

CRISTIANO CARDOSO DA SILVA

**ENFERMAGEM CIRÚRGICA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE AOS
RISCOS DE INFECÇÃO PERIOPERATÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em forma de artigo para graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Brasília– UniCEUB, sob orientação da Prof^a Ms. Valéria Cristina Silva Aguiar.

Enfermagem cirúrgica: intervenções de enfermagem frente aos riscos de infecção perioperatória

Cristiano Cardoso da Silva¹
Valéria Cristina Silva Aguiar²

Resumo

A infecção do sítio cirúrgico (ISC) representa o principal evento adverso (EA) do paciente operatório, possuindo importante morbidade que aumenta o tempo de internação e óbito. Nos últimos anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem manifestado preocupação com a crescente taxa das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS), tendo em vista a sua alta incidência mesmo sendo quase sempre evitável. Os danos causados pela infecção do sítio cirúrgico, podem trazer consequências devastadoras ao paciente. Contudo, se os profissionais envolvidos no processo adotarem as medidas preventivas, o risco de infecção pode ser minimizado. Nesse cenário, a Enfermagem aparece como agente protetor, com objetivo de evitar e prevenir essas infecções, no entanto possui um potencial como agente de transmissão, sobretudo por meio das mãos durante a assistência. O Enfermeiro deve através da educação continuada, transmitir conhecimento e noções técnicas a sua equipe e demais profissionais envolvidos nessa relação, dando importante contribuição para diminuir a incidência das infecções.

Palavras-chave: Enfermagem cirúrgica; ISC; Fatores de risco

Surgical Nursing: Nursing Interventions against the risks of perioperative infection

Abstract

Surgical site infection (ISC) represents the main adverse effect of the operative patient, with important morbidity that increases hospitalization time, and death. In recent years, the World Health Organization has expressed concern about the rising rate of Health Care-Related Infections (IRAS) in view of their high incidence even though it is almost always preventable. The damage caused by surgical site infection can have devastating consequences on the patient. However, if practitioners involved in the process take preventive measures, the risk of infection can be minimized. In this scenario, Nursing appears as a protective agent, with the purpose of avoiding and preventing these infections, but it has a potential as a transmission agent, especially through the hands during the care. The Nurse must through continuing education, transmit knowledge and technical notions to his team and other professionals involved in this relationship, giving important contribution to decrease the incidence of infections.

Keywords: Surgical nursing; ISC; Risk factors

¹Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde- UniCEUB.

²Professora coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde- UniCEUB.

1-Introdução

A infecção de sítio cirúrgico (ISC) consiste na principal complicação do paciente operado e de acordo com sua origem, pode ser classificada como hospitalar, por ser proveniente de atos cirúrgicos ou de procedimentos invasivos intra-hospitalares e possui associação com distintos níveis de severidade, desde o prejuízo do local da incisão até infecções de cavidades e relacionadas a próteses, ampliando as chances de sepse e reoperação (BELLUSSI et al., 2015).

Tais afecções possuem importante morbidade que aumenta o tempo de internação, amplia as chances de nova internação hospitalar, internação em unidade de terapia intensiva e óbito (PEREIRA et al, 2014)

Nos Estados Unidos, a ISC tem surgido atualmente como o segundo grande grupo de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS) de maior incidência entre os pacientes, podendo alcançar o número de 500 mil casos, um total aproximado de 3,7 milhões de dias a mais de admissão hospitalar, mais de 1,6 bilhão de dólares de despesas extras aos hospitais além de desgastes físicos, emocionais e financeiros para os pacientes acometidos (FUSCO et al., 2016).

Nesta perspectiva, os autores declaram que no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), a ISC é o terceiro tipo mais prevalente dentre as infecções nos serviços de saúde e representa 14 a 16% das infecções dos pacientes hospitalizados. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), o diagnóstico de ISC é realizado considerando alguns fatores: o início da infecção deve acontecer em até 30 dias pós procedimento cirúrgico, ou em até um ano em casos de implante de prótese.

Segundo estimativas, o Brasil possui um percentual de 5 a 10% de chance de um cliente internado adquirir infecção e os fatores de risco são relacionados ao paciente, ao procedimento cirúrgico e à equipe de saúde. Relacionado ao paciente, os fatores de risco são: idade, presença de doenças crônicas, estado nutricional (obesidade e desnutrição), imunossupressão, tabagismo, natureza e local da cirurgia, tempo de internação pré e pós-operatório, grau de contaminação da cirurgia e infecções coexistentes (AGUIAR et al., 2012).

