

INCIDÊNCIA DE PARTOS ABDOMINAIS E INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO EM MATERNIDADES

Milena Gomes Pereira¹

Eysler Gonçalves Maia Brasil²

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi identificar a taxa de partos abdominais e a incidência de infecção de sítio cirúrgico de ferida operatória após parto cesariana em mulheres nos meses de janeiro de 2012 à dezembro do ano de 2021, assistidas em maternidades do Estado do Ceará, a partir da avaliação dos dados fornecidos pelo ministério da saúde, registrados no tabulador genérico de domínio público (Tabnet) e os boletins de segurança do paciente e qualidade em serviços em saúde formulados pela agência nacional de vigilância sanitária, de acordo com as notificações da comissão de controle de infecção hospitalar das instituições de serviços, aliando a essas evidências, se verificou fatores de risco atrelados a infecção de sítio cirúrgico observado a partir da vivência acadêmica em mulheres hospitalizadas em uma maternidade de nível secundário no Estado do Ceará. Tratou-se de um estudo do tipo descritivo, por trazer a vivência da acadêmica de enfermagem nos cenários hospitalares; retrospectivo e documental, realizado a partir dos dados do tabulador genérico de domínio público (Tabnet), analisados a partir da literatura existente na área. A síntese do trabalho evidenciou as altas taxas de partos abdominais na região nordeste em controversa com as baixas taxas de infecções de sítio cirúrgico desses partos nos anos de 2012 à 2021, a falta de protocolos e suas implementações, bem como também subsídios para os próprios profissionais. Diante disso se fez inteligível a necessidade da alimentação nas bases de dados e publicações de boletins epidemiológicos, a nível estadual, como também a elaboração e implementação de protocolos internos, bem como fiscalização para essas notificações e prevenção de fatores de riscos relacionados à infecção de sítio cirúrgico. Foi possível traçar um plano de estratégias com base nos achados para abrandar as conjunturas com enfoque na assistência de enfermagem a fim de minimizar o alcance de risco para novos pacientes e redução dos custos para a assistência hospitalar.

Descritores: Enfermagem; Cesárea; Infecção da ferida cirúrgica.

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the rate of abdominal deliveries and the incidence of surgical wound infection after cesarean delivery in women from January 2012 to December 2021, assisted in maternity hospitals in the State of Ceará, from the evaluation of data provided by the Ministry of Health, registered in the public domain generic tabulator (Tabnet) and the bulletins on patient safety and quality in health services formulated by the national health surveillance agency, according to the notifications of the control commission of nosocomial infection in service institutions, in addition to this evidence, there were risk factors linked to surgical site infection observed from the academic experience of women hospitalized in a secondary maternity hospital in the State of Ceará. This was a descriptive study, as it brings the experience of nursing students in hospital settings; retrospective and documental, based on data from the generic tabulator in the public domain (Tabnet), analyzed based on the existing literature in the area. The synthesis of the work showed the high rates of abdominal deliveries in the northeast region in controversy with the low rates of surgical site infections of these deliveries in the years 2012 to 2021, the lack of protocols and their

1 Discente do Curso de Graduação em Enfermagem pela a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), e-mail: milenagomespereira@gmail.com

2 Docente do Curso de Graduação em Enfermagem pela a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), e-mail: eyslerbrasil@unilab.edu.br

Data da submissão: 30/06/2023 Data da Aprovação: 03/07/2023

implementation, as well as subsidies for the professionals themselves . In view of this, the need to feed the databases and publications of epidemiological bulletins at the state level became intelligible, as well as the elaboration and implementation of internal protocols, as well as inspection for these notifications and prevention of risk factors related to site infection surgical. It was possible to draw up a plan of strategies based on the findings to ease the circumstances with a focus on nursing care in order to minimize the scope of risk for new patients and reduce costs for hospital care.

Descritores: Nursing; Cesarean Section; Surgical Wound Infection.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, há um conceito adequado para Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - IRAS, em decorrência ao Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS, 2021 a 2025), que determina como IRAS aquela adquirida após o paciente ter se submetido há algum procedimento de assistência à saúde ou internação no qual não foi evidenciado clinicamente e laboratorial tal microrganismo no momento da internação ou procedimento de assistência à saúde (ANVISA, 2021).

No qual se convencionou-se como IRAS quando as manifestações clínicas de infecções se apresentam a partir da realização do procedimento de assistência à saúde, o paciente estando internado ou não. Já para os pacientes internados será contabilizado a partir do terceiro dia de internação (D3), sendo o D1 o primeiro dia de internação, admissão do paciente na unidade de serviço de saúde (ANVISA, 2021).

As IRAS são classificadas com a finalidade de nortear a possível causa/foco e para o melhor desfecho de conduta dos casos. Elas se dividem em: IRAS associada ao uso de dispositivos invasivos, Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS), Infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada (IPCSL) associada a cateter central, Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), ITU Associada à cateter vesical de demora (ITU-AC) e infecções de sítio cirúrgico – ISC (ANVISA, 2021).

Em um contexto histórico, no século XIX, na Inglaterra, a pioneira da Enfermagem, Florence Nightingale, protagonizou notória função quando foram reorganizadas as estruturas hospitalares, em prol de medidas em combate a IRAS. Sua labuta e preocupações diárias, que integravam higienização, isolamentos necessários, treinamentos devidos e cuidados gerais, foram capazes de reduzir os índices de mortalidade hospitalar (OLIVEIRA & MURRYAMA, 2008).

De acordo com Santana *et al.* (2015), a incidência das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS, não remete percalços atuais, porém, quando discutidas neste século, é perceptível, não somente através das contribuições da Comunidade Científica, mas na prática com os pacientes hospitalizados, que suas dimensões percorrem a Saúde Pública de forma mundial. Existem diversos fatores a serem considerados, mas é relevante frisar que as consequências da IF se configuram na forma individual e coletiva dos indivíduos.

Ainda para os autores anteriormente citados, existe um índice médio, entre 5 a 17% de ocorrência de IRAS em pacientes internados nas instituições de assistência à saúde. Isso representa cerca de 15 dias a mais no período de ocupação de um leito hospitalar, que integra problemáticas como o risco de novas infecções, escassez de vagas, custos consideráveis, maiores chances de óbito, além das consequências fisiológicas, socioeconômicas e psicossociais enfrentadas pelos pacientes submetidos ao internamento (SANTANA *et al.*, 2015).

