



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 07, pp. 49052-49056, July, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22476.07.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

INDICADORES DE PROCESSO E ESTRUTURA PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*¹Marília Perrelli Valença, ¹Maria Alice Soares de Oliveira, ¹Mariana Jordão Marques, ¹Joana Darc Vila Nova Jatobá, ²Viviane Aluzi Fontes Sales Montenegro, ³Tatyane Manso de Oliveira Alexandre, ¹Tarcísia Domingos de Souza and ¹Emanuela Batista Ferreira e Pereira

¹Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - Universidade de Pernambuco; ²PROCAPE - Universidade de Pernambuco; ³ROCAPE - Universidade de Pernambuco

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th April, 2021
Received in revised form
20th May, 2021
Accepted 26th June, 2021
Published online 30th July, 2021

Key Words:

Enfermagem Perioperatória; Infecção Hospitalar; Infecção da Ferida Cirúrgica; Cuidados de Enfermagem; Cardiologia.

*Corresponding author:

Marília Perrelli Valença

ABSTRACT

Objetivo: Avaliar indicadores de processo e estrutura para prevenção das Infecções de Sítio Cirúrgico em um hospital universitário de Pernambuco. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivos, realizado na enfermagem cirúrgica, Bloco Cirúrgico e na Unidade de Recuperação de Cirurgia Torácica de um Hospital Universitário, durante o período de Junho a Novembro de 2019. A amostra constituiu-se de 28 pacientes, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** Após análise dos dados obtidos foram identificados as características clínicas dos pacientes, fatores predisponentes à Infecção de Sítio Cirúrgico, inadequações em alguns dos indicadores de processo para prevenção de infecção e total conformidade nos de estrutura. **Conclusão:** Foi identificada a presença de fatores de risco para infecções de sítio cirúrgico na caracterização dos casos, destacando-se doenças crônicas, tempo de internação pré-operatório maior que 24 horas, método inadequado na realização da tricotomia e o uso não uniforme da antibioticoprofilaxia.

Copyright © 2021, Marília Perrelli Valença et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Marília Perrelli Valença et al., 2021. "Indicadores de processo e estrutura para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico em um hospital universitário", *International Journal of Development Research*, 11, (07), 49052-49056.

INTRODUCTION

Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte⁽¹⁾. Dentre os danos está a infecção hospitalar, que segundo a portaria 2616/98 do Ministério da Saúde, é definida como aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante o período de internamento ou após a alta⁽²⁾. Diante da sua significativa contribuição para Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, cerca de 15%, as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC), sua prevalência tem sido usada como um indicador da qualidade dos hospitais e cirurgias. Estas são compreendidas como a entrada, estabelecimento e a multiplicação do patógeno na incisão cirúrgica, ocorrem após procedimentos invasivos nas camadas superficiais ou profundas da incisão ou no órgão ou espaço que foi manipulado ou traumatizado⁽³⁾. Segundo estudo nacional, dentre as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), as ISC ocupam o 3º lugar, compreendendo 14% a 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados.

As infecções de sítio cirúrgico levam a um aumento médio da duração da internação hospitalar em 4-7 dias. Os pacientes infectados têm mais chances de ir à óbito, de passar algum tempo na unidade de tratamento intensivo e probabilidade de readmissão pós alta⁽⁴⁾. O modelo atual para mensurar o fornecimento da assistência à saúde é a estrutura de Donabedian. Apresentada em 1996, esta estrutura está baseada em três tipos de medidas: indicadores de estrutura, processo e resultado. Onde os de estruturas vão permitir a avaliação de infraestrutura física de um sistema de saúde, já os de processo irão avaliar a qualidade da realização ou do fornecimento de um protocolo de assistência à saúde e por fim, o de indicador de resultado indicará avaliação dos resultados ou do impacto na saúde de uma população⁽⁵⁾. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tem como papel normatizar os procedimentos e condutas a partir de uma vigilância epidemiológica contínua, além disso, é de sua competência elaborar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), com ações sistematizadas, com vistas a reduzir a incidência e gravidade das IH. A educação permanente também é assumida por esta comissão, na tentativa de encontrar meios que promovam mudanças mais duradouras e eficazes⁽⁶⁾. A assistência de enfermagem sistematizada tem como finalidade proporcionar assistência integral (holística), individualizada, participativa e continuada por meio da avaliação e preparos pré-operatórios imediatos, intervenção de

