

# PROCEDIMENTOS TÉCNICOS BÁSICOS NA PREVENÇÃO DA "AIDS" NUM CENTRO CIRÚRGICO DE GRANDE PORTE

Marcia Bergamo \*  
Katia Marcelino \*  
Ligia da Silva Garrido \*

---

**RESUMO.** A preocupação mundial com a disseminação do vírus da AIDS nos levou a elaboração de procedimentos técnicos básicos específicos de prevenção, adotadas num Centro Cirúrgico de 18 salas operatórias, de um hospital universitário com 900 leitos. O período de desenvolvimento do estudo foi de 5 meses. A metodologia usada foi a coleta de amostras sanguíneas de pacientes submetidos a cirurgias de emergência, sem história prévia, totalizando 100 casos, com a finalidade de detectar a porcentagem de pacientes com resultados positivos anti-HTLVIII. Concluímos, através dos resultados coletados, que é indispensável a conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância da execução das técnicas preconizadas para prevenção desta doença.

**ABSTRACT.** The world preoccupation with the dissemination of "AIDS" virus obliged us to elaborate specific techniques procedures of prevention which were adapted in a Surgical Center with 18 operating rooms on a university hospital with 900 beds. The period of study lasted five months. The methodology used was studies on date obtained by blood examination from patients who had urgent surgery without previous history of the disease, during a period of twenty days, in order to find out contaminated persons. Hundred cases were observed. Finally, through the results we conclud hat it is necessary for the health personnels to be aware about the importance of using suitable techniques procedures in order to prevent "AIDS".

---

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, apesar da moderna terapêutica anti-biótica e as técnicas estabelecidas de isolamento e prevenção das doenças infecto-contagiosas, não se eliminou o perigo de transmissão e disseminação das infecções, por isso, nós enfermeiros, podemos e devemos dispor ter todas as armas para reduzi-las. (ALTEMEIRER *et alii* 1978)

O hospital tem a obrigação de proporcionar um ambiente limpo e seguro nas salas de operações, para os profissionais de saúde e seus pacientes. Há certos preparativos e procedimentos de manutenção, de rotina, necessários para conseguir essa finalidade de (Altemeirer *et alii*, 1978). Novos padrões e práticas tornam-se

importantes a medida que as cirurgias vão se tornando mais complexas, a medida que novas doenças infectocontagiosas vão surgindo.

Diante desta realidade queremos ressaltar que os enfermeiros precisam estudar e acompanhar a evolução dos conhecimentos científicos, mantendo-se atualizados, especialmente quanto as responsabilidades legais da profissão, que entre elas, está a proteção dos profissionais de enfermagem frente à assistência de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas.

Ainda que possa parecer simples, vigiar o mundo invisível dos micróbios, significa grande parte do trabalho da enfermeira cirúrgica, principalmente quando esta unidade de centro cirúrgico é de grande porte, atendendo diversas especialidades.

---

\* Enfermeiras da Unidade de Centro Cirúrgico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Em nosso trabalho queremos enfatizar a necessidade de estabelecer novos padrões de procedimentos de enfermagem para proteção dos profissionais de saúde, diante de uma nova doença infecto-contagiosa que vem surgindo por volta de 1981, denominada AIDS, SIDA ou SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA. Essa necessidade de estabelecer novos padrões é identificada pela enfermeira quando observa seu pessoal atuando em centro cirúrgico e entrando em contato com agentes biológicos de diversos pacientes.

A preocupação atual dos cientistas e profissionais de saúde está em prevenir a disseminação da doença, epidemia crescente com altos riscos de mortalidade já que sua fisiopatologia encontra-se em estudo.

Existe por parte de entidades públicas grande campanha na sua prevenção afim de beneficiar a população. Contudo consideramos indispensável que as instituições de saúde estabeleçam técnicas de prevenção básicas para o atendimento de todos os pacientes e proteção dos profissionais de saúde.