Se tratando dos fatores de risco relacionados a equipe, o grande número de pessoas na sala cirúrgica, trânsito de pessoas e conversas excessivas durante o procedimento, bem como a incorreta degermação das mãos da equipe cirúrgica,

constituem principais fatores de risco (OLIVEIRA; GAMA, 2015). Nessa perspectiva, podemos citar também a cirurgia com duração acima de 90 minutos e infecções pré-existentes como principais fatores de risco relacionado ao procedimento cirúrgico (RIBEIRO et al., 2013).

Desde 2004 é crescente a preocupação com relação à segurança na assistência à saúde, neste ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS), implementou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, a fim de estabelecer prioridades aplicáveis no mundo todo, tendo em vista a importância do problema relacionado às infecções (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Ao encontro dessa proposta, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publicou o documento: “SÍTIO CIRÚRGICO - Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde,” com foco no tempo de internação pré-operatória em cirurgias eletivas; no uso da tricotomia e tipo de tricotomizador; na antissepsia do campo operatório; no registro de inspeção das caixas de materiais cirúrgicos, bem como na profilaxia antimicrobiana (GEBRIN et al., 2014).

Nesse cenário, a equipe de enfermagem tem um importante papel no sentido de prevenir as infecções, assim como, por meio das mãos, esses profissionais podem se tornar potencial agente de transmissão durante a assistência aos pacientes. O enfermeiro deve, por meio da educação continuada, transmitir conhecimento e noções técnicas à sua equipe e aos demais profissionais envolvidos nesta relação, dando importante contribuição para diminuir a incidência das ISC e suas sérias consequências (SANTOS et al., 2015).

Sendo assim, frente as peculiaridades do paciente cirúrgico, infere-se que a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), otimiza a qualidade no cuidado, tornando um processo individualizado, planejado, avaliado e contínuo, contemplando os períodos pré, trans e pós-operatórios da vivência cirúrgica do cliente (MELO; NUNES; VIANA, 2014).

Desta forma, esse trabalho objetiva, evidenciar nas publicações científicas, as intervenções de Enfermagem frente aos riscos de infecção perioperatória.

2- Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo narrativa, realizada a partir da literatura científica disponível na plataforma Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para isso foram buscadas publicações dos últimos 6 anos, conferindo maior credibilidade ao referencial teórico apresentado.

Nesse contexto foram encontrados 67 artigos publicados, sendo efetuada a análise de conteúdo visando obedecer ao objetivo proposto. Da amostra selecionada, foram excluídos 29 artigos por não abordarem de maneira satisfatória a atribuição da Enfermagem cirúrgica dentro da equipe multidisciplinar. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos 6 anos em Português, que obedecessem ao objetivo supracitado, independente da metodologia utilizada pelos autores. Os critérios de exclusão foram: trabalhos que não compreendessem a série histórica estabelecida e que não atendiam ao objetivo apresentado. Para construção do presente estudo, foram utilizados os seguintes descritores: Enfermagem cirúrgica; Infecção do sítio cirúrgico; Fatores de risco; Intervenções de Enfermagem.

Após seleção, foram utilizados 38 trabalhos, sendo 13 extraídos da biblioteca digital SciELO disponível na biblioteca virtual em saúde, e 25 de revistas científicas extraídas da plataforma Google Acadêmico.

3- Desenvolvimento

3.1- Enfermagem Cirúrgica

A equipe de enfermagem no desenvolvimento do cuidado tem como atribuição principal reconhecer a assistência de enfermagem mais propícia ao paciente nos períodos pré, trans e pós-operatório (ARAÚJO; HENRIQUE, 2012). As intervenções de enfermagem peculiares a cada período devem ser voltadas as diversas necessidades do usuário (LIRA et al., 2013).

O procedimento cirúrgico caracteriza-se pelo seu aspecto invasivo, podendo ser traumático para o paciente, logo, requer preparo e cuidados precoces, ou seja, já no pré-operatório, momento desde a chegada do paciente à instituição para a

realização da cirurgia. Sendo assim, a enfermagem tem o dever primordial de proporcionar ao cliente as condições mais adequadas possíveis para o procedimento cirúrgico e garantir menores possibilidades de complicações (MARQUES et al., 2013).