enfermagem transoperatória e avaliação pós-operatória⁽⁶⁾. A fim de determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, foi desenvolvida, pela Organização Mundial da Saúde, a Lista de Verificação de Cirurgia Segura possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos⁽¹⁾. A auditoria em enfermagem tem sido uma ferramenta gerencial utilizada para avaliar a qualidade da assistência, dos processos e dos custos, estando presente em todas as unidades de um serviço de saúde. A assistência prestada pelos profissionais de enfermagem de um Centro Cirúrgico é caracterizada por planejamento, avaliação e continuidade do serviço, uma vez que o paciente passará pelas fases pré, intra e pós-operatória, todas integradas ao seu estado físico e emocional. A auditoria de enfermagem em Centro Cirúrgico se dá por meio da análise das anotações de enfermagem, descrições cirúrgicas e anestésicas, comparando-as com as cobranças realizadas⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, a presente investigação em hospitais escola é justificada pela necessidade de coletar dados para direcionar ações de prevenção e analisar os progressos, assim como promover a adesão a práticas baseadas em evidência, educando, implementando e agindo de maneira efetiva sobre os índices de ISC. Assim, o presente estudo objetivou avaliar os indicadores de processo e estrutura para prevenção das Infecções de Sítio Cirúrgico em um Hospital Universitário de Pernambuco, visando processar os resultados obtidos, gerar conteúdo relevante para a comunidade científica.

MÉTODO

Estudo do tipo transversal, descritivo e analítico definido por pesquisa observacional, que analisou dados coletados com uma população amostral ao decorrer de um período de tempo, a fim de investigar a associação entre dois parâmetros relacionados ou não⁽⁸⁾. A coleta foi realizada na enfermaria cirúrgica, no bloco cirúrgico e na Unidade de Recuperação de Cirurgia Torácica, durante o período de Junho a Novembro de 2019. O cenário de estudo é um Hospital Universitário cardiológico de abrangência regional, referência em cirurgias de emergência e tratamento de patologias Valvares. A amostra foi por conveniência sendo aplicado em todas as oportunidades que atendam os critérios de inclusão e exclusão durante o período de coleta de dados, totalizando 28 pacientes. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Pacientes que se submeteram à procedimento cirúrgico na região torácica durante o período de coleta de dados, idade >18 anos, de ambos os sexos que estavam com o nome inserido na programação cirúrgica semanal/diária. Foram excluídos os casos de cancelamento ou suspensão do procedimento cirúrgico e pacientes em reoperação em um período menor que 3 meses. A coleta de dados foi realizada em três etapas, iniciou na enfermaria cirúrgica, onde perguntou se o paciente desejava participar da pesquisa, com a aceitação do mesmo, ele leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em seguida foi aplicado o questionário sociodemográfico. Posteriormente, no bloco cirúrgico foi usado o Checklist de Indicadores de processo e estrutura preconizados pela ANVISA. Finalizado com análise do prontuário do paciente na Unidade de Recuperação de Cirurgia Torácica para coleta de dois indicadores do pós-cirúrgico. Os dados coletados foram tabulados no programa Excel, da Microsoft®, 2013, e exportados para Software de estatística *StatisticalPackage for the Social Sciences- SPSS*, versão 20. Foram realizadas as análises descritivas de frequência simples e absolutas para as variáveis nominais. Os resultados foram discutidos à luz da literatura científica disponível. A pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde tendo sido registrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa e obteve parecer favorável sob o número 09711319.6.0000.5192

RESULTADOS

Foram analisados 28 procedimentos cirúrgicos, os pacientes submetidos às cirurgias cardíacas apresentaram-se com a mesma proporção quanto ao sexo, sendo 14 do sexo feminino (50%) e 14 do

sexo masculino (50%). As faixas etárias que mais prevaleceram foram as de 50 a 59 anos e > 60 anos, sendo cada grupo constituído por 12 participantes (42,9%), apresentando uma variância de 26 – 83 anos, com média de 58,21 e desvio padrão de 11,5 anos. As raças mais autodeclaradas pelos indivíduos foram branca com 11 (39,3%) e parda com 12 (42,9%). 25 dos entrevistados praticavam algum tipo de religião, compreendendo 89,3%. Frente a amostra geral, 21 pacientes (75%) apresentaram-se casados, 22 morando em área urbana (78,6%), 16 aposentados (57,1%), 17 com a renda familiar compreendida dentro de um e dois salários mínimos (60,7%) e 10 estudaram em sua maioria até o ensino fundamental incompleto (35,7%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em hospital universitário de Pernambuco. Recife, PE, Brasil, 2019