É válido destacar que, no Brasil, as IRAS eram conhecidas apenas por infecção hospitalar. Isso mudou com a publicação da Portaria Nº 196, de 24 de Junho de 1983, que instituiu o significado das enfermidades e trouxe juntamente os preceitos para todos os ambientes hospitalares, no que diz respeito a criação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, bem como a efetivação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH (SANTANA *et al.*, 2015).

As infecções de sítio cirúrgico (ISC's) são uma das chamadas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), e são compreendidas como eventos adversos de procedimentos cirúrgicos, sejam com ou sem implantes, que acometem pacientes internados e ambulatoriais, que geram complicações ao paciente no pós-operatório. Elas possuem três tipos de classificação: a ISC incisional/superficial, que ocorre no tecido subcutâneo, subdividida em primária e secundária; a ISC incisional/profunda, em fáscia e músculos, subdividida em primária e secundária; e a ISC órgão/cavidade (ANVISA, 2021).

No que se refere ao Brasil, cerca de 14 a 16% dos eventos adversos advindos de cirurgias são causados pelas ISC's, ocupando o terceiro lugar em entre os tipos de infecções que acometem pacientes hospitalizados. De acordo com a pesquisa realizada pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), no ano de 2018, concluíram que pelo menos 7% dos indivíduos internados irá adquirir algum tipo de infecção nesse período de hospitalização. A incidência de ISC's, que pode ocorrer em qualquer procedimento de natureza cirúrgica, é maior em cirurgias classificadas como “potencialmente contaminadas”, que estão concentradas em locais de flora residente não numerosa ou que sejam áreas de difícil

descontaminação (MARTINS *et al.*, 2020).

Eventos adversos como as ISC's são destaque entre os demais sítios de infecção pela alta mortalidade e morbidade, além dos custos atribuídos ao tratamento; também estão condicionados os fatores familiares e sociais, e principalmente econômicos do indivíduo acometido. A má assistência prestada é diretamente ligada à ocorrência das ISC's, pois tratam-se de parâmetros de qualidade que devem prezar em uma instituição de saúde (MARTINS *et al.*, 2020). Em média, as ISC's ocorrem entre quatro e seis dias após a cirurgia, e as que decorrem de implantes, de 30 dias até um ano após a realização do procedimento. Um dos grandes problemas enfrentados é a subnotificação dos casos, pois as instituições de vigilância e prevenção acabam se limitando pelo período em que o paciente está no ambiente hospitalar, não sendo possível observar a ocorrência de ISC's após a alta.

Uma forte vertente de IRAS é a ISC, na qual se denomina como infecção associada a um procedimento cirúrgico, tendo ou não a introdução de implantes em pacientes assistidos em nível hospitalar ou ambulatorial. Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as ISCs são classificadas em 3 categorias :

- A ISC Incisional Superficial: ocorre em tecidos superficiais nos 30 primeiros dias após o procedimento cirúrgico envolvendo apenas pele e tecido subcutâneo;
- ISC Incisional Profunda: ocorre nos 30 primeiros dias após o procedimento cirúrgico ou em até 90 dias, se houver colocação de implantes, acometendo tecidos moles profundos a incisão como por exemplo, fáscia e/ou músculo;
- ISC Órgão/Cavidade: ocorre nos 30 primeiros dias após o procedimento cirúrgico ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, no qual envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia (ANVISA, 2023).

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, é constituída por uma equipe multiprofissional da área da saúde, de nível superior, formalmente nomeados. Essa equipe atua de forma conjunta atrelando seus conhecimentos específicos, a fim de percepções específicas para formar fundamentos gerais sobre as formas mais eficazes de se evitar infecção hospitalar, em determinados procedimentos, e na tomada de decisões para os casos de infecções já manifestados na unidade hospitalar, com o propósito de minimizar os impactos para o paciente, e também para que novos casos sejam evitados (SANTANA *et al.*, 2015).

A Enfermagem tem um papel de extrema importância na assistência à saúde, e no controle de infecção relacionado à assistência não seria diferente. A classe de profissionais

tem maior contato com o paciente, desde a admissão até a alta, e em determinados, em domicílio. Essa classe oferta cuidados de forma integral ao paciente, sendo a peça mais importante na identificação, prevenção e controle das IRAS, onde se faz de fundamental importância para uma intervenção sobre os riscos do serviço de saúde, de forma eficaz, a fim que seja sanada a demanda antes dos danos alcançarem o paciente, evitando futuros percalços à saúde e maiores gastos (SANTANA *et.al.*, 2015).

O objetivo do atual estudo foi identificar a taxa de incidência de partos abdominais e de ISCs em mulheres pós parto cesareano em maternidades, assim como elaborar um plano estratégico a partir dos fatores de risco atrelados a infecção de sítio cirúrgico observado a partir da vivência acadêmica em mulheres hospitalizadas em uma maternidade de nível secundário no Estado do Ceará, com enfoque na assistência de Enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, por trazer a vivência da acadêmica de enfermagem nos cenários hospitalares; retrospectivo e documental utilizando dados da incidência de partos abdominais e de ISCs, assim como outras informações relevantes ao diagnóstico, presentes no tabulador genérico de domínio público (TABNET), gerido pelo Ministério da Saúde, das maternidades do Estado do Ceará, nos anos de 2012 a 2021.

O estudo foi realizado a partir da base de dados do TABNET, do boletim de notificações de ISCs de maternidades do Estado do Ceará e do relato de experiência da vivência acadêmica durante o Internato em Enfermagem, em uma maternidade de referência, situada na região metropolitana de Fortaleza, instituição classificada como unidade pública de médio porte e nível de complexidade secundária, pertencente a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde - Cres, sendo referência para o serviço de assistência à saúde de 8 municípios no Estado do Ceará, sendo eles Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Guaiuba, Acarape, Redenção, Barreira e Palmácia. A unidade presta serviços de assistência de caráter ambulatorial e de internação em Clínica, Ginecológica, Obstetrícia, Urologia, Pré-Natal de Alto Risco, Banco de leite, entre outros de forma gratuita (HMJEH, 2023).

