



Participação do paciente na prevenção de infecção do sítio cirúrgico: percepções de enfermeiros, médicos e pacientes

Patient participation in surgical site infection prevention: perceptions of nurses, physicians and patient

Participación del paciente en la prevención de la infección del sitio quirúrgico: percepciones de enfermeras, médicos y pacientes

Como citar este artigo:

Oliveira MC, Dalcól C, Carvalho REFL, Poveda VB. Patient participation in surgical site infection prevention: perceptions of nurses, physicians and patients. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20220459. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0459en>

Mayra de Castro Oliveira¹

Camila Dalcól¹

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho²

Vanessa de Brito Poveda¹

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of patients and health professionals regarding patients' participation in surgical site infection prevention. **Methods:** Cross-sectional study conducted in two hospitals in the city of São Paulo, with a convenience sample of 123 patients in the postoperative period of elective surgeries and 92 health professionals (physicians and nurses) acting in direct care of surgical patients. **Results:** Patients (78.9%) and professionals (79.4%) fully agreed with the importance of patient participation to prevent surgical site infection. The impact of patient participation on infection rates was significant for those undergoing previous surgery ($p = 0.021$). Patients and professionals disagreed about the best time to prepare the patient about the topic ($p < 0.001$). The participation strategies considered most effective by patients and professionals were, respectively, oral presentation (47.2% and 75%), videos (40.7% and 58.7%) and leaflets (30.9% and 58.7%). **Conclusion:** Patients and health professionals believe that patient participation in surgical site infection prevention is important.

DESCRIPTORS

Patient Participation; Surgical Wound Infection; Health Education; Perioperative Nursing; Infection Control.

Autor correspondente:

Vanessa de Brito Poveda
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar,
419, Cerqueira César
05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
vbppeda@usp.br

Recebido: 16/01/2023
Aprovado: 30/05/2023

INTRODUÇÃO

A Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) representa de 14 a 16% das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e constitui a complicação pós-operatória mais prevalente decorrente do procedimento cirúrgico, atingindo até 20% dos pacientes, podendo impactar na morbidade e mortalidade, gerar dano físico, psicológico e/ou social, e comprometer sua segurança^(1,2). Ademais, está associada ao prolongamento do tempo de hospitalização, em média 9,7 dias, ao aumento do risco de mortalidade em 11 vezes, à elevação no custo de US\$ 20.000 por admissão e a possível necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁽²⁾.

O diagnóstico de ISC se baseia no surgimento de sinais e sintomas de infecção em até trinta dias após cirurgias sem implantes ou noventa dias em cirurgias com implantes. Com relação à topografia de acometimento, podem ser classificadas em: ISC incisional superficial, quando envolve pele e tecido subcutâneo; ISC incisional profunda, ao acometer tecidos moles profundos, como fáscia e músculo; e ISC órgão-espaço, quando abrange a cavidade e órgãos manipulados durante a cirurgia⁽²⁾.

Estima-se que 60% das ISC seriam evitáveis por meio da adoção de medidas de orientação e prevenção⁽¹⁾. Informar, educar e envolver os pacientes em seu cuidado é uma estratégia relativamente recente e tem sido empregada na prevenção e controle de infecções, com resultados positivos em estudos internacionais⁽³⁻⁵⁾. Revisão sistemática da literatura sobre segurança do paciente evidenciou que existem diversas estratégias que promovem a participação do paciente, tais como, questionários, entrevistas, grupos focais, vídeos, folhetos informativos e entrevistas semiestruturadas⁽⁶⁾.

A participação do paciente é definida como um processo no qual o indivíduo exerce maior controle sobre as ações e decisões que afetam a própria saúde, envolvendo a compreensão do seu papel, aquisição de conhecimentos para colaborar ativamente com a equipe de saúde e desenvolvimento de habilidades que permitam tal participação⁽⁷⁾.

Estudo recente que investigou a participação do paciente sobre a segurança do cuidado aponta que o envolvimento do paciente está diretamente relacionado à corresponsabilização do mesmo, uma vez que deve entender o processo de saúde-doença, gerenciar os possíveis riscos envolvidos com sua saúde e se comprometer a realizar as orientações recebidas dos profissionais de saúde⁽⁸⁾.

Sendo assim, no presente estudo, a participação do paciente deve ser compreendida como envolvimento, corresponsabilização, compreensão do processo perioperatório, gerenciamento de riscos e comprometimento na realização dos cuidados, elencando o paciente como agente central e ativo na prevenção de ISC.

Apesar de existirem diversas publicações a respeito da aplicação, adesão e impacto de medidas preventivas de ISC no período perioperatório, existe carência de produção científica internacional e nacional relativa à participação do paciente nesse processo, e como isso afeta as taxas de infecção do sítio cirúrgico. Dessa forma, investigar a percepção dos pacientes e profissionais de saúde sobre a temática, considerando a realidade nacional, fornecerá um panorama das estratégias mais eficazes para promover esse comprometimento de forma efetiva.