## 2 HISTÓRICO DA DOENÇA

A AIDS (síndrome de imunodeficiência adquirida) é uma doença que ataca o sistema imunológico do indivíduo, causada pelo vírus que hoje é chamado de vírus da imunodeficiência humana (HIV). Os primeiros casos com semelhança em diagnósticos surgiram por volta de 1979, nos EUA e no Brasil apareceu em torno de 1981. Os índices mostram que a epidemia começou na África Central antes de atingir os EUA e Europa; assim é provável que o vírus tenha vindo da África, porém esta idéia ainda se encontra no campo das hipóteses.

A princípio acreditava-se que a AIDS fosse uma doença que atacava apenas alguns tipos de grupos, chamados de grupos de riscos constituídos por homossexuais, toxicômanos e hemofílicos, hoje esse pensamento mudou, já que a doença começa a se alastrar para fora desses grupos específicos.

A AIDS é uma doença de grande letalidade que tem seu quadro agravado por instalação de infecções chamadas oportunistas, que são provocadas na maior parte das vezes por germes geralmente de baixa virulência e que convivem pacificamente com as pessoas, mas que no momento em que o sistema imunológico está debilitado, como ocorre nos casos da AIDS, se desenvolvem e passam a ameaçar a vida dos pacientes.

Dentre essas infecções oportunistas destaca-se a pneumonia causada por *Pneumocystis carinii* que se caracteriza por tosse, falta de ar, dificuldades respiratórias. A Meningo-meningite e a Meningo-encefalite por *Cryptococcus*, neofarmans, assim como a encefalite por *Toxoplasma gondii*.

### Fisiopatologia e Manifestações Clínicas

O vírus tem tropismo pela célula do linfócito T auxiliar, T4 responsável pela resposta imune do organis-

mo. O vírus aproxima-se da membrana do linfócito auxiliar, gruda-se nele, livra-se de sua própria cápsula e transfere seu RNA (ácido desoxirribonucleico) viral que através da enzima transcriptase reversa, prepara uma hélice de DNA (ácido desoxirribonucleico) tornando-se portanto um pequeno fragmento do código genético. Essa pequena parcela de DNA entra no núcleo no linfócito, passando a integra-lo. A partir desse momento o vírus da AIDS está absolutamente protegido. De nada adianta as células, que forem informadas de sua presença, estarem preparando anticorpos, assim como o avanço das tropas de macrófagos a fim de fagocitá-los, pois o vírus encontra-se numa situação intracelular.

Assim, quando o linfócito entra num processo de divisão ocorre simultaneamente a divisão do código genético do vírus, ocasionando na multiplicação em milhões de novos vírus. Neste processo o linfócito morre e os vírus caem na corrente sanguínea, na procura de novos linfócitos para infectar.

No entanto, nem todas as pessoas que ficam expostas aos vírus e que o contraem serão expostas à patologia. Surpreendentemente os pesquisadores já sabem que a maioria das pessoas desenvolvem uma convivência pacífica com o vírus, ficando assintomáticos ou manifestando sintomas mínimos imperceptíveis no período de cinco anos. O que não as impede de se tornarem agentes infecciosos potenciais e fonte de infecção permanente para indivíduos sãos. Um segundo grupo de contaminados desenvolve um quadro de depressão do sistema imunológico caracterizado por (Bell et alii 1984)

Fadiga profunda, acompanhada de neuralgia e fobia somada à apatia e depressão.

Febre persistente, suores noturnos e calafrios.

Perda de 10% ou mais do peso corporal em menos de dois meses.

Linfadenopatia generalizada.

Aparecimento de nódulos purpúricos ou descolorido.

Tosse seca persistente.

Diarréia intermitente ou contínua.

Aftas persistentes na cavidade oral.

Libido atenuado ou impotência.

Instalação de sarcoma de Kaposi, que é um câncer de pele, inicialmente sob a forma de pequenas manchas violáceas na pele que depois se aprofundam, formando tumores marcados por uma equimose marron-amarelada.

### Métodos Diagnósticos

Teste de laboratório, ensaio imunoenzimático o Elisa, Western Blot e sinais e sintomas instalados pela doença.

### Vias de Transmissão

Transmite-se através do contato sexual, transfusões sanguíneas com sangue contaminado e contato com sangue ou material contaminados.