A vivência acadêmica aconteceu em uma instituição onde é referência em atendimento obstétrico secundário na região metropolitana de Fortaleza no Estado do Ceará. Possui como missão promover a assistência à saúde para a população por meio dos serviços hospitalares e ambulatoriais de qualidade, de alta resolubilidade e de maneira humanizada (HMJEH, 2023).

A população foi constituída por mulheres com diagnóstico de infecção de ferida operatória em cirurgia cesariana, através do boletim de segurança do paciente e qualidade em

serviços em saúde da Anvisa que foi tabulado a partir notificações geradas pelo SCIH/CCIH, na qual foram englobadas todas as puérperas diagnosticadas com ICS em cirurgia cesariana diagnosticadas intra-hospitalar e extra-hospitalar no período de 01/01/2012 à 31/12/2021.

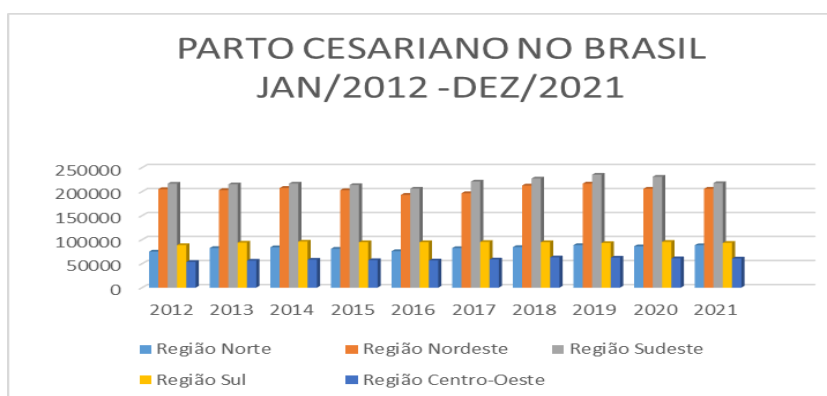
A coleta de dados foi baseada a partir de variáveis básicas como local da internação, tipo de procedimento, ano do procedimento, autorização de internação hospitalar (AIH) aprovada para esse modo de pesquisa com a busca no Sistema de informação TABNET.

Os dados levantados foram digitados e organizados em planilha do programa Microsoft Excel®, versão 2013. Os dados foram apresentados em gráficos e analisados a partir da literatura vigente sobre ISCs. A partir dos dados e categorias apresentados, será possível traçar um plano de estratégias com base nos achados para abrandar as conjunturas com enfoque na assistência de enfermagem a fim de minimizar o alcance de risco para novos pacientes e redução dos custos para a assistência hospitalar.

RESULTADOS E DISCURSÕES

A pesquisa identificou que as taxas de parto cesariano se concentram na região Sudeste e Nordeste, tendo a região Nordeste a segunda maior incidência da taxa de cesariana no Brasil nos últimos 10 anos, no maior índice no ano de 2019. É possível observar grande desigualdade na distribuição das taxas de cesarianas no país, sendo maiores na região mais desenvolvida do país e com proporções similares na menos desenvolvida (BRASIL, 2023).

Gráfico 1 – Parto Cesariano no Brasil (Jan/2012 – Dez/2021)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Analisando o Gráfico 1, percebe-se que de 2012 à 2021 o parto cesariano cresceu e/ou estagnou na maioria das regiões brasileiras. No Brasil, cerca de 55% de todos os partos ocorrem em cesáreas. É o segundo imposto mais alto do mundo, perdendo apenas para a República Dominicana. Quando consideramos a realidade do sistema privado de saúde, a

proporção é de 86%. De acordo com dados da OMS, a taxa ideal de cesarianas deve estar entre 10% e 15%, do número total de nascimentos (BRASIL, 2021).

A América Latina concentra os maiores índices de cesariana no mundo, no qual o Brasil se destaca com a segunda maior taxa desse procedimento em nível global, alcançando 56,3% de todos os nascimentos de 2019 (BRASIL, 2021)

De acordo com a OMS, o objetivo dos cuidados no parto é manter as mulheres e os recém-nascidos saudáveis com o mínimo de intervenções médicas, empenhando-se em garantir a segurança de ambos. No entanto, a realidade do médico, frequentemente sobrecarregado, tanto quanto interesses profissionais quanto econômicos podem ter importância na decisão sobre o método de parto. O ideal planejado para maior segurança da cesariana também se concretiza porque permite ao enfermeiro obstetra ter maior controle sobre a situação. Sem dúvida, a combinação desses fatores contribui para que a maioria das mulheres acabe tendo uma cesariana, apesar de 70% das mulheres iniciarem a gravidez com planos de parto vaginal (LIRA *et al.*, 2015).

Os programas de saúde da mulher, no Brasil, preocupavam-se principalmente com o cuidado materno-infantil. Existiam programas voltados ao cuidado do útero da mulher para garantir uma reprodução adequada, conforme consta no lançamento, em 1984, da Política Integrada de Saúde da Mulher:

“O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento, e acesso a métodos e técnicas de controle de fertilidade, têm sido relegados a planos secundários (BRASIL, 1984).”

Com a grande necessidade de cuidados integrais à saúde da mulher, foi criado, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, com a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo atividades educativas, preventivas, diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação. O PAISM promove assistência à mulher “em clínica ginecológica, no pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama, além do atendimento a outras necessidades femininas” (BRASIL, 2009).

O PAISM rompeu com a abordagem centralizadora do cuidado materno-infantil, estabelecendo uma nova abordagem para a saúde da mulher e reconhecendo um novo papel para a mulher na sociedade brasileira:

“(..) esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além de seu papel fundamental no núcleo familiar (BRASIL, 2009).”