Sexo	n	%
Feminino	14	50,0
Masculino	14	50,0
Idade		
18 a 29 anos	1	3,6
30 a 39 anos	-	-
40 a 49 anos	3	10,7
50 a 59 anos	12	42,9
> 60 anos	12	42,9
Raça		
Branca	11	39,3
Preta	5	17,9
Parda	12	42,9
Prática Religiosa		
Sim	25	89,3
Não	3	10,7
Estado civil		
Casado com/sem oficialização	21	75,0
Solteiro	5	17,9
Divorciado com/sem oficialização	1	3,6
Viúvo (a)	1	3,6
Área de Residência		
Urbana	22	78,6
Rural	6	21,4
Ocupação		
Empregado	10	35,7
Aposentado	16	57,1
Trabalhador rural	1	3,6
Dona de casa	1	3,6
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	6	21,4
1 a 2 salários mínimos	17	60,7
2 a 3 salários mínimos	5	17,9
Escolaridade		
Analfabeto (a)	3	10,7
Alfabetizado (a)	4	14,3
Ensino fundamental incompleto	10	35,7
Ensino fundamental completo	6	21,4
Ensino médio incompleto	1	3,6
Ensino médio completo	2	7,1
Ensino superior incompleto	1	3,6
Ensino superior completo	1	3,6

A análise dos dados evidenciou em 13 (46,4%) pacientes o Índice de Massa Corporal (IMC) com valores dentro da normalidade. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais presente, tendo sido identificados 20 (71,4%) casos, seguido de 7 (25%) portadores de Diabetes Mellitus (DM). Ainda sobre problemas de saúde existentes, quatro (14,3%) relataram ser tabagistas e dois (7,1%) etilistas. A presença de alergia medicamentosa foi relatada por sete (25%) indivíduos. Quanto a distribuição das cirurgias cardíacas, as valvares se mostraram mais frequentes, representando 15 (53%), dentre os 28 procedimentos observados no serviço durante o estudo. O mapeamento dos diagnósticos médicos revelou predomínio de Doença Coronária Aguda (DAC) e Valvulopatias representados por 89,3% dos casos, além de 32,1% de Insuficiência Coronariana (IC) como apresentado na Figura 1. Em relação a adequação dos processos em sua totalidade encontravam-se a antisepsia do campo operatório, duração da antibioticoprofilaxia < 24 horas e números das caixas cirúrgicas com registro de inspeção, já o indicador de tempo de

internação apresentou desconformidade na totalidade dos casos. A tricotomia teve metade dos casos não avaliados, sendo estes correspondentes às pacientes do sexo feminino, quanto ao tempo de realização foram 50% adequados ao mesmo tempo que o método obteve 50% de inadequação. A adesão às práticas corretas de antibioticoprofilaxia apresentou 25% de falha, assim como o controle glicêmico revelou valores não adequados em 28,6% dos pacientes no pós operatório.

Tabela 2. Descrição clínica dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em hospital universitário de Pernambuco. Recife, PE, Brasil, 2019

Índice de Massa Corporal (IMC)	n	%
< 18,5 (Magreza)	2	7,1
18,5 a 24,9 (Normal)	13	46,4
25 a 29,9 (Sobrepeso)	9	32,1
30 a 39,9 (Obesidade)	4	14,3
Diabetes Mellitus		
Sim	7	25
Não	21	75
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Sim	20	71,4
Não	8	28,6
Tabagismo		
Sim	4	14,3
Não	24	85,7
Etilismo		
Sim	2	7,1
Não	26	92,9
Asma		
Sim	1	3,6
Não	27	96,4
Febre Reumática		
Sim	2	7,1
Não	26	92,9
Alergias		
Sim	7	25,0
Não	21	75,0
Abordagem cirúrgica		
Cirurgia Valvar	15	53,6
Cirurgia de revascularização do Miocárdio	8	28,6
Cirurgia Valvar + Cirurgia de revascularização do Miocárdio	4	14,3
Aneurisma	1	3,6

