

**A IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO DE CONTROLE DE  
INFECÇÃO PÓS CIRURGICO EM HOSPITAL AMBULATORIAL**

São Paulo

2018

## RESUMO

As infecções de sítio cirúrgico (ISC) representam uma importante dentre as infecções hospitalares necessitando assim de um monitoramento efetivo, a pesar da maioria das infecções do sítio cirúrgico acontecer de forma espontânea, principalmente em cirurgias limpas e não necessitam de nova hospitalização, a falta de acompanhamento do paciente cirúrgico após alta faz com que estes pacientes busquem atendimento em outras unidades de saúde ocorrendo uma falha no sistema de investigação no controle de infecção hospitalar. Partindo desse princípio há uma necessidade de realizar uma vigilância do paciente cirúrgico pós-alta hospitalar, pois assim pode fornecer uma mensuração confiável para obter-se a taxa de ISC no hospital ou de certa população.

## ***ABSTRACT***

*Surgical site infections represent an important part of hospital-acquired infections needing effective monitoring, even though most of surgical site infections happen spontaneously, specially in clean surgeries and do not require new hospitalization. The lack of follow up with surgical patients after discharge make that they seek for treatment in other health facilities leading to a flaw in the investigation system and in the control of the hospital-acquired infections. For this reason there's the necessity of surveillance of the surgical patient after discharge, for that way we may supply a reliable measurement of the surgical site infections rate of a hospital or population.*

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	5
1.1.	PROBLEMA .....	6
1.2.	JUSTIFICATIVA.....	6
1.3.	OBJETIVOS: .....	6
1.3.1.	OBJETIVO GERAL: .....	6
1.3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	7
2.	METODOLOGIA .....	8
3.1.	CONTROLE DE INFECÇÃO ASPECTO HISTÓRICO .....	9
3.2.	INFECÇÕES HOSPITALAR .....	10
3.3.	CONTROLES DE INFECÇÃO HOSPITALAR .....	11
3.4.	INFECÇÕES DE SITIO CIRURGICO.....	12
3.5.	MONITORAMENTO PÓS-ALTA.....	19
3.6.	MÉTODOS DE VIGILÂNCIAS PÓS- ALTA. ....	19
3.6.1.	CONTATO TELEFÔNICO;.....	19
3.6.2.	MONITORAMENTO ATRAVÉS DE QUESTIONÁRIOS; .....	20
3.6.3.	RETORNO EM CONSULTA AMBULATORIAL PÓS-CIRÚRGICA;.....	20
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	21
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

## 1. INTRODUÇÃO

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) institui uma gravidade de Saúde Pública no Brasil e no mundo, sendo assim considerada uma das importantes causas de morbidade e mortalidade de pessoas que foram submetidas a procedimentos em serviços de saúde BRASIL MS, ANVISA, (2013).

O Centro Cirúrgico é considerado um setor crítico, por ser uma unidade hospitalar onde são realizados procedimentos invasivos, especializados, complexos, destinados às intervenções cirúrgicas e à recuperação anestésica CLAUDINO; FONSECA, (2011). Portanto, é um ambiente que proporciona maior risco para ocorrer ISC, sendo necessária nesses setores uma prática de ações de controle de infecções preventivas e efetivas.

O paciente cirúrgico ambulatorial tem uma menor possibilidade de adquirir tipos de processo infeccioso; pois as taxas de infecção são mais baixas em procedimentos realizados nesse tipo de ambiente, devido a fatores como: cirurgia ambulatorial é classificada por potencial de contaminação em cirurgias limpas ou potencialmente contaminadas; a exposição a patógenos multirresistentes é reduzida no ambiente ambulatorial; os pacientes que se submetem a cirurgia ambulatorial contaminada ou infectada têm menor predisposição individual à aquisição de infecção BRASIL MS, ANVISA, (2013).

Realizar busca dos casos de ISC após alta se faz necessário para que seja evitado a subnotificação do real número de infecções e também um aumento nas taxas de morbidade e mortalidade SASAKI, (2011), além de viabilizar medidas de prevenção e controle a partir de compreensão epidemiológica. O retorno ambulatorial é o método mais eficaz por proporcionar a exatidão destas informações, além de minimizar a subnotificação desses casos.

