



RASTREIO DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO POR DEMANDA ESPONTÂNEA: ACOLHIMENTO E DIAGNÓSTICO OPORTUNOS

Thália Letícia Batista Menezes¹

Thaís Lara Batista Menezes²

Júlia Ferreira Laureano³

João Walyson de Paula Cordeiro⁴

Nastachê Monteiro Monte⁵

1. Enfermeira. Pós-graduada em Saúde Pública. Coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital e Maternidade Santa Terezinha. Caucaia, Ceará. Brasil.
Apresentadora.

2. Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, Ceará. Brasil.

3. Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Cardiologia Clínica e Intervencionista. Enfermeira no Hospital do Coração Padre José Linhares Ponte. Sobral, Ceará. Brasil.

4. Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, Ceará. Brasil. Sócio ABEn CE.

5. Enfermeira. Coordenadora de Enfermagem do Hospital e Maternidade Santa Terezinha de Caucaia.

INTRODUÇÃO: A Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) destaca-se como uma das mais incidentes Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), sua ocorrência é multifatorial e diretamente relacionada aos fatores intrínsecos, relacionados às condições pregressas de saúde dos pacientes, como obesidade e diabetes, e fatores extrínsecos, tais como os cuidados cirúrgicos. A ISC configura-se como um problema de saúde pública mundial, devido aos altos índices de morbimortalidade, além do impacto no tempo de internação e aumento dos custos hospitalares em decorrência do seu tratamento¹. Evidências mostram que a taxa de incidência de ISC pode variar de 2,5% a 41,9%, com as taxas maiores em países de baixa renda e em condições estruturais precárias de atendimento à saúde². O monitoramento de ISC exige estratégias estruturadas de vigilância pós-alta, visto que esse período varia



conforme o procedimento realizado. As ISC em cirurgias convencionais e cesarianas podem ocorrer em até 30 dias após o procedimento, nesse caso, a vigilância é mais frequente através de vistorias nos prontuários, contato telefônico e visitas domiciliares³. Apesar disso, tais estratégias possuem limitações, como a perda de contato com os casos, telefones inválidos, baixa adesão ao acompanhamento e falta de padronização dos fluxos de monitoramento. O controle pós alta é de grande relevância, visto que estatisticamente, de 12% a 84% das ISC ocorrem quando o paciente não está mais no hospital⁴. Portanto, os serviços que compõem a rede de atenção aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no âmbito do Sistema Único de Saúde, devem dispor de atendimentos porta aberta para o rastreio e atendimento de queixas de ISC. Assim, seguindo as orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2025 foi implantada uma estratégia de rastreio com demanda espontânea para egressos cirúrgicos de um Hospital e Maternidade no estado do Ceará. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da implementação de estratégia de rastreio passivo com demanda espontânea para pacientes egressas de procedimentos cirúrgicos realizados em uma maternidade. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que discorre sobre a implementação de rastreio passivo através de demanda espontânea para egressas de procedimentos cirúrgicos realizados em uma maternidade de nível secundário na Região Metropolitana de Fortaleza, no Ceará. A unidade realiza cerca de 230 procedimentos cirúrgicos mensais, incluindo Curetagem, Parto Cesárea e Laqueadura Tubária, com média de partos cesáreos de 140 procedimentos ao mês. O rastreio foi implementado junto ao Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico (ACRO) em outubro de 2025, é porta aberta e contempla todas as pacientes egressas de procedimentos cirúrgicos realizados na unidade. O presente estudo avalia sua atuação no período de outubro de 2025 a março de 2026. No momento da alta, as pacientes são orientadas pela equipe de enfermagem a retornar em caso de sinais flogísticos na incisão, ou sintomas sistêmicos que poderiam estar relacionados ao procedimento cirúrgico. As pacientes também recebem todas as orientações por escrito através do “Roteiro de Alta Hospitalar”, que contém informações detalhadas sobre os cuidados a serem realizados no domicílio. Caso retorne, é atendida pelo profissional enfermeiro do ACRO, que preenche a ficha de acolhimento com todas as queixas e a data do procedimento realizado e sinaliza, através de planilha compartilhada com a enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), o retorno da paciente com as informações obtidas durante o atendimento; a paciente é encaminhada ao atendimento médico para