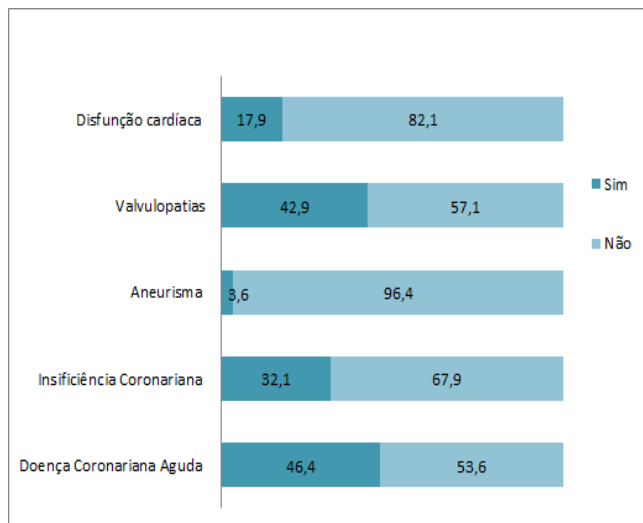


Figura 1. Distribuição das patologias cardíacas dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em hospital universitário de Pernambuco. Recife, PE, Brasil, 2019

Quanto aos indicadores de estrutura, o hospital possuía um circulante de sala exclusivo para cada sala cirúrgica ativa em todos os períodos observados, disponibilidade de produto antisséptico para degermação das mãos da equipe cirúrgica e mecanismo autônomo de manutenção das portas fechadas adequado, conforme exposto na Figura 3.

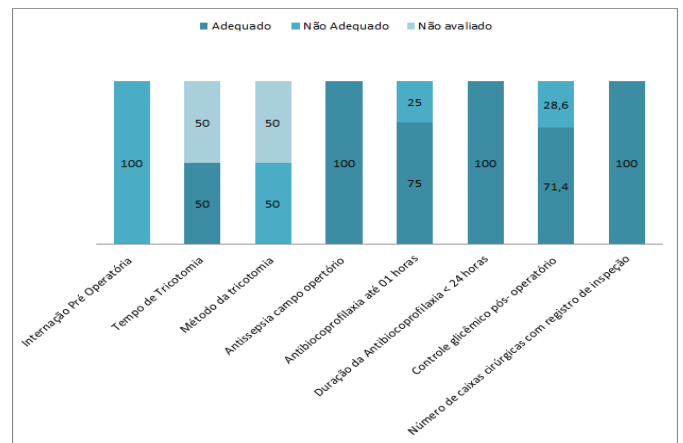


Figura 2. Os Indicadores de Processo para prevenção de ISC executados nas cirurgias cardíacas no hospital universitário de Pernambuco. Recife, PE, Brasil, 2019

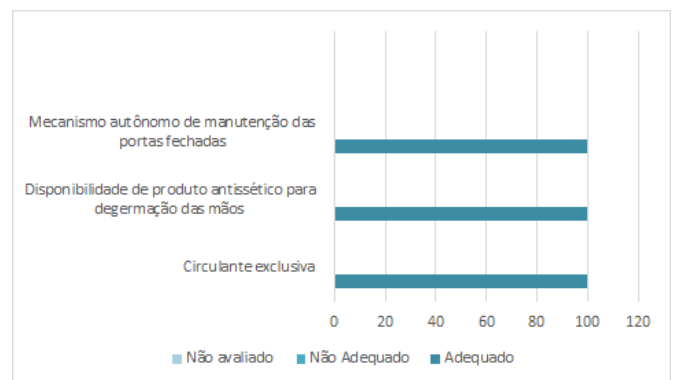


Figura 3. Os Indicadores de Estrutura para prevenção de ISC executados nas cirurgias cardíacas no hospital universitário de Pernambuco. Recife, PE, Brasil, 2019