Apesar das taxas de infecção em ambiente ambulatorial ser menores, surge-se a necessidade de estar monitorando o paciente pós-alta, pois os mesmos por receber alta no mesmo dia da cirurgia muitas vezes não retornam as consultas de retorno, ficando sem

acompanhamento e monitoramento eficaz do controle de infecção, e assim perde-se um indicador de qualidade também do monitoramento dos processos de esterilização ficando a unidade de centro cirúrgico sem um parâmetro de controle dos processos realizados no centro cirúrgico e CME.

## **1.1. PROBLEMA**

Para que finalidade investigar a incidência de ISC em pacientes submetidos a procedimento cirúrgico ambulatorial?

## **1.2. JUSTIFICATIVA**

Devido as Infecções de sítio cirúrgico constituir complicações decorrentes de procedimento cirúrgico, pois se evidenciam por episódio grave, de custo elevado e muitas vezes se associam ao aumento da morbidade e mortalidade, Além do mais os pacientes que adquirem algum tipo de infecção têm mais chances de risco de morte ou de necessitar de hospitalização em unidade de tratamento intensivo, pelo motivo do paciente receber alta no mesmo dia cirúrgico e muitas vezes não retorna a consulta de retorno, há uma necessidade de monitorização desses pacientes para controle de foco infeccioso e monitoramento do indicador de controle de qualidade interno.

## **1.3. OBJETIVOS:**

### **1.3.1. OBJETIVO GERAL:**

Destacar a necessidade de Investigação de incidência de ISC pós-alta em hospital de caráter ambulatorial.

**1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Avaliar os processos de desinfecção e esterilização de materiais cirúrgicos
- Monitorar os índices de ISC pós-alta ambulatorial
- Criar indicadores de qualidade
- Demonstrar a necessidade de monitoramento de pacientes pós-cirúrgicos

## **2. METODOLOGIA**

O presente trabalho foi realizado por meio de um estudo descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa com foco na importância do monitoramento de infecção de sítio cirúrgico pós-alta em Hospital dia RHC Campo Limpo. A coleta de dados foi realizada de janeiro a junho de 2018, pela consulta de mapa cirúrgico de fonte SIS Saúde, e planilha de dados de retorno de pacientes com enfermeiro ambulatorial e de levantamento de prontuários de pacientes. Esse período foi definido pelo interesse de se ampliar dados de indicadores de resultados a cerca da ocorrência das incidências de ISC.

Para a busca foram utilizadas as palavras chave: cirurgia, infecção hospitalar, infecção cirúrgica, infecção de ferida operatória, e foram analisados em síntese utilizando-se instrumentos completos, contendo nome do autor, ano de publicação, resultados encontrados, local e população.



### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1. CONTROLE DE INFECÇÃO ASPECTO HISTÓRICO**

Segundo FERNANDES, (2000) as infecções hospitalares se deram aproximadamente do ano 330 A.C no Império Romano, a partir da existência do primeiro hospital urbano, embora sua construção tenha sido apenas relatada em 394 a.C. na periferia de Roma após este, muitos outros foram criados, como o Hotel-Dieu na França, que possuía cerca de 1.200 leitos, onde dos quais muitos eram compartilhados com outros doentes.

FOUCAULT, (1999) relata que por ter caráter social os hospitais não eram utilizados por famílias mais abastadas, pois essas realizavam os cuidados em seus domicílios, e até Séc.XVIII, o hospital era um local para assistência aos pobres moribundos e não um local para se curarem, nesse contexto essas condições precárias hospitalares deu-se a ocorrência das infecções, onde as pessoas internadas passavam a desenvolver outros tipos de doenças.

Em (1818-1865), médico cirurgião húngaro Ignaz Philipp Semmelweis, observando as altas taxas de infecção puerperal em mulheres que haviam sido tratadas por médicos que antes haviam realizado necropsias, instituiu a rotina de higiene de mãos com solução clorada, onde este simples ato reduziu as taxas de infecção de 11,4% para 1,3% em um período de sete meses, Oliver Wendel Holmes em 1843 fez esta mesma relação embora convicto e com argumentos lógicos, mesmo assim foi tratado com indiferença e hostilidade pela classe médica, não conseguindo êxito na época RODRIGUES,(1997 ); COUTO,(2003).

Florence Nightingale no final do Séc. XIX representou significativa importância histórica com sua contribuição da reorganização dos hospitais e na implantação de medidas para o controle das infecções hospitalares, voltado para os cuidados de higienização, isolamentos, o atendimento individualizado, redução de leitos no mesmo ambiente, instituindo medidas de organização, sistematização do atendimento e treinamento de pessoal, práticas higiênico-sanitárias colaborando para a redução das taxas de mortalidade hospitalar da época LACERDA, (1997), MELO, (1986).

