

Série

Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde

Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana



Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS)
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES)

Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana

Agência Nacional de Vigilância Sanitária
2017

Copyright © 2017 Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

1ª edição

Diretor-Presidente

Jarbas Barbosa da Silva Junior

Chefe de Gabinete

Leonardo Batista Paiva

Diretores

William Dib

Fernando Mendes Garcia Neto

Renato Alencar Porto

Assessor-Chefe de Comunicação

Carlos Estênio Freire Brasilino

Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTS

Diogo Penha Soares

Gerência de Vigilância e Monitoramento em serviços de Saúde – GVIMS

Magda Machado de Miranda Costa

Equipe Técnica GVIMS/GGTS

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Cleide Felícia de Mesquita Ribeiro

Fabiana Cristina de Sousa

Heiko Thereza Santana

Helen Norat Siqueira

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Lilian de Souza Barros

Luana Teixeira Morelo

Mara Rúbia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia
Cesariana/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

Elaboração

Adriana Lenho de Figueiredo Pereira^{1,2}

Carolina Carvalho Ribeiro do Valle³

Maria Eliane Liégio Matão^{4,5,6}

Guilherme Augusto Armond^{7,8,9}

Lorena Pastor Ramos^{10,11}

João Alfredo Steibel Piffero^{12,13}

Raquel Keiko de Luca Ito^{14,15}

Renata de Souza Reis^{16,17}

Rosana Richtmann^{18,19,20}

Coordenação Anvisa

Cleide Felícia de Mesquita Ribeiro

Revisão - Anvisa

Cleide Felícia de Mesquita Ribeiro

Heiko Thereza Santana

Magda Machado de Miranda Costa

Mara Rúbia Santos Gonçalves

¹ Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras- ABENFO

² Faculdade de Enfermagem / Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

³ Hospital da Mulher Professor Dr. José Aristodemo Pinotti- Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM- UNICAMP-SP

⁴ Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde – MS

⁵ Pontifícia Universidade Católica de Goiás

⁶ Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

⁷ Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar – ABIH

⁸ Hospital Sofia Feldman – Belo Horizonte – MG

⁹ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

¹⁰ Coordenação Estadual de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde da Bahia - CECIRAS- BA

¹¹ Maternidade Climério de Oliveira – Universidade Federal da Bahia

¹² Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO

¹³ Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

¹⁴ Hospital Amparo Maternal – SP

¹⁵ Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – SP

¹⁶ Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde – MS

¹⁷ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF

¹⁸ Sociedade Brasileira de Infectologia – SBI

¹⁹ Instituto de Infectologia Emilio Ribas - SP

²⁰ Hospital e Maternidade Santa Joana – SP

Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde

Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	13
2. FATORES DE RISCO	17
2.1 Fatores de Risco para Infecção Associada ao Parto Vaginal	17
2.2 Fatores de Risco para Infecção Associada à Cirurgia Cesariana	18
3. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO PUERPERAL	19
3.1 Medidas de Prevenção e Controle Pré-Natal	19
3.2 Medidas de Prevenção e Controle para o Parto Vaginal	19
3.2.1 Medidas de Prevenção e Controle no Pré-Parto	21
3.2.2 Medidas de Prevenção e Controle Intraparto	23
3.2.3 Medidas de Prevenção e Controle Pós-Parto	23
3.3 Medidas de Prevenção e Controle para Cirurgia Cesariana	24
3.3.1 Medidas de Prevenção e Controle Pré-Parto	24
3.3.2 Medidas de Prevenção e Controle Intra-Operatório	24
3.3.3 - Medidas de Prevenção e Controle Pós-Operatório	27
3.4 Medidas Gerais de Prevenção e Controle	27
4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE NA ATENÇÃO BÁSICA	29
4.1 Fatores de risco	29
4.2 Pré-Natal	29
4.3 Pós Parto	30
5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES PUERPERAIS	31
5.1 Critérios Diagnósticos de Infecção Puerperal	31
5.2 Cálculo de Indicadores	34
5.3 Vigilância Pós-Alta das Infecções Puerperais	34
6. GLOSSÁRIO	35
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
8. ANEXOS	41
ANEXO 1 - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRURGICA DA OMS (CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA)	41
ANEXO 2 - CHECKLIST DE VIGILÂNCIA PÓS-ALTA EM PARTO VAGINAL / CIRURGIA CESARIANA	42
ANEXO 3 - FOLDER DE PREVENÇÃO PARA A MÃE COM QUESTIONÁRIO DESTACÁVEL DE INFECÇÃO PÓS-ALTA	44
ANEXO 4 - PROTOCOLO A4 DIRIGIDO À ATENÇÃO BÁSICA E À ATENÇÃO HOSPITALAR	47

