



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
CURSO DE MEDICINA

GUSTAVO PEREZ CARVALHO PORTO

**PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA:
O QUE UM INTERNO PRECISA SABER?**

PALMAS - TO
2021

GUSTAVO PEREZ CARVALHO PORTO

PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA:
O QUE UM INTERNO PRECISA SABER?

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins como trabalho de conclusão de curso de medicina, sob orientação do Dr. Bruno de Oliveira Araújo Sousa.

Orientador: Dr. Bruno de Oliveira Araújo Sousa

PALMAS – TO

2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

P853p Porto, Gustavo Perez Carvalho.
Paramentação cirúrgica: o que um interno precisa saber? . /
Gustavo Perez Carvalho Porto. – Palmas, TO, 2021.
18 f.

Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins –
Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Medicina, 2021.
Orientador: Bruno de Oliveira Araújo Sousa

1. Paramentação cirúrgica. 2. Vestimenta Cirúrgica. 3. Controle de
Infecções. 4. Equipamento de Proteção Individual. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

GUSTAVO PEREZ CARVALHO PORTO

**PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA:
O QUE UM INTERNO PRECISA SABER?**

A monografia foi avaliada e apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Palmas, Curso de Medicina e aprovado em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora

Data de Aprovação: 06 / 08 / 2021

Banca examinadora:



Dr. Bruno de Oliveira Araújo Sousa. Orientador, UFT.



Dr. Carlos Alberto Rangearo Peres. Examinador, UFT.



Dra. Márcia Cristina Terra de Siqueira Peres. Examinadora, UFT.

RESUMO

As infecções nosocomiais constituem um dos principais problemas enfrentados pelos profissionais da saúde, inclusive estudantes de medicina. Apesar da suma importância da paramentação cirúrgica na atuação médica, a formação dos profissionais aparenta ser insuficiente para o assunto. Prova disso é que existem inadequações na utilização dos materiais e das técnicas de assepsia durante os procedimentos de paramentação. O presente trabalho sintetiza as informações mais importantes e necessárias sobre paramentação para a adequada execução cirúrgica de acadêmicos de medicina. Realizou-se revisão integrativa a partir de livros didáticos, e os tópicos pertinentes foram aprofundados por busca via Google Scholar. A elaboração do texto foi conduzida como capítulo integrante de um livro publicado e, posteriormente, o mesmo foi adaptado e atualizado para defesa de monografia. A paramentação cirúrgica, que consiste na troca das vestes do dia a dia por outras adequadas ao ambiente cirúrgico, tem o propósito de criar uma barreira, no sítio cirúrgico, contra a invasão de microrganismos oriundos do próprio paciente, dos profissionais, dos materiais, dos equipamentos e do ar ambiente. São apresentados e escrutinados, na profundidade necessária ao interno de medicina, os materiais necessários à paramentação cirúrgica: uniforme, propés, gorros ou toucas, máscaras, protetores oculares, luvas e aventais. Também, são descritas as técnicas de paramentação cirúrgica, desde a higienização até a colocação apropriada dos materiais. Todos os profissionais que atuam no centro cirúrgico, incluindo os internos, devem ter conhecimento das técnicas de paramentação e atenção para sua realização competente. Tal conduta é elementar para redução significativa de infecções hospitalares.

Palavras chave: Vestimenta Cirúrgica; Controle de Infecções; Equipamento de Proteção Individual.

ABSTRACT

Nosocomial infections are one of the main problems faced by health professionals, including medical students. Despite the importance of surgical suits attire in medical practice, the training of professionals appears to be insufficient for the subject. Evidence of this insufficiency is that there are inadequacies in the use of materials and asepsis techniques during the garment procedures. The present work synthesizes the most important and necessary information for the good surgical performance of medical students in what concerns surgical materials wearing. An integrative review was carried out based on textbooks, and the pertinent topics were deepened by searching via Google Scholar. The elaboration of the text was conducted as an integral chapter of a published book and, later, it was adapted and updated to monograph presentation. Surgical attire, which consists of changing everyday clothes for others suitable for the surgical environment, has the purpose of creating a barrier, in the surgical theatre, against the shedding of microorganisms from the patient, the professionals, materials, equipment and ambient air. The materials needed for surgical attire are presented and scrutinized, at the depth necessary for the medical intern: uniform, shoe covers, surgical head covers, face masks, protection glasses, gloves and gowns. Also, surgical attire techniques are described, from skin cleaning to surgical materials wearing. All professionals who work in the operating theatre, including the doctors interns, must have knowledge of gowning techniques and be aware of their competent performance. Such conduct is essential for a significant reduction in hospital infections.