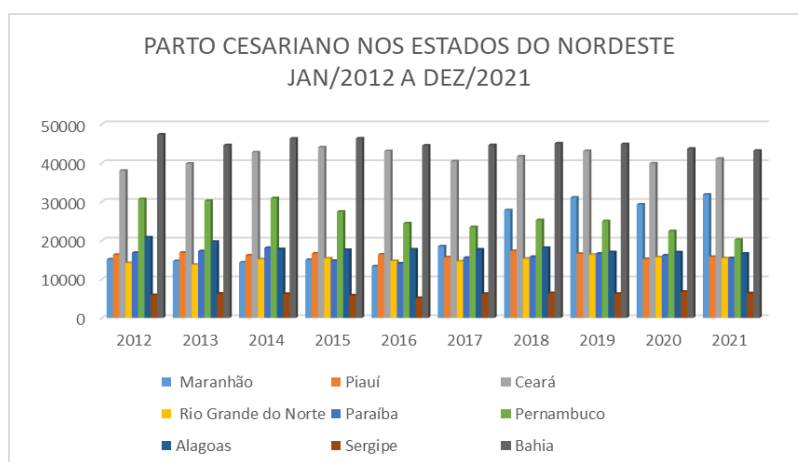
O programa foi capaz de gerar novos conceitos em relação à atenção da saúde da mulher, que desta vez ficou integral, deixando extinta a visão tradicional e limitada sobre a saúde feminina:

“As proposições contidas nesse documento, sem qualquer veleidade de serem inovadoras, devem refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher, preconizado pelo Ministério da Saúde: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde (BRASIL, 2009).”

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (2021), as razões para o alto uso de cesarianas variam muito entre as nações. Entre as forças que impulsionam estão as políticas e financiamento do setor de saúde, normas culturais, percepções e práticas, taxas de parto prematuro, calibre e qualidade dos serviços de saúde. Em vez de recomendar valores de impostos específicos, a OMS enfatiza a importância de se concentrar nas necessidades exclusivas de cada mulher durante a gravidez e o parto.

Os relatos dos últimos estudos apontam que, nas últimas décadas, foram identificados o aumento nas taxas de cesariana em todas as regiões do mundo, o que representa uma porcentagem de 21,1% do índice de nascidos vivos. Esse desfecho se deu, principalmente, pelo aumento nos números de cesarianas desnecessárias do ponto de vista clínico, em diversos países principalmente de média e alta renda (LANCET, 2018).

Gráfico 2 – Parto Cesariano nos estados do Nordeste (Jan/2012 – Dez/2021)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Fazendo a análise no Gráfico 2, pode ser observado que na região Nordeste o Estado

com maior concentração foi a Bahia, seguido pelo Ceará. Ambos seguem no topo dos índices em todos os anos apresentados na tabela. O parto cesáreo, quando clinicamente indicado, pode salvar a mãe e o feto. No entanto, existem evidências científicas que mostram os piores desfechos neonatais, nascimentos pré-termos e termos precoces, onde estão associados as altas taxas de cesariana.

Em uma reunião promovida em Fortaleza, em 1985, pela Organização Mundial da Saúde – OMS, com um grupo de especialistas, foi explanado que “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%” (LACENT, 1985).

No entanto é controverso do que se pode analisar dos gráficos anteriormente expostos, visto que possuem índices alarmantes de parto cesariano no país e principalmente na região Nordeste.

Estudando o período de 2009 a 2018, Santos *et al.* (2022), perceberam que foram notificados 524.058 nascimentos no estado de Alagoas. Desses partos, 241.230 foram partos vaginais e 281.775 foram partos cesáreos. Ressalta-se que 1.053 nascimentos foram excluídos deste estudo pelo tipo de parto que não foi levado em consideração, quando a DNV estava sendo registrada. Com a exclusão, foram examinados 523.005 partos segundo o tipo de parto, sendo 46,1% partos vaginais e 53,9 % partos cesáreos.

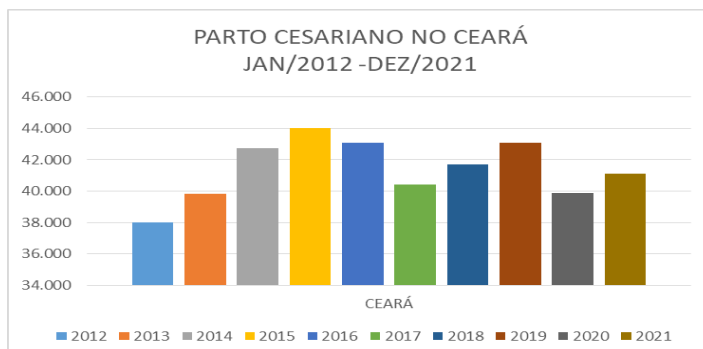
É indiscutível que fatores socioeconômicos influenciam na incidência de partos, bem como o tipo deste. Para o Instituto Modalidade e Desenvolvimento Social (2022), a região Nordeste ainda possui cerca de 23 milhões de indivíduos em situação de pobreza, visto que 5,5 milhões de pessoas caíram na pobreza, no ano de 2021, elevando o número total de pobres na região para 22,8 milhões, compreendendo 40 % da população nessa parte do país. Com isso, o acesso à informação e instituições de saúde no período da gestação, bem como os cuidados necessários no decorrer da gravidez ficam prejudicados, configurando a necessidade de intervenção cirúrgica para o parto.

Outro estudo, no estado do Ceará, constatou que a escolaridade é uma variável que contribui para o esclarecimento das medidas de promoção da saúde no pré-natal, ao demonstrar a finalidade dos dois tipos de parto, bem como os riscos e tudo que os envolvem. Logo, apesar de possuir estados com referência educacional no país, como o Ceará, os índices de escolaridade do Nordeste comparado com outras regiões são os mais baixos, ligando-se também com fatores socioeconômico, anteriormente mencionados (SILVA *et al.*, 2019; ANDRADE *et al.*, 2018).

Destaca-se o papel do enfermeiro, uma vez que por meio da assistência prestada, é

possível identificar intercorrências precocemente e monitorar as gestantes que se encontram em situações de riscos, conforme discutem Dias et al., (2018).

Gráfico 3 – Parto Cesariano no Ceará (Jan/2012 – Dez/2021)



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Pode-se observar que no gráfico 3 houve uma queda no número de partos abdominais nos anos de 2016 a 2017, entretanto mantendo uma média de +/- 37.278,8 cesáreas por ano. No ano de 2020 houve uma queda, o qual era o período que o país se encontrava em Pandemia, contudo no ano seguinte a taxa voltou a crescer.

