



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM EM CENTRO**  
**CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE**  
**MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO**

**IMAZARA DOS SANTOS SILVA**

**JUCINEIDE MARIA DE JESUS PORTO**

**FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA INFECÇÃO**  
**HOSPITALAR NO CENTRO CIRÚRGICO**

**SALVADOR**

**2014**

**IMAIZARA DOS SANTOS SILVA**

**JUCINEIDE MARIA DE JESUS PORTO**

**FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA INFECÇÃO  
HOSPITALAR NO CENTRO CIRÚRGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em formato de artigo científico ao Programa de Pós Graduação, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito para obtenção do grau de Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós Anestésica e Centro de Material e Esterilização.

Orientadora: Profª Mestre Suiane Costa Ferreira

SALVADOR

2014

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
1.1 OBJETIVO .....	06
2. METODOLOGIA.....	06
3. DISCUSSÃO.....	07
3.1 ESTRUTURA E AMBIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO.....	10
3.2. PRECAUÇÕES- PADRÃO NO CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR .....	12
3.3. EDUCAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	13
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	15
REFERÊNCIAS .....	16

## RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa, realizado entre os meses de julho a novembro de 2014, que objetivou analisar os fatores condicionantes e determinantes para o desenvolvimento da Infecção Hospitalar (IH) dentro do centro cirúrgico (CC). Os artigos que compuseram a amostra discutem de forma geral os fatores que contribuem para o desenvolvimento da infecção hospitalar, como também medidas preventivas para minimizar o risco dessa infecção no ambiente cirúrgico. Observou-se que a estrutura física do centro cirúrgico pode apresentar limitações que impactam negativamente na prevenção das infecções. Limpeza da sala, padrões de circulação de ar, limpeza do piso e mobiliário e segregação incorreta dos resíduos sólidos precisam seguir protocolos e rotinas institucionais para garantir a efetividade da limpeza e a segurança do paciente. Medidas de precauções-padrão, como uso dos Equipamentos de Proteção Individual e a lavagem correta das mãos favorecem a prevenção da infecção hospitalar e precisam ser adotadas no sentido de minimizar riscos e agravos ao paciente. Ações de educação do paciente cirúrgico constituem ferramentas importantes no processo de cuidar do paciente. Conclui-se que medidas adotadas por toda a equipe cirúrgica, ações educativas e sistematizadas e controle na limpeza da sala operatória são imprescindíveis para reduzir os índices de infecção relacionados ao processo cirúrgico.

Palavras-chave: Infecção hospitalar; Centro cirúrgico hospitalar; Fatores de risco.

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos em todas as áreas e setores de saúde, o controle da infecção hospitalar (IH) continua sendo um desafio para todos os profissionais de saúde envolvidos direta ou indiretamente no processo de cuidar. Por isso, as unidades de saúde e profissionais empenham-se em organizar e implementar medidas preventivas que minimizem os riscos de infecção hospitalar.

Entende-se como IH aquela adquirida pelo paciente após internação e que se estabelece durante a internação e/ou após alta hospitalar, devendo estar relacionada com a internação ou ainda com procedimentos realizados no hospital (PEREIRA et al, 2005).

O processo de IH se manifesta a partir de um desequilíbrio entre a microbiota normal e os mecanismos de defesa do paciente/hospedeiro, e associa-se à gravidade do paciente, ao uso de dispositivos invasivos (sondas, cateteres, tubos), uso de imunossupressores, procedimentos invasivos terapêuticos ou diagnósticos, período prolongado de internação, tempo de cirurgia, qualidade do cuidado prestado, processamento inadequado de artigos médico-hospitalares e a própria microbiota do paciente (PEREIRA et al, 2005).

Associado a esses fatores percebe-se ainda a omissão ou ações inadequadas/negligentes por parte dos profissionais como a não lavagem das mãos, inadequação das medidas de proteção individual (uso de luvas, máscara e avental), não adesão às técnicas básicas de assepsia e a falta de rigor quanto às recomendações estabelecidas em normativas, o que aumenta consideravelmente os riscos de infecção hospitalar (KUNZLE et al, 2006). E, dentro do ambiente hospitalar, o centro cirúrgico é uma unidade que reúne muitos desses riscos para desenvolvimento de IH.