SIGLÁRIO

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
BA	Bahia
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
EA	Eventos Adversos
EAE	Esfíncter Anal Externo
EAI	Esfíncter Anal interno
EAS	Elementos Anormais e Sedimento
EDMT	Endometrite
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
GGTES	Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
GVIMS	Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
HC	Hospital das Clínicas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
ISC	Infecção de Sítio Cirúrgico
ISC – IP	Infecção de Sítio Cirúrgico Incisional Profunda
ISC – IS	Infecção de Sítio Cirúrgico Incisional Superficial
ISC – OC	Infecção de Sítio Cirúrgico Órgão/Cavidade
ISC – PC	Infecção de Sítio Cirúrgico em Parto Cesáreo
L	Litro
MS	Ministério da Saúde
NHSN	<i>National Healthcare Safety Network</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PBA	Produto a Base de Álcool
PC	Parto Cesáreo

PCR	Proteína C Reativa
PNPCIRAS	Programa Nacional de Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PE	Pernambuco
PVPI	Polivinilpirrolidona-iodo
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICAMP	Universidade de Campinas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCSC	Tecido Celular Subcutâneo
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VHS	Velocidade de Hemossedimentação

APRESENTAÇÃO

A infecção puerperal é uma das principais causas de morbimortalidade materna, constituindo um importante problema de saúde pública que demanda a medidas de prevenção desse eventos nos serviços de saúde.

A presente publicação apresenta de maneira objetiva, concisa e prática, as medidas para a prevenção e controle de infecção puerperal nos serviços de saúde que realizam assistência pré-natal, parto e pós-parto, contribuindo para a redução de riscos para a gestante ou puérpera. Essa publicação também trata dos Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana, os quais devem ser adotados por todos os serviços de saúde do país para a apropriada vigilância epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

É destinada aos gestores, profissionais de saúde, educadores e profissionais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) devendo, portanto, estar facilmente disponível para consulta nas instituições.

1. INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) consistem em eventos adversos (EA) ainda persistentes nos serviços de saúde do Brasil. Sabe-se que a infecção leva ao considerável aumento da morbidade, da mortalidade e do tempo de internação, além de elevar custos à instituição hospitalar e prejuízos físicos, psicológicos, sociais às pacientes^{1,2}.

Entende-se por Infecção puerperal qualquer infecção do trato genital ocorrida durante o puerpério. Entre outras manifestações, a paciente pode apresentar a febre puerperal, conceituada por temperatura axilar maior ou igual a 38° C* manifestada após 24 horas do parto com duração mínima de 02 dias³. Considerando a finalidade da vigilância epidemiológica das IRAS, a definição dos critérios diagnósticos se diferencia de acordo com a via de parto, como descrito adiante no item 5.1 deste documento (Critérios Diagnósticos de Infecção Puerperal).

Há a necessidade de se complementar o conceito de infecção puerperal com o de morbidade febril puerperal, pela eventual dificuldade de caracterizar a infecção que ocorre após o parto. Morbidade febril puerperal é caracterizada pela temperatura corporal de no mínimo 38°C durante dois dias quaisquer, dos primeiros 10 dias pós-parto, excluídas as 24 horas iniciais⁴.

A infecção puerperal pode ser polimicrobiana e os agentes etiopatogênicos são microrganismos anaeróbios e aeróbios da flora do trato geniturinário e intestinal⁴.

