



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
Título			Nº DOC
Medidas de Prevenção em Infecção de sítio cirúrgico			POP.NCIH.019
Data da 1ª versão	Data desta versão	Versão número	Próxima revisão
26/06/2025	26/06/2025	1ª versão	26/06/2027
1. OBJETIVO			
Descrever de forma sistemática as ações recomendadas para a prevenção e controle das Infecções de Sítio de Cirúrgico.			
2. ABRANGÊNCIA			
Essa rotina se aplica em todos os ambientes do HRG onde haja pacientes internados que realizarão ou realizaram algum procedimento cirúrgico.			
3. RESPONSÁVEL			
Equipe multiprofissional que prestam cuidados cirúrgicos diretos ou cuidados a pacientes submetidos a procedimentos que possam ocasionar infecções relacionadas ao procedimento cirúrgico.			
4. MATERIAIS E RECURSOS			
<ul style="list-style-type: none">Materiais médico hospitalares necessários para cada tipo de cirurgia;Materiais necessários para o banho pré-operatório (quando indicado);Roupa limpa (pijama, camisola, roupa de cama ou da maca) após o banho;Material necessário para investigação de colonização prévia (swab nasal);Material necessário para descolonização prévia quando necessário;Antimicrobianos indicados para profilaxia, conforme orientação;Materiais necessários para antissepsia cirúrgica das mãos;Materiais necessários para o preparo da pele do paciente;EPIS (gorro, máscara, avental e luvas estéreis, óculos;Roupa privativa;Materiais necessários para verificar a temperatura;Materiais necessários para verificar a glicemia capilar;Materiais necessários para curativos.			
5. ETAPAS DO PROCESSO			



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

5.1. Descrição

As infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) são as complicações mais comuns decorrentes do ato cirúrgico, que ocorrem no pós-operatório em cerca de 3% a 20% dos procedimentos realizados, tendo um impacto significativo na morbidade e mortalidade do paciente. As ISC são consideradas eventos adversos frequentes decorrentes da assistência à saúde, que podem resultar em dano físico, social e/ou psicológico do indivíduo, sendo uma ameaça à segurança do paciente. A partir de 2007, foi observada expressiva preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS) com a segurança na cirurgia. Além dos prejuízos físicos, psicológicos e financeiros aos pacientes acometidos, as ISC podem prolongar a estadia do paciente em média de sete a onze dias, além de aumentar a chance de readmissão hospitalar, cirurgias adicionais e, consequentemente, elevar exorbitantemente os gastos assistenciais com o tratamento.

Em virtude de sua maior complexidade, merecem destaque as ISC associadas às cirurgias com colocação de implantes que, apesar de ocorrerem em uma pequena proporção de pacientes, resultam em sintomas dolorosos persistentes, reoperações, potencial perda do implante com redução da qualidade de vida, aumento considerável nos custos do tratamento e, algumas vezes, óbito.

5.2. Definições

Infecções de sítio cirúrgico são as infecções que acontecem após procedimentos cirúrgicos comprometendo incisão cirúrgica, cavidades ou tecidos adjacentes. Podem ser diagnosticadas entre 30 dias após a realização do procedimento cirúrgico ou até 90 dias dependendo do procedimento e da presença ou não de prótese. Os procedimentos cirúrgicos são classificados de acordo com seu potencial de contaminação:



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

Potencial de contaminação da cirurgia	Características	Alguns exemplos	Estimativa de ocorrência de ISC
• Limpa	<ul style="list-style-type: none"> • Operações eletivas, feridas não infectadas. • Sítios cirúrgicos onde não é encontrada inflamação. • Não há abordagem de vísceras ocas (tratos respiratório, geniturinário, digestivo ou orofaringe). • Primariamente fechadas ou drenagem fechada, se necessária. • Não há quebra de técnica. • Trauma não penetrante. 	Herniorrafia inguinal, safenectomia, próteses articulares, cirurgias cardíacas.	<2%
• Potencialmente contaminada	<ul style="list-style-type: none"> • Há abordagem dos tratos digestivo, respiratório, geniturinário e orofaringe • Situações controladas e sem contaminação não usual. • Cirurgia geniturinária: quando não há cultura de urina positiva • Cirurgia biliar quando não há infecção de vias biliares. • Cirurgias de apêndice, vagina e orofaringe quando não há evidência de infecção ou quebra de técnica. 	Gastrectomia, transplante de fígado, prostatectomia.	<10%
• Contaminada	<ul style="list-style-type: none"> • Feridas traumáticas recentes (com <4 horas), abertas. • Contaminação grosseira durante cirurgia de trato digestivo, manipulação de via biliar ou geniturinária na presença de bile ou urina infectadas. • Quebras maiores de técnica • É encontrada durante a cirurgia a presença de inflamação aguda não purulenta. 	Colecistectomia em paciente com colecistite aguda, amigdalectomia, colectomia	20%
• Infectada	<ul style="list-style-type: none"> • Feridas traumáticas antigas com tecido desvitalizado, corpos estranhos ou contaminação fecal. • Trauma penetrante há mais de 4 horas. • Vísceras perfuradas ou secreção purulenta encontradas durante a cirurgia. 	Enterectomia secundária a ruptura de víscera, apendicectomia supurada.	30 a 40%

Fonte: Manual de Infecção de Sítio Cirúrgico Albert Einstein.



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

5.3. Fatores de risco para ISC

Paciente	Procedimento	Microrganismo
• Idade	• Degermação cirúrgica das mãos	• Colonização prévia*
• Obesidade	• Potencial de contaminação da ferida	• Virulência
• Desnutrição	• Duração da cirurgia	• Aderência
• Estadia pré-operatória prolongada	• Cirurgia de urgência	• Inóculo
• Infecção à distância	• Remoção dos pelos*	
• Neoplasia	• Preparo inadequado da pele do paciente*	
• Controle glicêmico inapropriado*	• Profilaxia cirúrgica inadequada*	
• Imunossupressão	• Contaminação intraoperatória*	
• Classificação ASA	• Cirurgia prévia	
• Comorbidades	• Hemostasia deficiente	
	• Cirurgia colorretal* Preparo inadequado do cólon Hipotermia	
	• Excesso de pessoas na sala*	
	• Ausência ou inadequação do protocolo de curativos*	
	• Oxigenação*	

Os fatores de risco destacados em vermelho são passíveis de intervenção, ou seja, podem ser modificados e constituem-se no alvo das medidas preventivas que serão discutidas a seguir.

*Fatores de risco MODIFICÁVEIS

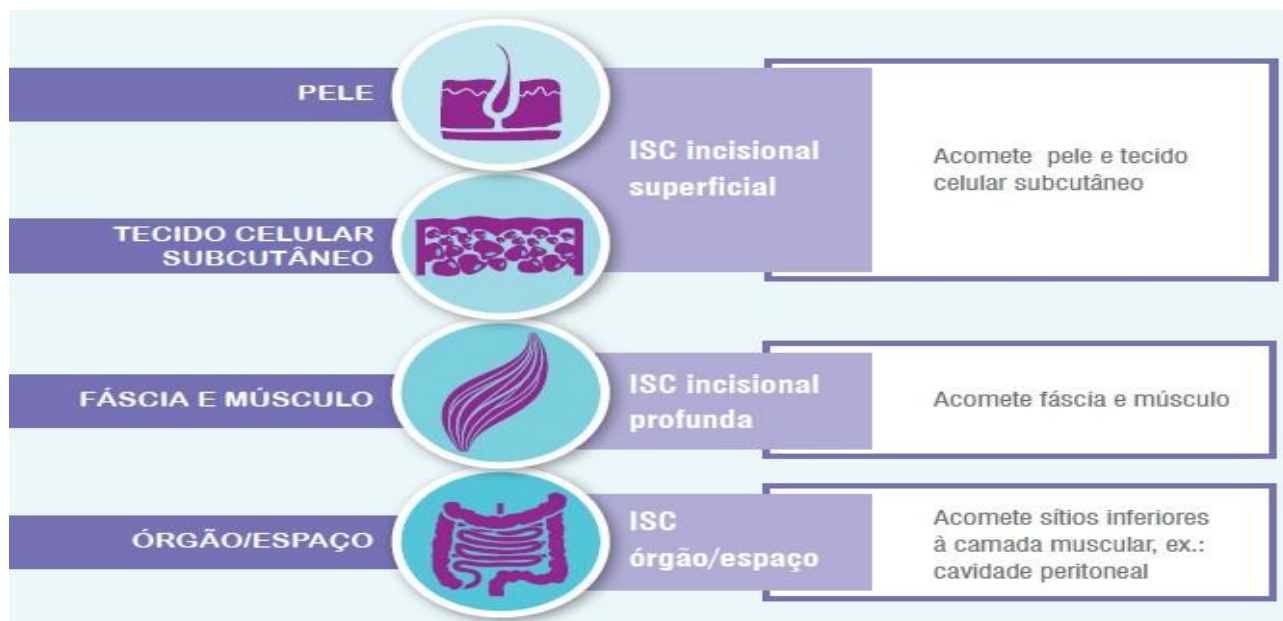
Fonte: Manual de Infecção de Sítio Cirúrgico Albert Einstein.