Lima e Parenti (2005) definem infecção hospitalar em centro cirúrgico como uma infecção que ocorre após a cirurgia, na parte do corpo onde a cirurgia foi executada. Podem ser por vezes infecções superficiais envolvendo apenas a pele ou mais graves que podem afetar os tecidos sob a pele, órgãos ou material implantado.

O risco de infecção varia de acordo com o tipo de cirurgia, utilização de prótese, tempo de internação e a qualidade do cuidado. Contudo, as cirurgias que mais apresentam

complicações infecciosas são as de caráter de urgência, em pacientes comprometidos ou com infecção prévia (MACHADO et al, 2001).

Uma vez instalado o processo infeccioso, o paciente aumenta o seu tempo de permanência na unidade, o que o torna inapto as suas atividades cotidianas e ausência no trabalho, as instituições aumentam os gastos e o paciente pode evoluir para sepse e óbito (MACHADO et al, 2001).

A IH decorre de múltiplos fatores, alguns preveníveis e evitáveis, e por isso surge a importância de assumir um controle mais rigoroso durante os procedimentos cirúrgicos, de realizar uma efetividade vigilância epidemiológica e projetos educacionais direcionados à prevenção de intercorrência infecciosa a fim de minimizar os agravos e aumentar a segurança do paciente cirúrgico.

## 1.1 OBJETIVO

Analisar os fatores que desencadeiam a infecção hospitalar no centro cirúrgico descritos na literatura brasileira entre 2009 a 2013.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura sistemática, com abordagem qualitativa.

A questão norteadora elaborada para este estudo foi: quais os fatores condicionantes e determinantes desencadeiam a infecção hospitalar no centro cirúrgico?

A partir da definição desta questão foram considerados para esta revisão apenas estudos primários, publicados entre 2009 e 2013, no idioma em português. Foram excluídos os artigos que não estavam disponíveis na íntegra, estudos secundários ou artigos de reflexão ou em duplicatas, ou aqueles que abordavam pesquisas não relacionadas a ser humano. A busca dos dados ocorreu entre os meses junho a agosto de 2014.

Os estudos foram obtidos a partir de acessos em bases eletrônicas de domínio público como Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde),

MEDILINE (National Library of Medicine). Para a busca foram utilizados os seguintes descritores segundo o DeCS: “Infecção hospitalar”; “Centro cirúrgico hospitalar” e “Fatores de risco”.

Ao cruzar os três descritores foi encontrado apenas um artigo. Ao cruzar os descritores centro cirúrgico hospitalar e infecção hospitalar foram encontrados quinze artigos, sendo excluído um artigo porque era duplicado e oito por não atenderem ao objetivo do estudo. Assim, sete artigos compuseram a amostra desta revisão.

Os estudos foram pré-selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão por meio de seus resumos. Após essa pré-seleção, os dados foram extraídos a partir do instrumento de coleta de dados que incluía autor, nome do artigo, ano do artigo, base de dados, revista, tipo de pesquisa, população de estudo, resultados relevantes.

A análise dos dados foi baseada na Análise Temática de Minayo.

### **3 DISCUSSÃO**

Os sete artigos que subsidiaram a amostra desse trabalho discutem, de forma geral, os fatores que contribuem para o desencadeamento da infecção hospitalar (IH) no ambiente cirúrgico, como também as medidas preventivas para minimizar o risco de IH no centro cirúrgico.

Quanto ao ano de publicação, o ano de 2012 se destacou como o ano com maior número de publicações (5). A Revista SOBECC foi o periódico com mais artigos publicados (2), o que pode estar relacionado ao fato desta revista objetivar informar os profissionais de Enfermagem sobre novas tecnologias e serviços para Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.