Cabe lembrar que apojadura ou “descida” é o período em que se inicia a produção de leite, que ocorre em torno de 48 a 72 horas após o parto. Nesse período, as mamas aumentam de tamanho e temperatura, tornam-se dolorosas e este fenômeno dura, em média, três a quatro dias. Destaca-se, ainda, que a puérpera pode apresentar ligeiro aumento da temperatura axilar (36,8° C a 37,9°C) nas primeiras 24 horas, sem que represente, necessariamente, um quadro infeccioso instalado⁵.

As infecções pós-parto, quando não causam a morte, podem levar a outras complicações, como a doença pélvica inflamatória e a infertilidade⁶. Cerca de 10% das mortes maternas no mundo são atribuídas à sepse, que é considerada a terceira causa direta de mortalidade nesta população, sendo superada apenas pelas complicações hemorrágicas e pela hipertensão⁷. Estima-se que a sepse puerperal é responsável por cerca de 75.000 mortes maternas ao ano, especialmente nos países de baixa renda per capita⁸.

*NOTA1: Em caso da apojadura, recomenda-se verificar a temperatura oral da paciente e considerar febre se temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

As infecções puerperais no âmbito internacional apresentam índices que oscilam entre 3 e 20%, com valores médios de 9%⁹.

No Brasil, ainda existem poucos dados sobre sepse puerperal, baseados em estudos descritivos de alguns poucos centros isolados. Em Goiânia, 2,9% das mulheres submetidas a partos humanizados em uma maternidade pública municipal evoluíram com infecção, sendo mais frequente naquelas submetidas à cirurgia cesariana, esse índice é considerado elevado se comparado a literatura internacional⁹. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) obstétrica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), em Recife (PE), a infecção puerperal foi a terceira causa de internação na unidade, correspondendo a 7,5% das admissões no período de fevereiro de 2003 a fevereiro de 2007¹⁰. No Estado do Paraná, as infecções pós-parto foram a segunda causa de mortalidade em hospitais de referência para gestação de alto risco no triênio 2008-2010. Por outro lado, as complicações anestésicas, hemorragias e embolias, foram mais frequentes nos serviços de referência para gestação de baixo risco, no mesmo período¹¹.

As infecções de parede abdominal e endometrites pós-cesárea, pertencem ao rol das IRAS e sua incidência varia de 3 a 15% em diversos países, de acordo com o método de vigilância adotado¹²⁻¹⁴, sendo maior nos serviços que realizam a busca ativa de infecções cirúrgicas após a alta.

No Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), foram avaliadas 487 mulheres submetidas à cesariana no período de abril de 2011 a março de 2012 neste serviço. Foi encontrada uma taxa de infecção de 2,9% (14 infecções), sendo que 10 casos (71,5%) foram identificados por meio de métodos de vigilância pós-alta¹⁵.

Os dados do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que há 4,35 vezes mais riscos de infecção puerperal e que, a mortalidade materna após a cesariana é de três vezes maior do que o parto normal ou abortamento. Atualmente, o Brasil é um dos países com maiores proporções de partos cesarianos no mundo, com o dobro da taxa máxima de 15% recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nas unidades SUS e cinco vezes maior nas unidades privadas^{9,16}. O grande número de partos cesarianos tem contribuído para o aumento das taxas de infecção puerperal no país, visto que a cesariana, por se tratar de um procedimento cirúrgico, tem maiores chances de infecção em comparação aos partos vaginais, uma das principais complicações é a endometrite.