5.4. Critério Diagnóstico



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

As ISC pode ser classificadas em:



Fonte: Manual de Infecção de Sítio Cirúrgico Albert Einstein.

5.4.1. ISC Incisional Superficial (IS)

Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico e envolve apenas pele e subcutâneo.

Apresenta pelo menos um dos seguintes;

- Drenagem purulenta da incisão superficial;
- Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente (não são considerados resultados de culturas colhidos por swab);
- A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião, médico assistente ou outro médico designado E cultura não foi realizada E paciente apresenta pelo menos um das seguintes sinais ou sintomas: dor localizada ou aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calo;
- Diagnóstico de infecção superficial pelo cirurgião ou médico assistente.

5.4.2. ISC Incisional Profunda (IP)

Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou 90 dias se houver colocação de implantes e envolve tecidos moles profundos à incisão (ex: fáscia e/ou músculos).

Apresenta pelo menos um dos seguintes:

- Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não de órgão/cavidade;
- Deiscência espontânea de sutura ou abertura ou aspiração da ferida pelo cirurgião, médico assistente ou outro médico designado E cultura positiva ou não realizada E paciente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre $>38^{\circ}\text{C}$, dor ou tumefação localizada;



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

- Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida identificados em exame clínico, histocitopatológico ou exame de imagem;
- Diagnóstico de infecção incisional profunda feito pelo cirurgião ou outro médico assistente.

5.4.3. ISC órgão/ cavidade (OC):

Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou 90 dias se houver a colocação de implantes, e envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia.

Apresenta pelo menos um dos seguintes:

- Cultura positiva de secreção ou tecido de órgão/espaco obtido assepticamente;
- Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida (reoperação, exame clínico, anatomopatológico ou exame de imagem).
- Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo médico assistente E
- Atende pelo menos 1 dos critérios definidores de infecção em um sítio específico de ISC/OC.

Observações:

- Osteomielites do esterno após cirurgias cardíacas são consideradas infecções de órgão/cavidade;
- Em pacientes submetidos a cirurgias endoscópicas com penetração de cavidade serão utilizados os mesmos critérios de ISC do tipo órgão-cavidade;
- Toda infecção de trato urinário após cirurgia urológica será considerada ISC-OC;
- Não considerar que a eliminação de secreção purulenta através de drenos seja necessariamente sinal de ISC-OC. Sinais clínicos (febre, hiperemia, dor, calor, calafrios) ou laboratoriais (leucocitose, aumento de PCR quantitativa ou VHS) são inespecíficos, mas indicam infecção.