Com relação à autoria, a maior parte dos artigos (4) foi produzida por cinco autores. Em 03 artigos encontrou-se parceria entre orientando e orientador, tendo em vista publicações oriundas de trabalhos de conclusão de curso de graduação e pós-graduação.

No que tange os aspectos metodológicos, a pesquisa quantitativa foi a mais representativa (5) com destaque para a pesquisa exploratória-descritiva, desenvolvidas em

hospitais universitários. A coleta de dados foi feita a partir da análise de documentos (3), entrevistas (2) e observação direta (2). Esta caracterização está descrita no quadro abaixo.

<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>População</b>
Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de um hospital do interior de Minas Gerais	Lucas Carvalho Santana, Guilherme Santos Ramos, Juliana Cristina Ferreira, Paulo Célio Almeida Hugo, Helisamara Mota Guedes.	2012	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro	BDEF	Estudo descritivo, retrospectivo, abordagem quantitativa	Pacientes pós-cirúrgicos com tempo de hospitalização superior a 24h.
Prevenção de Infecção hospitalar pela equipe cirúrgica de um hospital de ensino.	Maria Zélia de Araújo Madeira, Remiéri Aparecida Pereira de Santana, Ana Maria Ribeira Dos Santos, Elaine Cristina Carvalho Moura	2012	Revista SOBECC	BDEF	Pesquisa exploratória-descritiva, estudo de abordagem quantitativa.	Estudo realizado no CC de um hospital público de ensino de Teresina – PI
Fatores associados à infecção de sítio cirúrgico de um hospital na Amazônia Ocidental Brasileira	Ana Paula De Lima Aguiar, Patrícia Resende do Prado, Simone Perufo Optiz, Suleima Pedroza Optiz, André	2012	Revista SOBECC	LILACS	Estudo transversal, com abordagem quantitativa	Estudo realizado com pacientes hospitalizados (coleta de dados), pesquisa complementar obtida a partir do prontuário



	Ricardo Maia da Costa Faro					do paciente
Microbiota aérea em centro cirúrgico: contribuições da enfermagem no controle da infecção hospitalar.	Vanessa Augusto Bardaquim, Juliana Stoppa Menezes Rodrigues, Aridiane Alves Ribeiro, Adaiele Lúcia Nogueira Vieira da Silva, Cristina Paiva de Sousa.	2012	Enfermagem / Nursing	LILACS	Revisão integrativa de literatura	Médicos, enfermeiros e farmacêuticos
Hipotermia como fator de risco para infecção do sítio cirúrgico: conhecimentos dos profissionais de nível médio	Djenane Roberta Ribeiro, Alessandra Renata Targa Longo	2010	Revista Mineira de Enfermagem	BDEF	Estudo quantitativo de caráter descritivo e exploratório	Profissionais de enfermagem de nível médio
Estrutura e processo assistencial de enfermagem para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico	Lucia Marta Giunta da Silva, Larissa Christina Pawluk, Luis Henrique Gebrim, Gil Facina, Maria Gaby Ribeiro da Gutierrez.	2009	Online Brazilian Journal of Nursing	BDEF	Estudo descritivo, observacional, de análise documental	Dados coletados de documentos institucionais e por meio da observação direta da prática de enfermagem
Utilização de mascara facial cirúrgica descartável no ambiente	Maria Helena Barbosa, Michala Maria	2009	Revista eletrônica de Enfermagem	LILACS	Estudo de campo, descritivo e exploratório com	Observação direta dos profissionais que atuam no centro

cirúrgico	Goncalves Martini, Jesislei Bonolo do Amaral Teixeira.				abordagem quantitativa	cirúrgico
-----------	---	--	--	--	---------------------------	-----------

Utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo por meio da leitura e releitura dos resultados dos estudos, procurando identificar aspectos relevantes que se repetiam ou se destacavam, para se definir três categorias temáticas: estrutura e ambiente do centro cirúrgico; educação do paciente cirúrgico e dos profissionais de saúde; e, precaução padrão no controle da IH.