Diante do exposto, surge a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a percepção dos pacientes e profissionais de saúde sobre a participação dos pacientes na prevenção de ISC? Assim, o objetivo desta investigação foi analisar a percepção de pacientes e profissionais de saúde sobre a participação dos pacientes na prevenção de ISC.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Estudo transversal que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade de indivíduos em um único momento, tendo como vantagem um maior poder de generalização e levantamento de hipóteses⁽⁹⁾.

LOCAL DO ESTUDO

O estudo ocorreu em duas instituições de saúde localizadas na cidade de São Paulo – SP - Brasil, a saber, um hospital de ensino secundário, que atende pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que possui 147 leitos, 10 salas cirúrgicas e realiza em média 260 procedimentos cirúrgicos mensais, e, uma instituição privada de grande porte, que possui 457 leitos, 24 salas cirúrgicas e média de 80 procedimentos cirúrgicos por dia. Ambas as instituições realizam cirurgias de pequeno, médio e grande porte, possuem Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e não possuem um programa de orientação pré-operatória instituído.

AMOSTRA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Trata-se de uma amostragem por conveniência de 123 pacientes cirúrgicos eletivos, no período pós-operatório, internados em clínica cirúrgica e 92 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) envolvidos no cuidado direto a pacientes cirúrgicos em qualquer momento do perioperatório.

Foram incluídos pacientes internados, maiores de 18 anos, no pós-operatório de cirurgias eletivas, independente da especialidade cirúrgica, e excluídos, pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), emergência, com alterações cognitivas ou demência, analfabetos ou com deficiência visual.

Quanto aos profissionais, foram incluídos médicos cirurgiões e enfermeiros (atuantes em unidades de internação e centro cirúrgico) envolvidos na assistência a pacientes cirúrgicos durante um período superior a 12 meses. Foram excluídos profissionais de saúde que trabalhavam apenas em UTI, departamento de emergência e ambulatório.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A amostragem por conveniência foi selecionada pela pesquisadora principal, durante o período de coleta de dados, diariamente por meio da verificação de quais os pacientes internados atendiam aos critérios de inclusão.

Os pacientes identificados foram abordados no leito de internação, a partir do primeiro dia do pós-operatório, pela pesquisadora que apresentava a proposta de pesquisa e solicitava a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os profissionais de saúde foram abordados pessoalmente no seu local de trabalho (unidades de internação e centro cirúrgico) manifestando sua concordância em participar por meio da assinatura do TCLE. Além disso, poderiam optar por responder ao instrumento de coleta de dados no momento que julgassem mais apropriado, de forma impressa, que seria devolvido à pesquisadora, ou via correio eletrônico.

Eventuais dúvidas no preenchimento dos instrumentos, entre pacientes ou profissionais, foram esclarecidas pontualmente pela pesquisadora.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal no período de 14 de janeiro a 24 de fevereiro de 2021. Para tal, foram construídos dois instrumentos de coleta de dados, compostos por questões de múltipla escolha, com respostas em formato de escala *Likert* de cinco pontos, que variou do “discordo totalmente” ao “concordo totalmente”, um direcionado para os pacientes e outro para os profissionais de saúde, contendo os seguintes domínios: dados sociodemográficos (sexo, nível de escolaridade, status socioeconômico, cirurgia realizada e instituição de saúde para os pacientes; e categoria profissional, especialização, tempo de experiência e área de atuação, para os profissionais de saúde); percepção sobre a participação do paciente (importância da participação, percepção sobre o impacto na redução das taxas de ISC, desejo de participação/implementação na prática assistencial, preparo dos profissionais); estratégias para participação do paciente (momento mais adequado, tipos de estratégias, formas de acompanhamento pós-alta); experiências anteriores com ISC pelos pacientes (cirurgias e ISC prévias); e participação dos profissionais em prevenção de ISC (implementação de estratégias na prática atual).

O instrumento construído foi submetido à validação de face e avaliado por cinco juízes, destes, dois possuíam título de doutor e três de mestre, com uma média de oito ($\pm 2,77$) anos de experiência profissional e com expertise na área cirúrgica e de prevenção de infecção, com publicações relevantes na área de enfermagem perioperatória.

Os juízes apresentaram concordância (Índice de Validade de Conteúdo) maior que 90% sobre os aspectos do instrumento e seus itens, quanto a clareza, abrangência e relevância. Foi sugerido modificação do termo “infecção do sítio cirúrgico” para “infecção da ferida operatória” no instrumento voltado aos pacientes; adequação da linguagem de algumas questões para melhorar a compreensão de leigos; mudança da ordem de algumas perguntas para promover melhor fluidez entre os itens; e acréscimo da pergunta sobre qual o profissional que orientou sobre os cuidados com a ferida cirúrgica. As sugestões realizadas pelos juízes foram incluídas no instrumento visando o alcance do objetivo da investigação.

