurgias do mês de outubro deram 39 cirurgias infectadas, subindo o percentual para 3,5% de cirurgias que infectaram neste mês, e , 1.077 cirurgias sem ocorrência de infecção.

Considera-se que há necessidade de se estender o estudo, face ao fato que houve retorno de 18 (41.86%) cartas dos 43 pacientes que receberam as Cartas-resposta no mês de outubro no HCPA. Dentre estes, 5 pacientes tiveram infecção cirúrgica, equivalendo à 11,6% das cartas retornadas.

Sugere-se portanto, dar continuidade com um aumento da amostra, já que é comprovado que 47% das infecções de sítio cirúrgico são diagnosticadas somente após a alta dos pacientes que realizaram alguma cirurgia (GRINBAUM, 1993).

Para a realidade do HCPA, no mínimo 10% de pacientes não se consegue acompanhar durante a internação cirúrgica (HOEFEL, 1999).

Isso nos leva a supor que: se o sistema informatizado do HCPA for atualizado diariamente para as cirurgias que são realizadas ou canceladas, da mesma forma, o relatório de cirurgias realizadas no hospital (pois este tem um atraso de dois dias para relatar as cirurgias concluídas); não serão perdidos tantos casos.

Esta pesquisa foi um estudo preliminar, não tendo sido possível ampliá-la, devido ao período de duração programado do estágio curricular e a apresentação dos trabalhos.

5. ANEXOS

5.1. Critérios do CDC.

5.2. Método de abordagem para paciente/familiar.

5.3. Carta-resposta.

5.4. Tabela para busca de casos de pacientes com cirurgias realizadas.

ANEXO 5.1.

CRITÉRIOS para diagnóstico das INFECÇÕES HOSPITALARES Garner *et al.* CDC definitions for nosocomial infections. Am J Infect Control, 16: 128-40, 1988.

INFECÇÃO CIRÚRGICA SUPERFICIAL	ocorre nos primeiros 30 dias pós-operatórios, envolve pele e tecidos subcutâneos da incisão	<p>mais 1 dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - drenagem purulenta da incisão superficial - cultura positiva de fluidos ou tecidos da incisão superficial, obtida com técnica asséptica - no mínimo um dos seguintes: dor ou sensibilidade, inflamação local, vermelhidão ou calor e a incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião, a menos que a cultura seja negativa - diagnóstico médico de infecção cirúrgica superficial
INFECÇÃO CIRÚRGICA PROFUNDA	ocorre nos primeiros 30 dias pós-operatórios. Se houver implante ou prótese pode ocorrer no primeiro ano. Envolve tecidos moles e profundos (fáscia e músculos).	<p>mais 1 dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - drenagem purulenta da incisão profunda - deiscência espontânea da incisão profunda ou abertura pelo cirurgião, se o paciente apresenta no mínimo um dos seguintes: febre (>38°C), dor ou sensibilidade localizada, a menos que cultura negativa - abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo a incisão profunda é visualizado em exame direto, histológico, radiológico ou reoperação - diagnóstico médico de infecção cirúrgica profunda
INFECÇÃO CIRÚRGICA ÓRGÃO-ESPAÇO	ocorre nos primeiros 30 dias pós-operatórios. Se houver implante ou prótese pode ocorrer no primeiro ano. Envolve órgãos, espaços ou cavidades manipuladas durante a cirurgia	<p>mais 1 dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - drenagem purulenta através de drenos colocados dentro do órgão/cavidade - cultura positiva de fluidos ou tecidos de órgão/cavidade, obtida com técnica asséptica - abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo o órgão/cavidade é visualizado em exame direto, histológico, radiológico ou reoperação - diagnóstico médico de infecção cirúrgica de órgão/cavidade

ANEXO 5.2.

MÉTODO DE ABORDAGEM AO PACIENTE /FAMILIAR

- Apresentação ao paciente (Nome/Função);
- “Quebra de gelo”;
- *Discurso*: Estamos fazendo uma pesquisa para saber se você ou o seu familiar irá ou não apresentar algum problema após a cirurgia que realizou. Queremos saber como você está passando após sair daqui do HCPA e também melhorar o nosso atendimento. Caso apresente algum destes problemas, não deixe de procurar o nosso serviço de emergência ou o médico. Se você não apresentar algum destes problemas, favor enviar da mesma forma a carta, para sabermos que você está bem. Obrigada !
- Entrega da carta-resposta;
- Recomendações para o envio da carta no prazo de 15 dias.



Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
Ramiro Barcelos, 2350
90.035-003 - Porto Alegre - RS



*Serviço de Controle
de Infecção Hospitalar*

ANEXO 5.3.

BIBLIOTECA
Fac. de Enfermagem da UFRGS

PREZADO SR. OU SRA.

Solicitamos a gentileza de marcar com uma cruz caso apresente algum dos problemas abaixo:

() Saiu pus do local da cirurgia

() Saiu água amarela transparente do local da cirurgia

() Teve 37 / 38°C de temperatura ou mais mas não estava com gripe

() Quando tirou os pontos saiu pus

() Outro problema _____

Desde já agradecemos sua colaboração. Esteja certo(a) de que ela é muito importante para a melhoria de nosso atendimento.

Atenciosamente

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome: _____

Data da cirurgia: _____

Nome da cirurgia: _____

Nome do médico que fez a cirurgia: _____

Obs.: Esta carta deve ser colocada no correio dentro de 15 dias após a alta, mesmo que não apresente nenhum dos problemas listados acima.

BIBLIOTECA
Estrada de Entremuros, 111 - UFRGS

ANEXO 5.4.

LISTA DE PACIENTES COM CIRURGIAS REALIZADAS NOS ANDARES 3º S, 7º S, 8º S e N, 9º S e N :

Nº:	PRONT.:	SEXO:	NOME:	LEITO:	PROCEDIMENTO:	EQUIPE:	DATA:	OBS:
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. & NOGUEIRA, J. M. *Infecção Hospitalar : Epidemiologia e Controle*. 2ed. MEDSI, Rio de Janeiro, 1999.
- EICKHOFF, T.C. *General comments on the study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project)*. Am J. Epidemiol., 111:465-9, 1980.
- FERRAZ, E. M.; FILHO, J. F. C. L. *Inquérito nacional sobre infecção pós-operatória*. Ver. Col. Bras. Cir., 8 : 253-62, 1981.
- FERRAZ, E. M.; PORFIRIO, L.; BACELAR, T. S.; FERRAZ, A. A. B. *Controle de infecção em cirurgia geral : Resultados de um estudo prospectivo de 13 anos e de 17503 operações*. Rev. Col. Bras. Cir., 19 : 169-74, 1992b.
- FERRAZ, Edmundo Machado. *Infecção em cirurgia*. MEDSI, Rio de Janeiro, 1997.
- GARNER et al. *CDC definitions for nosocomial infections*. Am J infect Control, 16 : 128 – 40, 1988.
- GRINBAUM, R. S.; GUIMARÃES, T.; BEBERT, S. O. T. ; MENDONÇA, J. S. *Letalidade atribuída e tempo de internação pós-operatório em pacientes com e sem infecção de ferida cirúrgica*. In : Congresso Sudeste Brasileiro sobre controle de Infecções Hospitalares, 1, Belo Horizonte, 1993. Temas Livres, Belo Horizonte, Associação Mineira de Controle de Infecções Hospitalares, 1993. (Resumo 73).

HOEFEL, H. H. K. *O papel do enfermeiro no Serviço de Controle de Infecção.*

Revista NURSING, 1999; (no prelo).

MOREIRA, C. A. X. & NOGUEIRA, J. M. *Prevenção de Infecção de Ferida*

Cirúrgica e Antibioticoprofilaxia. In : COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.

& NOGUEIRA, J. M. *Infecção Hospitalar : Epidemiologia e Controle.* Cap.

22. 2ed. MEDSI, Rio de Janeiro, 1999.

PUBLIC Health Focus : *Surveillance, prevention, and control of nosocomial*

infections. MMWR, 41: 783-7, 1992.

WHIPPLE, A. O. *História da Cirurgia.* In : Davis, C. *Clínica Cirúrgica.* Loyd

Davis. 7ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1961.