Frente ao número de complicações cirúrgicas, no ano de 2002 a OMS realizou a 55ª Assembleia da Saúde Mundial, onde foram discutidos assuntos inerentes a saúde do paciente, culminando na criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente em 2004, tendo como objetivo intervir em assuntos pertinentes a segurança do cliente (MONTEIRO et al., 2014).

Esta aliança propôs dois desafios globais, no qual o segundo, lançado em 2007 e 2008 teve como objetivo a prevenção de infecção do sítio cirúrgico, a anestesia segura, as equipes cirúrgicas seguras e os indicadores da assistência cirúrgica (FILHO et al, 2013).

O foco primário manifestado pela OMS é tornar menor o adoecimento e mortalidade em pacientes operatórios, possibilitando as equipes cirúrgicas e administradores hospitalares, conhecimento a respeito da função de cada membro envolvido na assistência e a respeito do padrão de uma cirurgia segura. Também tem como meta, contribuir com um instrumento de avaliação padronizado do serviço para vigilância nacional e internacional (PANCIERI et al., 2013).

O surgimento da ISC depende de vários fatores, sendo estes ligados ao paciente, a equipe e, fundamentalmente, da ocorrência de contaminação da ferida cirúrgica ao longo do procedimento, sendo sabido que no transoperatório, quanto mais precoce a contaminação microbiana, maior a chance do paciente adquirir uma ISC pela penetração de microrganismos no sítio operatório (OLIVEIRA; GAMA, 2015).

A ISC é classificada como uma contaminação que pode ocorrer em órgãos, tecidos e cavidades incisos durante o ato cirúrgico que pode surgir no pós-operatório, em até trinta dias ou um ano em caso de colocação de próteses. Destaca-se entre as principais formas de controle, a contenção de doenças de base do paciente, precaução no pré, intra e pós-operatório em relação à estrutura física do centro cirúrgico, aos materiais estéreis, aos adornos, ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI), dentre outros (SILVA et al., 2017).

3.2- Riscos de infecção

Se tratando dos fatores de risco relacionados à ISC, pode-se destacar: tempo de cirurgia e internação pré-operatória (PO); falhas na antisepsia cirúrgica das mãos e paramentação; ausência de profilaxia antimicrobiana; inadequada realização da tricotomia e do preparo da pele no sítio de incisão (PEREIRA et al., 2014).

Além dos fatores de risco citados, os autores destacam ainda que ambiente cirúrgico contem fontes importantes de contaminação, existindo aspectos relacionados ao hospedeiro que influenciam no surgimento da ISC, tais como: idade, estado nutricional, diabetes, tabagismo, obesidade, infecções preexistentes, colonização com microrganismos e alterações na resposta imune.

Buscando atender as necessidades do paciente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem se destaca como uma forma de organizar, embasada em princípios científicos, onde permite-se elencar as prioridades de cada paciente, direcionando o profissional para possíveis intervenções, de modo que contribua para a recuperação da saúde do paciente (SILVA; SOUZA; SILVA, 2016).

Em estudo multicêntrico com participação de 16.291 pacientes após realização de cirurgias ortopédicas, os dados indicaram a idade avançada, tempo de internação pré-operatória, duração da cirurgia e escore ASA 3 ou mais como principais fatores de risco para ISC. Em outro estudo, com 1073 pacientes em pós-operatório deste mesmo tipo de cirurgia, os principais fatores associados e de maior relevância foram: cirurgia com duração acima de 90 minutos, escore ASA III ou mais, uso de sutura mecânica e deambulação tardia (RIBEIRO et al., 2013).

No campo obstétrico, a infecção puerperal apresenta como uma das mais recorrentes complicações em sítio cirúrgico no pós-parto, podendo acontecer em sítio cirúrgico incisional (ferida operatória ou episiotomia) e em cavidade uterina (PETTER et al., 2013).

Nessa perspectiva, os autores declaram que o prolongamento do trabalho de parto, amniorrexe prematura, múltiplos exames vaginais, alta concentração de mecônio no líquido amniótico, retirada manual da placenta, e parto prematuro podem potencializar o risco de ISC obstétrico. Também há importante associação entre doença pelo HIV, anemia severa e diabetes gestacional, com maiores índices de infecção puerperal.