## Tratamento

Quanto ao vírus em si, existem várias drogas sendo testadas em material clínico. Várias medicações são capazes de inibir o crescimento do vírus em tubo-de-ensaio como o Ribavirin, o Suramin, o Fosfonoformato, a Ansomiana, o AZT. O problema é que na maior parte destas drogas não provou eficiência em pacientes, com uma ou outra exceção. Enfim, são todas no momento, drogas experimentais, que deverão ser testadas em contextos universitários.

De imediato o controle da transmissão em hospitais nacionais e internacionais está em utilizar desinfetantes que inativam o vírus HTLVIII. O frágil HTLVIII é morto com concentrações germicidas bem menores do que as utilizadas na prática.

O CDC (Center for Disease Control - EUA) recomenda o uso do hipoclorito de sódio diluído em 1:10 para limpeza de chão e balcões hospitalares; o Etanol 25% e o Glutaraldeído a 1% numa exposição de 5 à 10 minutos para materiais hospitalares. O uso do fenol a 0,3% e o formol a 10% também podem ser indicados, porém numa exposição de 48 horas.

O vírus é inativado à uma temperatura de 56° C, o que demonstra que a esterelização de materiais por autoclavagem é eficaz. Porém, como tudo está na área das pesquisas, fica claro que, o que se pode fazer de melhor é diminuir a disseminação da doença através de medidas profiláticas e de prevenção.

## 3 PROBLEMA

Analisando, o desempenho técnico na atuação do profissional de enfermagem em centro cirúrgico, podemos observar que o seu contato se faz de forma direta com agentes biológicos dos pacientes, principalmente o sangue. Isto levou-nos a uma preocupação; a desenvolver junto ao pessoal condições de trabalho para um desempenho eficaz e seguro de suas tarefas.

O problema identificado pode ser definido como: a necessidade de diminuir a transmissão do vírus da AIDS através do contato direto paciente-profissional com a determinação de técnicas específicas.

Inicialmente acreditava-se que a doença era adquirida através da relação sexual, porém, nos dias de hoje, as pesquisas confirmam que a moléstia é adquirida também por agentes biológicos.

Baseado nessas afirmações e resultados obtidos em exames laboratoriais, evidenciou-se a urgência da elaboração de técnicas específicas no manuseio dos pacientes e materiais utilizados na unidade de centro cirúrgico.

Consideramos que a enfermeira como responsável pela segurança e desempenho técnico do pessoal deva ter como prioridade a elaboração de técnicas básicas de prevenção desta doença.

## 4 OBJETIVO

Prevenir a disseminação da AIDS através da conscientização do pessoal atuante em centro cirúrgico.

Elaborar procedimentos técnicos básicos específicos para prevenção da AIDS.

## 5 METODOLOGIA

Nosso estudo teve como finalidade a elaboração de técnicas básicas para o desempenho do pessoal atuante num Centro Cirúrgico de grande porte, que atende a diversas especialidades cirúrgicas de um hospital situado no Centro da Cidade de São Paulo e desenvolveu-se num período de cinco meses em 1987.

Este trabalho realizou-se em dois momentos e com a decisão da realização de testes para pesquisa do vírus da AIDS em pacientes na situação em que ocorria a cirurgia de urgência, totalizando 100 casos. Para selecionar os pacientes utilizou-se o critério de "urgência da cirurgia", sem levar em conta a faixa etária, cor, sexo, diagnóstico e outros.

A determinação da população baseou-se no fato de que no nosso serviço temos uma média diária de seis cirurgias de emergência, com procedimentos rotineiros sem levar em conta o fator de risco de contaminação do pessoal da equipe de trabalho do Centro Cirúrgico pelo vírus da AIDS.

Para coleta de amostra de sangue necessário para teste do anti-HTLVIII (ELISA) foram orientadas as circulantes de todas as salas, onde ocorresse a cirurgia de urgência em qualquer dos períodos de trabalho. Conforme orientação do laboratório, a coleta foi executada no período trans-operatório de urgência com punção venosa de um vaso mais acessível retirando, aproximadamente 5 ml de sangue em tubo seco. Para registro e encaminhamento das amostras foi elaborado um protocolo que seguia juntamente com as amostras e a requisição de exames para o laboratório.