Conforme FERNANDES, (2000), RODRIGUES, (1997), a primeira referência de controle de infecção hospitalar no Brasil se deu em 1956, com questionamentos quanto às medidas ambientais, práticas de procedimentos invasivos, técnicas assépticas, processos de material hospitalar e aparecimento de microrganismos resistentes devido ao uso de antibióticos indiscriminadamente.

Ainda FERNANDES, (2000) relata que no Brasil os índices de infecção relacionados aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgico alcançaram 90% e a causa estava relacionada à falta de higiene, isolamento de pacientes que portavam algum tipo de doença infectocontagiosa, sendo o principal causa de mortalidade na últimas década do séc. XIX.

### **3.2. INFECÇÕES HOSPITALAR**

Segundo SEVERINO et al, ( 2005), infecção hospitalar é aquela adquirida após a internação do paciente e que pode se manifestar durante a internação ou após a alta quando e estiver relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares devido a um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro, ou a própria patologia de base do paciente, procedimentos invasivos e alterações da população microbiana, geralmente induzida pelo uso indiscriminado de antibióticos. As patologias pré-existentes favorecem a ocorrência de Infecção hospitalar devido a procedimentos invasivos ou imunossupressores, pois afeta mecanismos de defesa.

A infecção em cirurgia é uma associação clínica de múltiplos fatores e para a redução e o controle de sua incidência se faz necessário à aplicação de medidas preventivas, educativas de controle epidemiológico, através de um processo de conscientização coletiva onde no conjunto podem diminuir a taxas de infecção para limites mínimos e aceitáveis. MEDEIROS et al ,(2003)

As Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS) são adquiridas durante o processo de cuidado hospitalar ou local destinado à assistência à saúde, e que não estavam

presentes no momento da internação ou após a alta, e representam alta complexidade para a segurança dos pacientes por gerar maior tempo de internação, incapacidade, aumento da resistência a antimicrobianos, aumento da mortalidade e despesas para o sistema de saúde, pacientes e familiares. BRASIL MS, ANVISA, (2013).

Segundo a ANVISA, (2013), estima-se que a cada 100 pacientes internados, pelo menos sete em países desenvolvidos e dez em países em desenvolvimento irão adquirir IRAS.

No Brasil as ISC são umas das principais IRAS e ocupa a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde, alcançando 14% a 16% encontradas em pacientes hospitalizados relacionada a procedimentos cirúrgicos, com ou sem colocação de implantes, em pacientes internados ou ambulatoriais. As ISC acometem diferentes planos anatômicos, podendo ocorrer em até 30 dias após o procedimento cirúrgico ou em até um ano se houver implante de prótese BRASIL MS, ANVISA, (2017).

### **3.3. CONTROLES DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

As ações de prevenção e de controle das infecções hospitalares no Brasil são regulamentadas pela Portaria MS Nº 2.616, promulgada em 12 de maio de 1998, esta determina a execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) constituído nas três esferas do governo, e a constituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do país. BRASIL. PORTARIA 2. 616(1998).

Quanto às competências, a Portaria MS Nº 2.616/98 determina que a CCIH seja responsável em deve elaborar, programar, manter e avaliar o PCIH fazendo com que se adeque às características e necessidades de cada instituição além de programar e supervisionar as normas e rotinas técnico operacionais, visando objetivando a prevenção e o controle das infecções hospitalares; capacitar todos os funcionários e profissionais de cada setor; pleitear o uso racional de antimicrobianos; mensurar periodicamente de maneira sistemática todas as informações fornecidas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica; atuar nas investigações epidemiológicas referentes a casos e surtos, instituir medidas de controle imediato; desenvolver relatórios e divulga-los regularmente e comunicando às autoridades superiores da

instituição inclusive todos os setores do hospital e suas chefias quanto à situação do controle das infecções assim abrindo-se um debate amplo na comunidade hospitalar.

Dentre os fatores que oferecem maior risco de adquirir ISC estão os extremos de idade, condição clínica do paciente o tempo de internação a aplicação inapropriada da antibioticoprofilaxia o tempo de duração da cirurgia, potencial de contaminação, habilidade técnica da equipe cirúrgica, ambiente físico, imunodeficiência, e presença de doenças preexistentes OLIVEIRA, (2007). Porém pode estar associado ao próprio patógeno, ou seja, sua virulência, Podendo ser causadas por agentes microbianos originados de fonte endógena, como do próprio paciente ou de fonte exógena, como os profissionais da área da saúde que o assistem, visitantes, equipamentos médicos e o ambiente BRASIL MS, ANVISA, (2017).