Diante deste contexto, o Programa Nacional de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) determinou que a taxa de infecções de sítio cirúrgico em parto cesáreo (ISC-PC) fosse um dos indicadores nacionais do Programa. A partir de 2014, tornou-se obrigatória a notificação das ISC-PC pelos serviços de saúde do Brasil que já notificavam infecções primárias de corrente sanguínea ao Sistema de Vigilância Epidemiológica e realizavam partos cirúrgicos. Foram identificados 9.466 registros de ISC-PC, em um universo de 861.604 cirurgias cesarianas realizadas no ano de 2015, o que equivale a uma taxa de incidência global de 1,1%. Dos hospitais notificantes, 66% (811 hospitais) reportaram que realizaram vigilância pós-alta, sendo que estes apresentaram uma taxa de 1,3%. Entre os hospitais que não faziam a vigilância pós-alta ou que não havia informação sobre o tipo de vigilância, a taxa foi de 0,76%¹⁴.

O escopo deste documento trata dos critérios diagnósticos e das medidas de prevenção e controle de infecção puerperal relacionada ao parto vaginal e à cirurgia cesariana.

NOTA 2: Conceitua-se puerpério o período do ciclo grávido puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico⁵. O puerpério inicia-se imediatamente após o parto, com a saída da placenta, com duração média de seis semanas.

Entre as mulheres há variabilidade nessa duração, uma vez que se relaciona principalmente a mudanças orgânicas, no caso, anatômicas e fisiológicas, mas também a questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade e que influenciam na passagem desse período. Em outras palavras, no período puerperal ocorre o completo restabelecimento do organismo da mulher, o que impede ou reduz complicações relacionadas ao pós parto^{17,18}.

A Rede Cegonha preconiza como estratégia em saúde, no âmbito da atenção básica, a realização da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI), para atenção e apoio à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto, o que se constitui como fundamental para a saúde materna e neonatal. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: imediato (1° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia)^{5,17,18}.

2. FATORES DE RISCO

2.1 Fatores de Risco para Infecção Associada ao Parto Vaginal

Apesar do parto vaginal apresentar menor risco de infecção puerperal, tem-se vários fatores de risco associados a este tipo de infecção. A transmissão de microrganismos nos casos de infecção puerperal pode ter origem exógena (contaminação externa, relacionada ao procedimento propriamente dito e condições locais de higiene) ou endógena, relacionada à própria flora genital da paciente.

Assim, sempre que possível, deve-se minimizar os seguintes fatores de risco abaixo relacionados, para um melhor desfecho em termos de prevenção de infecção:

- Tempo de ruptura de membranas amnióticas \geq 18h.
- Presença de qualquer infecção, em especial do trato geniturinário.
- Realização de procedimentos invasivos prévios, tais como procedimentos de medicina fetal e circlagem.
- Toques vaginais, sobretudo após ruptura de membranas amnióticas. A OMS recomenda um intervalo mínimo de 4 horas entre toques vaginais para o acompanhamento da primeira fase ativa do trabalho de parto, em mulheres de baixo risco. Além disso, deve-se evitar a realização de toques vaginais na mesma parturiente por múltiplos profissionais (no mesmo momento ou em pontos diferentes do trabalho de parto), considerada uma prática frequente e inapropriada em hospitais de ensino¹⁹.
- Comorbidades maternas: obesidade, diabetes, anemia, imunossupressão.
- Presença de restos ovulares.
- Episiotomia.
- Extração manual da placenta.
- Laceração perineal de grau 3 e 4.
- Hemorragia pós-parto.
- Tricotomia com lâmina.
- Baixo nível socioeconômico.
- Má condição de higiene.
- Alimentação inadequada.
- Falta de acesso a serviços de saúde.
- Pré-natal não realizado ou realizado de forma precária.

NOTA 3: Classificação das lacerações perineais²⁰⁻²²:

Grau 1- lesão apenas da pele do períneo e tecido celular subcutâneo (TCSC). A musculatura perineal permanece intacta;

Grau 2 - a lesão atinge a fáscia e os músculos do períneo, porém preserva o esfíncter anal;

Grau 3 - a lesão envolve fibras do complexo esfíncter anal interno (EAI) e do esfíncter anal externo (EAE)

Pode ser de 3 subtipos:

- 3a: laceração de menos do que 50% da espessura do EAE.
- 3b: laceração de mais de 50% da espessura do EAE.
- 3c: laceração completa do EAE envolvendo também o EAI.