Segundo a Rede Cegonha, um programa criado em 2011 pelo Ministério da Saúde e implantado no Ceará no ano de 2013, com a proposta de promover assistência à saúde de qualidade a todas as mulheres pelo Sistema único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida da criança, é direito da gestante acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (SESA, 2013).

Com o surgimento e expansão da COVID-19, se fez notória a discrepância das taxas de cesáreas com as que a OMS recomenda. A pandemia gerou um impacto diretamente nos protocolos das instituições a acerca no que diz respeito à garantia dos direitos das mulheres da escolha do acompanhante. Com a mudança desses protocolos restringindo o apoio contínuo do acompanhante com as gestantes em trabalho de parto as taxas de cesárea voltaram a subir pois as mesmas sozinhas se encontravam mais vulnerais as condutas médicas (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Medidas foram fundamentais para melhorias à gestante no ato do parto, como a lei do acompanhante, que com o apoio psicológico devido, gera encorajamento do parto normal. A resolução normativa nº 368, da Agência Nacional de Saúde – ANS, publicada em janeiro de 2015, que assegura o uso do partograma, visa garantir uma melhor caracterização do trabalho de parto e, assim, uma possível avaliação da coerência da indicação de cesariana. Além de

proporcionar às usuárias dos serviços de maternidade o acesso a dados de taxa de cesariana por instituição e médico mediante solicitação (BRASIL, 2015).

Para Lira *et al.* (2015), a publicação desta resolução foi objeto de intensa polêmica na comunidade médica nacional. Como definir o "preciso" de uma indicação de cesárea foi uma das grandes questões, um breve panorama histórico das indicações para cesariana parece pertinente, dado que as respostas a essas perguntas, inevitavelmente, envolvem medicina baseada em evidências. Por exemplo, com base nas melhores evidências atualmente disponíveis, algumas indicações de cesariana, que antes eram totalmente aceitas como absolutas, como cesariana prévia, duas cesarianas prévias, gemelaridade e apresentação pélvica, não são mais verdadeiras.

Apesar das diversas controvérsias na comunidade científica e condutas na prática, de acordo com França e Taveira (2022), as indicações absolutas de cesárea são desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo, herpes genital ativo, prolapso de cordão, situação fetal transversa (apresentação córmica), descolamento de placenta fora do período expulsivo (DPP) e ruptura de vasa prévia. Em situações em que o bebê está em apresentação pélvica e com ausência de contraindicações, é indicada a versão cefálica externa a partir das 36 semanas de idade gestacional (IG). São contraindicadas em caso de comprometimento fetal, sangramento vaginal, obesidade materna, bolsa rota, cesariana prévia e inexperiência profissional. Neste caso, a cesariana é indicada após 39 semanas e recomenda-se aguardar o início do trabalho de parto, para que se tenha averiguação e devido acompanhamento conforme a gestante evolui ou não.

Para o Ministério da Saúde (2016), a cesariana em casos de gestação gemelar é recomendada quando esta não é complicada e o primeiro feto está em posição diferente da cefálica. Nos casos de posição cefálica, a via de parto pode ser personalizada avaliando as características da gestação, respeitando o desejo da mãe, e enfatizar os riscos de possíveis intercorrências que poderiam levar à cesariana do segundo feto, por exemplo.

Ainda para o Ministério da Saúde (2016), em partos prematuros, a cesariana não é recomendada como primeira opção na apresentação cefálica. Recomenda-se que gestantes com placenta preexistente façam ultrassonografia com *Doppler* entre 28 e 32 semanas de gestação, para investigação de acretismo placentário. Quando diagnosticadas, estas devem obter atendimento especializado, incluindo agendamento de cesariana, presença de dois obstetras experientes, anestesiolegista, pediatra e presença de equipe cirúrgica de retaguarda.

O parto vaginal também segue sendo recomendado para mulheres que estão tomando

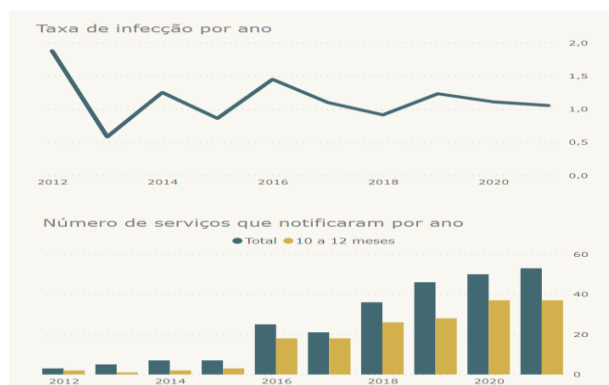
medicamentos antirretrovirais para suprimir a carga viral. Porém, em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml, após 34 semanas de IG, a indicação de cesárea eletiva na 38ª semana, reduz o risco de transmissão vertical (FRANÇA & TAVEIRA, 2022).

Em estudo realizado por Novo *et al.* (2017), os sintomas hipertensivos foram associados à necessidade de cesárea, por muito tempo na medicina. O parto vaginal é preferível quando comparado à cesariana para mulheres com distúrbios hipertensivos, evitando o estresse adicional da cirurgia em uma situação de múltiplas alterações físicas. Medidas paliativas, por um número de horas, não aumentam o risco materno quando realizadas de forma adequada, devendo a indução do parto e estímulo da gestante serem realizados de forma intensiva, tão logo seja tomada a decisão de interromper o processo. É importante notar que a abordagem intensiva à indução, inclui um ponto final claro para o processo, aproximadamente 24 horas após o início deste, e que, se o parto natural não puder ser realizado em um período de tempo razoável, a cesariana deve ser realizada.

Embora seja nítido que a cirurgia cesariana beneficia gestantes e crianças, quando a indicação é clara, ainda é preciso evitar a cirurgia cesariana desnecessária. Quando comparadas aos partos espontâneos, as cesáreas eletivas estão associadas a maior mortalidade materna e infantil, bem como aumento dos custos do sistema de saúde do país (SILVA *et al.*, 2019).