Keywords: Surgical Clothing; Infection Control; Individual Protection Equipment.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. METODOLOGIA	9
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
3.1. MATERIAIS PARA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA	10
3.2. TÉCNICAS PARA A PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA	13
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS	17

1. INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar, ou infecção nosocomial, consiste na infecção adquirida em ambiente hospitalar, podendo manifestar-se durante a internação ou até 72 horas após a alta hospitalar (PEREIRA *et al.*, 2005; TOWNSEND JR. *et al.*, 2017). As infecções nosocomiais constituem um dos principais problemas enfrentados pelos profissionais da saúde, colocando em risco a vida dos pacientes e dos próprios profissionais. Cerca de 70-80% das infecções hospitalares são de origem endógena (microbiota humana) (LACERDA, 1997), enquanto que outras origens podem ser atribuídas a gotículas eliminadas pelas vias aéreas, ao contato com mãos contaminadas, a equipamentos contaminados, a fluídos (sangue, secreções) ou ao ar ambiente (DE OLIVEIRA, GAMA, 2015). O contato do profissional com sangue e fluidos orgânicos contaminados constituem a principal forma de transmissão para os profissionais. Tais materiais biológicos contaminam mais frequentemente o profissional em locais como as mãos, a face, o pescoço e as mucosas (PAZ *et al.*, 2000).

O conceito de técnicas para reduzir o número de infecções surgiu em 1843, quando Oliver Wendell Holmes propôs que, devido à não lavagem das mãos antes e após procedimentos médicos, os profissionais da saúde atuavam como principal causa de disseminação de infecções entre parturientes e recém-nascidos. A primeira evidência científica de que a lavagem das mãos era eficaz na redução da disseminação de infecções ocorreu com o médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis. Esse profissional observou que a prática de lavar as mãos com água clorada e sabão após o exame individual de cada paciente puérpera reduziu a incidência de sintomas febris entre as mesmas. Tais sintomas ocorriam em 18,27% das pacientes, mas após a adoção da higienização das mãos, passaram a ocorrer em 3,07% das puérperas (DAS NEVES *et al.*, 2006). Na época, contudo, vigorava a crença de que formas de vidas simples surgiam a partir da geração espontânea. Portanto, os profissionais eram indiferentes à lavagem de mãos para a prevenção da disseminação dos agentes etiológicos infecciosos - afinal, nesse paradigma as infecções surgiam espontaneamente, e não eram transportadas dos pacientes doentes aos saudáveis. Por consequência, a comunidade médica não considerava os achados clínicos de Semmelweis como científicos (WYKTICKY, SKOPEC, 1983). Todavia, as proposições do médico húngaro ganharam aceitação após sua morte, com as descobertas de

Louis Pasteur. Quando Pasteur confirmou a “Teoria dos Germes”, na qual propunha a existência de microrganismos contaminantes invisíveis em materiais, os achados de Ignaz Semmelweis puderam ser aceitos cientificamente. A partir de então, Joseph Lister operou pela primeira vez com sucesso usando métodos higiênicos (TOWNSEND JR. *et al.*, 2017).

Os princípios para a prevenção de infecções foram descritos por Colebrook em 1950. De acordo com ele era necessário um centro operacional especializado com uma equipe treinada, que deveriam seguir as seguintes proposições (apud AYLIFFE, LILLY, 1985):

- a) Os curativos deveriam ser feitos com ar limpo;
- b) A assepsia deveria ser realizada, incluindo máscaras, toucas, batas e galochas;
- c) Os pacientes deveriam ser amamentados em quartos adequadamente projetados;
- d) A depender dos achados bacteriológicos, a quimioterapia deveria ser aplicada na troca de curativos e o bacteriologista deveria ser contactado diariamente atuando como responsável pelo controle de infecção;
- e) Para que os enxertos fossem aplicados no momento ideal, um centro cirúrgico e um anestesista deveriam estar sempre disponíveis.

Esses princípios passaram por modificações devido ao maior conhecimento sobre a disseminação de organismos, chegando às técnicas de paramentação que possuímos atualmente.