Após a autorização das instituições participantes e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi realizado um teste piloto dos instrumentos com três participantes, que não foram incluídos no estudo, para verificar a adequabilidade e aplicação do instrumento.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

As *variáveis dependentes* abordadas foram a percepção de pacientes e profissionais de saúde sobre a importância da participação dos pacientes na prevenção de infecção do sítio cirúrgico e sobre o potencial impacto na redução nas taxas de ISC. Como *variáveis independentes* para os pacientes foram analisados: sexo; idade em anos; nível de escolaridade; status socioeconômico em número de salários-mínimos mensais; cirurgia a qual o paciente foi submetido; instituição pública ou privada onde a cirurgia foi realizada. Para os profissionais foram avaliados: sexo; idade em anos; categoria profissional (Enfermeiro ou Médico); área de especialização; experiência profissional em anos; instituição de trabalho pública ou privada.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica do *Microsoft Excel* e analisados por meio do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* 21.0.

Foram empregadas as seguintes análises: variáveis categóricas foram avaliadas por meio do teste qui-quadrado e exato de Fisher; a comparação entre variáveis numéricas foi realizada através dos testes de Kruskal-Wallis, de Wilcoxon-Mann-Whitney, teste T de Student e Welch e modelo de ANOVA; a regressão logística ordinal foi utilizada para encontrar os preditores das variáveis importância da participação do paciente e desejo de envolvimento na prevenção de ISC. O nível de significância adotado foi $p = 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o parecer nº 4.362.054 e CAAE nº 37225720.1.0000.5392, após a autorização das instituições selecionadas para este estudo, pautando-se na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Todos os pacientes e profissionais de saúde foram abordados e informados a respeito do conteúdo e objetivos da pesquisa, manifestando sua concordância em participar da investigação, mediante a assinatura do TCLE antes do início da pesquisa, em duas vias, sendo que uma foi entregue ao participante e a outra ficou em posse do pesquisador.

RESULTADOS

Dentre os 123 pacientes, 52% eram do sexo masculino, com ensino médio (33,3%) ou pós-graduação concluída (25,2%), submetidos principalmente à cirurgia geral (44,7%), provenientes de instituição privada (56,9%), com média de idade de 47 (± 15) anos e renda mensal de 14 salários-mínimos, 78% realizaram algum tipo de cirurgia previamente e, destes, apenas 7,3% tiveram ISC em experiências cirúrgicas anteriores.

Com relação aos profissionais de saúde, 92 participaram da pesquisa, com média de idade de 45,9 ($\pm 10,7$) anos, sendo 56,5% do sexo masculino, da categoria médica (57,6%), com atuação no centro cirúrgico (64,1%), provenientes de instituição privada (79,3%) e com média de 19,3 anos de experiência profissional.

A maioria dos pacientes e profissionais, respectivamente, concordou totalmente (78,9% e 79,4%) com a importância da participação do paciente para a prevenção de ISC, e como essa

Tabela 1 – Associações entre variáveis demográficas, socioeconômicas e cirúrgicas dos pacientes com o nível de importância da participação do paciente e desejo de envolvimento na prevenção de ISC – São Paulo, SP, Brasil, 2021.

Variáveis	Importância da participação do paciente			Desejo de envolvimento em prevenção de ISC		
	RC	IC 95%	p-valor*	RC	IC 95%	p-valor*
Idade	1,01	[0,97; 1,06]	0,542	1,01	[0,97; 1,05]	0,718
Sexo masculino	0,50	[0,15; 1,59]	0,245	0,33	[0,11; 0,94]	0,043
Escolaridade						
Ensino Fundamental	8,52	[0,41; 300,50]	0,179	14,25	[1,00; 426,04]	0,069
Ensino Médio	3,24	[0,23; 45,02]	0,372	3,58	[0,41; 32,62]	0,248
Ensino Superior	1,60	[0,07; 36,46]	0,767	1,64	[0,13; 21,72]	0,705
Pós-graduação	1,73	[0,06; 47,63]	0,745	1,35	[0,08; 22,83]	0,836
Renda	1,01	[0,98; 1,05]	0,575	1,02	[0,99; 1,07]	0,237
Cirurgia prévia	1,82	[0,46; 6,89]	0,380	0,65	[0,17; 2,24]	0,507
Hospital público	0,72	[0,10; 4,43]	0,732	0,35	[0,06; 1,68]	0,206

RC: razão de chances; ISC: infecção do sítio cirúrgico; *Regressão logística ordinal.

Tabela 2 – Associações de variáveis demográficas, socioeconômicas e de trabalho dos profissionais com o nível de importância da participação do paciente e impacto do envolvimento de pacientes na prevenção de ISC – São Paulo, SP, Brasil, 2021.

Variáveis	Importância da participação do paciente			Impacto do envolvimento do paciente na prevenção de ISC		
	RC	IC 95%	p-valor*	RC	IC 95%	p-valor*
Idade	0,91	[0,79; 1,04]	0,154	0,89	[0,79; 1,00]	0,060
Sexo masculino	1,82	[0,28; 11,19]	0,520	2,27	[0,46; 11,58]	0,314
Categoria profissional (médico)	0,53	[0,06; 4,52]	0,560	0,87	[0,13; 6,05]	0,884
Tempo de experiência profissional	1,06	[0,93; 1,21]	0,364	1,08	[0,96; 1,21]	0,218
Hospital público	0,42	[0,13; 1,43]	0,150	0,64	[0,20; 2,32]	0,474
Implementar estratégia de prevenção de ISC	0,90	[0,18; 3,51]	0,887	0,38	[0,05; 1,65]	0,246

RC: razão de chances; ISC: infecção do sítio cirúrgico; *Regressão logística ordinal.

participação poderia resultar em um possível impacto na redução das taxas de ISC (75,6% e 75%) e o preparo profissional para a inclusão de pacientes nas ações de prevenção de ISC (73,2% e 60,9%), não apontando diferença estatística significativa.

