

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Pamela Talyuli Leite

Preparo cirúrgico das mãos do cirurgião: adesão das boas práticas no período intra-operatório.

Belo Horizonte

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Pamela Talyuli Leite

Preparo cirúrgico das mãos do cirurgião: adesão das boas práticas no período intra-operatório.

Trabalho apresentado ao curso de especialização em prevenção e controle de infecções do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de especialista

Orientador: Prof^ª Adriana Cristina de Oliveira

Belo Horizonte

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Reitor

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Luciana de Gouvêa Viana

Superintendente do Hospital das Clínicas da UFMG

Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira

Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFMG

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES
COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DIDÁTICA

Coordenadora: Profa. Maria Aparecida Martins

Subcoordenadora: Profa. Adriana Cristina de Oliveira

Membros: Profa. Edna Maria Rezende

Profa. Wanessa Trindade Clemente

Representantes discentes: Tatiane Fernandes da Silveira Jales Von Dollinger

Pollianna Kelly da Rocha Rodrigues

Preparo cirúrgico das mãos do cirurgião: adesão das boas práticas no período intra-operatório.

Pamela Talyuli Leite

RESUMO

O acompanhamento e a capacitação dos profissionais quanto ao adequado preparo cirúrgico das mãos é fundamental para minimizar o risco de infecções de sítio cirúrgico. O objetivo deste estudo foi analisar a efetividade das boas práticas no preparo cirúrgico das mãos do cirurgião no período intra-operatório. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa do período de outubro a dezembro de 2014, envolvendo cinquenta e um cirurgiões, selecionados pela clínica, tipo e duração da cirurgia e potencial de contaminação do procedimento. Foi avaliado o preparo das mãos antes do ato cirúrgico (tempo de degermação das mãos, uso e tipo de adornos) e durante o procedimento cirúrgico (quantidade utilizada e trocas de luvas, além dos motivos dessas trocas). Utilizou-se como coleta de dados um formulário estruturado, no qual foi realizada a observação direta desses profissionais no período intra-operatório. Os resultados mostraram que entre as especialidades mais avaliadas a média foi de um a quatro min de preparo das mãos para o procedimento. Dos 51 cirurgiões analisados somente 3 não realizaram o preparo cirúrgico conforme as recomendações do CDC, e 1 utilizou adorno. Nas cirurgias com potencial de contaminação “limpa”, o tempo médio de preparo das mãos foi de 4 min. A observação direta demonstrou a necessidade de melhorias na adesão às boas práticas por esses profissionais. Seria relevante um estudo sequencial para o feedback desses profissionais e posteriormente uma nova avaliação para verificar a efetividade destas ações.

Palavra chave: Preparo cirúrgico das mãos, intra-operatório, boas práticas

SÚMARIO

LISTA DE TABELA.....	06
LISTA DE GRAFICO.....	07
1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVO.....	12
3 MATERIAL E METODO.....	13
3.1 <i>Delineamento do estudo.....</i>	13
3.2 <i>Local do estudo.....</i>	13
3.3 <i>Amostra.....</i>	13
3.4 <i>Coleta de dados.....</i>	14
3.5 <i>Aspectos éticos.....</i>	14
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	15
5 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APENDICE.....	24

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Frequência de cirurgias avaliadas por especialidade. Belo Horizonte 2015

TABELA 2 - Distribuição geral do tempo médio gasto em minutos para o preparo cirúrgico das mãos por especialidade. Belo Horizonte 2015.

TABELA 3 - Distribuição do tempo gasto em minutos por cirurgião. Belo Horizonte 2015

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição de cirurgias de acordo com o potencial de contaminação. Belo Horizonte 2015.

GRÁFICO 2 - Distribuição de cirurgias de acordo com o potencial de contaminação por especialidade. Belo Horizonte 2015.