A higienização das mãos se tornou procedimento padrão para controle de infecções a partir de 1996, quando os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) instituiu orientações sobre as medidas de precaução. Essas medidas são ainda hoje recomendadas aos profissionais de saúde no atendimento de todos os pacientes (TIPPLE *et al.*, 2007).

Apesar da suma importância da paramentação cirúrgica na atuação médica, a formação dos profissionais aparenta ser insuficiente para o assunto. Prova disso é que existem inadequações na utilização dos materiais e das técnicas de assepsia durante os procedimentos de paramentação (DE OLIVEIRA, GAMA, 2015; PAZ *et al.*, 2000). Uma das prováveis causas dessas inadequações é que o conteúdo literário sobre o assunto se apresenta em textos extensos ou, eventualmente, inacessíveis, e em sua maior parte em língua estrangeira. Desta forma, o presente trabalho visa

elaborar uma síntese dos aspectos mais importantes da paramentação cirúrgica com o intuito de auxiliar o interno de medicina durante suas práticas no centro cirúrgico e contribuir com sua formação acadêmica.

2. METODOLOGIA

Realizou-se revisão integrativa de literatura sobre o tema de paramentação cirúrgica voltada para os acadêmicos ingressantes no internato. A fonte literária utilizada como eixo norteador consistiu na obra intitulada “Manual de técnica cirúrgica para a graduação” (CIRINO, 2006). A partir desse livro, os assuntos julgados pertinentes foram aprofundados por meio de pesquisa na plataforma Google Scholar, utilizando-se as palavras-chave: paramentação cirúrgica; vestes cirúrgicas; controle de infecções; e infecções hospitalares. Foram selecionados trabalhos de língua inglesa ou portuguesa, cujos resumos são focados em materiais de paramentação ou na evolução dessas respectivas técnicas, e com compilação de dados em um único texto. Foram considerados para leitura apenas os artigos científicos cujo resumo era sugestivo de agregar informação a partir do obtido em Cirino (2006), com a ressalva de não serem dotados de complexidade superior à necessária para a formação básica de internos de Medicina.

O presente trabalho foi parte integrante de uma obra maior, caracterizada pela compilação de outros textos de temática semelhante, publicados em forma de livro didático-científico. Tal obra, intitulada “Procedimentos em Urgência e Emergência: uma abordagem prática” (BITENCOURT *et al.*, 2018), sustentou-se na necessidade de criar compêndios literários sucintos e objetivos para auxiliarem o estudante de Medicina em etapa de ingresso em internato de Práticas Cirúrgicas. O texto abaixo consiste, portanto, em uma das partes de um compêndio cujos capítulos complementam uns aos outros. Por este motivo, naturalmente informações associadas ao tema principal abordado nesse texto foram omitidas por estarem contidas nos demais capítulos de Bitencourt e colaboradores (2018). Contudo, foram adotadas adaptações textuais e ajustes bibliográficos a fim de utilizar o capítulo de livro como Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção de título de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Tocantins.

Por fim, conforme Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, artigo 1, parágrafo único, inciso VI, o presente texto dispensa aprovação por Comitê de Ética em pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A paramentação cirúrgica tem o propósito de criar uma barreira, no sítio cirúrgico, contra a invasão de microrganismos oriundos do próprio paciente, dos profissionais, dos materiais, dos equipamentos e do ar ambiente. Ela consiste na troca das vestes do dia a dia por outras adequadas ao ambiente cirúrgico. Todos os profissionais da área da saúde, antes de adentrarem na área restrita do centro cirúrgico (CC), devem realizar a troca da roupa cotidiana pelo uniforme privativo em uma área semi-restrita. Colocam-se também os propés, o gorro ou a touca, e a máscara. Os aventais cirúrgicos e as luvas estéreis deverão ser colocados posteriormente em uma área restrita do CC. Na paramentação cirúrgica devem ser observadas especificações e normas técnicas quanto à confecção dos materiais a serem utilizados, à sua colocação, à sua utilização e ao seu descarte (DUARTE, LEITE, 2013).