O parto abdominal pode trazer complicações irreversíveis, assim como sequelas e até a morte, principalmente em locais com assistência à saúde sem a infraestrutura recomendada e/ou capacidade de oferecer esse tipo de serviço de forma segura e de tratar as intercorrências pós-operatórias. Os riscos de infecções e complicações cirúrgicas potencializam em locais com serviços fora dos padrões recomendados. Além do custo ser um fator importante nessa questão, no qual o aumento dos partos abdominais representam um gasto financeiro significativo para um sistema que se encontra por muitas das vezes enfraquecido e sobrecarregado (OMS, 2015).

Gráfico 4 – Infecções de sítio cirúrgico em Partos abdominais no Estado do Ceará, 2023.



Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde n° 28.

Na análise do Gráfico 4, observa-se que no estado do Ceará, em 2020, houve diminuição das infecções hospitalares, em casos de partos cesáreos. Essa queda, porém, é controversa, visto que com a pandemia da COVID-19, o número de cesáreas cresceu, e concomitantemente, infecções.

Para elucidar que, provavelmente, houve falha nos registro de infecções hospitalares em sítios cirúrgicos, Medeiros e Fram (2022), afirmam que a pandemia agravou a situação, aumentando as taxas de infecção e resistência microbiológica na maioria dos hospitais do mundo, principalmente nos hospitais públicos do Brasil. Crises econômicas causadas por falta de financiamento, agravadas pela superlotação em épocas pandêmicas, problemas de gestão, falta de profissionais e falta de insumos essenciais como degermante, papel higiênico, álcool gel de qualidade, antibióticos e equipamentos básicos. Além disso, vários processos de atendimento de qualidade e protocolos de segurança foram perdidos nos últimos anos, em decorrência das demandas alarmantes.

Em relação ao aumento das infecções hospitalares, para Assef (2021):

“Durante a pandemia, houve aumento no volume de pacientes internados em estado grave e por longos períodos, que apresentam maior risco de infecção hospitalar. Também houve aumento no uso de antibióticos, o que eleva a pressão seletiva sobre as bactérias. É um cenário que favorece a disseminação da resistência, agravando ainda mais um problema de alto impacto na saúde pública.”

O número de amostras positivas de COVID-19 aumentou para cerca de 2 milhões em 2020, o primeiro ano da pandemia. As descobertas reforçaram que houve um aumento na disseminação de microrganismos capazes de resistir a vários antibióticos, conhecidos coloquialmente como "superbactérias". Ou seja, com a superlotação e emergência sanitária, houve disseminação de microrganismos patogênicos, capazes de gerar infecções

preocupantes, mesmo perante pacientes que estavam em total assistência pelas equipes multidisciplinares (BRASIL, 2021)

Experiência Acadêmica e Diagnóstico Situacional

Foi possível vivenciar no decorrer da experiência acadêmica, com os estágios no Bloco Cirúrgico e no SCIH/CCIH, as dificuldades enfrentadas tanto pelo paciente que chega na unidade em busca do atendimento, quanto dos profissionais, sendo relevante destacar também as lacunas nos protocolos e a implementação destes na unidade. Em meio a uma rotina frenética de trabalho e das dificuldades vivenciadas se tornava difícil uma assistência de enfermagem de forma segura e de qualidade aos pacientes. Além dos percalços observados se faz notório também a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, onde foi possível testemunhar o dimensionamento desproporcional da equipe em relação ao número de procedimentos, a falta de capacitação de alguns profissionais para a execução de procedimentos e a resistência dos profissionais à política de adorno zero. Diante da experiência no Centro Obstétrico de uma maternidade de nível secundário, sendo esta referência na Região Metropolitana de Fortaleza, foi possível pontuar:

- Deficiência da infraestrutura;
- Falta de manutenção dos materiais utilizados nos procedimentos;
- Locais inadequados dos pacientes em pré-operatório,
- Locais inapropriados para degermação da equipe de cirurgia;
- Realização de cirurgias contaminadas não obstétricas no mesmo setor;
- Superlotação de pacientes na sala de recuperação pós-anestésica;
- Falta de adesão dos profissionais à política de adorno zero;
- Falta de protocolos para cirurgia segura;
- Falta de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP);
- Deficiência de treinamentos dos profissionais, em prol de boas práticas para diminuir os riscos de infecções relacionados à assistência à saúde.

Os países mais desenvolvidos têm melhores oportunidades de promover segurança adequada. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, há associação de condições adversas que favorecem a ocorrência de erros, como dimensionamento inadequado das pessoas, superlotação, estrutura inadequada, equipamentos insuficientes. Além disso, é

fundamental ressaltar a visão crítica dos profissionais de Enfermagem ao identificar vulnerabilidades de segurança, bem como a necessidade de apoio da gestão no desenvolvimento de ações que proporcionem uma assistência de melhor qualidade (ABREU *et al.*, 2019).

Plano Estratégico

O presente plano tem o propósito de prevenção e diminuição dos fatores de risco de infecção de sítio cirúrgico de parto abdominal a partir do relato de experiência vivido na minha trajetória acadêmica. Com a missão de promover a assistência à saúde de qualidade, conciliando as vertentes dos protocolos para cirurgia segura, o plano tem o objetivo de buscar o equilíbrio entre as ações propostas, a fim de que haja a diminuição dos riscos de infecções de sítio cirúrgico em cesárea.

Além do detalhamento de cada etapa, foi elaborado um esquema para melhor entendimento das condutas em prol da prevenção de ISC (Fluxograma 1). O plano divide-se em sete etapas, sendo:

1. Preparo do paciente antes da admissão no bloco cirúrgico:

- a) Realizar banho pré operatório com clorexidine degermante à 2%, aplicando do pescoço para baixo;
- b) Ofertar vestimentas adequadas da instituição e retirar adornos.

2. Preparo da pele do paciente:

- a) Fazer antissepsia com solução apropriada – clorexidine ou PVPI;
- b) Fazer aplicação do antisséptico com movimentos concêntricos, do centro para periferia, abrangendo toda a área abordada implamente.