5.5. Medidas de Controle

5.5.1. Medidas de controle gerais:

- Banho: orientar previamente o paciente nas cirurgias eletivas quanto aos cuidados pré-operatórios e banho. Tomar banho com água e sabão antes da realização do procedimento cirúrgico, na noite anterior ou manhã da cirurgia. O banho com antisséptico está reservado as situações especiais como antes da realização de cirurgias de grande porte, cirurgias com implantes ou em situações específicas como surtos.
- Incluir a higiene do couro cabeludo e o cuidado com as unhas;
- Dar atenção especial a higiene da cabeça nas cirurgias cranioencefálicas. Observar que o cabelo deve estar seco antes de ir para o bloco operatório.
- Nos casos em que houver previsão de intubação fazer a higiene oral com clorexidina 0,12%.



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

- Proceder a troca do pijama/camisola, da roupa de cama ou da maca de transporte após o banho.
- Avaliação da colonização nasal: pacientes submetidos a cirurgias cardiotorácicas, ortopédias e implantes de prótese devem realizar swab nasal para investigação de colonização por *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (MRSA).
- Realizar descontaminação nasal com mupirocina intranasal associada a descolonização com clorexidina degermante em pacientes diagnosticado como portador nasal de MRSA.
- Aplicar nas narinas mupirocina nasal a cada 12 horas, durante 5 dias.
- Utilizar clorexidina degermante em todo o corpo, durante o banho, por 5 dias, exceto em mucosas ocular e timpânica.
- Remoção de pelos: recomenda-se que os pelos não sejam removidos ou, se absolutamente necessário, que sejam apenas aparados com tricotomizador elétrico.
- A remoção com lâmina (de barbear ou bisturi) é fortemente desencorajada em todos os momentos seja no pré-operatório ou no centro cirúrgico.
- Profilaxia antimicrobiana: deve ter indicação apropriada para uso de antimicrobianos, pois ensaios clínicos sugerem benefícios mesmo em cirurgias limpas, nas quais não se indicava profilaxia. Determinar a microbiota provável numa infecção pós-operatória, com o objetivo de escolher o antimicrobiano eficaz na profilaxia, uma vez que as infecções pós-operatórias são causadas geralmente pela microbiota do paciente. Administrar dose efetiva de 30 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica. Na maioria das cirurgias uma única dose na indução anestésica (antes da incisão) é suficiente.
- Em cirurgias longas, repetir o antibiótico após um intervalo igual a duas vezes o tempo da meia vida do antimicrobiano, a contar à partir da infusão da primeira dose (ver POP de Antibioticoprofilaxia em Cirurgias). A profilaxia antibiótica não deve ser estendida por mais de 24 horas. Se uma infecção for identificada durante a cirurgia, o antimicrobiano terá cunho terapêutico e deverá ser reformulado de acordo com a infecção encontrada e se estender até quando clinicamente indicado.
- Outras medidas: considere todas as medidas minimamente invasivas para determinar se a cirurgia é necessária.
- Avalie quanto a alergias ou sensibilidades a antissépticos cutâneos.
- Fornecer instruções claras e compreensíveis do procedimento para paciente e sua família antes da cirurgia.
- Isolar áreas altamente contaminadas perto do local da cirurgia (por exemplo, ânus).
- Utilizar precauções para evitar a ingestão de antisséptico para sítios cirúrgicos próximos à boca do paciente.



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

5.5.2. Medidas de controle intraoperatória:

- Antissepsia cirúrgica das mãos:
- Objetivos: eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente da pele das mãos e dos antebraços dos profissionais que participam das cirurgias e proporcionar efeito residual na pele dos profissionais.
- Procedimento: pode ser feito com o uso de esponjas para realização da fricção da pele com antisséptico degermante (clorexidina 2% ou polivinilpirrolidona-iodo- PVPI) ou por meio de produto à base de álcool (PBA).
- Duração do procedimento: com antisséptico degermante deve ser de 3 a 5 minutos para o primeiro procedimento do dia e de 2 a 3 minutos para cirurgias subsequentes, se realizadas dentro de 1 hora após a primeira fricção. Com PBA- toda sequência (ponta dos dedos, mãos, antebraços e cotovelos) leva em média 60 segundos. Deve-se repetir esta sequência o número de vezes que atinja a duração total recomendada nas instruções do fabricante do PBA, podendo ser 2 ou 3 vezes.
- Materiais necessários: com antisséptico degermante: água de torneira, esponja estéril impregnada ou mão com degermante, antisséptico degermante e compressa estéril. Com PBA: os insumos envolvidos na antissepsia cirúrgica das mãos com produto à base de álcool são sabonete líquido, água e PBA.