### 3.1 ESTRUTURA E AMBIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

O centro cirúrgico compreende uma das unidades mais complexas do hospital, tanto por suas especificidades em realizar procedimentos invasivos como também por representar um local fechado que expõe tanto a equipe cirúrgica quanto o paciente a situações com riscos potenciais e altamente estressantes. Considerado um setor altamente tecnológico, onde pacientes são submetidos a procedimentos invasivos e complexos, prevalece o risco de transmissão de infecção (MADEIRA et al., 2012). O ambiente do CC pode influenciar na transmissão da infecção com relação a limpeza da sala operatória, padrões de circulação do ar, limpeza do piso e mobiliário, segregação incorreta de resíduos sólidos produzidos no CC. A estrutura física do CC pode apresentar limitações que impactam negativamente na prevenção da IH (MADEIRA et al., 2012).

A limpeza e desinfecção das superfícies dentro do CC são fundamentais para a prevenção e redução de infecções relacionadas à assistência a saúde. Portanto, toda área com presença de sujidades, matéria orgânica, secreções devem ser limpas e desinfetadas a fim de garantir o controle de microorganismos e reduzir a carga microbiana presente no ambiente cirúrgico (ANVISA, 2010). Cabe ao enfermeiro a supervisão dos serviços de higienização e limpeza do CC, bem como seguir protocolos e rotinas utilizados pela instituição como meios de garantir a efetividade no processo de limpeza do CC.

Como preconizado, recomenda-se a limpeza e desinfecção diária do CC, com o intuito de manter o ambiente limpo e remover partículas de poeira. A limpeza mecânica da sujidade deve ser feita com água e sabão e/ou uso de desinfetantes.

Por apresentar atividade germicida de menor custo e pouca toxicidade, o álcool 70% é adotado pelas instituições como desinfetante para a limpeza diária. Outro desinfetante muito utilizado, devido ao baixo custo, é o hipoclorito 1%. A limpeza com esses componentes reduz a contaminação ambiental e mostra-se eficaz no controle de patógenos, prevenindo a IH. É importante ressaltar que todas as estruturas como mesa de cirurgia, bancadas, piso, paredes, portas, equipamentos, materiais permanentes (carro de anestesia) e superfícies metálicas devem ser limpos diariamente (BARRETO et al., 2011).

A limpeza da sala cirúrgica deve ser feita antes das cirurgias, a fim de remover sujidades depositadas nos equipamentos, seguido da retirada de material sujo da sala, limpeza de piso e mobiliário (BARRETO et al., 2011).

A limpeza de áreas restritas como o CC é feita pela enfermagem e por profissionais do Serviço de Higienização que são capacitados para tal atividade.

É preciso ter atenção quanto à contaminação do CC, que deve estar voltada para a limpeza correta de paredes, pisos e equipamentos, sistema de ventilação com troca e filtração do ar, utilização adequada de paramentação pela equipe, mas também com relação à movimentação de portas e fluxos de pessoas na sala (BARRETO et al., 2011).

A ventilação é um item de extrema importância para a prevenção de riscos potenciais para IH ao paciente no CC. Nesse sentido, a ventilação adequada tem como objetivo remover microrganismos, prevenir a entrada dos mesmos na sala operatória e promover a exaustão de gases anestésicos, além de controlar a umidade e manter o ambiente propício a realização de procedimentos (SILVA et al, 2009).

É recomendável que haja pressão positiva dentro da sala operatória para prevenir a entrada de ar potencialmente contaminado. Deve-se atentar ainda para temperatura da sala, que deve estar entre 19 e 24°C, com 25 trocas de ar por hora (RDC, 2002).

O CC deve ter ainda revestimentos de piso e parede que sejam resistentes a lavagem e ao uso de desinfetantes. A junção entre o rodapé e o piso deve ser feita de forma a garantir completa limpeza do canto formado entre essas junções. O piso precisa ser resistente, não-poroso e de fácil limpeza, permitindo a visualização da sujeira, não conter emendas e ser antiderrapante (RDC, 2002).