3. Preparo da pele da equipe:

- a) Remover adornos como anéis, relógios e pulseiras antes da degermação;
- b) Não utilizar unhas artificiais;
- c) Realizar lavagem das mãos com água e sabão antes da degermação;
- d) Realizar degermação cirúrgica das mãos, incluindo os antebraços com solução antisséptica, com duração de 5 minutos na primeira lavagem e 2 minutos nas demais;
- e) Manter sempre as mãos afastadas do corpo e elevadas, de maneira que a água escorra para os cotovelos.

4. Remoção dos pelos:

- a) Quando necessário, realizar tricotomia e imediatamente antes do procedimento;
- b) Não utilizar lâminas de bisturi ou lâminas de barbear.

5. Profilaxia antimicrobiana adequada:

a) Administrar antibiótico em todo parto cesárea a fim de atingir níveis séricos e teciduais durante o procedimento desde a incisão até a manipulação do sítio cirúrgico.

6. Cuidados perioperatório:

a) Manter a normotermia;

b) Manter o controle glicêmico de pacientes diabéticos e não diabéticos.

7. Cuidados com ambiente e estrutura:

a) Manter a porta da sala fechada;

b) Limitar o número de pessoas na sala de cirurgia;

c) Manter sistema de ventilação para promover conforto térmico à equipe e ao paciente e diminuição de risco de contaminação ambiental;

d) Verificar no momento da utilização se todos os instrumentos cirúrgicos estão esterilizados;

e) Rigor na paramentação;

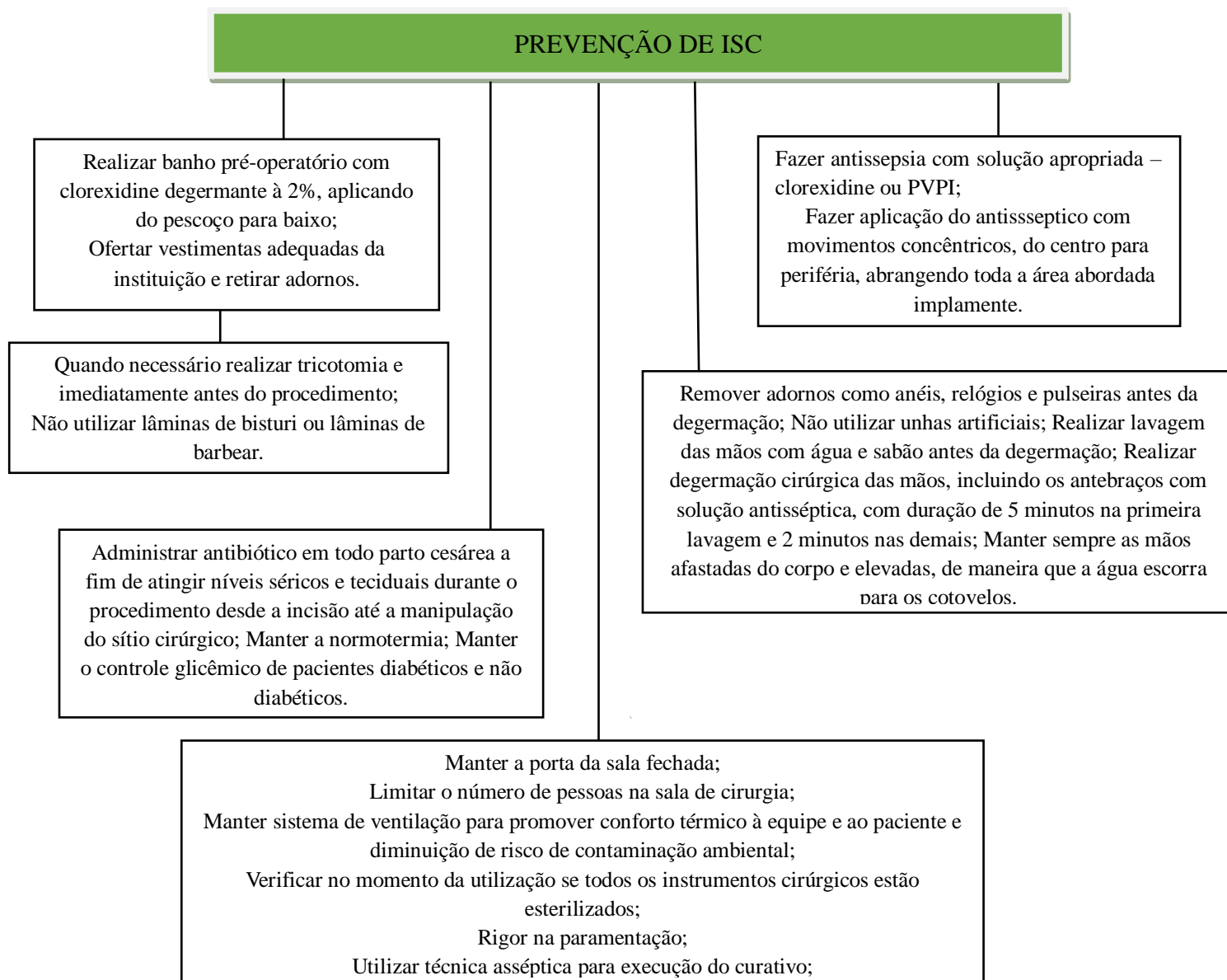
f) Utilizar técnica asséptica para execução do curativo;

g) Utilizar luvas e produtos estéreis no contato com a ferida;

h) Realizar vigilância da execução da limpeza e desinfecção corretamente entre os procedimentos e equipamentos.

Fonte: Manual de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico da Sociedade Brasileira Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), 2014

Fluxograma 1 – Plano de Ação



Fonte: Elaborado pelo autor com base no Manual de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico da Sociedade Brasileira Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), 2014.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise de dados e do relato de experiência, evidenciou-se a necessidade da alimentação nas bases de dados e a publicação de boletins epidemiológicos, a nível estadual, a partir das notificações realizadas pelas as instituições, e a necessidade de protocolos internos e a sua execução bem como fiscalização para prevenção de fatores de riscos relacionados à ISC pós-cesáreas.

Existe necessidade de enfoque na obtenção de melhorias na qualidade e segurança da assistência prestadas às pacientes, desde a sua internação, alta e até a vigilância pós alta e

diminuição de custos financeiros com a assistência em saúde prolongada dispensáveis. Além de fornecer subsídios para os próprios profissionais e afins da área, conhecimentos sobre as taxas de ISC e compreensão para novos planejamentos de protocolos e ações baseados em evidências na assistência à saúde.