### **3.4. INFECÇÕES DE SÍTIO CIRURGICO**

Devido às altas taxas de mortalidade e morbidade e ao alto custo do tratamento as infecções de sítio cirúrgico vêm se destacando entre outros tipos de infecções, pois também causam danos ao paciente, principalmente devido ao afastamento familiar, profissional além dos prejuízos econômicos, além de gerar processo litigioso contra a unidade hospitalar podendo prejudicar a imagem da entidade, denegrindo a assistência e a qualidade do atendimento.

Segundo FERRAZ AB, FERRAZ EM, BACELAR por ocorrer rompimento da barreira epitelial a cirurgia em si já pode ser considerada um procedimento de risco, pois facilita o desencadeamento de uma série de reações sistêmicas assim facilitando a ocorrência de um processo infeccioso.

Conforme citação de OLIVEIRA, (2007) a infecção de ferida ou infecção de sítio cirúrgico é a maior incidência de infecção nos pacientes cirúrgicos, e pode ser definida como a infecção que ocorrida na incisão cirúrgica ou tecidos manipulados durante o ato cirúrgico e este tipo de infecção pode ser diagnosticada até 30 dias e no caso de implante de próteses, até um ano após a realização do procedimento. Em um comparativo para Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a maioria das infecções de sítio cirúrgico ocorre em torno de

quatro a seis dias após o procedimento realizado, e em algumas vezes ocorrem em curto período de manifestação levando em consideração a etiologia da infecção, porém em outras vezes podem ser observadas em período mais longo, podendo ocorrer em até trinta dias ou um ano. Porém se é percebido que a maioria das instituições limita-se a vigilância apenas ao período de internação do paciente, não realizando um monitoramento efetivo ocorrendo assim uma subnotificação já que a infecção ocorre após a alta do paciente, e assim dificultando a investigação dos serviços prestados assim impedindo uma melhoria na assistência. No caso do paciente ambulatorial como o mesmo tem uma alta precoce há um aumento das subnotificações tornando inviável a vigilância da ISC.

A pesar da maioria das infecções do sítio cirúrgico acontecer de forma espontânea, principalmente em cirurgias limpas e não necessitam de nova hospitalização, a falta de acompanhamento do paciente cirúrgico após alta faz com que estes pacientes busquem atendimento em outras unidades de saúde ocorrendo uma falha no sistema de investigação no controle de infecção hospitalar. Partindo desse princípio para nós que trabalhamos em um hospital dia há uma necessidade de realizar uma vigilância do paciente cirúrgico pós-alta hospitalar, pois assim pode-se fornecer uma mensuração confiável para obter-se a taxa de ISC no hospital ou de certa população e, portanto melhorar nossos processos de controle de desinfecção, esterilização, melhora no atendimento.

Segundo MARTINS, (2001) um extensivo programa de vigilância pode reduzir as taxas de ISC em 30% a 40%, porém para que o programa seja efetivo, há uma necessidade de estudar a incidência destas infecções e fatores de risco associado, podendo-se montar um indicador do desempenho dos cirurgiões e do hospital e esse retorno de dados da vigilância à equipe cirúrgica pode reduzir as taxas de infecção em até 35%.

## **COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada de janeiro a junho de 2018, pela consulta de mapa cirúrgico de fonte SIS Saúde, e planilha de dados de retorno de pacientes com enfermeiro

ambulatorial e de levantamento de prontuários de pacientes de cirurgias que geraram AIH. Esse período foi definido pelo interesse de se ampliar dados de indicadores de resultados a cerca da ocorrência das incidências de ISC.

Foi utilizado um instrumento próprio para registro de variáveis de interesse a pesquisa: tipos de cirurgias e quantidade realizadas, retorno ambulatorial, e incidência de ISC, no período pós-alta hospitalar, os dados foram compilados empregando-se o programa Microsoft Office Excel 2010.