1 INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas a assistência tem sua origem desde a idade média nas expedições a Colômbia, marinheiros relatavam que havia transmissão de doenças de pessoa a pessoa, em 1546, Francastorius, define melhor esse “contágio” como sendo de três formas; por contato direto, indireto e sem contato. Desde os primeiros relatos houve um interesse em se conhecer mais sobre as doenças e seus mecanismos de transmissão, sendo em 1603, na Europa, fundado as primeiras associações e as revistas científicas e literárias. (FERNANDES, 2000; RODRIGUES, 1997).

Com o avanço tecnológico muitos instrumentos foram descobertos e aperfeiçoados ao longo do tempo, colaborando para a descoberta das bactérias, por exemplo, em 1863, pelo pesquisador holandês Anton Van Leeuwenhock (PELCZAR, 1996; RODRIGUES, 1997). No século XVIII com o intuito de evitar a propagação das doenças, os doentes eram restritos em hospitais, mas devido às condições destes hospitais ocorriam rapidamente a disseminação das doenças contagiosas, febre tifóide e cólera. E para tentar conter essa propagação no início do século XIX, na Inglaterra, é instituído o isolamento de pacientes que apresentavam essas afecções. Foi o início para o surgimento de várias medidas que reduziriam a disseminação destas doenças. (COUTO *et al*, 2009, FONTANA, 2006).

Pesquisadores e estudiosos começaram a se interessar pelas doenças infecciosas, e, em 1843 Holmes realizou investigações que evidenciaram que médicos em contato com puérperas infectadas podiam se contaminar com a febre puerperal. Prosseguindo com a idéia de transmissão de doenças no ambiente intra-hospitalar, Ignaz Philipp Semmel Weis, anos depois, detectou que as parturientes atendidas pelos médicos possuíam 10% de chance de evoluir com infecção puerperal, sendo cerca de 3% menor essa probabilidade nas puérperas que eram atendidas pelas parteiras. Essa pesquisa levantou várias discussões a respeito de como ocorriam às transmissões das doenças, e como precaução foi definida em 1847 a lavagem das mãos com solução clorada antes dos procedimentos cirúrgicos. Essa medida trouxe grande repercussão nos resultados da incidência de infecções. (COUTO *et al*, 2009; FONTANA, 2006).

Tomando como base as pesquisas realizadas por Semmel Weis, em 1860 James Simpson analisou a ocorrência de mortalidade entre pacientes que tinham seus membros

amputados na cidade e no interior. Percebeu que a mortalidade era 5 vezes maior na cidade, e a maioria desses pacientes evoluíram para infecção. Simpson concretizou sua teoria de que nos hospitais havia propagação por contato através de secreções de outros pacientes que estavam contaminados. No mesmo período, após a guerra da Crimeia, surge Florence Nightingale, considerada precursora de medidas de higiene, melhorias no atendimento ao paciente, avaliação estatística das mortalidades e muitos outros feitos, tornou-se um marco para a vigilância epidemiológica e para os cuidados com o paciente. Após várias iniciativas, observa-se na história uma melhora significativa no atendimento hospitalar. (HOSSINE, 1995; RODRIGUES, *et al* 1997).

Com o decorrer dos anos as pesquisas e vigilância sobre o assunto aumentaram, trazendo conhecimentos sobre o cuidado e novas práticas hospitalares. Joseph Lister pontua a importância das práticas de antisepsia, preconizando o ácido carbólico pulverizado no ambiente. No início do século XX se faz referência à esterilização de objetos que eram levados à mesa de cirurgia e recomendação sobre o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI's) como máscara, luvas e gorros. (COUTO *et al*, 2009).