Técnica:

1. Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos;
2. Recolher com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de esponja impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes;
3. Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;
4. Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou limpador de unhas, sob a água corrente;
5. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir foto sensor.

Recomendações:

1. Remover todos os adornos das mãos e antebraços, como anéis, relógio e pulseiras, antes de iniciar a degermação ou antissepsia cirúrgica das mãos;
2. É proibido o uso de unhas artificiais;
3. Manter as unhas curtas;
4. Manter o leito ungueal e sub-ungueal limpos, utilizar uma espátula para remover a sujidade;



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

5. Evitar o uso de escovas por lesar as camadas da pele e expor bactérias alojadas em regiões mais profundas da pele, se o seu uso for inevitável, estas devem ser estéreis e de uso único.
- Circulação de pessoal: o ato de circular em uma sala cirúrgica exige conhecimentos e habilidades essenciais, portanto a circulação na sala operatória consiste em atividade desenvolvida exclusivamente pela equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, os quais durante todo o ato anestésico-cirúrgico, desenvolvam atividades a fim de garantir condições funcionais e técnicas necessárias para equipe médica. Os seguintes cuidados devem ser observados:
 1. Manter as portas das salas cirúrgicas fechadas durante o ato operatório;
 2. Limitar o número de pessoas na sala operatória, manter o número de pessoas necessário para atender o paciente e realizar o procedimento (sugerimos no máximo 10 pessoas);
 3. Evitar abrir e fechar a porta da sala operatória desnecessariamente;
 4. Não levar celular, bolsas e alimentos para dentro da sala cirúrgica.
 - Preparo da pele do paciente: realizar a degermação do membro ou local próximo da incisão antes de aplicar a solução antisséptica, aplicando clorexidina degermante. Deve-se retirar a solução degermante antes da aplicação do antisséptico. Retirar a solução degermante com compressa umedecida com SF 0,9% ou água estéril. Realizar a antisepsia no campo operatório com clorexidina alcóolica (pele íntegra) e com clorexidina aquosa (mucosas) no sentido centrífugo circular (do centro para periferia) e ampliar o suficiente para abranger possíveis extensões da incisão, novas incisões ou locais de inserção de drenos.
 - Abertura e inspeção dos materiais esterilizados: os materiais esterilizados devem ser abertos com técnica adequada para que não haja contaminação. Antes da utilização, os materiais e instrumentais devem ser inspecionados quanto: ao indicador de esterilização, integridade da embalagem, presença de sujidades, resíduos, pelos, umidade, etc. Caso haja algum destes, não utilizar este material na cirurgia. Enviar para o CME institucional e citar a não conformidade.
 - Paramentação: a finalidade da paramentação cirúrgica é estabelecer uma barreira microbiológica contra a penetração de microrganismos no sítio cirúrgico do paciente, que podem ser oriundos dele mesmo, dos profissionais, produtos para saúde, ar ambiente. Também tem o sentido de proteger a equipe do contato com sangue e fluidos dos pacientes. A equipe do campo cirúrgico deve fazer uso de paramentação completa (avental, luvas estéreis, touca, óculos, máscara).

O avental cirúrgico, juntamente com as luvas constitui barreira contra a liberação de microrganismos da pele da equipe e contaminação do campo operatório.

Devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico).



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

A máscara deve cobrir totalmente a boca e nariz e deve ser utilizada ao entrar na sala cirúrgica se o instrumental estiver exposto ou se a cirurgia estiver em andamento, a fim de impedir a contaminação da área cirúrgica, bem como do instrumental cirúrgico por microrganismos originados do trato respiratório superior da equipe cirúrgica.