DISCUSSÃO

Na análise do conjunto amostral o sexo não houve prevalência entre os gêneros masculino e feminino, contudo estudo relata que a maioria dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca é composta por homens. Além, da correlação existente entre sexo como fator de risco, relacionando que os homens possuem mais folículos pilosos na região torácica, área de abordagem das cirurgias cardíaca, característica que os tornam mais suscetíveis à proliferação bacteriana e consequentemente mais propensos a desenvolver infecções⁽⁹⁾. Em relação a idade a maioria dos indivíduos possui idade >50 anos. De acordo com literatura, essa faixa etária pode apresentar maior risco de infecção de sítio cirúrgico, sendo esta uma complicação relacionada à fase senil⁽⁹⁾. A escolaridade também foi considerado um fator importante no pacientes cirúrgicos, pois o nível de escolaridade pode influenciar na compreensão quanto às orientações para realização do autocuidado, otimizando a prevenção de possíveis infecções, bem como identificação de sinais flogísticos. Na presente pesquisa a prevalência dos pacientes que atingiram até o nível de ensino fundamental incompleto, é um fato desafiador para a equipe de enfermagem, uma vez que irá exigir desta criação de estratégias diversificadas visando melhor entendimento do público alvo⁽¹⁰⁾. Em relação aos achados clínicos dos pacientes a literatura evidencia a influência do Índice de Massa Corpórea (IMC), índice calculado pela fórmula: $IMC = P / A^2$, onde P=peso e A=altura, na ocorrência das elevações de índice nas taxas de infecção, o sobrepeso é uma condição de risco para complicações de sítio cirúrgico importante em cirurgias cardíacas, principalmente quando encontram-se valores acima de 30 Kg/m², pois o tecido adiposo pode atrapalhar na cicatrização da incisão cirúrgica. Assim, na presente pesquisa a maioria dos pacientes apresentaram IMC acima do ideal (20 à 25 Kg/m²), porém apenas alguns deles evidenciaram predisposição para

risco de infecção⁽¹¹⁾. Quanto às comorbidades encontradas, prevaleceram hipertensos e diabéticos. A grande quantidade de casos de Hipertensão é um sinal relevante, pois a pressão arterial elevada afeta a defesa humoral e celular humana, podendo assim apresentar complicações na ferida operatória⁽¹²⁾. Ainda no que se refere às doenças crônicas, a Diabetes mellitus tem importante contribuição com o risco de infecção de sítio cirúrgico. De acordo com a literatura, a contaminação da ferida operatória de cirurgias cardíacas é consideravelmente maior em pessoas que contêm esse tipo de doença, pois estes apresentam transtornos de microcirculação e cicatrização⁽⁹⁾. O tabagismo e etilismo mesmo não apresentando números prevalentes devem ser investigados, visto que desencadeiam várias alterações fisiológicas. A utilização do tabaco prejudica a multiplicação dos fibroblastos, reduz a formação de colágeno e a angiogênese, postergando a cicatrização. Já o uso do álcool pode afetar os sistemas hemostático, imunológico, cardiovascular e nervoso central⁽¹³⁾. A maioria das cirurgias propostas foram as valvares, seguidas de revascularizações do miocárdio (CRM), CRM + CV e correção de aneurisma. Conforme análise de outro autor, a cirurgia cardiovascular mais realizada pelo SUS é a de revascularização do miocárdio, no presente estudo, esta ocupou o segundo lugar na amostra geral. Não há estudos que associam o tipo de procedimento ao risco de infecção de sítio cirúrgico, pelo contrário, relata-se que as cirurgias cardíacas são consideradas limpas, trazendo assim menor índice de infecções⁽⁹⁾. Em relação às doenças cardíacas de base prevaleceram os portadores de DAC e de Valvulopatias, no entanto não há indícios que os relacionem com o foco do trabalho. Considerando o indicador de processo que versa o período de hospitalização adequado para reduzir índices de infecção hospitalar, os resultados encontrados na coleta foram totalmente insatisfatórios, visto que todos os pacientes participantes tiveram tempo de internamento superior a 24 horas. Este fato é justificado pela necessidade de haver maior tempo de preparo em casos de procedimentos cirúrgicos cardíacos, devido a manipulação de órgãos nobres e delicados⁽¹³⁾. Apesar de haver concordância entre diversos artigos quando se trata de afirmar que um longo tempo de permanência no ambiente hospitalar contribui para o aumento das taxas de infecção, incluindo as de sítio cirúrgico, há desconformidade quanto a média ideal do limite de dias de internamento para redução de complicações infecciosas⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A tricotomia é outro indicador de processo observado, encontra-se na literatura muitas discussões quanto às suas vantagens e desvantagens. Um estudo afirma que a microbiota dos pelos não deve ser considerada como fonte importante de patógenos, e que a retirada destes sim, é um fator predisponente à ISC⁽¹³⁾. Por outro lado, destaca-se que a prática da circuncisão dos pelos, permite evitar interferências no ato cirúrgico e ainda, contribui para realização dos curativos pós-operatórios, impedindo a aderência aos pelos⁽¹⁶⁾. Contudo sobre realização da tricotomia há um consenso quanto a técnica que deve ser utilizada e ao momento ideal, sendo o tricotomizador de lâminas descartáveis o utensílio correto pois oferece menor risco de lesões na pele. Já o tempo orientado é de até 2h antes do procedimento. Os resultados quanto ao tempo, de todos os pacientes, respeitaram o limite de realização de até duas horas antes do procedimento cirúrgico^(4,15). Na presente pesquisa o tempo foi adequado, porém, quanto ao método, houve total inadequação, visto que foram utilizadas lâminas de barbear, item totalmente contra indicado. A preparação do sítio cirúrgico se faz importante indicador de processo, pois sabe-se que a principal fonte de micro-organismos da ISC é a inoculação direta da microbiota do paciente, principalmente a da pele e a do sítio de manipulação. Visto isso, reafirma-se a importância do preparo ideal da pele conforme necessidade cirúrgica para que resulte em benefício da evolução clínica⁽¹⁴⁾. Nesta pesquisa, os achados foram satisfatórios em sua totalidade, pois em todos os procedimentos foi realizado preparo do sítio cirúrgico utilizando inicialmente o antisséptico degermante, seguido do alcoólico, conforme preconizado na literatura⁽⁴⁾. Apesar da cirurgia cardíaca ser classificada como cirurgia limpa, a utilização de antimicrobianos profiláticos, para diminuir a ocorrência de ISC, está indicada por ser um procedimento complexo, de grande porte e longa duração^(9,16). O resultado avaliado do indicador de realização da antibioticoprofilaxia foi parcialmente satisfatório, pois a