3.1. MATERIAIS PARA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

A paramentação cirúrgica vai se compor por:

a) Uniformes privativos ou pijamas cirúrgicos: são constituídos por calça e blusa, geralmente confeccionados de algodão, contudo não estéreis. Sendo assim, não podem ter contato com superfícies esterilizadas. A blusa deve cobrir toda a pele do tronco do profissional, iniciando pela parte mais inferior do pescoço até a parte superior pélvica, cobrindo também as axilas e os braços. A calça deve cobrir o membro inferior, desde a cintura até o tornozelo e, nesse nível, deve ser composto por elástico para fechamento completo da vestimenta. As vestes devem possuir diversos tamanhos para atender aos vários usuários, com respectivos tamanhos corporais diferentes. Não se devem utilizar blusas ou agasalhos por baixo das vestes cirúrgicas. Elas deverão ser colocadas no

vestiário antes de entrar em contato com a área restrita do CC (DUARTE, LEITE, 2013).

b) Propés: são constituídos por envoltórios dos pés, sendo calçados antes da área restrita. Têm como finalidade a prevenção da contaminação do chão. Seu uso ainda está sob questionamento, uma vez que a contaminação das feridas se faz mais pela veiculação e pelo contato direto do que a migração de microrganismos do chão para o ar. Eles devem ser usados para a proteção dos usuários junto a sapatos fechados, evitando ferimentos perfuro-cortantes nos pés. Eles são disponíveis em diversos tamanhos e tecidos. Os compostos por brim são superiores como barreira devido a sua porosidade em comparação aos de algodão, malha ou tecidos descartáveis (DUARTE, LEITE, 2013).

c) Gorros ou toucas: são constituídos por envoltórios da cabeça, especialmente em topografia do couro cabeludo. Devem ser colocados antes da entrada na área restrita do CC. Possuem diversos tamanhos e devem estar bem adaptados para que possam envolver completamente o cabelo, evitando a ocorrência de disseminação da microbiota presente nos cabelos. Não são estéreis e, portanto, não devem ter contato com material estéril para evitar a contaminação destes. Os mais apropriados são gorros com elástico em toda sua extremidade, pois aqueles com amarração deixam uma certa quantidade de cabelos expostos. Podem ser descartáveis ou de tecido, desde que os controles de reprocessamento sejam seguidos (DUARTE, LEITE, 2013).

d) Máscaras cirúrgicas: são constituídas por proteção da região naso-oral. São utilizadas no intuito de filtrar partículas maiores que 5 micrômetros. Apesar de não ser usual a dispersão de microrganismos pela fala, espirros ou tosses de profissionais, os pacientes devem ser protegidos dessa aspersão de fluidos. Por outro lado, as mucosas dos profissionais também devem ser protegidas contra respingos de líquidos possivelmente infectados dos pacientes. As máscaras devem encobrir desde a base nasal, percorrendo a boca e fixando-se no queixo, contatando a pele e as laterais do rosto. As máscaras utilizadas são descartáveis, não estéreis, sanfonadas, com hastes flexíveis de metal no nariz e feitas de poliéster, de polipropileno ou de dupla gaze de algodão. Elas devem ser trocadas caso

sejam molhadas, sujas ou após quatro horas de uso, pois sua efetividade de proteção diminui, e não podem ficar penduradas no pescoço ou guardadas para reutilização (DUARTE, LEITE, 2013).

e) Protetores oculares: são objetivos geralmente em formato de óculos. São empregados para evitar o contato de fluidos orgânicos, secreções e sangue do paciente com os olhos do profissional. São fabricados de diversos materiais e cores, e devem contatar bem a pele, mas sem causar desconforto. Não são esterilizados e devem ser de uso individual de cada profissional, sendo limpos antes de utilizados (DUARTE, LEITE, 2013).

f) Luvas: as luvas não estéreis, ou de procedimentos, são encontradas nos tamanhos pequeno, médio e grande e devem ser utilizadas pelos profissionais durante todo o tempo que vão manusear os materiais contaminados com sangue e fluidos. Já as luvas estéreis são utilizadas pela equipe cirúrgica, resguardando a própria equipe contra sangue e fluidos do paciente. Da mesma forma, protege o paciente da microbiota contida nas mãos dos profissionais. São estéreis, descartáveis, possuem tamanho que varia entre seis e oito, proporcionando uma boa aderência e melhor tato, podendo ser ou não antialérgicas. Sua fabricação varia entre látex e silicone e são embaladas em pacotes estéreis, com pares definidos para uso da mão direita e esquerda, facilitando o seu calçamento com a técnica asséptica (DUARTE, LEITE, 2013).