Todos os profissionais que estiverem na sala cirúrgica deverão estar paramentados de forma adequada:

1. Gorro que cubra todo o cabelo;
2. Utilizar máscara que cubra totalmente a boca, o nariz e a barba ao entrar na sala desde o início da cirurgia ou se o instrumental estiver exposto;
3. Utilizar calçados fechados e limpos;
4. Não utilizar propés com a finalidade de prevenir infecção de sítio cirúrgico; este deverá ser utilizado para proteger o calçado de respingos de sangue, secreções ou excreções;
5. A equipe que estiver no ato operatório deverá utilizar avental e luvas estéreis;
6. As luvas estéreis devem ser calçadas após a colocação do avental cirúrgico;
7. Utilizar aventais impermeáveis quando a cirurgia oferecer risco de exposição à grande quantidade de sangue e fluidos corporais;
8. Utilizar óculos ou protetor facial para a proteção da mucosa ocular do profissional de saúde;
9. Trocar a paramentação quando estiver visivelmente suja com sangue ou outro fluído corpóreo potencialmente infectante;
10. Trocar as luvas quando estas sofrerem algum dano ou no fechamento da pele ou subcutâneo em cirurgias infectadas.

Observação: A roupa privativa é de uso exclusivo, sendo proibido seu uso fora do Bloco Cirúrgico.

Toda equipe assistencial do Bloco Cirúrgico deve remover os adornos (anéis, pulseiras, relógios, correntes, etc), de acordo com a NR32.

- Controle metabólico: para cirurgias em geral, tópicos relevantes em relação ao controle metabólico peri-operatório são: controle glicêmico, controle da temperatura corpórea e suplementação da oxigenoterapia tecidual, bem como a manutenção adequada do volume intravascular. Tem sido observada a associação frequente da hipotermia ($T < 35^{\circ}\text{C}$) intracorpórea e um aumento na incidência de sangramento pós-operatório, infecções e eventos cardíacos. A recomendação é manter a temperatura corpórea acima de $35,5^{\circ}\text{C}$ no período perioperatório. O objetivo do controle glicêmico deve ser manter a hemoglobina glicolisada menor que 7% em todo o perioperatório. Além disso, a glicemia deve ser mantida abaixo de 180mg/dl até 24 horas após o final da anestesia.

5.5.3. Medidas pós-operatórias

- Cuidados com a ferida operatória:

Higienizar as mãos antes e após a manipulação do curativo;

Utilizar técnica asséptica;



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

Os curativos devem ser oclusivos nas primeiras 24 horas para manutenção da esterilidade, exceto se houver drenagem da ferida ou indicação clínica;

Feridas com cicatrização por segunda e terceira intenção, escolher a cobertura adequada conforme avaliação da ferida quanto ao exsudato e presença de sinais infecciosos;

Substituir o curativo antes de 24 horas, se molhar, soltar, sujar ou a critério médico.

- Drenos:

O curativo do dreno deve ser realizado separado da incisão (se houver) e sempre iniciar pelo dreno no local menos contaminado, devendo ser mantido limpo e seco.

Se houver incisão limpa e fechada, o curativo deve ser mantido ocluído por 24 horas e, após este período, a área poderá permanecer exposta e lavada com água e sabão.

Sistemas de drenagem aberta (por exemplo, no tipo penrose ou tubular) devem ser mantidos ocluídos com bolsa estéril ou gaze estéril por 72 horas. Após este período, a manutenção da bolsa estéril fica a critério médico.

Alfinetes de segurança não são recomendados como meio para evitar mobilização de drenos penrose, por não serem considerados produto para saúde, enferrujarem facilmente e propiciarem colonização no local. A mobilização do dreno fica a critério médico.

Os drenos de sistema aberto devem ser protegidos durante o banho.

Realizar troca do curativo a cada 24 horas ou sempre que o mesmo se tornar úmido, solto ou sujo.

Higienizar as mãos antes e após a realização do procedimento.

Realizar o curativo utilizando técnica asséptica.