avaliação e diagnóstico, quando necessário, é readmitida para tratamento na própria instituição, possibilitando a continuidade do cuidado e o acompanhamento dos desfechos. O SCIH realiza a investigação do caso através do resgate do prontuário da paciente, é nele que se identificam os seus fatores de risco para ISC, os dados do procedimento cirúrgico, e onde é checado o preenchimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). Também identificam-se os fatores de riscos preexistentes e os relacionados ao procedimento, além dos dados do retorno ao serviço, como a classificação, diagnóstico e tratamento do sítio de infecção realizado pelo médico atendente no consultório. Todas as ISC de cesárea são registradas para posterior notificação à ANVISA, dentro do prazo estipulado de 30 dias da data do procedimento. **RESULTADOS:** As ISC são resultado de multifatores, mas a combinação de protocolos cirúrgicos seguros, profilaxia apropriada e atuação ativa da enfermagem reduz de forma importante a incidência e as complicações associadas. Ao longo do intervalo observado, foram avaliadas 18 pacientes que retornaram ao serviço por demanda espontânea com sinais e sintomas de ISC, dessas, 15 foram diagnosticadas com ISC Superficial, envolvendo apenas pele e tecido subcutâneo. Observou-se que a média de retorno ocorreu por volta do 12º dia de pós-operatório, o que confirma a necessidade das orientações e do serviço porta-aberta. Foram diagnosticadas 12 pacientes através de visita à beira-leito com investigação via prontuário enquanto ainda não tinham recebido alta. A taxa de ISC mensal manteve-se abaixo de 3%, o recomendado pela ANVISA. Ademais, durante esse período, também foram realizadas educações permanentes com a equipe multiprofissional e o corpo de enfermagem foi treinado para acolher, identificar com rapidez e orientar as pacientes sobre os sinais e sintomas de infecção. A equipe médica foi orientada sobre a prevenção de ISC através do cumprimento das diretrizes nacionais e internacionais de controle de IRAS. A vigilância pós alta foi essencial para o rastreio das pacientes, com diagnóstico oportuno e tratamento adequado. Porém, algumas fragilidades ainda são transversais aos serviços. No início do estabelecimento do fluxo para o atendimento, houve resistência principalmente da equipe médica que precisaria preencher as fichas de atendimento com maior cautela, incluindo descrição do atendimento, diagnóstico e condutas. Também houve resistência quanto ao cumprimento das medidas de controle de infecção, como o uso de adornos. Houve apoio da gestão e da equipe de enfermagem para o acolhimento e orientações às pacientes, mas certa resistência para participarem dos treinamentos, principalmente se realizados fora de seu setor de trabalho. A equipe do SCIH pôde participar da construção do fluxo de

atendimento, da escolha dos temas para os treinamentos e dos diálogos multiprofissionais de construção dos protocolos institucionais para prevenção de IRAS, momentos enriquecedores para a trajetória profissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É importante reforçar que nenhum método isolado de vigilância é eficiente, a combinação de estratégias passivas e ativas tende a alcançar maior quantidade de pacientes e melhor qualidade de dados epidemiológicos. Nesse processo, e para evitar casos de subnotificação, cabe às Unidades de Saúde ampliarem as ações de vigilância de ISC, com estratégias diversificadas, a fim de preencher as lacunas decorrentes do processo de pós-alta. A sensibilização da equipe multiprofissional sobre a importância do cumprimento das normativas e a oferta de capacitações devem ser frequentes nos serviços, bem como a manutenção de canais de comunicação aberta e oportunas para integração das equipes e dos gestores.

REFERÊNCIAS:

1. Reis RG dos, Rodrigues MCS. Infecção de sítio cirúrgico pós-alta: ocorrência e caracterização de egressos de cirurgia geral. **Cogitare Enferm.** 2017;22(4):e50632. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483654880022/> Accessed 2026 Apr 19.
2. Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH, Clemente WT, Lacerda RA. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. **Rev Saude Publica.** 2002;36(6):717-722. doi:10.1590/S0034-89102002000700009.
3. Pantoja ADV, Brito MVH, Lima AB de, Cruz ACA da, Paulo TS da, Sousa LG de. Estratégias de vigilância pós-operatória para infecção de sítio cirúrgico: uma revisão integrativa. **Rev Foco.** 2025;18(8):e9387. doi:10.54751/revistafoco.v18n8-015.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; [cited 2026 Apr 19]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude/>

DESCRIPTORES: Infecção da Ferida Cirúrgica; Vigilância Epidemiológica; Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

EIXO TEMÁTICO: Eixo 3: Prática social, cuidado e impactos na saúde da população;