g) Aventais cirúrgicos: são envoltórios corporais estéreis e devem ser colocados sobre o uniforme cirúrgico, somente na área restrita do CC. Evita a dispersão dos microrganismos do corpo da equipe para os locais cirúrgicos, e protegem o profissional de contaminantes oriundos do paciente. Possuem tamanhos variados e devem começar na margem inferior do pescoço e cobrir todo o tronco, membros superiores até a região do punho, assim como membros inferiores até aproximadamente abaixo dos joelhos, permitindo ao profissional livre movimentação. As regiões dos punhos têm que conter tecidos elásticos que comprimam toda a circunferência do punho do profissional, havendo uma argola de tecido pela qual passa o polegar do usuário. Tal argola evita a elevação da manga e com isso a exposição do antebraço. Aventais descartáveis não são

indicados em procedimentos cirúrgicos demorados devido a sua porosidade. É recomendada a fabricação com algodão ou brim por dificultarem a passagem de líquidos. Porém, pode haver um desconforto em cirurgias maiores devido ao aumento da transpiração. Devem ser trocados se estiverem sujos, úmidos ou quando utilizados em operações prolongadas (DUARTE, LEITE, 2013).

3.2. TÉCNICAS PARA A PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

A paramentação se inicia na área semi-restrita do CC com a colocação do pijama cirúrgico, seguida pela colocação das toucas para cabelos longos ou gorro para cabelos curtos, máscara, propés e protetor ocular. Os propés deverão ser trocados sempre que ocorrer o retorno à zona semi-restrita.

Já na área restrita do CC os integrantes da equipe cirúrgica devem realizar a escovação das mãos para remoção da microbiota transiente e residente, sendo a primeira removida facilmente pela lavagem simples das mãos, enquanto a segunda (que tem a remoção mais difícil), necessita da utilização de escova com cerdas, degermante e técnica correta.

A escova utilizada possui cerdas finas e macias para evitar traumas e irritações na pele. A escovação deverá ser sempre feita do sentido distal para proximal, para diminuir a possibilidade de contato de microrganismos com o paciente. A técnica de escovação recomendada é proposta por Cirino (2006) da seguinte forma:

- a) As unhas devem-se manter sempre curtas e limpas;
- b) Abrir a torneira, molhar mãos e antebraço e espalhar o degermante na região;
- c) Com movimentos da escova sempre no sentido de distal para proximal, a escovação deve ser iniciada pela extremidade distal dos dedos e finalizada no cotovelo. Primeiro escova-se o leito ungueal, seguido pela face palmar dos dedos, face dorsal dos dedos, espaço interdigital, palma da mão, dorso da mão, face anterior do punho, face posterior do punho, face anterior do antebraço, face posterior do antebraço e, por fim, cotovelos;

d) Para uma escovação efetiva o tempo mínimo é de sete minutos. Se necessário pode ser retirada a espuma com água corrente e adicionado mais degermante;

e) Para o enxágue, a água deve escorrer de distal para proximal, e para isso o profissional deverá manter os braços e as mãos erguidos, fazendo com que a água não escorra de locais contaminados (proximais) para as extremidades já escovadas (distais).

Após a escovação, a equipe pode adentrar à sala operatória, onde serão realizados o calçamento do avental estéril e das luvas estéreis. Nesse trajeto é importante manter os braços acima da cintura e ter cautela para não encostar em estruturas contaminadas.

O circulante da sala abre o pacote estéril com um avental para cada membro da equipe, e devem ser colocados da seguinte maneira:

a) O profissional pega uma compressa estéril dobrando-a ao meio. Em seguida, seca cada mão com um dos lados da compressa, dobrando-a novamente em sequência de forma a internalizar os lados utilizados para a secagem das mãos. Por fim, utiliza cada lado para secagem de um antebraço;

b) Após a secagem, o usuário deve segurar o avental pelas dobraduras internas da gola e levantá-lo, deixando que o restante se desdobre pela força da gravidade e fique estendido;

c) Com apenas um movimento deve-se inserir as mãos e antebraços nas mangas da face interna do avental;

d) O circulante faz as amarraduras das costas do avental, sendo a primeira a amarradura da gola e, em sequência, a da cintura. Tais manobras contaminam a face posterior do avental cirúrgico, que será protegida por uma parte de tecido estéril desdobrada após a colocação das luvas estéreis.