Na Tabela 1, evidencia-se que ser do sexo masculino reduz a chance de concordar com o desejo de envolvimento em prevenção de ISC em 67% (p = 0,043). Ainda que as outras associações não tenham sido estatisticamente significativas, destacam-se os seguintes aspectos: a renda aumenta o grau de concordância com as afirmações e; pacientes atendidos em hospitais públicos e com menor grau de escolaridade têm menor chance de concordar com as afirmações destacadas.

Observa-se na Tabela 2, a percepção do profissional de saúde em relação à importância da participação do paciente e o impacto de seu envolvimento na prevenção de ISC, que a cada ano de idade a mais reduz o grau de concordância com as afirmações (respectivamente, 9% e 11%); que médicos têm menor chance de concordar com as afirmativas (respectivamente, 47% e 13%), assim como profissionais que atuam no serviço público (respectivamente, 58% e 36%). Em contrapartida, cada ano a mais de experiência profissional aumenta a chance de concordância (respectivamente, 6% e 8%).

Apenas 5,7% dos pacientes discordaram totalmente sobre a redução das taxas de ISC pela participação na prevenção desta complicação, em contrapartida, o fato do paciente ter sido submetido à cirurgia previamente foi associado à percepção de que a participação do paciente impacta nas taxas de ISC (p = 0,021). As variáveis idade (p = 0,402), sexo (p = 0,308) e nível de escolaridade (p = 0,630) não foram associadas à percepção de que a participação do paciente impacta nas taxas de ISC. Quanto aos profissionais, idade (p = 0,276), tempo de experiência (p = 0,446) e categoria profissional (p = 0,087) não foram associadas à percepção de que a participação do paciente impacta nas taxas de ISC.

Quanto ao preparo profissional para inclusão dos pacientes na prevenção de ISC, 96,7% dos profissionais de saúde concordaram com sua importância, 88% gostariam de implementar na sua prática assistencial, 77,1% acreditam que o processo de trabalho favoreceria esta ação e 85,9% que receberiam suporte institucional para a implementação de um programa dessa natureza, sendo que 88,1% percebem a necessidade de capacitação da equipe assistencial sobre como envolver o paciente na prevenção desta infecção.

No que se refere ao momento mais adequado para participação do paciente na prevenção de ISC houve divergência entre

Tabela 3 – Distribuição de pacientes e profissionais de saúde de acordo com a preferência pelas estratégias de participação do paciente para a prevenção de ISC e formas de acompanhamento pós-alta – São Paulo, SP, Brasil, 2021.

Variáveis	Pacientes (n = 123) n (%)	Profissionais (n = 92) n (%)	p-valor*
Estratégias de participação			
Exposição oral	58 (47,2)	69 (75,0)	< 0,001
Vídeo	50 (40,7)	54 (58,7)	0,009
Panfletos	38 (30,9)	54 (58,7)	< 0,001
Roda de conversa	22 (17,9)	11 (12,0)	0,234
Grupo focal	4 (3,3)	7 (7,6)	0,152
Notificação de incidentes	4 (3,3)	6 (6,6)	0,261
Outras†	3 (2,4)	2 (2,2)	0,899
Acompanhamento pós-alta			
Mensagem por WhatsApp®	66 (53,7)	44 (47,8)	0,398
Vídeo chamada	51 (41,5)	20 (21,7)	0,002
Retorno ambulatorial	39 (31,7)	61 (66,3)	< 0,001
Contato telefônico	27 (22,0)	32 (34,8)	0,037
Aplicativo de celular	26 (21,1)	38 (41,3)	0,001

ISC: infecção do sítio cirúrgico; * χ^2 de Pearson; †Outras: materiais explicativos, SMS, e-mail e diálogo no consultório.

os grupos ($p < 0,001$), pois os profissionais de saúde indicaram o período pré-operatório, e os pacientes, o período pós-operatório.

Em relação às estratégias de participação do paciente na prevenção de ISC, existe diferença significativa entre a percepção dos profissionais de saúde e dos pacientes sobre o uso de exposição oral ($p < 0,001$), vídeos ($p = 0,009$) e panfletos ($p < 0,001$). Para os pacientes, quanto maior o nível de escolaridade, maior o interesse pela estratégia de exposição oral ($p = 0,026$), e quanto menor o nível de escolaridade, maior a preferência pela roda de conversa ($p = 0,033$).