Mesmo com todos esses avanços, as infecções hospitalares tinham se tornado um problema. Com o intuito de buscar por substâncias que matavam ou inibiam o crescimento dos microorganismos, foi descoberta a penicilina, mas somente em 1940 conseguiu-se produzir a penicilina para fins terapêuticos. Com essa descoberta, os pesquisadores acreditavam que as infecções por microorganismos eram coisas do passado. Contudo, nessa mesma época, os EUA sofreram uma pandemia por estafilococos multirresistentes aos antimicrobianos existentes, o que levou o governo a criar em 1946, em Atlanta, o centro de doenças comunicáveis que possuía uma divisão para assessorar os hospitais em casos de epidemias. (CDC, 2011)

A preocupação com a segurança do paciente tem se tornado prioridade nos últimos anos, em outubro de 2004, a OMS lançou formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente por meio de Resolução na 57ª Assembléia Mundial da Saúde, recomendando aos países maior atenção ao tema Segurança do Paciente. Desde então, na América Latina, os países vêm se estruturando para cumprir as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Em 2005 a Organização mundial da saúde lançou o primeiro desafio focado na prevenção e redução de IRAS, com o tema

Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura. Em 2007, o segundo Desafio Global de Saúde do Paciente teve foco na segurança cirúrgica, com o tema Cirurgia Seguras salvam Vidas.

O papel da equipe cirúrgica é fundamental para minimizar os agravos relacionados a assistência, o preparo adequado das mãos pelo cirurgião é essencial para reduzir a microbiota residente e transitória da pele, diminuindo a transição desde microorganismo para o paciente. Para prevenir a transmissão de microrganismos pelas mãos é essencial um agente antisséptico ou tópico, os mesmos devem ser utilizados com a técnica correta descrita pela OMS.

O CDC e a OMS recomenda o uso de agentes anti-septicos utilizados para higienização das mãos, os mesmos devem ter ação antimicrobiana imediata e efeito residual ou persistente. Com o constante aumento dos procedimentos cirúrgicos no mundo há uma grande preocupação com as boas práticas, ...” Estima-se que sejam realizadas no mundo cerca de 240 milhões de cirurgias ao ano e que haverá um aumento da incidência de enfermidades cirúrgicas na próxima década”.(WHO, 2009).

A higienização das mãos é uma das principais medidas para prevenção de infecções relacionadas à assistência. Apesar das recomendações feitas pela Organização mundial de Saúde (OMS), a adesão dos profissionais às boas práticas de higienização das mãos é baixa na maioria dos hospitais (BRASIL, 2013).

A principal medida para combater essa baixa adesão é a promoção de treinamentos sobre a higienização das mãos para a equipe multidisciplinar. A equipe tem um papel fundamental para minimizar os eventos adversos relacionados à assistência ao paciente e garantir uma assistência segura. Em 2008 foi realizada uma revisão sistemática sobre a ocorrência de eventos adversos nos hospitais. O estudo revelou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico. As taxas de eventos adversos em cirurgia geral variam, segundo diferentes estudos e métodos de avaliação, entre 2% e 30% (REBASA, 2011).

As mãos dos profissionais de saúde podem ser persistentemente colonizadas por microorganismos e, principalmente em áreas críticas como unidades de pacientes cirúrgicos, tem um importante papel nas infecções relacionadas à assistência à saúde (ANVISA,2014). O preparo pré-operatório das mãos da equipe cirúrgica deve ser

diferenciado, com o objetivo principal de reduzir a carga microbiana das mãos, minimizando o risco da introdução de microorganismos no sítio cirúrgico. (WIDMER, et al, 2010).

De acordo com um estudo publicado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) em janeiro de 2014, a vigilância da infecção de sítio cirúrgico com o feedback de dados adequados aos cirurgiões foi considerado um componente importante nas estratégias para reduzir o risco infecção de sítio cirúrgico.

O serviço de prevenção e controle de infecção hospitalar tem um papel fundamental de envolver os cirurgiões nas boas práticas de higienização das mãos, mostrar a importância de uma prática adequada e o impacto dessas práticas nas infecções de sítio cirúrgico. (BRASIL, 2013).

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar a adesão das boas práticas no preparo cirúrgico das mãos do cirurgião no período intra-operatório.