Em suma, ficaram evidentes controvérsias diante dos resultados encontrados nas bases de dados sobre infecções, quando comparados a literatura e realidades vivenciadas, principalmente em épocas pandêmicas. Além disso, existem deficiências a serem vencidas diante das informações sobre a taxa dessas infecções, bem como protocolos adequados para solucionar percalços.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ingrid et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/zxZjZd3vY84xr8FvRj7htr/?format=pdf&lang=p>. Acesso em 28 jun. 2023.

ANDRADE, S. G., VASCONCELOS, Y. A., CARNEIRO, A. R. S., SEVERIANO, A. R. G., TERCEIRO, A. J. M. D.; SILVA, T. B. et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. **Rev Pre Infec e Saúde**, v. 4, n. 7283, p.1-13, 2018.

ASSEF, Ana. Fundação Oswaldo Cruz. **Deteção de bactérias resistentes a antibióticos triplicou na pandemia.** 2021. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/deteccao-de-bacterias-resistentes-antibioticos-triplicou-na-pandemia>. Acesso em 28 jun. 2023.

BOERMA T, RONSMANS C, MELESSE DY, BARROS AJD, BARROS FC, JUAN L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **Lancet**, v. 392, p. 1341-8, 2018.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Nascidos vivos.** Disponível <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 27 jun. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Estímulo ao Parto Normal - ANS – RN nº 368/2015.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/cosaude-comite-permanente-de->

regulacao-da-atencao-a-saude/atas-e-reunioes/11/cosaude-11-reuniao-apresentacao.pdf.

Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2021. 2 v. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nt-022021-revisada-criterios-diagnosticos-de-iras-050521.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/Relatório_diretrizes-cesariana_final.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **No Brasil das cesáreas, falta de autonomia da mulher sobre o parto é histórica**. 2021. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1967-no-brasil-das-cesareas-a-falta-de-autonomia-da-mulher-sobre-o-parto-e-historica.html#:~:text=No%20Brasil%2C%20aproximadamente%2055%25%20dos,a%20por%20C3%A7%C3%A3o%20pula%20para%2086%25>. Acesso em 28 jun. 2023.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos**. 2009. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos>. Acesso em: 28 jun. 2023.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Deteção de bactérias resistentes a antibióticos triplicou na pandemia**. 2021. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/deteccao-de-bacterias-resistentes-antibioticos-triplicou-na-pandemia>. Acesso em: 28 jun. 2023.

DIAS R.A. **A importância do pré-natal na atenção básica**. 2014. Monografia (Especialização em atenção básica em saúde da família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

FRANÇA, Camylla; TAVEIRA, Lúcia. Indicação de cesariana baseada em evidências. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano 5, v. 5, n.11, jul.-dez., 2022. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/413/502>. Acesso em: 28 jun. 2023.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.) **Métodos de Pesquisa**. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2009. 37p.

INSTITUTO MODALIDADE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Pobreza extrema aumenta 23% na Bahia**. 2022.

LIRA, Maria et al. **Frequência, Indicações e Fatores Associados à Cesárea numa Maternidade Escola no Nordeste do Brasil**: um estudo tipo corte transversal. Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015.

MANUAL DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO. **Sociedade Beneficente Israelista Brasileira**. 2014. Disponível em: http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-e-protocolos/Documents/manual_infeccao_zero_compacto.pdf . Acesso em: 25 jun. 2023.

MARACANAÚ. Prefeitura Municipal. **Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda**. Maracanaú, 2023. Disponível em: <https://www.maracanau.ce.gov.br/hospital-municipal-joao-elisio-de-holanda/>. Acesso em: 07 jan 2023.

MARTINS, Tatiana; AMANTE, Lúcia Nazareth; VICENTE, Camila; SOUSA, Gabrielle Maciel de; CAURIO, Emanuele Pozzebon; GUANILO, Maria Elena Echevarría; GIRONDI, Juliana Balbinot Reis. Intervenções de enfermagem para reduzir infecção do sítio cirúrgico em cirurgias potencialmente contaminadas: revisão integrativa. **The Brazilian Journal Of Enterostomal Therapy – Revista Estima**. São Paulo, p. 1-12. jun. 2023.

MEDEIROS, Eduardo; FRAM, Dayana. **Os desafios de manter a segurança dos pacientes com a pandemia de Covid-19 e a falta de recursos para os hospitais públicos**. Universidade Federal de São Paulo. 2022. Disponível em: <https://www.sp.unifesp.br/noticias/os-desafios-de-manter-a-seguranca-dos-pacientes-com-a-pandemia-de-covid-19-e-a-falta-de-recursos-para-os-hospitais-publicos#:~:text=A%20pandemia%20de%20Covid%2D19%20intensificou%20o%20problema%2C%20aumentou%20as,forte%20impacto%20nos%20hospitais%20p%C3%BAblicos>. Acesso em: 28 jun. 2023.

NOVO J. et al. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 19, n. 2, p. 67-71, jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS.** Jun., 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 28 jun. 2023.

REIS, E.A., REIS I.A. **Análise Descritiva de Dados. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG.** 2002. Disponível em: www.est.ufmg.br. Acesso em: 08 jan 2023.

SANTANA RS, BRITO BAM, FERREIRA JLS et al. Atribuição do enfermeiro na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, 9, Revisão integrativa - **Rev. Pre. Infec e Saúde**, Piauí, 2015.

SANTOS, Wanderlei et al. Evolução temporal dos tipos partos em um estado do Nordeste brasileiro. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24924/22095>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SILVA, Aline et al. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. 24, 9p. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/624/498>.

SILVA, M.C. R. G., SILVA, L. S. R., SOUSA, J. O., FROTA, M. C. Q. A., CARNEIRO, J. K. R. & OLIVEIRA, M. A. S. Perfil epidemiológico-obstétrico e sociodemográfico de gestantes atendidas em um Centro de Saúde da Família. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas.** Disponível em : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=4F592D992C2D8E5A1DB94652F599EFBE?sequence=3. Acesso em: 28 jun. 2023