Para os profissionais de saúde, os que atuam em instituição pública demonstraram maior interesse pela estratégia “roda de conversa” ($p = 0,032$). Em relação à categoria profissional, os enfermeiros preferiram os panfletos (76,9%), exposição oral (74,4%) e vídeo (59,0%), enquanto os médicos preferiram a exposição oral (75,5%), vídeo (58,5%) e panfletos (45,3%).

No que diz respeito à implementação de estratégias de prevenção de ISC, 82,6% dos profissionais de saúde relataram que já implementam essas estratégias e as aplicam no pré-operatório (62,0%), no intraoperatório (28,3%) ou no pós-operatório (56,5%), e utilizam, principalmente, a exposição oral (76,1%), panfletos (20,7%) e vídeos (15,2%) (Tabela 3).

O fato de implementar estratégias de prevenção de ISC não está relacionado à percepção de maior ou menor importância da participação do paciente ($p = 0,698$). Entretanto, existe associação entre quem implementa estratégias no pós-operatório e a percepção de importância da participação do paciente ($p = 0,037$).

Sobre a melhor forma de acompanhamento pós-alta de ISC, 66,3% dos profissionais consideraram o retorno ambulatorial e

53,7% dos pacientes indicaram mensagens por WhatsApp®. Existe diferença significativa entre a percepção das melhores estratégias de acompanhamento pós-alta por profissionais de saúde e pacientes, a saber, aplicativo de celular ($p = 0,001$), retorno ambulatorial ($p < 0,001$), contato telefônico ($p = 0,037$) e vídeo chamada ($p = 0,002$) (Tabela 3).

Pacientes com níveis de escolaridade mais baixos ($p < 0,001$) e provenientes de instituição pública ($p < 0,001$), assim como profissionais de instituição pública ($p < 0,001$), têm preferência pelo retorno ambulatorial como forma de acompanhamento pós-alta, enquanto profissionais ($p = 0,019$) e pacientes ($p = 0,019$) de instituição privada preferiram o uso de mensagem por WhatsApp®. O uso de contato telefônico como forma de acompanhamento pós-alta foi divergente entre médicos e enfermeiros ($p = 0,001$). Além disso, pacientes mais velhos preferem o uso do telefone ($p = 0,008$), enquanto pacientes mais jovens preferem a vídeo chamada ($p = 0,001$).

DISCUSSÃO

Atualmente, a participação do paciente tem recebido cada vez mais atenção no campo da saúde, principalmente a participação na prevenção e controle de infecções hospitalares, especialmente a ISC. Incentivar os pacientes a participar de seus cuidados e sua segurança é o foco de esforços contínuos em vários países e sistemas médicos⁽¹⁰⁾.

A presente análise revelou que pacientes e profissionais de saúde concordam com a importância da participação do paciente na prevenção de ISC. No entanto, podem ter visões diferentes sobre o que é a participação do paciente, sendo assim, parece importante destacar que paciente e profissional de saúde devem chegar a uma apreciação comum do que é significativo para apoiar a participação do paciente nos cuidados em saúde⁽¹¹⁾.

Os cuidados de enfermagem perioperatórios mudaram de uma tarefa centrada no problema, para uma atitude centrada no paciente, o que revela esforços e mudanças que envolvem a pesquisa e implementação de práticas baseadas em evidências. A participação do paciente na prevenção e controle da ISC exige a mudança do papel de “receptor” para o papel de “colaborador” neste processo, com impacto significativo em sua intenção de participar da prevenção e controle desta complicação⁽¹⁰⁾.

Corroborando com o presente estudo, Yao e colaboradores⁽¹⁰⁾ demonstraram que a equipe médica apoia a participação dos pacientes e está disposta a se comunicar com o paciente de forma ativa, a fim de informar o paciente, esclarecer questões de segurança e atender necessidades para alcançar melhores resultados. Vale destacar que, a confiança entre profissional de saúde e paciente impacta a participação do paciente no controle de ISC, sendo um importante fator de influência e satisfação do paciente. Estabelecer uma relação de confiança mútua durante o período perioperatório pode aumentar a adesão do paciente com seu comportamento frente à prevenção e controle de ISC⁽¹⁰⁾.

Estudo realizado na China com 580 pacientes cirúrgicos demonstrou que os pacientes têm alto nível de intenção em participar da prevenção e controle de ISC, porém, o comportamento real foi inferior à intenção, sendo afetado por fatores diversos como motivação, autoeficácia, suporte médico e social. Para tanto, faz-se necessário que a equipe de saúde esteja preparada para maximizar o desejo do paciente em participar do processo,

ao envolver familiares como sistema de apoio social e promover o suporte e comunicação, fatores que afetam positivamente o envolvimento e participação do mesmo⁽¹⁰⁾.

No atual estudo, pacientes provenientes da instituição pública apresentaram menor chance de concordar com a importância de participação e desejo de envolvimento na prevenção de ISC, assim como, menor renda e nível de escolaridade, que podem estar associados a menor acesso à informação. Além disso, os profissionais de instituição pública também demonstraram menor chance de concordar com a importância de participação do paciente e com o impacto disso na prevenção de ISC.