2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar as cirurgias acompanhadas de acordo com a especialidade, classificação da cirurgia pelo potencial de contaminação e pelo tipo de procedimento.
- Descrever o procedimento de preparo das mãos do cirurgião considerando remoção de adornos e tempo.
- Identificar, durante o ato cirúrgico, a utilização de luva dupla, perfuração da luva percebida pelo cirurgião e intervalos das trocas de luva.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, envolvendo cinquenta e um cirurgiões de diferentes especialidades e que realizaram cirurgia na primeira hora do dia durante o período da avaliação, outubro a dezembro de 2014.

A primeira etapa consistiu na observação direta dos cirurgiões no período antes de sua entrada na sala cirúrgica, onde será avaliado o tempo de preparo das mãos cirúrgicas sendo cronometrado o seu tempo e o uso de adornos, esses dados foram compilados em formulário específico (APENDICE 1). Após a entrada do cirurgião na sala cirúrgica será avaliado número de luvas usadas no procedimento, se houve troca de luvas e os motivos dessas trocas, através da observação direta pelo técnico de enfermagem presente em sala e posterior preenchimento de um formulário específico (APENDICE 2). Após a coleta de dados será feita uma análise estatística dos dados contendo todas as variáveis apresentadas nos formulários.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital geral particular de Belo Horizonte, esse hospital contém 350 leitos, com corpo clínico aberto, e atende especialidade cirúrgica: Gerais, neurocirurgias, cirurgias cardíacas, pediátricas, plásticas, vascular e ginecológica.

3.3 Amostra

Foram elegíveis para o estudo cinquenta e um cirurgiões diferentes selecionados pelo tipo de especialidade médica, tipo e duração da cirurgia e classificação do potencial de contaminação do procedimento (limpa, infectada, potencialmente contaminada e contaminada). Os cirurgiões incluídos na pesquisa foram avaliados em um dos períodos determinados, segunda, quarta e sexta-feira, os cirurgiões selecionados foram avaliados somente uma vez, não houve repetição dos mesmos.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por pesquisador principal, capacitado quanto às boas práticas de comportamento e paramentação em ambientes onde são realizados procedimentos cirúrgicos. Este profissional também foi orientado quanto à não intervenção nas práticas realizadas na instituição, a fim de se evitar um viés ao presente estudo, sendo a sua participação meramente observacional.

3.5 Aspectos éticos

O estudo está em aprovação pela instituição e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição e foi submetido em 06/011/2014.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados no período do estudo 51 cirurgiões, divididos em 8 especialidades diferentes, sendo a de maior frequência a especialidade de cirurgia geral, cirurgia ginecológica e cirurgia ortopédica e a de menor prevalência as especialidades de neurocirurgia, urologia, pediatria, cirurgia vascular e cirurgia plástica (TABELA 1). Foi considerado que este resultado deve-se ao fato de o hospital avaliado ser um hospital geral, prevalecendo especialidades cirúrgicas de maior complexidade.

TABELA 1 - Frequência de cirurgias avaliadas por especialidade. Belo Horizonte 2015

Especialidade	Nº	%
Neurocirurgia	2	4
Urologia	2	4
Pediatria	2	4
Plástica	3	5
Vascular	5	10
Ortopedia	10	19
Ginecologia	13	25
Geral	14	27
Total	51	100

Mediante avaliação da distribuição das cirurgias pelas especialidades estudadas, observou-se que, em relação ao tempo médio gasto por cada especialidade para a realização do preparo cirúrgico das mãos (TABELA 2), a cirurgia ortopédica apresentou o melhor desempenho com um tempo médio de 4 minutos de preparo. Em contrapartida, a cirurgia ginecológica, que apresentou praticamente o mesmo número de cirurgias avaliadas, apresentou média de 01 minuto.

Observou-se que, entre as especialidades cirúrgicas menos prevalentes (neurocirurgia, urologia, pediatria, cirurgia vascular e cirurgia plástica), a média de tempo gasto no preparo das mãos sofreu variações de 1 a 4 minutos. A cirurgia pediátrica teve melhor desempenho em comparação à neurocirurgia e urologia, tendo a maior média de tempo em preparo cirúrgico das mãos, equiparando-se em quantidade de procedimentos avaliados entre as mesmas. De todos os 51 procedimentos avaliados, somente 1 cirurgião da especialidade de ginecologia utilizou adorno (relógio) durante a observação direta.