O segmento ambulatorial do paciente no HD RHC Campo Limpo, ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia. No momento da alta hospitalar, o paciente é orientado juntamente na presença do acompanhante a retornar no ambulatório para retirada de pontos e retorno com o especialista entre 7º e 12º dia pós-operatório. Na ocasião do retorno é realizada avaliação médica de sua condição clínica geral e inspeção direta do sítio cirúrgico. Em seguida, procede a retirada de pontos cirúrgicos e orientações pós-cirúrgico.

Os indicadores de resultados de incidências de ISC pós-alta foram calculados como proporções, expressas sob a forma de percentual:

- Proporção de retornos- número total de pacientes que retornaram ao serviço em relação ao total de pacientes submetidos a procedimentos operatórios no período de 6 meses, foi considerado o numerador dessa proporção, o único retorno, excluindo os retornos subsequentes dos pacientes que voltaram ao serviço mais de uma vez;
- Proporção de perdas – número total de pacientes que não compareceram ao serviço em relação ao número total de pacientes submetidos a procedimentos operatórios nos no período de 6 meses;

PROPORÇÃO DE CIRURGIA REALIZADA EM RELAÇÃO AO RETORNO					
PROCEDIMENTO CIRURGICO	REALIZADO	RETORNO	FALTA EM RETORNO	% FALTA	% RETORNO
EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	19	19	0	8%	92%
EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	190	140	50		
HERNIOPLASTIA	82	82	0		
POSTECTOMIA	25	25	0		
RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	41	41	0		
RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL	2	2	0		
RESSECCAO SIMPLES DE TUMOR OSSEO / DE PARTES MOLES	48	48	0		
TENOLISE	6	6	0		
TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	3	3	0		
TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA TUNEO OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	44	44	0		
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	59	59	0		
VASECTOMIA	79	79	0		
ORQUIECTOMIA UNILATERAL	1	1	0		
TOTAL	599	549	50		

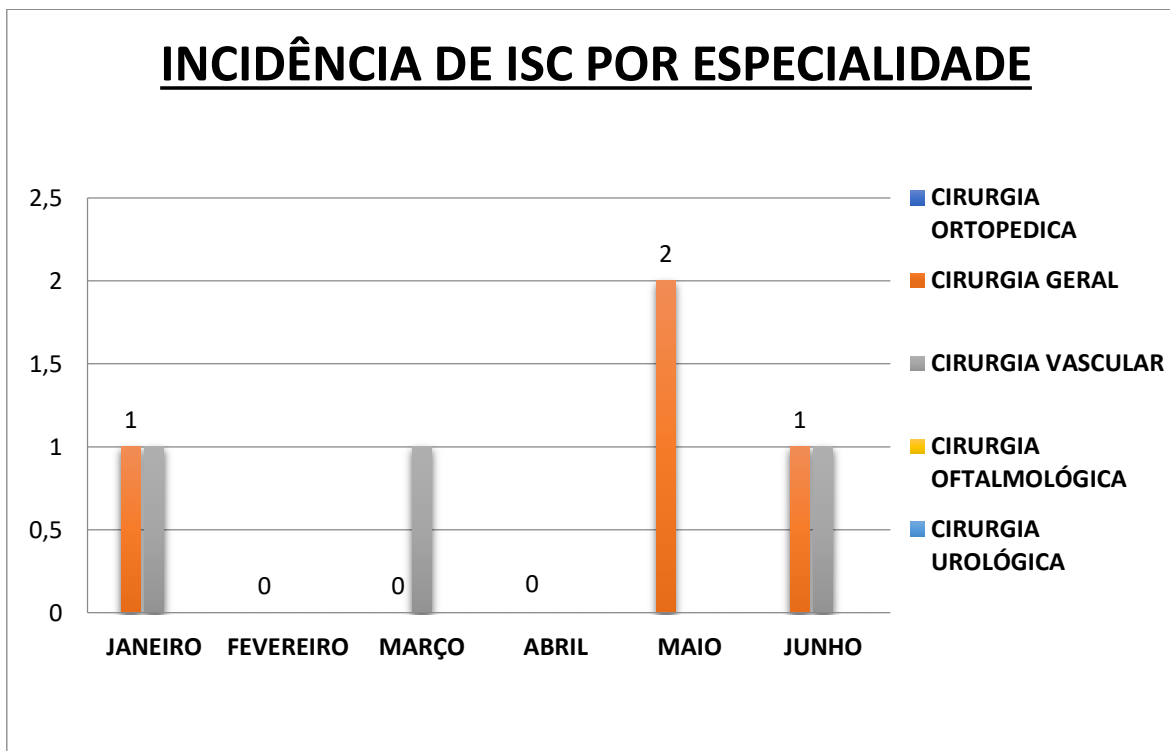
- Proporção de incidência de ISC (cumulativa), numero total de incidência em relação do número total de pacientes em segmento ambulatorial no período de 6 meses;

CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO		
	N	%
LIMPA	597	99,666%
CONTAMINADA	2	0,334%

- Proporção das cirurgias de acordo com o potencial de contaminação (cirurgias limpas e contaminadas).