Estudo semelhante destaca que os determinantes sociais, a cultura da medicalização, o modelo assistencial, o suporte organizacional e a formação profissional influenciam no envolvimento do paciente com seu cuidado. Os determinantes sociais podem afetar o comprometimento do paciente frente às orientações recebidas, destacando principalmente o nível de escolaridade, que afeta o entendimento do paciente sobre os cuidados de saúde⁽⁸⁾. Pacientes com baixa alfabetização em saúde são menos propensos a realizar perguntas aos profissionais de saúde, porque estão preocupados com o que podem pensar sobre sua capacidade de entender a doença e as informações sobre o tratamento⁽¹⁰⁾.

No presente estudo, os profissionais demonstraram interesse em envolver os pacientes como agentes de prevenção de ISC, acreditaram ter apoio institucional e que as atividades são compatíveis com sua carga de trabalho, contudo, ressaltaram a importância de uma capacitação institucional para a equipe assistencial desenvolver este processo de inclusão do paciente em seu cuidado.

Contrariamente, profissionais de saúde de um hospital na Suécia evidenciaram que a equipe de saúde não considera os cuidados como responsabilidade do paciente e, por este motivo, não oportunizam momentos para eles expressarem suas escolhas. O paciente é visto como passivo, raramente questionando os cuidados oferecidos e alguns pacientes podem ter resistência a algumas orientações e tornar difícil a sua participação na prevenção de IRAS. O estudo aponta que a organização e os profissionais de saúde não estão suficientemente preparados para envolver o paciente em prevenção de IRAS⁽¹²⁾.

Profissionais de saúde abordados em outro estudo compreendem que, o suporte organizacional pode influenciar de forma positiva ou negativa o envolvimento do paciente com seu cuidado, como por exemplo, muitas vezes a falta de tempo e/ou quantitativo de profissionais da equipe não possibilitam a educação do paciente. Apesar disso, acreditam que a participação do paciente está mais atrelada à atitude dos profissionais do que com a própria cultura institucional⁽⁸⁾.

Estudo que avaliou o conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados pré e transoperatórios para prevenção de ISC demonstrou conhecimento satisfatório dos profissionais (80% a 100%), e ainda apontou a necessidade de aperfeiçoamento constante dos profissionais, a fim de minimizar o déficit de conhecimento à medida em que o tema se atualiza⁽¹³⁾.

A capacitação da equipe multiprofissional deve iniciar na fase acadêmica, e permanecer após sua formação, por meio de oficinas, cursos de capacitações e pós-graduações, além de que, a própria experiência profissional favorece o conhecimento e

segurança para a educação do paciente⁽⁸⁾. A educação em saúde sobre prevenção e controle ISC deve ser fortalecida pelos profissionais de saúde e o paciente deve ser empoderado para tal função, considerando-o como um parceiro cooperativo e capaz⁽¹⁰⁾.

Os pacientes cirúrgicos acreditam que o melhor momento para serem preparados para a prevenção da ISC seja o período pós-operatório, enquanto, os profissionais de saúde defendem que o melhor momento é o pré-operatório. Apesar da clareza sobre a importância da participação do paciente neste contexto, ainda há carência na literatura sobre o estudo de materiais educativos, seu efeito na ocorrência de ISC e o melhor momento para sua aplicação. Estudo de revisão que avaliou a efetividade da intervenção com material educativo para pacientes cirúrgicos demonstrou que houve avaliação positiva por parte dos pacientes, porém, não foi possível estabelecer sua efetividade e qual o melhor momento para sua aplicação, isto é, se antes ou após o procedimento cirúrgico⁽¹⁴⁾.

Com relação às estratégias de participação do paciente, verifica-se que, tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes, possuem as mesmas preferências: exposição oral, vídeos e panfletos, nessa ordem. A comunidade científica possui diversos estudos que objetivam identificar e avaliar a aplicação de determinadas estratégias, sejam elas isoladas ou combinadas^(4,14-17).

As estratégias de educação do paciente abrangem uma linguagem clara e simples entre paciente e profissional, utilização de materiais impressos como informativos e recursos audiovisuais, a fim de facilitar a compreensão e incluir pacientes com nível de escolaridade mais baixo. Além dessas, a formação de grupos para troca de experiência entre pacientes, familiares e profissionais também é uma estratégia positiva, destacando o protagonismo do paciente e o envolvimento da família como componente-chave neste processo⁽⁸⁾.

Em estudo de revisão, destaca-se o enfermeiro (77,14%) como o principal profissional responsável em implementar estratégias de educação ao paciente cirúrgico, e em seguida, os médicos (34,29%). Os recursos de educação mais utilizados foram uso de livretos com texto e imagens, vídeos e folhetos educativos, e como principal estratégia, a educação tradicional, com orientações verbais e retirada de dúvidas⁽¹⁷⁾.

O acompanhamento de ISC intra-hospitalar e após a alta requer vigilância ativa, baseada no paciente, com informações sobre sinais e sintomas dentro do período de vigilância. As estratégias de vigilância após a alta incluem contato com o paciente por correio, telefone, combinação desses métodos ou qualquer outro método com capacidade de identificar possível ISC, de acordo com os critérios da *National Healthcare Safety Network (NHSN)* do *Center for Disease Control and Prevention*⁽²⁾.