A realização da segunda parte decorreu dos resultados obtidos dos testes laboratoriais para a identificação do vírus da AIDS nos 100 casos de pacientes submetidos à cirurgia de urgência, quando consideramos prioritária a elaboração de procedimentos para a equipe de trabalho do Centro Cirúrgico enfatizando as técnicas básicas relacionadas com o pessoal, material e ambiente.

## 6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E MEDIDAS IMPLEMENTADAS

Dos 100 pacientes submetidos à cirurgia de emergência, em que foram coletadas amostras de sangue para pesquisa do anti-HTLVIII, estabelecemos o agrupamento dos mesmos quanto ao sexo, idade e diagnóstico.

O primeiro agrupamento de pacientes a ser considerado é quanto ao sexo. Dos 100 pacientes estudados quanto ao sexo, obtivemos trinta e sete (37%) do sexo feminino e sessenta e três (63%) do sexo masculino.

Ao caracterizarmos os 100 apcientes quanto a faixa etária, obtivemos quinze (15%) na faixa de 0 a 20 anos; quarenta e seis (46%) na faixa etária de 21 a 40 anos; vinte e três (23%) na faixa etária de 41 a 60 anos; e dezesseis (16%) acima de 60 anos.

Concluimos até o momento que a maior incidência do atendimento de emergência está em pacientes jovens (faixa etária de 21 à 40 anos) e do sexo masculino.

Quanto ao tipo de cirurgia houve uma dispersão na distribuição como pode ser observada na Tabela 1.

Como o objetivo do trabalho foi detectar a positividade do anti HTLVIII nos pacientes submetidos à cirurgia de emergência, não consideramos neste estudo o tipo de diagnóstico ao qual o mesmo possuía, mas sim a intervenção cirúrgica.

Quanto à positividade do anti HTLVIII nos pacientes submetidos à cirurgia de emergência, pudemos verificar que, dos 100 pacientes dos quais colhemos amostras para exame sorológico, 8% apresentaram resultado positivo.

TABELA 1 — Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia de emergência quanto ao tipo cirurgia.

Diagnóstico	Número de pacientes	%
Laporotomia exploradora	30	30
Limpeza cirúrgica	11	11
Drenagem de Torax	10	10
Redução cirúrgica	09	09
Apendicectomia	06	06
Taracotomia	05	05
Craniotomia	04	04
Drenagem de abscesso	04	04
Trombose hemorroidária	03	03
Traqueostomia	02	02
Amputação de membros	02	02
Colecistectomia	02	02
Sutura de córnea	02	02
Outros	10	10
Total	100	100

A observação destes resultados quanto à positividade conduziu-nos a um segundo agrupamento de pacientes quanto ao sexo, idade e diagnóstico.

Os oito (8%) de pacientes que apresentaram resultados positivos para o anti HTLVIII foram do sexo masculino e encontravam-se na faixa etária entre 21 a 40 anos.

Quanto aos tipos de cirurgia apresentados pudemos constatar que dos oito pacientes com resultados positivos quanto (50%) foram submetidos à laparotomia exploradora; dois (25%) foram submetidos à drenagem de abscesso e dois (25%) submetidos a outras intervenções.

As laparotomias exploradoras realizadas compreenderam: ferimento de arma de fogo, ferimento de arma branca e abdomen agudo inflamatório; as drenagens de abscesso compreenderam pacientes com abscesso perianal e os outros casos foram debridamento cirúrgico de membro superior esquerdo (paciente toxicômano) e exploração arterial membro inferior esquerdo (por ferimento de arma de fogo).

Diante da alta incidência comprovada através dos resultados das sorologias, consideramos premente a necessidade da elaboração dos procedimentos técnicos básicos na prevenção da doença. A seguir descrevemos as rotinas do bloco cirúrgico, já com a inserção de medidas preventivas de AIDS.

### Quanto ao pessoal

#### a. Cuidados com as mãos:

Devido as mãos estarem em constante ligações com pacientes e superfícies contaminadas, com objetos, instrumentos, o procedimento técnico de lavagem das mãos é a única e mais eficiente maneira de prevenir a infecção.

Os germes que ficam nas mãos podem contaminar o paciente com facilidade, assim como contaminar o funcionário, também.