CLASSIFICAÇÃO DE INCIDÊNCIA CONFORME O RETORNO COM ENFERMEIRO		
	N	%
PROCEDIMENTO	599	
ACOMPANHAMENTO	234	39,1%
INCEDENCIA DE INFEÇÃO	7	2,99%

- Indicadores de distribuição por especialidade cirúrgica;





### **MÉDIAS CALCULADAS:**

- Retorno do paciente ao serviço; numero total de pacientes que retornaram ao serviço em relação ao numero total de paciente submetidos a procedimentos operatórios em 6 meses.
- Perdas obtidas; numero total de pacientes que não retornaram ao serviço em relação ao número de pacientes submetidos a procedimentos operatórios no período dos 6 meses.

Foi considerado apto a participar da pesquisa dados de todos pacientes acompanhados de todas as especialidades no período de janeiro a junho 2018, foram excluídos do estudo pacientes menores de 18 anos.

### **Resultados:**

No período de análise foram atendidos 599 pacientes, a proporção média de retorno dos pacientes foi de 92% no período de 6 meses e apenas 8% não compareceram ao retorno ,sendo que desses 8% foram pacientes de pequenos procedimentos como por exemplo exérese de lesão de pele.

A distribuição de incidência de ISC entre os procedimentos foi de 599 procedimentos realizados para 549 pacientes que retornaram ao retorno médico destes 549 pacientes 237 foram acompanhados em planilha de atendimento pelo enfermeiro e 7 pacientes tiveram incidência de ISC. Salientando que o diagnóstico de ISC foi realizado por meio de análise clínica e nenhum dos casos foram coletados materiais para exame laboratorial de cultura.

### **DISCUSSÃO**

A vigilância do paciente cirúrgico na maioria das instituições ocorre apenas no período de internação, gerando menores taxas de ISC quando comparado com segmentos pós-alta. A necessidade da vigilância pós-alta é justificada por 75% dos casos de ISC serem diagnosticados no período posterior alta.

A Organização Mundial de Saúde preconiza três ações de modo a promover a segurança do paciente, que são a prevenção de eventos adversos, identificação de eventos adversos ocorridos e a minimização dos seus efeitos com intervenções eficazes. Nesse sentido a ISC deve ser tida como uma complicação altamente impactante na evolução clínica, na recuperação e reabilitação dos pacientes cirúrgicos e por isso sua vigilância ativa é recomendada com a utilização de ferramentas adequadas a estrutura de cada serviço de saúde.

A estratégia de retorno ambulatorial se revela mais eficaz quando comparado a contato telefônico, visto dificuldades como o número fornecido incorreto ou programado para não receber ligações, pacientes e/ou familiares não sabem fornecer informações precisas sobre o questionário, entre outros aspectos. Isso foi evidenciado em um estudo que obteve uma taxa 8,1% menor por contato telefônico quando comparado ao seguimento ambulatorial.

### **3.5. MONITORAMENTO PÓS-ALTA**

A partir de dados bibliográficos pode-se chegar à conclusão que a infecção do sítio cirúrgico, em relação às hospitalares, apresenta uma dificuldade superior de registro, pois a frequentemente se manifesta apenas após a alta hospitalar, conforme OLIVEIRA AC, (2003) as ISC podem ser diagnosticadas após alta uma porcentagem entre 19% a 84% e no caso de cirurgias realizadas em hospital-dia (ambulatorial) esse número pode ser ainda mais agravante.

A pesar da dificuldade do monitoramento pós-alta quando não há a possibilidade de retorno ambulatorial, a busca ativa pode ser uma alternativa para essa vigilância, através de contato telefônico, envio de questionários médico aos pacientes, revisão de prontuários e exames microbiológicos.

A portaria a 2.616/98 recomenda que CCIH seja responsável em elaborar, executar e supervisionar um programa de controle de infecção hospitalar e que esse programa seja compatível as necessidades da instituição, como também compete a CCIH calcular e disponibilizar taxas de infecções hospitalares, como a taxa de ISC, ficando responsável um enfermeiro da equipe pela investigação, acompanhamento pós-alta, notificação das IH, realizar treinamentos multidisciplinar, elaborar regimentos e normas internas.