De acordo com as recomendações da OMS, o preparo das mãos cirúrgicas deve começar após a retirada de adornos, realizando a fricção mecânica com auxílio de escova, em todas as superfícies dos membros até os cotovelos e deve durar entre 3 a 5 minutos.

TABELA 2 - Distribuição geral do tempo médio gasto em minutos para o preparo cirúrgico das mãos por especialidade. Belo Horizonte 2015.

Especialidade	Total de procedimentos acompanhados	Média de tempo (min)
	Nº	Tempo gasto
Neurocirurgia	2	01:05
Urologia	2	02:00
Pediatria	2	04:00
Plástica	3	01:00
Vascular	5	01:08
Ortopedia	10	04:00
Ginecologia	13	01:04
Geral	14	01:20
Total	51	15:37

Ao analisar os resultados individuais por cirurgião percebemos que a média de tempo gasto pelos cirurgiões são semelhantes, como ocorreu nas especialidades de cirurgia geral e ginecologia (TABELA 3). Não foi possível identificar a causa da semelhança de tempo entre os profissionais de cada especialidade, porém há uma suspeita de que as equipes realizem treinamentos ou repassem informações sobre este assunto a seus profissionais, o que levaria a uma padronização da prática do preparo cirúrgico das mãos. A educação em saúde acompanhada de recomendações bem estabelecidas é uma forma eficaz para garantir a adesão às boas práticas em saúde. A prática incorreta das técnicas de assepsia e antisepsia podem elevar drasticamente os índices e a gravidade das infecções cirúrgicas (SHEA, 2014).

Dentre as especialidades mais prevalentes no estudo (TABELA 3), os profissionais da equipe de ginecologia avaliados apresentaram a menor média de tempo gasto no preparo cirúrgico das mãos. Dentre os 13 cirurgiões avaliados, 2 não realizaram o preparo (devido a situação de emergência) e 1 profissional gastou somente um segundo para realizar o preparo (molhou as mãos com água), sendo, por isso, considerado como “não realização” do procedimento. Este mesmo cirurgião foi o que também utilizou adorno (relógio) durante o procedimento.

TABELA 3 - Distribuição do tempo gasto em minutos por cirurgião. Belo Horizonte 2015

Especialidade	Tempo (min) por cirurgião
	Tempo gasto
Geral 1	01:00
Geral 2	01:00
Geral 3	01:00
Geral 4	01:00
Geral 5	02:00
Geral 6	02:00
Geral 7	01:00
Geral 8	01:00
Geral 9	01:00
Geral 10	01:00
Geral 11	01:00
Geral 12	01:00

Geral 13	02:00
Geral 14	01:00
<hr/>	
Ginecologia 1	01 segundo
Ginecologia 2	01:00
Ginecologia 3	Não escovou
Ginecologia 4	Não escovou
Ginecologia 5	01:00
Ginecologia 6	01:00
Ginecologia 7	02:00
Ginecologia 8	02:00
Ginecologia 9	02:00
Ginecologia 10	01:00
Ginecologia 11	01:00
Ginecologia 12	01:00
Ginecologia 13	02:00
<hr/>	
Ortopedia 1	02:00
Ortopedia 2	03:00
Ortopedia 3	03:00
Ortopedia 4	04:00
Ortopedia 5	04:00
Ortopedia 6	04:00
Ortopedia 7	08:00
Ortopedia 8	05:00
Ortopedia 9	07:00
Ortopedia 10	03:00
<hr/>	
Vascular 1	02:00
Vascular 2	02:00
Vascular 3	02:00
Vascular 4	02:00
Vascular 5	01:00
<hr/>	
Pediatra 1	04:00
Pediatra 2	04:00
<hr/>	
Neurocirurgia 1	02:00
Neurocirurgia 2	01:00
<hr/>	
Urologia 1	02:00
Urologia 2	02:00
<hr/>	
Plástica 1	Não escovou
Plástica 2	01:00
Plástica 3	01:00
<hr/>	

Dentre as especialidades menos prevalentes (TABELAS 3), a cirurgia plástica foi a que apresentou o menor tempo de preparo cirúrgico das mãos e que também apresentou um cirurgião que não realizou o preparo cirúrgico das mãos.