Em geral deve-se lavar as mãos antes e após os trabalhos hospitalares; antes e após qualquer contato físico com o paciente; antes e após coleta de exames e administração de medicamentos; após contato com materiais contaminados; após realização de atos fisiológicos e pessoais; antes e após preparo de materiais e equipamentos e sempre que estiverem sujas.

Caso exista dúvida em lavar as mãos, lave-as.

Em cada área do bloco cirúrgico deve haver instalações apropriadas para lavagem das mãos. Este local deve ser freqüentemente limpo e desinfetado.

Incluimos na lavagem das mãos o uso de etanol a 25%, antisséptico que inativa o vírus da AIDS.

#### b. Procedimentos técnicos básicos da circulante no trans-operatório!

O atendimento em salas de operações demanda mão-de-obra qualificada e com perfeito domínio, tanto no manuseio da aparelhagem e equipamentos nela inseridos como das técnicas usualmente aplicadas no seu preparo, na sua desmontagem, na sua assepsia e no atendimento durante o ato cirúrgico. Todo trabalho desenvolvido dentro de uma sala de operação está compreendido num só conjunto de procedimentos específicos de rotina envolvendo, técnicas evolutivas, indispensáveis ao sucesso do ato cirúrgico (SIQUEIRA, 1979).

Todo o pessoal que entra nas salas de operação deve usar sempre gorros, máscaras e coberturas para os sapatos, a fim de impedir a transmissão de microorganismos (ALTEMEIRER et alii, 1978).

As circulantes têm responsabilidades específicas nas salas de operações, no que diz respeito ao controle da infecção. Esta deve assumir a responsabilidade de reduzir ao mínimo as passagens para dentro e fora da sala, mantendo as portas fechadas, mantendo a sala limpa e em ordem durante o ato cirúrgico (ALTEMEIRER et alii, 1978).

As áreas que são contaminadas por detritos humanos, sangue, secreções, durante o trans-operatório, devem receber atenção imediata, devendo ser limpas com etanol 25%, evitando desta forma, a contaminação de outras áreas através das sapatilhas e do ar, criando perigo potencial a todo centro cirúrgico.

Esta limpeza deve ser feita com compressas, com o auxílio de pinças ou mãos protegidas com luvas. As compressas umedecidas de sangue que freqüentemente são desprezadas pelo instrutor no hamper, devem imediatamente ser acondicionadas em saco plástico. Caindo compressas ou papéis sobre o chão, estes devem ser recolhidos no saco de lixo.

Os movimentos em sala de operação devem ser reduzidos evitando assim contaminação, para tanto, o circulante deve planejar e antecipar as necessidades da operação, sabendo da sua natureza e prováveis conseqüências, evitando freqüentes saídas da sala.

Terminada a cirurgia o paciente deve ser removido da sala de operação tão logo seja liberado pela equipe médica e imediatamente a sua retirada, deve-se iniciar a limpeza para em seguida remontar a sala que receberá ou não outro paciente.

A equipe deve deixar na sala antes de deixar o local, aventais e luvas, em recipientes próprios e adequados.

O emprego harmonioso das técnicas comuns às diversas especialidades e as não comuns restritas a cada uma delas, durante o atendimento na salas de operações de um Centro Cirúrgico, resulta num bom atendimento ao paciente e conseqüentemente maior proteção à equipe de trabalho (SIQUEIRA, 1979).

**c. Procedimentos técnicos da circulante no atendimento de cirurgias de emergência:**

Os pacientes de emergência cirúrgicas (principalmente os de ferimentos de arma branca, ferimentos de arma de fogo e politraumatizados) requerem maiores precauções.

Devido ao desconhecimento de informações necessárias, e pelas condições físicas em que estes pacientes chegam ao centro cirúrgico e principalmente pelo contato com grande quantidade de agentes biológicos (sangue), que comprovadamente é a via mais provável de contaminação de várias doenças transmissíveis, dentre elas a AIDS é que desenvolvemos alguns procedimentos para esse atendimento.

## **Quanto ao Material:**

### **a. Agulhas**

A eliminação descuidada de instrumentos afiados, com agulhas hipodérmicas, de sutura, e lâmina juntamente com o lixo constituem um risco profissional.