Com o avental cirúrgico devidamente colocado, prossegue-se para a colocação das luvas. O circulante abre a embalagem externa despejando o pacote estéril de luvas sobre uma superfície limpa e seca, sem contaminá-lo. Os punhos das luvas devem estar voltados para o usuário, com a luva da mão direita disposta do lado direito e com a luva da mão esquerda disposta do lado esquerdo. As mãos descalças só

poderão tocar as faces internas das luvas, seguindo os seguintes passos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009):

a) O usuário, por meio das abas laterais do pacote de luvas, abre o pacote sem manter o contato com as luvas. O calçamento se inicia pela luva da mão dominante. Com o primeiro e o segundo dedo da mão não dominante deve-se segurar pela face interna da luva da mão dominante, erguê-la com os dedos da luva para baixo, e então enfiar a mão dominante na luva puxando-a com a mão contralateral. Lembrar de deixar o punho da luva dobrado até a colocação da outra luva;

b) Para a colocação da luva da mão não dominante, mantenha o polegar da mão já calçada para fora, deslizando os outros dedos pela face externa do punho da luva, e em seguida erguendo-a e inserindo a mão não dominante por dentro dela;

c) Após a colocação das luvas, devem ser realizados os demais ajustes de sua colocação. Tais ajustes são feitos tocando apenas nas áreas estéreis, atentando que neste momento o punho da luva da mão dominante deve ser desdobrado. Deve-se ter cuidado para que não haja o contato das luvas estéreis com objetos e pessoas não estéreis. Caso haja o contato das luvas com superfícies não estéreis, considera-se contaminação e as luvas deverão ser descartadas e substituídas por novas, seguindo o mesmo processo para a colocação.

Após o ajuste das luvas, o profissional deve cobrir sua área dorsal que foi contaminada pela manipulação do circulante. Para isso, ele solta os cadarços na lateral do avental cirúrgico e entrega a parte presa ao tecido para alguém da equipe já paramentado. O profissional dá meia volta, pega o cadarço novamente e o amarra na outra lateral do avental, finalizando assim a paramentação cirúrgica (CIRINO, 2006).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As infecções hospitalares são um problema de saúde pública que aumenta a morbidade e mortalidade, o aumento do tempo de internação do paciente e os riscos de trabalho para os profissionais. Portanto a paramentação cirúrgica é essencial no combate dessas condições, promovendo a criação de uma barreira microbiológica.

Todos os profissionais que atuam no centro cirúrgico, incluindo os internos, devem ter conhecimento das técnicas de paramentação e atenção para sua realização competente.

Contudo, ressalta-se que mais estudos acerca do tema são pertinentes aos ingressantes no internato, viabilizando sua participação ativa e com excelência nos procedimentos cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

AYLIFFE, G.A.J.; LILLY, H.A. Cross-infection and its prevention. **Journal of Hospital Infection**, v. 6, n. 2, p. 47-57, sep. 1985.

BITENCOURT, Evandro Leite *et al.* **Procedimentos de urgência e emergência: uma abordagem prática**. Curitiba: CRV, 2018. 304p.

CIRINO, Luís Marcelo Inaco. **Manual de técnica cirúrgica para a graduação**. São Paulo: Sarvier, 2006. 111p.

DAS NEVES, Zilah Cândida Pereira *et al.* Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 546-552, 2006.

DE OLIVEIRA, A. C.; GAMA, C. S. Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 767-774, jul. 2015.

DUARTE, I. G. L.; LEITE, M. D. Paramentação cirúrgica: artigo de revisão. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 23, n. 3., p. 343-346, 2013.

LACERDA, R. A.; EGRY, E. Y. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 4, p. 13-23, out. 1997.

PAZ, Marielen Silva de Oliveira *et al.* Paramentação cirúrgica: avaliação de sua adequação para a prevenção de riscos biológicos em cirurgias. Parte I: a utilização durante as cirurgias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 108-117, ago. 2000.

PEREIRA, Milca Severino *et al.* A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n.2, p. 250-257, abr-jun 2005.

TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga *et al.* Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 29, n. 2, p. 107-114, mar. 2007.

TOWNSEND JR., Courtney M., *et al.* **Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice**. 20th Edition. Philadelphia: Elsevier, 2017. 2136p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guideline on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care**. Geneva: WHO Press. 2009. 270p.

WYKTICKY, H.; SKOPEC, M.. Ignaz Philipp Semmelweis, the prophet of bacteriology. **Infection control and hospital epidemiology**, v. 4, n. 5, p. 367-370, sep-oct. 1983.