Em relação ao potencial de contaminação, prevaleceram cirurgias classificadas como “limpas” (47%), sendo as especialidades de urologia e ginecologia as únicas em que não foi observado este tipo de potencial de contaminação. Em contrapartida, as cirurgias consideradas “potencialmente contaminadas” representaram 37% das cirurgias realizadas e se concentraram nas especialidades de cirurgia geral, ginecologia e urologia (GRÁFICOS 1 e 2).

GRÁFICO 1 - Distribuição de cirurgias de acordo com o potencial de contaminação. Belo Horizonte 2015.

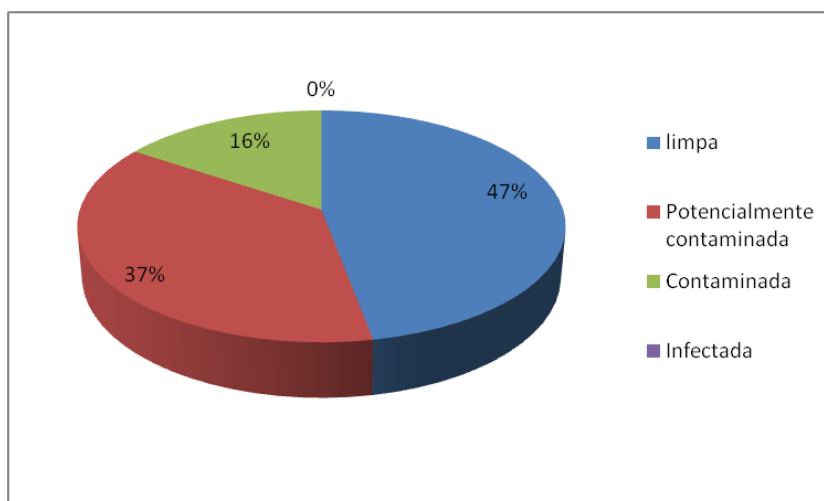
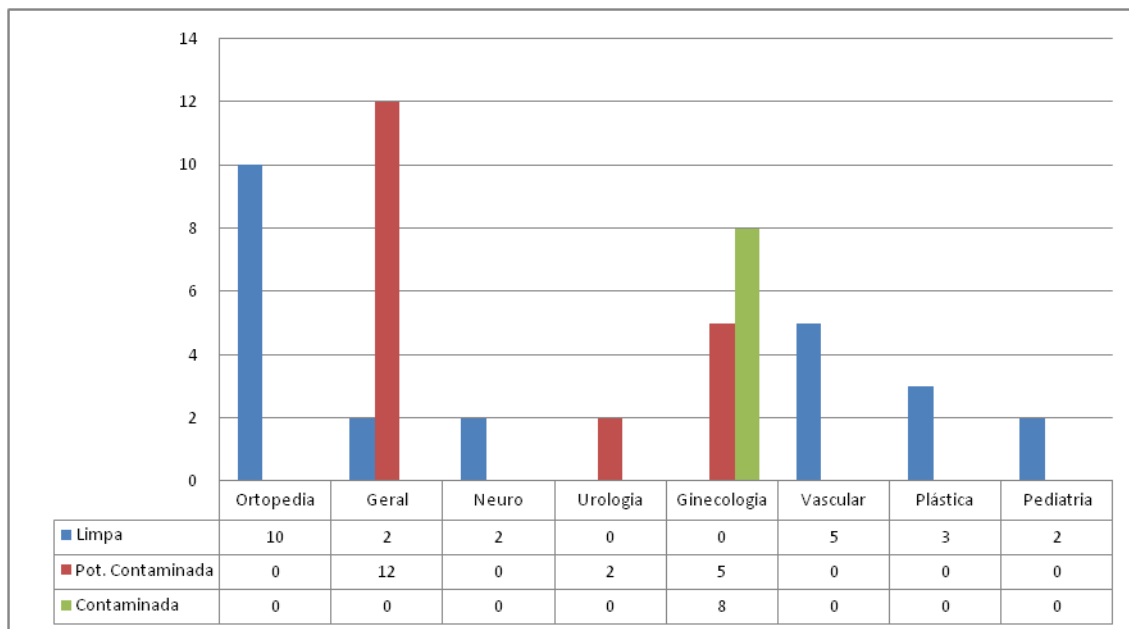