5.5.4. Cuidados com o ambiente e estrutura:

Manter controle da temperatura de 18°C a 22°C, umidade, pressão e filtração do ar (manutenção preventiva a cada 6 meses) – checagem de vazão, limpeza dos ductos e grelhas e troca dos filtros.

Esterilização de todo o instrumental cirúrgico, não utilizar a esterilização flash como rotina ou alternativa para redução do tempo.

Manter dentro da sala operatória somente materiais e equipamentos necessários ao procedimento.

Evitar a circulação de pessoal entre as salas.

Manter as portas das salas operatórias fechadas.

Torneiras acionadas sem contato das mãos.

Manter a limpeza concorrente da sala operatória e desinfecção a cada procedimento, com ênfase nas superfícies mais tocadas.

Realizar a limpeza terminal diariamente, após a última cirurgia do período, incluindo todas as superfícies e acessórios da sala. Não há indicação de técnica de limpeza diferenciada após cirurgias contaminadas ou infectadas.

6. ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

Os pacientes e familiares devem ser informados dos riscos relacionados ao procedimento cirúrgico.

Após o procedimento os pacientes devem ser orientados quanto aos cuidados com a ferida operatória, retorno para retirada dos pontos e uso de medicações prescritas.

Os pacientes e acompanhantes devem ser orientados que caso observem qualquer sinal de infecção procure atendimento em um serviço de saúde, o mais rápido possível.

Os pacientes submetidos a cirurgia de primeira artroplastia total de quadril, artroplastia total de joelho e partos cesarianos, receberão um contato telefônico por mensagem via whatsapp, com o prazo de 30, 60 e 90 dias, com perguntas relacionadas aos sinais clínicos de infecção.

7. RISCOS RELACIONADOS E AÇÕES PREVENTIVAS

Além dos prejuízos físicos, psicológicos e financeiros aos pacientes acometidos, as ISC podem prolongar a estadia do paciente em média de sete a onze dias, além de aumentar a chance de readmissão hospitalar, cirurgias adicionais e, consequentemente, elevar exorbitantemente os gastos assistenciais com o tratamento.

8. INDICADOR

Deverão ser monitorados os seguintes indicadores:

- Taxa de incidência de infecção de sítio cirúrgico em cesárias: (Nº total de ISC relacionadas ao procedimento cirúrgico de cesárias, no período dividido pelo Nº total de procedimentos cirúrgicos de cesárias, realizados no período x 100;
- Taxa de incidência de infecção de sítio cirúrgico em primeira artroplastia de joelho: (Nº total de ISC relacionadas ao procedimento cirúrgico de primeira artroplastia de joelho, no período dividido pelo Nº total de procedimentos cirúrgicos de primeira artroplastia de joelho, realizados no período x 100;
- Taxa de incidência de infecção de sítio cirúrgico em primeira artroplastia de quadril: (Nº total de ISC relacionadas ao procedimento cirúrgico de primeira artroplastia de quadril, no período dividido pelo Nº total de procedimentos cirúrgicos primeira artroplastia de quadril, realizados no período x 100.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora NR 32- Segurança e Saúde do Trabalhador em Serviços de Saúde. Estabelece as diretrizes básicas para a implantação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em qualquer nível de complexidade. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Higiene das Mãos: Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

Segura. Projeto Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: 2005.
BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Cirurgias Seguras Salvas Vidas. Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente. Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Brasília: 2012.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03 / 2024 Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde de notificação nacional obrigatória – ano: 2024

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01 / 2024 Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 02/2025 Orientações para a notificação dos Indicadores Nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos (RAM) - Ano: 2025

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2025 Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde de notificação nacional obrigatória – ano: 2025

10. ANEXOS

Não se aplica.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1ª versão	30/05/2027	Elaboração do POP de Medidas de Prevenção em Infecção de sítio cirúrgico
Elaboração: Aline Cardoso Sousa Lasmar- Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar		Data: 22/05/2025
Validação: Hudson de Jesus Ribeiro – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.		Data: 26/06/2025
Aprovação: Ruber Paulo de Oliveira Gomes - Diretor do Hospital Regional do Gama		Data: 04/06/2025