Determinamos que nas salas operatórias deverá existir um recipiente apropriado para acondicioná-los. Neste mesmo recipiente estes materiais receberão tratamento em etanol 25% ou hipoclorito de sódio 1% antes de serem desprezados. Em caso de uso de agulhas metálicas, estas devem ser encaminhadas ao expurgo para tratamento com álcool 25% por 30 minutos, seguindo após, procedimento técnico de lavagem. O uso de hipoclorito de sódio 1% é contra indicado pelo seu efeito corrosivo.

### **b. Seringas**

As seringas descartáveis deverão ser encaminhadas ao expurgo onde receberão tratamento com álcool 25% por 30 minutos, antes de serem desprezadas.

Em caso de uso de seringas de vidro, estas deverão receber o mesmo tratamento acima citado, para posterior processo de lavagem.

### **c. Instrumental**

A circulante deve proteger-se com luvas e recolher os instrumentos cirúrgicos separando-os conforme se classificarem em perfurantes, cortantes, etc... Esses instrumentos assim separados devem ser colocados na sua própria caixa, com as pinças abertas, (com exceção de tesouras que devem ser separadas numa compressa) em seguida serão encaminhadas para autolavagem e, na sua falta, mergulhá-los em álcool 25% por 30 minutos antes da sua lavagem.

### **d. Roupas**

A circulante deve revisar cuidadosamente toda a roupa usada, evitando que instrumentos fiquem entre elas e sigam para a lavanderia.

Toda roupa deve ser depositada em hampers. Em caso de roupas muito umedecidas em agentes biológicos, devem ser acondicionadas em sacos plásticos separadamente.

As roupas não usadas nas cirurgias são retiradas de operação e encaminhadas para novamente serem lavadas, por segurança e para que recuperem a unidade perdida durante a esterelização (SIQUEIRA, 1979). Retiradas da sala são encaminhadas para a utilidade que posteriormente segue para a lavanderia em elevador específico.

Não é necessário uma lavagem especial, pois em lavanderias normais os ciclos da máquina de lavar matam o HTLVIII.

### **e. Lixo**

O enorme aumento da utilização de artigos descartáveis na sala de operação exige um certo número de

pequenas modificações nos pormenores do manuseio (ALTEMEIRER et alii, 1978).

Os hospitais devem possuir um programa de eliminação completa, que assegure a assepsia para o paciente, o controle dos riscos profissionais e de saúde pública, inerentes ao tratamento das infecções e que seja compatível com a segurança da instituição.

Recomendamos que o lixo deverá ser separado nas salas de operações cuidadosamente pela circulante e só após encaminhado à sala de utilidades.

Após a retirada de todo o material da sala, a circulante deverá retirar as luvas desprezando-as lavando a seguir as mãos.

#### Quanto ao ambiente:

O centro cirúrgico é uma área do hospital que exige assepsia rigorosa para proteção do paciente. Só conseguiremos isso se fizermos a desinfecção adequada através da limpeza para remoção de sujidades, poeiras, etc..., pois contém microorganismos que causam a infecção. Através da limpeza conseguiremos evitar a infecção, promovendo a segurança do paciente e pessoal.

Recomendamos que:

a. Na limpeza (inicial, concorrente e terminal), deverá ser utilizado etanol 25% em aparelhos e equipamentos e, hipoclorito de sódio 1% no piso das salas operatórias.

b. Em casos de pacientes aidéticos e portadores do anti-HTLVIII, o ato cirúrgico e a limpeza deverão seguir técnica de sala contaminada.

c. Em casos de pacientes aidéticos e portadores de outras infecções, a circulante deverá fazer uma desinfecção dos equipamentos e aparelhos de sala operatória com álcool 25%. Após será feita a limpeza de sala contaminada.

## 7 CONCLUSÃO

Analisando os resultados do estudo sobre a doença, as condições de saúde a nível mundial da população, bem como a preocupação com a disseminação do vírus da AIDS, decidimos elaborar procedimentos técnicos básicos de prevenção para conscientização de nós, profissionais atuantes em Centro Cirúrgico, pois estamos constantemente em contato com agentes biológicos de vários pacientes.