GRÁFICO 2 - Distribuição de cirurgias de acordo com o potencial de contaminação por especialidade. Belo Horizonte 2015.



Também foram avaliados neste estudo o número de trocas de luvas pelos cirurgiões durante o procedimento e os motivos dessas trocas. Na especialidade de ortopedia, dentre 10 ortopedistas avaliados somente 01 realizou a troca das luvas devido a perfuração por instrumental e o outro profissional utilizou luva dupla por se tratar de um procedimento com alto risco de contaminação. Na cirurgia geral, dos 14 cirurgiões avaliados somente 1 realizou troca de luvas por se tratar de um procedimento mais demorado (troca realizada após 03 horas de cirurgia), assim como a neurocirurgia em que 1 cirurgião trocou de luvas após 05 horas de procedimento. As trocas de luvas aconteceram nas especialidades com maior média de tempo em cirurgia, neurocirurgia, geral e ortopedia.

Não existem estudos que comprovam que o uso de luva dupla protege mais ou evita a contaminação das mãos. Por esse motivo, a OMS orienta que o uso de luvas não substitui a higienização das mãos em nenhuma circunstância. Na instituição do estudo não existe um protocolo da periodicidade da troca de luvas pelos cirurgiões durante o procedimento.

Um estudo publicado em 2010 pelo *American Journal of Infection Control* (AJIC) analisou a concentração de bactérias que passam através de orifícios de luvas em condições cirúrgicas e observou-se que a taxa de microperfuração da camada externa foi de 15% em média. A passagem de bactérias do sítio cirúrgico através de perfurações foi detectada em 4,7% das luvas investigadas. O estudo mostra que, dependendo da duração do uso, as luvas cirúrgicas desenvolvem microperfurações, não reconhecidas imediatamente pela equipe, o que permite a passagem de bactérias. Por isso o estudo sugere que deve ser incorporadas estratégias para a prevenir a passagem de bactérias, incluindo mudança de luva a cada 90 min. (AMERICAN JOURNAL OF INFECTION CONTROL, 2010)

Apesar dos avanços nas práticas de controle de infecção, melhor ventilação na sala de cirurgia, adesão a profilaxia antimicrobiana, evolução dos métodos de esterelização e automatização da limpeza, a ISC (infecção de sítio cirúrgico) continua a ser uma causa importante de morbimortalidade e internação prolongada, “...a ISC está associada a uma taxa de mortalidade de 3%, e 75% das mortes..” (CDC, 2015)

Para se reduzir o risco de ISC, é essencial uma vigilância sistemática, compreendendo que as infecções são influenciadas por fatores do paciente, da cirurgia e da equipe assistencial. Sendo assim um alinhamento é necessário entre o controle de infecção e a equipe assistencial. É essencial que todos os profissionais sejam capacitados, acompanhados e que recebam um retorno do seu desempenho durante o processo de avaliação. A vigilância da infecção de sítio cirúrgico com retorno de dados aos cirurgiões tem demonstrado ser um componente importante na estratégia para reduzir o risco dessas infecções. (CDC, 2015)

5 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu analisar a necessidade de capacitações e acompanhamento da equipe multidisciplinar, para que o conhecimento das boas praticas seja uniforme e consistente na instituição. O envolvimento de profissionais capacitados para a realização dessa pratica é fundamental para obtenção de resultados satisfatórios.