Diante da problemática das infecções para essas mulheres no período puerperal assim como para as instituições de saúde, surge a necessidade de um cuidado de Enfermagem sistematizado e de qualidade. Tal assistência é estabelecida a partir da implementação da SAE como mecanismo de orientação da atividade profissional do Enfermeiro (CAVALCANTE et al., 2015).

Desta forma, os autores preconizam que a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem propicia a realização de ações de prevenção e controle das infecções, bem como controle sistemático dos danos oriundos da prestação da atividade profissional.

3.3- A equipe multidisciplinar e a prevenção da ISC

Os danos causados pela infecção do sítio cirúrgico, podem trazer consequências devastadoras ao paciente. Contudo, se os profissionais envolvidos no processo adotarem as medidas preventivas, o risco de infecção pode ser minimizado. Tais medidas preventivas são necessárias em qualquer procedimento cirúrgico, sobretudo em cirurgias onde são utilizados implantes não orgânicos, que tem como característica um alto risco de infecção (PEREIRA et al., 2014).

Apesar da ISC ocorrer por múltiplos fatores, a equipe cirúrgica tem papel fundamental no sentido de evitar os fatores associados ao procedimento durante o pré e intra operatório, seja pela observação do número de pessoas na sala cirúrgica, trânsito de pessoas e conversas excessivas durante o procedimento, a movimentação das portas, decisão sobre o momento e tipo de profilaxia antimicrobiana, preparo da pele do paciente e degermação das mãos da equipe, entre outros (OLIVEIRA; GAMA, 2015).

De acordo com preconização da OMS, através do protocolo cirurgias seguras salvam vidas apresentado em 2008, o check list de cirurgias deve ser considerado por todos os profissionais, devendo ser realizado antes do início da anestesia, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala operatória. Os principais pontos a serem checados são: identificação do paciente, demarcação do sítio operatório, investigação de alergias, apresentação de todos os membros da equipe pelo nome, e contagem de instrumentais, entre outros (SOUZA; SILVA, 2014).

No sentido de tornar o check list operacional, cirurgiões, anestesistas, Enfermeiros entre outros membros da equipe precisam adotar uma relação efetiva, a fim de garantir a sua aplicação. É de grande importância o compartilhamento de saberes entre a equipe em benefício do paciente, o que tem potencial de evitar uma proporção considerável de complicações, incidentes e eventos que ameaçam a vida, diminuindo o tempo de internação e taxa de mortalidade (GERMANO et al., 2016).

Outro fator que tem se tornado fonte de crescente discussão é o jejum pré-operatório. O prolongamento do jejum pré-operatório, afeta diretamente o metabolismo, suprimindo a liberação da insulina com consecutivo aumento do glucagon e da resistência à insulina, podendo persistir por até três semanas após a operação. Apesar de transitória, a resistência à insulina desencadeia a diminuição da captação de glicose pelas células, assemelhando ao estado metabólico do diabetes mellitus tipo 2 (LUDWIG et al., 2013).

Evidências relacionadas a abreviação do jejum pré-operatório tem despertado questionamentos, derrubando verdades antigas, abrindo precedentes para práticas mais modernas. Várias sociedades de anestesiologia preconizam jejum de 6 horas para sólidos e 2 horas para líquidos claros a maioria dos pacientes submetidos a cirurgias eletivas. O jejum prolongado muitas vezes é inútil e até prejudicial, tendo em vista que a abreviação do jejum está relacionada a menor tempo de internação, prevenindo infecções (FLORES; KIK, 2013).

3.4- Intervenções de Enfermagem

É notável que a ISC pode ter relação com o surgimento de microrganismos, podendo-se destacar as bactérias como os que mais contaminam as incisões cirúrgicas. Dentre os patógenos, vários compõe a própria flora da pele em situação normal, tornando-se patogênico em condições propícias para sua replicação, desencadeando a infecção (SANTOS et al., 2016).

A microbiota exógena é formada principalmente por microrganismos aeróbios, como os *Staphylococcus* e *Streptococcus*. Percebe-se que a contaminação da ferida operatória por *Staphylococcus aureus* pode ocorrer através de instrumentos cirúrgicos, pelos aparelhos e móveis da sala, de próteses e outros implantes, assim como com o contato da equipe com o sítio cirúrgico (SANTOS et al., 2015).

Os autores afirmam que grande parte da ISC poderiam ser evitadas através de pequenas intervenções, como a correta desinfecção e esterilização dos materiais usados na cirurgia, a própria sala cirúrgica, bem como a paramentação adequada.