As janelas devem ser lacradas e as persianas cobertas por vidro, permitindo a limpeza adequada. As portas devem possuir visores de vidro para evitar sua abertura durante

procedimentos cirúrgicos e que sejam fáceis de limpar. É preferível que as portas sejam de correr para eliminar a turbulência de ar (RDC, 2002).

É importante observar que a retirada de instrumental e a limpeza de superfícies contaminadas seguem como medidas preventivas que reduzem riscos biológicos para a IH. A inobservância dessas precauções aumenta o risco de infecção cruzada e infecção do sítio cirúrgico.

### 3.2 PRECAUÇÕES-PADRÃO NO CONTROLE DA IH

Entende-se por precauções-padrão, um conjunto de procedimentos adotados, durante a assistência ao paciente, pelos estabelecimentos de saúde com o intuito de minimizar o risco de transmissão de agentes infecciosos, principalmente os veiculados por fluidos corpóreos e sangue (ANVISA, 2010).

Considera-se como medidas de precauções-padrão o uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs (máscara, luva, avental, óculos protetores, gorro, propés e botas), vacinas e lavagem das mãos (MADEIRA et al., 2012).

A necessidade da aplicação das precauções-padrão se dá todas as vezes que houver as possibilidades de contato com secreções, excreções, sangue, fluidos corpóreos, pele não íntegra mucosa e material contaminado. Aplica-se também para o manuseio de superfícies sujas com sangue, fluidos e na manipulação de pacientes com mucosa ou pele não íntegra (BARDAQUIM et al., 2012).

O uso da luva cirúrgica tem como objetivo estabelecer uma barreira de proteção ao paciente da flora microbiana residente das mãos da equipe cirúrgica. Usada ainda para evitar que a equipe cirúrgica entre em contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções. Devem ser trocadas entre procedimentos no mesmo paciente, ou contato com material infectado (ANVISA, 2010).

O avental é utilizado como barreira física, sempre que houver a possibilidade de contaminação da roupa ou da pele do profissional com material biológico. Devem ser de manga longa, fechado, de forma a garantir a segurança do paciente e do profissional (MADEIRA et al., 2012).

Usada como barreira de uso individual, a máscara cirúrgica precisa cobrir boca e nariz do profissional para garantir a sua eficiência. Todos os indivíduos que entram em áreas restritas do CC devem utilizá-la, como também quando houver necessidade de manipulação de instrumental estéril. No sentido de proteção ao paciente, o seu uso se justifica por evitar a liberação de microorganismos do nariz e boca dos profissionais (BARBOSA, MARTINI, TEIXEIRA, 2009).

Embora não haja estudos que garantam a sua eficácia, a utilização do gorro é recomendada a fim de prevenir a contaminação do sítio cirúrgico por bactérias oriundas do couro cabeludo e cabelo dos profissionais. Precisam estar adaptados para a cobertura e proteção total dos cabelos (BARDAQUIM et al., 2012)

A transmissão de IH está diretamente relacionada a contaminação das mãos dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a higienização das mãos é uma das ações mais valiosas para a prevenção da disseminação de patógenos nos serviços de saúde. Segundo a ANVISA (2010), o tempo de higienização das mãos varia de 40 a 60s. A técnica adequada para a lavagem das mãos envolve a utilização de água e sabão. A aplicação de sabão líquido deve ser feita com as mãos úmidas abrangendo toda a superfície das mãos. Estas precisam ser friccionadas, por no mínimo 15 segundos, com atenção especial a região entre os dedos e as unhas.

O uso de sabão com antimicrobianos (clorexidina, iodo) reduz transitoriamente a microbiota da pele, como também a utilização de álcool-gel está indicada em locais e procedimentos em que haja dificuldade para lavagem das mãos. (MADEIRA et al., 2012).