administração não foi realizada no tempo preconizado em alguns dos casos. Já quanto a sua duração, os resultados foram mais favoráveis, pois foi identificada a sua continuidade nas primeiras 24 horas em todos os pacientes. A importância do controle glicêmico, com níveis glicêmicos <200mg/dL, em cirurgias cardíacas é determinada por fatores fisiológicos, onde além de potenciais aspectos crônicos como a DM, maiores graus de ansiedade e estresse podem se tornar elementos colaboradores para uma hiperglicemia perioperatória. Esse indicador de processo de controle é evidenciado pela literatura como uma estratégia de diminuição de complicações e aumento de sobrevida⁽¹⁷⁾. Nos resultados analisados, esse achado foi inadequado pois alguns pacientes apresentaram níveis de glicemia acima do valor indicado, que compreende >200mg/dL. O indicador de processo de conferência das caixas cirúrgicas é um indicador que integra os itens do checklist de cirurgia segura⁽¹⁾. Esse processo de conferência avalia o número de caixas cirúrgicas com registro de inspeção, é considerado adequado quando há equivalência de todos os itens padronizados no serviço⁽⁴⁾. Em todas as caixas cirúrgicas utilizadas nos procedimentos observados foram identificados a presença de fita zebreada, integradores, ausência de sujidades, embalagem íntegra e data de validade, apresentando então, conformidade com os protocolos apropriados, conforme preconizado na literatura^(4,18). Os indicadores relacionados à estrutura do centro cirúrgico no serviço estudado foram adequados em sua totalidade. O hospital cumpre a indicação de limitar o número de pessoas na sala operatória, havendo um circulante para cada sala, mantendo apenas o número de pessoas necessário para cooperar com o procedimento, conforme preconizado⁽¹⁶⁾. Observou-se a disponibilidade de produto antisséptico para degermação das mãos da equipe cirúrgica, sendo este dispositivo fundamental para a realização de uma degermação cirúrgica adequada, esse indicador de estrutura pode influenciar diretamente na diminuição da contaminação da ferida operatória⁽¹³⁾. Ainda quanto às observações dos processos estruturais, verificou-se o funcionamento ideal do mecanismo de manutenção das portas fechadas, permitindo a hermenêutica da sala de operação, com a manutenção da temperatura e redução de circulação de microorganismos⁽⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos indicam a presença de fatores de risco para infecções de sítio cirúrgico na caracterização dos casos, destacando-se doenças crônicas, tempo de internação pré-operatório maior que 24 horas, método inadequado na realização da tricotomia e o uso não uniforme da antibioticoprofilaxia. Estes desfechos exigem maior fundamentação dos atuantes envolvidos para tornar a prática profissional uma ferramenta de qualificação no período perioperatório. Os achados ratificam o encontrado na literatura sobre a importância da adesão dos profissionais às práticas recomendadas, para colaborar com a prevenção de agentes exógenos que predisponem a ISC e consequente diminuição dos índices de infecção. Esta pesquisa apresentou uma limitação por ter sido pontual, restringindo-se a apenas um serviço hospitalar, e seus resultados não podem se estender para outros hospitais, contudo serve de exemplo para aplicações de avaliação em outros serviços. O artigo aponta a importância de um trabalho em equipe equilibrado no período perioperatório, ressaltando a participação efetiva da equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro que realiza a gestão e organização do setor. Esses indicadores corroboram para procedimentos cirúrgicos mais seguros para os pacientes, buscando promover uma assistência de melhor qualidade.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Protocolo para cirurgia segura [Internet]. 2013 [citado 2019 mar 16]; Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura>
- Ministério da Saúde. Portaria nº 2616 de 13 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país