Pode-se ressaltar que a prevenção da ISC, a partir da identificação de características associadas ao problema, contribui para a implementação de ações que possam minimizar sua ocorrência, diminuindo a possibilidade de retorno para internação.

### **3.6. MÉTODOS DE VIGILÂNCIAS PÓS- ALTA.**

#### **3.6.1. Contato telefônico;**

Conforme Oliveira AC, (2003) um dos pontos positivos seria por ser um método fácil, d baixo custo, e utilizado quando não há a possibilidade de retorno ao ambulatório, em contra

partida um dos pontos negativos seria a limitação, pois as informações passadas pelo paciente podem ser duvidosas, e acabar gerando uma informação inadequada, por não saberem distinguir, serosa de purulenta, ou outros sintomas como febre (temperatura igual ou superior a 38°C) hiperemia, celulite entre outros. Outro fator seria os contatos telefônicos em horário comercial gerando resultando uma baixa porcentagem de pacientes contatados.

### **3.6.2. MONITORAMENTO ATRAVÉS DE QUESTIONÁRIOS;**

Para OLIVEIRA, (2004) é um método relativamente eficiente, porém tem uma sensibilidade e especificidade incerta por depender das informações corretas dos pacientes entrevistados a pesar de ser um método de custo mínimo foi verificada um retorno mínimo de questionários respondidos.

### **3.6.3. RETORNO EM CONSULTA AMBULATORIAL PÓS-CIRÚRGICA;**

O retorno em consulta ambulatorial pode coincidir com o retorno para retirada de pontos, e é um método para avaliação da cirurgia, porém esse seguimento deve ser realizado por membro da CCIH treinado a fim de garantir as informações e avaliações dos critérios utilizados na avaliação e notificação.

(OLIVEIRA, 2003) considera como positivo este tipo de vigilância é que todas as ISC sejam notificadas, independentemente de sua localização, pois essa medida se aplica na íntegra, já que há uma dificuldade de notificação quando realizada por médicos em seus consultórios as vezes passando-se despercebida.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo veio de encontro com a necessidade de monitoramento pós-alta de cirurgias realizadas em ambiente ambulatorial (hospital dia), a pesar das taxas de infecção em ambiente ambulatorial ser menores, surge-se a necessidade de estar monitorando este tipo o paciente, pois os mesmos por receber alta no mesmo dia da cirurgia muitas vezes não retornam as consultas de retorno, ficando sem acompanhamento e monitoramento eficaz do controle de infecção. Como já mencionado, a grande maioria das ISC, diagnosticadas pós-alta são superficial, pois além do motivo de alta precoce, e não acompanhamento do mesmo, este tipo de infecção passa a ser ignorada, por não apresentar nenhuma limitação ao paciente, e muitas vezes não há necessidade de reinternação e do ponto de vista clínico de fácil resolução pode acabar gerando uma subnotificação, passando a ser quase impossível o monitoramento pela CCIH.

Através dos resultados deste estudo chega-se a conclusão da importância da necessidade de acompanhamento pós-alta cirúrgica no monitoramento das ISC a fim de melhorar a qualidade no atendimento, aumentar a confiabilidade das taxas de ISC dos serviços, e deve ser adotado como rotina pelas CCIH a fim permitindo assim uma compreensão melhor do fator epidemiológico, através de conhecimento dos riscos de se desenvolver uma infecção, possibilitando a execução de medidas epidemiológicas direcionadas a prevenção e controle de ISC, e evitar também a subnotificação dos casos.

Com relação à forma de diagnóstico das ISC 2,99, % foram diagnosticadas por meio da análise clínica. Esse método é considerado suficiente para detecção de uma ISC, tem recomendação da ANVISA para seu uso e consiste na identificação de sinais flogísticos nos planos da ferida.

A estratégia de retorno ambulatorial se revela mais eficaz quando comparado a contato telefônico, visto dificuldades como o número fornecido incorreto ou programado para não receber ligações, pacientes e/ou familiares não sabem fornecer informações precisas sobre o

questionado, entre outros aspectos. Isso foi evidenciado em um estudo que obteve uma taxa 8,1% menor por contato telefônico quando comparado ao seguimento ambulatorial.