Se tratando da esterilização do material cirúrgico, esse deve ser rigorosamente limpo. Segundo informe técnico 01/2009 da ANVISA, é obrigação do centro cirúrgico promover uma limpeza prévia do material e enviar a Central de Materiais Esterilizados (CME), onde deverá ser imerso em solução de água potável morna com detergente, por no mínimo 3 minutos, e em seguida, deve-se friccionar a superfície de todos os instrumentais, sendo o enxague realizado com água potável sob pressão (OURIQUES; MACHADO, 2013).

Ainda segundo os autores, o rigor empregado nessa etapa se dá por sua grande importância no processo de esterilização, onde deve ser removida toda a sujidade dos instrumentais cirúrgicos, uma vez que as cargas microbianas protegem os microrganismos através de uma barreira que impossibilita a penetração dos agentes esterilizantes, comprometendo as etapas subsequentes.

Diante do risco de contaminação oferecido por esses microrganismos, a profilaxia antimicrobiana cirúrgica constitui um dos métodos de principal relevância para prevenir a infecção do sítio cirúrgico. Ela tem como objetivo, reduzir o acúmulo de patógenos em potencial no local da incisão cirúrgica, favorecendo uma redução significativa das taxas de infecção (OLIVEIRA; GAMA, 2015).

A antibioticoprofilaxia cirúrgica deve ter início uma hora antes da incisão, não excedendo 24 horas no pós-operatório. Estudos tem mostrado a falta de evidências para o uso estendido do antimicrobiano profilático, pois ainda que possua eficácia, o surgimento de efeitos adversos, de seleção de cepas bacterianas resistentes e prejuízo na terapêutica irão certamente ofusca-los, além de aumentar o ônus para a instituição (GEBRIN et al., 2014).

A administração da antibioticoprofilaxia normalmente é atribuição do anestesiolegista, mas de acordo com a OMS, essa responsabilidade deve ser multiprofissional, sendo evidenciado por um estudo envolvendo cesarianas, onde, após dedicação de Enfermeiras no processo, a antibioticoprofilaxia na prática cirúrgica teve adesão aumentada de 25% para 100%, diminuindo significativamente o número de infecções, evidenciando a posição privilegiada da Enfermagem para detectar falhas e atuar na prevenção de EA (SCHMITT; LACERDA, 2015).

Quanto aos antissépticos, há indicação de que na cirurgia eletiva, sem considerar o porte, seja utilizado clorexidina 2% (degermante) no banho, antes do encaminhamento do paciente para o CC. Nas cirurgias de grande porte, bem como nas com implante, a orientação é que o banho ocorra 2 horas antes do procedimento, e nas demais o uso de sabonete neutro no horário estabelecido na instituição (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013).

De acordo com o CDC, as intervenções podem ser classificadas conforme as seguintes categorias, a saber temos: Categoria IA- são medidas altamente recomendadas para implementação e com forte base científica, através de estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos; Categoria IB- são medidas altamente recomendadas para implementação, baseadas em evidências e apoiadas em alguns estudos bem delineados; Categoria II- medidas sugeridas para implementação, com apoio de estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos (NUNES, 2016).

O autor afirma ainda que essa categorização tem respaldo na ciência, fundamentos teóricos, viabilidade na aplicação e benefícios econômicos.

Nesse sentido, o banho antes da cirurgia é classificado, em categoria IB, que são aplicações altamente recomendadas que sejam executadas, sendo reafirmado por vários estudos. Sendo assim, esta conduta diminui o risco de ocorrência de infecção do sítio cirúrgico (AGUIAR et al., 2012).

A hiperglicemia é uma alteração frequentemente percebida em pacientes críticos e/ou sujeitos a procedimentos cirúrgicos, tornando causa de morbimortalidade por causa das alterações fisiológicas da cicatrização, os acometimentos vasculares e neuropáticas e o comprometimento do sistema de defesa desses indivíduos, submetendo-os de forma mais severa ao risco de ISC. Pode-se definir a hiperglicemia como o aumento anormal das taxas de glicose sérica, acima de 140 mg/dl em sujeitos sem histórico de DM (DOMINGOS; LIDA; POVEDA, 2016).