O controle de infecção tem um papel fundamental no processo de aperfeiçoar normas e rotinas e estabelecer uma padronização de conhecimento entre os profissionais. Não basta somente transmitir o conhecimento, a educação em saúde deve ser continua, o acompanhamento com retorno periódicos é um componente importante para reduzir as infecções de sitio cirúrgico.

A educação em saúde é um trabalho constante, e não deve ser visto como função restrita do CCIH, toda a equipe assistencial deve assumir a responsabilidade nas disseminação e execução correta das boas praticas em saúde. Seria relevante um estudo seqüencial para o *feed back* desses profissionais e posteriormente uma nova avaliação para verificar a efetividade destas ações.

REFERÊNCIAS

Anderson DJ, Kaye KS, Classen D, et al. **Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals.** Infect Control Hosp Epidemiol 2008;29(suppl 1):S51–S61.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. protocolo para pratica de higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2013.

Bibliomed apud American Journal of Infection Control, Volume 38, Issue 2, March 2010, Pages 154-158. Acessado em 25/03/2015:
[http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(09\)00754-8/fulltext](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(09)00754-8/fulltext)

CDC – Centers for Disease Control and Prevention, 2014.

COUTO, R.C *et al.* **Infecção hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento.** 4. Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cap 1, p. 3-7.

FERNANDES AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. **A Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo (SP): Atheneu; 2000.

FONTANA RT. **As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções.** Rev Bras Enferm 2006 setout; 59(5):703-6.

HOSSINE W.S; **Infecção Hospitalar- aspectos éticos.** Ver. Assoc. Med. Brasil. 41:23-33, 1995.

MARTINS, P. (2006). **Epidemiologia das infecções hospitalares em centro de terapia intensiva de adulto.** 97p. Dissertação: Mestrado em Medicina Tropical, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

PELCZAR Junior MJ, Chan ECS, Krieg NR. **Microbiologia: conceitos e aplicações.** São Paulo (SP): Makron Books; 1996.

REBASA P, Mora L, Vallverdu H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, et al. [Adverse events in general surgery. A prospective analysis of 13,950 consecutive patients]. Cir Esp. 89. Spain: A 2011 AEC. Published by Elsevier Espana; 2011. p. 599-605.

RODRIGUES E.A.C; MENDONÇA J.S. *et al.* **Infecções Hospitalares prevenção e controle.** São Paulo: Sarvier Ed. 1997, pg. 3-27.

WIDMER AF, Rotter M, Voss A, Nthumba P, Allegranzi B, Boyce J, Pittet D. **Surgical hand preparation: state-of-the-art.** J Hosp Infect. 2010 Feb;74(2):112-22.

World Health Organization (WHO). **Safe surgery saves lives. The second global patient safety challenge.** Geneva: World Health Organization; 2009.

APENDICE 1

TABELA DE ACOMPANHAMENTO DOS CIRURGIÕES

ORTOPEDIA															
HORARIO CIRURGIA	ATENDIMENTO	CIRURGIÃO	ESPECIALIDADE	TEMPO DE DEGERMAÇÃO		USO DE ADORNOS			TIPO DE ADORNOS	DURAÇÃO DA CIRURGIA	CLASSIFICAÇÃO	Nº DE PAR LUVAS	TROCA DE LUVAS		MOTIVO DAS TROCAS
				INICIO	TERMINO	TEMPO/MIN	SIM	NÃO					SIM	NÃO	

APENDICE 2

QUESTIONÁRIO	
1.	Nome do cirurgião:
1.	Nº de luvas usadas durante o procedimento 1 () 2 () 3 () Mais de 4 ()
1.	Houve troca de luvas durante o procedimento? Sim () Não ()
1.	Quais foram os motivos das trocas? _____ _____ - _____ _____