A principal dificuldade no desenvolvimento deste estudo a busca de dados, pois foram encontradas informações incompletas. Contudo, pôde-se obter uma amostragem expressiva para a pesquisa, com significativos indicadores de resultado. Tais indicadores podem auxiliar na (re) definição de ações e estratégias de prevenção e controle das ISC qualificando a assistência cirúrgica. Nesse sentido, este estudo contribui para o avanço da área, por demonstrar a relevância de se instituir a vigilância pós-alta hospital nas instituições, com perspectiva de se elevar padrões assistenciais.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998. Expede, na forma dos anexos I, II, III, IV, V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares tais como: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis, aids. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 maio; 1998. Seção I, p.133.
2. CLAUDINO, Hellen Gomes; FONSÊCA, Leila de Cássia Tavares. Cirurgical site infection: preventive actions of the commission of hospital infection control. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 5, n. 5, p. 1180-1186, jun. 2011. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6844/6092>>. Acesso em: 23 abr. 2018. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v5i5a6844p1180-1186-2011>.
3. COUTO RC, Pedrosa ERP, Pedrosa TMG. História do Controle da Infecção Hospitalar no Brasil e no Mundo. In: Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção Hospitalar e outras Complicações Não-infecciosas da Doença. 3ª edição. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 3-8
4. FERNANDES AT. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. 1ª edição. São Paulo: Atheneu; 2000
5. FOUCAULT M. Microfísica do poder. 10ª edição. São Paulo: Graal; 1999.
6. GUIDELINE FOR PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTION, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Am J Infect Control. 1999 Apr;27(2):97-132; quiz 133-4; discussion 96.
7. LACERDA RA, Egry EY. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 1997; 5(4): 13-23.

8. MARTINS MA. Infecções no paciente pediátrico e adolescente. In: Martins MA, organizador. Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção, controle. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2001. p.. 237-61.
9. MELO CMM. Divisão social do trabalho e enfermagem: A divisão social do trabalho na enfermagem. São Paulo: Cortez; 1986.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 1ª ed. [Internet] Brasília: MS/ ANVISA; 2013 [acesso em 14 abril 2018]. Disponível: [https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf).
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2ª ed. [Internet] Brasília: MS/ ANVISA; 2017 [acesso em 10 mar 2017]. Disponível: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Crit%C3%A9rios+Diagn%C3%B3sticos+de+IRAS++2+Ed/b9cd1e23-427b-496f-b91abbd4e23e63>
12. OLIVEIRA, Adriana Cristina; Itsuko Ciosak, Sueli Infecção de sítio cirúrgico em hospital universitário: vigilância pós-alta e fatores de risco Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 41, núm. 2, 2007, pp. 258-263 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil. >. Acesso em: 23 abr.2018. Scielo. [br/pdf/reeusp/v41n2/11.pdf](http://br/pdf/reeusp/v41n2/11.pdf).
13. OLIVEIRA AC, Soares JL, Garcia CA, Scatena PD, D’Oswaldo L, Ciosak SI. Seguimento pós-alta do paciente cirúrgico: uma análise da importância da subnotificação da incidência da infecção do sítio cirúrgico. REME-Rev Min Enf 2003 jan./jul.; 7(1):48-51
14. OLIVEIRA AC. Controle de egresso cirúrgico: impacto na incidência da infecção de sitio cirúrgico em um hospital universitário. [Dissertação] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais; 1999. REME-Rev Min Enf 2003 jan./jul.; 7(1): 48-51.



15. OLIVEIRA AC, Ciosak SI; Infecção de sítio cirúrgico no segmento pós alta impacto na incidência e avaliação dos métodos utilizados -Rev. Esc.Enf-USP 2004; 38(4):379-85.
16. RODRIGUES EAC. Histórico das Infecções Hospitalares. In: Rodrigues EAC. Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle. São Paulo: Sarvier; 1997. p. 3-27
17. SASAKI, Vanessa Damiana Menis et al. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico no pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstitutiva. Texto contexto - enferm. [online]. 2011, vol.20, n.2, pp.328-332. ISSN 0104-0707>. Acesso em: 23 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200015>.
18. SEVERINO Pereira, Milca, Silva e Souza, Adenícia Custódia, Ferreira Veiga Tipple, Anaclara, do Prado, Marinésia Aparecida, A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem [en linea] 2005, 14 (abril-junho): [Fecha de consulta: 26 de abril de 2018] Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414215>> ISSN 0104-0707