A angustia de submeter-se à cirurgia pode ser um motivo de estresse, que altera o metabolismo, causando liberação de excesso de substâncias como o glucagon, as catecolaminas e glicocorticóides, desencadeando em insuficiência de insulina para evitar a gliconeogênese hepática, interferindo na regulação insulina-captção de glicose. Como resultado, a hiperglicemia aciona a liberação de determinados mediadores inflamatórios, prejudica a cicatrização, inibe a fagocitose, suprime a atividade imune, ampliando o risco de infecções (FREITAS et al., 2013).

O papel da Enfermagem ganha amplo destaque no preparo do paciente pré-operatório, visto o componente psicológico ofertado (SANTOS; MARTINS; OLIVEIRA, 2014). Sendo assim, a educação do paciente deve ter início já no pré-operatório, onde deve ser orientado sobre a cirurgia, o período intraoperatório, o pós-operatório e também sobre alta hospitalar, devendo assim elaborar um plano de alta e acompanhamento (JUNIOR et al, 2015).

Deste modo, no preparo do paciente, a Enfermagem deverá orientar, realizando preparo físico e emocional, além de avaliar com o objetivo de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar as complicações no pós-operatório, já que essas estão geralmente ligadas a um preparo pré-operatório inadequado (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013).

Outras intervenções da Enfermagem no PO do paciente consiste em promover o preparo da pele; tricotomia, encaminhamento para higiene oral e corporal; manter o jejum; administrar e explicar a finalidade da medicação pré-anestésica; anexar os exames ao prontuário; fornecer avental e touca ao paciente; verificar sinais vitais, bem como; investigar processos alérgicos; retirada de próteses dentárias e adornos; esvaziamento intestinal e vesical; esclarecimento de dúvidas e ansios, além da existência de desconforto proveniente da permanência no leito (ASCARI et al., 2013).

O período pós-operatório constitui uma fase de alta criticidade, visto as diversas complicações em que o paciente pode desenvolver, principalmente de origem respiratória, circulatória e gastrointestinal. Em razão destas alterações, na admissão na sala de recuperação pós anestésicos, o enfermeiro deve avaliar todos os parâmetros vitais do paciente, monitorizando-o e realizando exame clínico céfalo-caudal, enfatizando o local cirúrgico (MONTEIRO et al, 2014).

Visando o controle da infecção, deve-se incluir o uso de técnicas assépticas em todos os procedimentos, supervisão da pele, locais de acesso, inserção de drenos, sondas e suturas, controle nutricional, troca de curativos e atenção aos sinais flogísticos de infecção. A adoção de medidas simples de precauções padrão, como lavagem de mãos, uso de máscaras e luvas, uso de óculos e capote quando necessário, limpeza do ambiente e alojamento privativo de pacientes, que possam contaminar o ambiente, deve ser sempre considerada (LIRA et al., 2012).

No que refere a essa assistência direta ao paciente, a Enfermagem estabelece seu corpo de conhecimento a partir do Processo de Enfermagem (PE),

instrumento metodológico, sistemático e humanizado, que direciona a assistência profissional de Enfermagem. Os marcos conceituais e as Teorias de Enfermagem são bases para a operacionalização do PE (FERRAZ; GONÇALVES; DURAN, 2016).

Em relação a higienização da sala operatória, atribuição compartilhada entre a Enfermagem e a equipe de higienização, pontua-se a importância da educação continuada, e gerenciamento direto das ações praticadas por estes profissionais. Desta forma, vários aspectos inerentes ao serviço, podem contribuir para o surgimento de ISC, no entanto, a equipe de Enfermagem precisa estar alerta aos riscos ambientais, e para isso, deve aplicar na educação dos atores envolvidos na assistência direta e indireta ao paciente (SERVILHA; PAIVA; POVEDA, 2014).

Durante certo tempo, havia o entendimento de que um ambiente pouco influenciava na cadeia epidemiológica das infecções, e negligenciar a relevância da higiene hospitalar favorecia a permanência desses microrganismos. Esse cenário não dialogava com as condutas rígidas de controle com antibióticos, associadas as precauções de contato voltadas a pacientes colonizados. Dessa maneira, a qualidade da assistência não pode se limitar a uma abordagem dispensada apenas ao paciente (YOSHINO; HERING; CARVALHO, 2015).

Se tratando da responsabilidade do Enfermeiro voltadas a coordenação e supervisão, assim como sua prática assistencial a beira leito, faz-se fundamental que esses profissionais mantenham seus conhecimentos constantemente atualizados, com o objetivo de constituir bases sólidas para uma assistência segura e de qualidade (HENRIQUE et al., 2013).