Vale destacar a utilização da tecnologia móvel como estratégia de vigilância pós-alta de ISC, que tem se mostrado promissora pelos estudos nacionais e internacionais⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Estudo de revisão evidenciou a importância da tecnologia na educação do paciente sobre o autogerenciamento da saúde e monitoramento remoto pelos profissionais de saúde, evidenciando que os pacientes estão dispostos a utilizar tecnologias móveis e aplicativos de *mHealth*⁽¹⁸⁾.

Estudo americano que avaliou o monitoramento da ferida cirúrgica por meio da tecnologia móvel utilizando imagens, demonstrou alto nível de fidelidade na identificação de ISC,

satisfação dos usuários e disposição de pacientes e cuidadores para sua utilização, com taxa geral de respostas de 90,2%⁽¹⁹⁾.

Neste mesmo sentido, ensaio clínico randomizado demonstrou que pacientes que utilizaram a tecnologia móvel apresentaram 3,7 vezes mais chances de diagnóstico de ISC nos sete primeiros dias de pós-operatório, reduziu a frequência do atendimento hospitalar e melhorou a experiência no acesso aos cuidados, concluindo que o acompanhamento remoto da ferida cirúrgica facilita a triagem e promove o diagnóstico precoce de ISC⁽²⁰⁾.

Diante das evidências apresentadas neste estudo, quanto a participação do paciente na prevenção de ISC, parece que existe a necessidade de alinhamento entre o desejo dos pacientes e a percepção dos profissionais de saúde. Além disso, as respostas dos pacientes parecem revelar que as estratégias de acompanhamento pós-alta merecem ser revisadas, servindo de alerta aos profissionais ao desenharem suas intervenções de saúde.

Como limitações, o estudo foi composto por uma amostra de conveniência, o que pode limitar a generalização dos dados, os

pacientes foram abordados somente no período pós-operatório e os instrumentos de coleta, produzidos pelas autoras, foram submetidos apenas à validação de face.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que pacientes e profissionais de saúde julgam ser importante a participação do paciente como membro ativo de seu cuidado na prevenção de ISC. Para isso, pode-se lançar mão de estratégias como como exposição oral, vídeos e panfletos para educação do paciente no período pré ou pós-operatório, sendo indispensável a capacitação do profissional de saúde.

Espera-se que os resultados deste estudo colaborem com os profissionais de saúde na identificação das melhores estratégias para participação, envolvimento e comprometimento dos pacientes como sujeitos ativos de seu cuidado, no tocante à prevenção de ISC. Sugerem-se futuras investigações com pacientes, familiares e profissionais de saúde, desenvolvimento de estratégias inovadoras para o empoderamento do paciente, e comparação da educação no período pré-operatório e pós-operatório.

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção de pacientes e profissionais de saúde sobre a participação dos pacientes na prevenção de infecção do sítio cirúrgico. **Método:** Estudo transversal realizado em dois hospitais da cidade de São Paulo, com amostra por conveniência de 123 pacientes no período pós-operatório de cirurgias eletivas e 92 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes no cuidado direto a pacientes cirúrgicos. **Resultados:** Pacientes (78,9%) e profissionais (79,4%) concordaram totalmente com a importância da participação do paciente para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico. O impacto da participação do paciente nas taxas de infecção foi significativo para aqueles submetidos à cirurgia prévia ($p = 0,021$). Pacientes e profissionais discordaram quanto ao melhor momento para preparar o paciente sobre a temática ($p < 0,001$). As estratégias de participação consideradas mais efetivas pelos pacientes e profissionais foram, respectivamente, exposição oral (47,2% e 75%), vídeos (40,7% e 58,7%) e panfletos (30,9% e 58,7%). **Conclusão:** Pacientes e profissionais de saúde julgam ser importante a participação do paciente na prevenção de infecção do sítio cirúrgico.

DESCRITORES

Participação do Paciente; Infecção da Ferida Cirúrgica; Educação em Saúde; Enfermagem Perioperatória; Controle de Infecções.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de pacientes y profesionales de salud sobre la participación de los pacientes en la prevención de la infección del sitio quirúrgico. **Método:** Estudio transversal realizado en dos hospitales de la ciudad de São Paulo, con una muestra de conveniencia de 123 pacientes en el postoperatorio de cirugías electivas y 92 profesionales de salud (médicos y enfermeros) que actúan en el cuidado directo de pacientes quirúrgicos. **Resultados:** Los pacientes (78,9%) y los profesionales (79,4%) estuvieron totalmente de acuerdo con la importancia de la participación de los pacientes para prevenir la infección del sitio quirúrgico. El impacto de la participación de los pacientes en las tasas de infección fue significativo para los sometidos a cirugía previa ($p = 0,021$). Pacientes y profesionales discreparon sobre el mejor momento para preparar al paciente sobre el tema ($p < 0,001$). Las estrategias de participación consideradas más eficaces por pacientes y profesionales fueron, respectivamente, la presentación oral (47,2% y 75%), los vídeos (40,7% y 58,7%) y los folletos (30,9% y 58,7%). **Conclusión:** Los pacientes y los profesionales de salud creen que la participación de los pacientes en la prevención de la infección del sitio quirúrgico es importante.