### 3.3 EDUCAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ações de educação e orientação de pacientes e familiares são de grande importância para se prevenir e tratar casos de IH. Sistematizar o processo de orientação de pacientes, disponibilizar material educativo sobre cuidados com a ferida operatória e informações relevantes com linguagem apropriada ao grau de compreensão, constitui ferramentas importantes no processo de cuidar e orientar pacientes (SILVA et al, 2009).

Alguns fatores como a baixa escolaridade e condições socioculturais dos pacientes favorecem o risco de desenvolvimento de IH, pois as más condições de moradia, higiene e nutrição interferem negativamente no processo de recuperação. Além disso, o nível de instrução do paciente pode dificultar o seu entendimento, caso as orientações dadas não tenha uma linguagem apropriada (AGUIAR et al., 2012).

Os pacientes tabagistas e etilistas precisam ser orientados quanto ao risco de IH quando submetidos a procedimentos cirúrgicos, uma vez que o álcool e o cigarro dificultam o processo de cicatrização por diminuir a disponibilidade sanguínea local e oxigenação (AGUIAR et al., 2012).

É importante ressaltar que quando o paciente é orientado corretamente pelo profissional de saúde, o seu tempo de internação é reduzido e são menores as possibilidades do mesmo adquirir IH pelo contato de bactérias presentes no ambiente hospitalar (SILVA et al, 2009).

A presença de comorbidades, como diabetes, retarda o processo de cicatrização pela incapacidade de artérias e arteríolas regularem o tônus vascular. Essa disfunção está relacionada a diminuição da disponibilidade de óxido nítrico (NO) que é inativado por Espécies Reativas de Oxigênio (ROS) formadas a partir do aumento de glicose no sangue. Como consequência, o processo de cicatrização da ferida operatória fica comprometida (LIMA;ARAÚJO, 2013).

A hipertensão também contribui para instabilidade do paciente cirúrgico, pois interfere na imunidade do paciente e aumenta a possibilidade do surgimento de IH. Logo, cabe ao enfermeiro orientar o paciente na consulta pré-operatória quanto ao uso correto da medicação, controle da glicemia e do estado tensional, como também cuidados na alimentação (AGUIAR et al.,2012; SILVA et al., 2009).

Orientações insuficientes ou equivocadas sobre tricotomia, higienização e banho são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de infecção do sítio cirúrgico. Cuidados com o preparo da pele na área cirúrgica devem ser feitos, uma vez que a contaminação do sítio cirúrgico ocorre dentro da sala operatória e após as primeiras 24 horas após o término do procedimento cirúrgico. A higienização da pele feita com antissépticos apropriados, bem como seguir técnica de limpeza do mais limpo para o mais sujo, minimiza o risco de possível contaminação (BARDAQUIM et al., 2012).

O banho segue como medida preventiva no controle de IH, pois remove parte da flora bacteriana transitória, devendo ser realizado entre uma e duas horas antes da cirurgia. Quanto a tricotomia, esta pode ser feita uma hora antes do procedimento. É importante ressaltar que a tricotomia só deve ser feita se for indispensável para a realização do procedimento e com o uso de tricotomizador elétrico. Lâmina de barbear não deve ser usada, pois a mesma provoca micro lesões na pele, que podem ser colonizadas por microorganismos (AGUIAR et al., 2012; BARDAQUIM et al., 2012).

Outras orientações muito importantes para o profissional da saúde são a observação do local da cirurgia quanto a sinais de infecção, higienização adequada do sítio cirúrgico e realização de técnicas recomendadas e preconizadas. Estas ações visam minimizar o tempo de internação, maximizar o processo de cicatrização da ferida operatória e contribuir para a melhor reabilitação (AGUIAR et al., 2012).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O controle da IH é um desafio para a equipe cirúrgica e os serviços de saúde. Conhecer os fatores que podem desencadear a infecção hospitalar e instituir medidas preventivas ajuda a minimizar o risco de complicações advindas da inobservância e negligência da equipe cirúrgica durante a assistência prestada.