4- Considerações finais

A abordagem ao paciente submetido a cirurgia tem sido amplamente discutida, uma preocupação mundial focada em reduzir os eventos adversos, em especial as infecções de sítio cirúrgico, complicação quase sempre evitável, mas com grande incidência, que pode aumentar o risco de danos à saúde do paciente e até o óbito.

Diante disso, o check list de cirurgia segura lançado pela OMS, surge como um instrumento metodológico e protetivo que garante o tratamento com melhores

resultados, tendo como objetivo a comunicação efetiva entre a equipe para condução segura da operação, minimizando os potenciais prejuízos à saúde do paciente.

Cabe a Enfermagem a eficácia na aplicação do protocolo de cirurgia segura. Ao longo dos anos, esse profissional tem adquirido visibilidade diante da complexidade do paciente cirúrgico, o que exige desses atores uma resposta a ser manifestada através da ampliação de suas competências e da visão humanizada, devendo essa ser baseada na sistematização da assistência de Enfermagem, caminho metodológico que visa orientar as ações desses profissionais.

Essa assistência ao paciente cirúrgico possui característica educativa e terapêutica. Nesse sentido, é de suma importância que o Enfermeiro entenda a dinâmica envolvida em todos os períodos operatórios, assim como os riscos de infecção apresentados, fortalecendo seu compromisso de favorecer um ambiente hospitalar biologicamente mais seguro, minimizando os riscos de infecção.

Nesse cenário, o Enfermeiro atua como protagonista na promoção e recuperação da saúde do cliente. Como educador, é seu papel garantir a conscientização de toda equipe envolvida no cuidado operatório através da educação continuada, cabendo-lhe o papel de disseminar o conhecimento e fiscalizar a prática.

5- Referências

AGUIAR, A. P. L. et al. Fatores associados a infecção de sítio cirúrgico em um hospital na Amazônia ocidental brasileira. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 60-70, jul./set.2012.

ARAÚJO, S. V. N; HENRIQUE, S. S. Visita de enfermagem pré-operatória com finalidade educativa para o procedimento cirúrgico. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 297-304, set. /dez. 2012.

ASCARI, R. A. et al. Percepções do paciente cirúrgico no período pré-operatório acerca da assistência de Enfermagem. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco online**, Recife, v.7, n.4, p.1136-44, abr. 2013.

BELUSSI, G. C. et al. Fatores de risco de infecção de ferida operatória em neurocirurgia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 66-73, jan./fev. 2015.

CAVALCANTE, M.F A. et al. Caracterização das infecções puerperais em uma maternidade pública municipal de Teresina em 2013. **Revista de Epidemiologia e Controle de infecção**, Teresina, v.5, n.1. p. 47-51, abr. 2015.

DOMINGOS, C. M. H; LIDA, LUCIANA, I. S; POVEDA, V. B. Estratégias de controle glicêmico e a ocorrência de infecção do sítio cirúrgico: revisão sistemática. **Revistada escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n.5, p. 870-876, Mar./Ago. 2016.

FERRAZ, K. M. C; GONÇALVES, M. C. S; DURAN, E. C. M. Percepção dos graduandos de Enfermagem sobre a sistematização da assistência de Enfermagem perioperatória. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, v. 10, n. 6, p. 2108-2115, jun. 2016.

FLORES, P. F; KIK, R. M. Jejum pré-operatório em pacientes hospitalizados. **Revista ciências e saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 2014-221, set./dez. 2013.

FILHO, G. R. M. et al. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 554-562, nov./dez. 2013.

FREITAS, P. S. et al. Controle glicêmico no perioperatório: evidências para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 541-550, jun. 2013.

FUSCO, S. F. B. et al. Infecção de sítio cirúrgico e seus fatores de risco em cirurgias de cólon. **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 50, n. 1, p. 43-49, fev. 2016.

GEBRIN, C. F. L. et al. Análise da profilaxia antimicrobiana para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico em um hospital do Centro-Oeste brasileiro. **Revista de Ciências e Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 103-115, Ago.2014.

GERMANO, M. I. V. et al. A implantação do protocolo de cirurgia. **Revista qualidade HC**, São Paulo, v. 1, n.1, p. 8-13, 2016.