- [Internet]. 1998 [citado 2019 mar 20];Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html
- Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas [Internet]. 2009 [citado 2019 jul 2];Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf
- ANVISA. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde [Internet]. 2017 [citado 2019 ago 5]; Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+2+-+Crit%C3%A9rios+Diagn%C3%B3sticos+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/7485b45a-074f-4b34-8868-61f1e5724501>
- Giarola LB, Baratieri T, Costa AM, Bedendo J, Marcon SS, Waidman MAP. Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Cogitare Enferm* [Internet] 2012 [citado 2019 dez 6];17(1) Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26390>
- Castellanos BEP, Jouclas VMG. Assistência de enfermagem perioperatória - um modelo conceptual. *Rev esc enferm USP* 1990;24(3):359-70 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234199002400300359>.
- de Oliveira DR, Jacinto SM, Siqueira CL. Auditoria de enfermagem em Centro Cirúrgico. *Revista de Administração em Saúde* 2013;15(61):151-8 Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/199>.
- Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet] 2003 [citado 2019 dez 6];12(4) Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>
- Gelape CL. Infecção do sítio operatório em cirurgia cardíaca. *Arq Bras Cardiol* [Internet] 2007 [citado 2019 dez 6];89(1) Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001300013>
- Isabella Pavarine de Souza. Análise da taxa de infecção de sítio cirúrgico no pós-operatório de cirurgia cardíaca [Internet]. 2018 [citado 2019 nov 26];Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/23289/1/AnaliseTaxaInfec%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Torres OJM, Azevedo RP de, Moreira PCO, Arraes LRG, Lima DS, Viegas RA, et al. Influência do índice de massa corporal nas taxas de infecção de sítio cirúrgico. 2004;17(2):75-8 Disponível em: <http://www.drorlandotorres.com.br/site/arquivos/artigos/Influenciadoindexdemassacorporalnastaxasdeinfecaodositiocirurgico.pdf>.
- Iris Raquel Dantas Moura. Fatores associados às complicações de feridas operatórias em pacientes de um hospital escola [Internet]. 2018 [citado 2019 nov 27];Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/6948/1/IRIS%20RAQUEL%20DANTAS%20MOURA%20-%20ENFERMAGEM%202018.pdf>
- Rodrigues AL, Simões M de LPB. Incidência de infecção do sítio cirúrgico com o preparo pré-operatório utilizando iodopolividona 10% hidroalcoólica e clorexidina alcoólica 0,5%. *Rev Col Bras Cir* 2013;40(6):443-8 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912013000600004>.
- Sell BT, Amante LN, Martins T, Sell CT, Pinho FM de, Da Silva R. Eventos adversos em uma unidade de iternação cirúrgica: estudo descritivo. *Rev SOBECC* 2016;21(3):146 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201600030005>.
- Gebirim CFL, Melchior LMR, Amaral NM, Barreto RASS, Palos MAP. Tricotomia preoperatoria: aspectos relacionados con la seguridad del paciente. *eglobal* 2014;13(2):252-75 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.13.2.178361>.
- ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde [Internet]. 2017 [citado 2019 set 10]; Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>
- Freitas PS, Romanzini AE, Ribeiro JC, Bellusse GC, Galvão CM. Controle glicêmico no perioperatório: evidências para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico. 2013 [citado 2019 nov 30];15(2) Disponível em: . Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442013000200029
- Ministério da Saúde. Resolução - RDC N° 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. [Internet]. 2012 [citado 2019 nov 28];Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html