DESCRIPTORES

Participación del Paciente; Infección de la Herida Quirúrgica; Educación en Salud; Enfermería Perioperatoria; Control de Infecciones.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa; 2017.
2. National Healthcare Safety Network. Surgical Site Infection Event (SSI). In: National Healthcare Safety Network, editor. Patient Safety Component Manual. 2022 [citado em 2023 jan 16]. Disponível em: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pscmanual_current.pdf
3. Oliveira AC, Pinto AS. Patient participation in hand hygiene among health professionals. Rev Bras Enferm. 2018;71(2):259–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0124>. PubMed PMID: 29412281.
4. Görig T, Dittmann K, Kramer A, Heidecke CD, Diedrich S, Hübner NO. Active involvement of patients and relatives improves subjective adherence to hygienic measures, especially self-reported hand hygiene: results of the AHOI pilot study. Antimicrob Resist Infect Control. 2019;8(1):201. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13756-019-0648-6>. PubMed PMID: 31890157.
5. Lavalley DC, Lee JR, Semple JL, Lober WB, Evans HL. Engaging patients in co-design of mobile health tools for surgical site infection surveillance: implications for research and implementation. Surg Infect (Larchmt). 2019;20(7):535–40. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/sur.2019.148>. PubMed PMID: 31429644.
6. Berglund Kristiansson E, Källman U. Healthcare staff's views on the patients' prerequisites to be co-creator in preventing healthcare-associated infections. Scand J Caring Sci. 2020;34(2):314–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12730>. PubMed PMID: 31250941.

7. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care. 2009. [citado em 2023 jan 16]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1
8. Carvalho PR, Ferraz ESD, Teixeira CC, Machado VB, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB. Patient participation in care safety: Primary Health Care professionals' perception. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(2):e20200773. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0773>. PubMed PMID: 34161542.
9. Fletcher GS. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2021. 288 p.
10. Yao L, Xiao M, Luo Y, Yan L, Zhao Q, Li Y. Research on the factors that influence patients with colorectal cancer participating in the prevention and control of surgical site infection: based on the extended theory of planned behaviour. *Health Expect.* 2021;24(6):2087–97. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.13355>. PubMed PMID: 34510675.
11. Eldh AC. Facilitating patient participation by embracing patients' preferences: a discussion. *J Eval Clin Pract.* 2019;25(6):1070–3. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13126>. PubMed PMID: 30916440.
12. Berglund Kristiansson E, Källman U. Healthcare staff's views on the patients' prerequisites to be co-creator in preventing healthcare-associated infections. *Scand J Caring Sci.* 2020;34(2):314–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12730>. PubMed PMID: 31250941.
13. Cronemberger JVBV, Cardoso SB, Madeira MZA, Ribeiro IP, Alencar MFB. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da Prevenção de infecção em sítio cirúrgico. *REAS*, 31, e1100. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e1100.2019>
14. Paiva BC, Sousa CS, Poveda VB, Turrini RNT. Evaluation of the effectiveness of intervention with educational material in surgical patients: an integrative literature review. *Rev. SOBECC.* 2017;22(4):208–17. doi: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040006>
15. Figueiredo FM, Gálvez AMP, Garcia EG, Eiras M. Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática. *Cien Saude Colet.* 2019;24(12):4605–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.08152018>. PubMed PMID: 31778511
16. Agreli HF, Murphy M, Creedon S, Bhuachalla CN, O'Brien D, Gould D, et al. Patient involvement in the implementation of infection prevention and control guidelines and associated interventions: a scoping review. *BMJ Open.* 2019;9(3):e025824. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025824>. PubMed PMID: 30904866.
17. Lima No AV, Silva BWAC, Melo VL, Silva JA, Costa IKF. Learning needs and educational strategies for adult patients in the preoperative period of myocardial revascularization: scoping review. *Aquichan.* 2022;22(3):e2237. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2022.22.3.7>
18. Oliveira LP, Lucato ALS, Fernandes DR, Vieira LG, Santos BN, Silveira RCCP. Use of technology for self-care in surgical wound infection surveillance: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(3):e20210208. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0208>. PubMed PMID: 35137885.
19. Gunter RL, Fernandes-Taylor S, Rahman S, Awoyinka L, Bennett KM, Weber SM, et al. Feasibility of an image-based mobile health protocol for postoperative wound monitoring. *J Am Coll Surg.* 2018;226(3):277–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.12.013>. PubMed PMID: 29366555
20. McLean KA, Mountain KE, Shaw CA, Drake TM, Pius R, Knight SR, et al. Remote diagnosis of surgical-site infection using a mobile digital intervention: a randomized controlled trial in emergency surgery patients. *NPJ Digit Med.* 2021;4(1):160. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/s41746-021-00526-0>. PubMed PMID: 34795398.

EDITOR ASSOCIADO

Cristina Lavareda Baixinho

Apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.