HENRIQUE, D. M. et al. Fatores de risco e recomendações atuais para prevenção de infecção associada a cateteres venosos centrais: Uma revisão de literatura. **Revista de epidemiologia e controle de infecção**. v. 3, n. 4, p. 134-138. Out/dez. 2013.

JUNIOR, C. A. G. G, et al. Infecções em pacientes no pós-operatório em cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. **Revista prevenção de infecção e saúde**, v. 1, n. 1, p. 59-73, 2015.

LIRA, A. L. B. C. et al. Mapeamento dos cuidados de Enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da rede de Enfermagem do Nordeste**. V. 13, n. 5 p. 1171-81, jan/set. 2012.

LUDWIG, R. B. et al. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros? **Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 54-58. Mar. 2013.

MARQUES, P. F. et al. Reflexão sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório: Uma revisão integrativa da literatura. **Revista Ciências, Cuidado e Saúde**. v. 12, n. 2, p. 382-390, abril/jun. 2013.

MELO, D. F. F; NUNES, T. A. S; VIANA, M. R. P. Percepção do Enfermeiro sobre a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico. **Revista Interdisciplinar- Uni Nova fapi**, Teresina, v.7; n.2, p 36-44, Maio/jun. 2014.

MONTEIRO, E. L. et al. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de Enfermagem perioperatória. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 12, p. 99-109, abr./jun. 2014.

NUNES, M. B. S. **A atuação do Enfermeiro no controle da infecção do sítio cirúrgico nos cuidados pré e pós-operatórios**. 2016. 92f. Trabalho de conclusão de curso da Universidade Federal Fluminense da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2016.

OLIVEIRA, A. C; GAMA, C. S. Avaliação da adesão as medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 764-770, out. 2015.

OURIQUES, C. M; MACHADO, M. E. Enfermagem no processo de esterilização de materiais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 695-703, jul./set. 2013.

PANCIERI, A.P. et al. Check list de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n.1, p. 71-78, mar. 2013.

PETTER, C. E. et al. Fatores relacionados a infecção de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. **Scientia Médica Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 23, n 1, p. 28-33, jan./mar. 2013.

PEREIRA, B. R. R. et al. Artroplastia do quadril: prevenção de infecção do sítio cirúrgico. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 181-187, dez. 2014.

REIS, C. T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde- um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013.

RIBEIRO, J. C. et al. Ocorrência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas. **Acta paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 26, n. 4, p. 353-359, 2013.

SANTOS, G. C. et al. Incidência e fatores de risco de infecção de sítio cirúrgico: Revisão integrativa. **Itinerarius Reflectionis**, Jataí, v. 11, n. 1, p. 1-17, fev. 2015.

SANTOS, M. M. B; MARTINS, J. C. A; OLIVEIRA, L. M. N. A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. **Rede de revistas científicas da América Latina e do caribe**, v. 4, n. 3, p. 7-15, nov./dez. 2014.

SANTOS, W. B.et al. Microbiota infectante de feridas cirúrgicas: análise da produção científica nacional e internacional. **Revista SOBECC SP**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 46-51,Jan/marc, 201.

SCHMIT, C; R. A. Fatores relacionados a adesão às recomendações para administração de redose em cirurgias limpas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.17, n.1, p. 78-84, jan./mar. 2015.

SENA, A. C; NASCIMENTO, E. R. P; MAIA, A. R. C. R. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 132-137, Set. 2013.

SEVILHA, H. A; PAIVA, L. S. J. P; POVEDA, V. B.Análise das variáveis ambientais em salas cirúrgicas: Fontes de contaminação. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 3,p. 123-128,set. 2014.

SILVA,C. S. O.et al. Check list de cirurgia segura: os desafios da implantação e adesão nas instituições hospitalares brasileiras. **Revista espaço ciências e saúde**, Cruz Alta, v.5, n.2, p. 72-86, dez. 2017.

SILVA, H. V. C; SOUZA, V. P; SILVA, P. C. V. Sistematização da assistência em enfermagem perioperatória em uma unidade de recuperação pós anestésicos. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, n.10, p. 3760-3767, out. 2016.

SOUZA, R. F. F; SILVA, L. D. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospital do Rio de Janeiro. **Revista de enfermagem da URJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 22-28, jan. 2014.

YOSHINO, S. T; HERING, A. C. C; CARVALHO, R. Implantação de um serviço de limpeza terminal a vapor em salas operatórias. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 12, p. 119-125, abr./jun. 2015.