Á partir de amostras de sangue de 100 pacientes submetidos à cirurgias de emergência constatamos 8% de positividade nos resultados dos exames sorológicos realizados, no que nos reafirmou a necessidade da idéia inicial.

Concluimos também que dos pacientes com resultado positivo do anti-HTLVIII, 100% eram do sexo masculino e pertencentes a faixa etária de 21 a 40 anos.

Acreditamos que a alta incidência de resultados positivos deve-se ao tipo de população que o hospital recebe, pois está geograficamente localizado no Centro da Cidade de São Paulo onde há concentração de "grupo de risco".

Com os resultados em mão e orientação da aplicação dos procedimentos técnicos básicos podemos assegurar ao profissional um desempenho seguro e tranqüilo de suas tarefas.

Consideramos fundamental que sejam gerados esclarecimentos sobre a doença a todos os profissionais de saúde, como mostra este estudo e que as cirurgias de emergência devem ser encaradas de forma especial.

Finalmente, concluímos que nossa realidade mostra a necessidade de se fazer o exame laboratorial (ELISA) em todos os pacientes atendidos e que todos os profissionais de saúde tenham como responsabilidade a utilização de todos os recursos disponíveis para a profilaxia eficaz em relação à doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALBERT, Richard K. K. Cardie, Frances Hand Washing patterns in medical intensive - Care Units. *The New England Journal of Medicine*, 304 (24): 1465-66, Jun. 1981.
- 2 ALTEMEIRER, Willian A. et alii *Manual de Controle de infecção em pacientes cirúrgicos*. São Paulo, Manole, 1978.
- 3 ALVES, José Galvão, et alii "AIDS". *Jornal Brasileiro de Medicina*, São Paulo 51 (2): 42, 1986.
- 4 ARAÚJO, Maria José Bezerra *Ações de Enfermagem em clínica cirúrgica*. Rio de Janeiro, Bezerra de Araújo Ed., 1985.
- 5 BENNETT, Joanne AIDS: What Precautions do you Take in the Hospital?. *The American Journal of Nursing*, New York, 86 (8): 952-3, Aug. 1986.
- 6 BELDA, Walter Aspectos do problema da SIDA (AIDS). *Jornal Brasileiro de Medicina*, São Paulo, 48 (1): 12, 1985.
- 7 GERBERDING, Louise J. Recommended Infection Control Policies for Patients With Human Immunodeficiency Virus Infection. *The New England Journal of Medicine*, Dec. 1986.
- 8 GHELLERE, Terezinha et alii *Centro Cirúrgico Aspectos Fundamentais para Enfermagem*. Florianópolis, Ed. da U.F.S.C., 1984 p. 97-103.
- 9 LARSON, Elaine et alii Factors Influencing Handwashing Behavior of Patient Care Personnel *AMJ Infect Control* 10: 93, 1982.
- 10 MACHADO, Affonso Celso de Mello AIDS. *Jornal Brasileiro de Medicina*, São Paulo 49 (4): 108, 1985
- 11 MORAES, Irany Novah & Corrêa Netto, Alípio - *Metodização da Pesquisa Científica*. São Paulo Gráf. Ed. Edigraf, 1970.
- 12 PASTERNAK, Jacyr AIDS, *Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida*. São Paulo, Ed. Nacional, 1986.
- 13 ROBERTS, F. J.. Adventures in Selecting a Desinfectant Cleaning Agent - Advie to Those Choosing a General Purpose Desinfectant Cleaning Product. *American Journal of Infection Control*, St. Louis, 9 (4): 124-7, Nov. 1981.
- 14 SEVERINO, Antônio Joaquim *Metodologia do trabalho científico*. 5. ed. São Paulo, Cortez, 1980. p. 109-49.
- 15 SILVA, Maria d' Aparecida Andrade et alii. *Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico* São Paulo, EPU/EDUSP, 1982
- 16 SIQUEIRA, Helena Mendes - *A Enfermagem no Centro Cirúrgico*. São Paulo, Ed. C.E.S.C., 1979.
- 17 SPINELLI, Marco Antonio - *AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* - Rio de Janeiro, Ed. Biologia e Saúde, 1987.