Cuidados como limpeza da sala operatória, desinfecção diária de superfícies, uso de desinfetantes apropriados e ventilação adequada, com trocas e filtração de ar, asseguram uma cirurgia com menos riscos. Medidas de precauções-padrão, instituídas pelos profissionais, e a lavagem adequada das mãos, garantem a segurança do paciente e do profissional quanto a contaminação por agentes biológicos.

A higienização das mãos é uma das ações mais valiosas para prevenir a disseminação de patógenos. Associada a esses cuidados, é preciso instituir ações de educação e orientação de pacientes objetivando reduzir o tempo de internação, ajudar no processo de cicatrização da ferida e contribuir para redução dos índices de IH.

Por tanto, o controle eficaz da IH nos pacientes cirúrgicos depende da rigorosa observação dos fatores desencadeantes, bem como de medidas de limpeza e desinfecção do

ambiente cirúrgico, além de seguir criteriosamente as precauções-padrão e atentar para o comprometimento de toda a equipe que assiste o paciente. Tudo isso se torna imprescindível para prevenir as infecções.

## REFERENCIAS

PEREIRA MS, SOUZA ACS, TIPPE AFV, Prado MA. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 2005 Abr – Jun; 14(2); 250-7.

KUNZLE SEM, et al. Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e controle da infecção hospitalar em centro cirúrgico: mitos e verdades. **Rev Esc Enferm USP**, 2006; 40(2): 214- 20.

LIMA CP, PARENTI CF. Critérios NNISS para o diagnóstico de infecções hospitalares. 2005. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/aula\\_NNISS.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/aula_NNISS.pdf)

MACHADO A, et al. Prevenção da Infecção Hospitalar. Sociedade Brasileira de Infectologia. Projeto Diretrizes. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**, 2001. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/include/diretrizes/100\\_diretrizes/Infeccao\\_Hospitalar.pdf](http://www.portalmedico.org.br/include/diretrizes/100_diretrizes/Infeccao_Hospitalar.pdf)

AGUIAR APL et al. Fatores associados à infecção do sítio cirúrgico de um hospital da Amazônia Ocidental Brasileira. **Rev. SOBECC**, São Paulo. jul./set. 2012; 17(3) 60-70.

BARBOSA MH, MARTINI MMG, TEIXEIRA JBA. Utilização de máscara facial cirúrgica descartável no ambiente cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(2):275-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a06.htm>

BARDAQUIM VA, et al Microbiota aérea em centro cirúrgico: contribuições da enfermagem no controle da infecção hospitalar. **J Health Sci Inst.** 2012;30(1):48-52. Disponível em: [http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01\\_jan-mar/V30\\_n1\\_2011\\_p48-52.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p48-52.pdf)

BARRETO RASS et al. Processo de limpeza da sala operatória: riscos à saúde do usuário e do trabalhador. **Rev Eletr. Enf.** [Internet]. 2011 abr/jun; 13(2):269-75. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a13.htm>

LIMA MHM, ARAUJO EP. Diabetes mellitus e o processo de cicatrização da ferida. **Cogitare Enferm.** 2013 Jan/Mar; 18(1):170-2.

Madeira MZA, et al. Prevenção de infecção hospitalar pela equipe cirúrgica de um hospital de ensino. **Rev. SOBECC**, São Paulo. jan./mar. 2012; 17(1):35-44.

RDC nº 50, 21 de fevereiro de 2002. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Legislação em Vigilância Sanitária.** Disponível em:



<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>

RIBEIRO DR, LONGO ART. Hipotermia como fator de risco para infecção de sítio cirúrgico: conhecimento dos profissionais de enfermagem de nível médio. **REME – Rev. Min. Enferm.**;15(1): 34-41, jan./mar., 2011.

SANTANA LC, et al. Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de um hospital do interior de Minas Gerais. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2012 jan/abr; 2(1):51-57.

Silva LMG da, et al. Estrutura e processo assistencial de enfermagem para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico. **OBJN - Online Brazilian Journal of Nursing.** Vol. 8, n. 1(2009).