Grau 4 – a lesão envolve estruturas perineais, esfíncter anal e também mucosa retal.

2.2 Fatores de Risco para Infecção Associada à Cirurgia Cesariana

Somados aos fatores de risco comuns para complicações infecciosas na gestação e no parto existem os fatores relacionados à infecção de sítio cirúrgico.

Citam-se abaixo fatores comumente discutidos na literatura:

- Tempo prolongado de cirurgia

A duração média estimada da cirurgia cesariana é de 56 minutos; acima desse tempo, o risco aumenta²³

- Lesão acidental de órgão
- Cesariana de emergência
- Cesariana após início de trabalho de parto
- Antibioticoprofilaxia não realizada no tempo e dose indicados

3. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO PUERPERAL

3.1 Medidas de Prevenção e Controle Pré-Natal

- Higiene das mãos antes e após cada procedimento/consulta

A higiene das mãos com água e sabonete é essencial quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais. Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, a higiene deve ser realizada com preparação alcoólica (sob as formas gel, solução, espuma ou outras).

Seguir o passo a passo da publicação “Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos”²⁴, disponível no portal da Anvisa.

- Avaliação multidisciplinar para identificação de fatores de risco e instituição de medidas preventivas.
- Detecção e tratamento de infecções, principalmente de trato geniturinário.
- Controle e tratamento das comorbidades maternas.

3.2 Medidas de Prevenção e Controle para o Parto Vaginal

O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir manual de normas e rotinas técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização, quando aplicável, das superfícies, instalações, equipamentos e produtos para a saúde. O manual de normas e rotinas técnicas dos procedimentos deve estar atualizado e disponível em local de fácil acesso. Quanto ao caso específico, a referência de limpeza e desinfecção de superfícies deve seguir as orientações do fabricante e as normas do manual da Anvisa “Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de superfícies”²⁵, disponível no portal da Anvisa (<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies>).

O serviço de saúde deve estabelecer uma rotina própria para garantir a limpeza e desinfecção dos seguintes materiais utilizados para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto humanizado:

a. Banheira

Quanto ao uso de banheira, a instalação é opcional, com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m. No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível, não deve ser ativado o modo de hidromassagem²⁶.”

b. Barra fixa ou Escada de Ling



c. Bola de Bobat / Cavalinho



3.2.1 Medidas de Prevenção e Controle no Pré-Parto

1. As seguintes recomendações devem ser seguidas sobre o uso de luvas para o toque vaginal:
 - As luvas devem ser acondicionadas em local apropriado, seco e limpo.
 - O profissional de saúde deve higienizar as mãos antes e após cada exame.
 - As luvas utilizadas para este procedimento podem ser de plástico ou de procedimentos (látex não cirúrgicas). Devem ser limpas, não necessariamente estéreis.

2. Higiene perineal

Como não há evidência que suporte o uso de antisséptico com a finalidade de redução de infecção puerperal, o mesmo não é recomendado.

3. Higiene das mãos

Seguir o passo a passo da publicação “Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos”²⁴, disponível no portal da Anvisa

4. Realizar procedimentos invasivos somente quando houver indicação e com produtos para saúde devidamente esterilizados.

5. Realizar menor número possível de toques vaginais

Os toques vaginais devem ser restritos às avaliações do progresso do trabalho de parto e em menor número possível, sobretudo em mulheres com ruptura de membranas amnióticas.

6. Paramentação

A seleção de equipamento de proteção individual deve ser baseada na avaliação do risco de transmissão de microrganismos para a mulher e o risco de contaminação das vestimentas e pele dos profissionais de saúde por sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções²⁰.

O serviço de saúde deve manter normas e rotinas técnicas escritas de biossegurança, atualizadas e disponíveis a todos os trabalhadores, contemplando os Equipamentos de Proteção Individual listados no Quadro 1.

7. Tricotomia

A tricotomia não deve ser realizada com finalidade de prevenção de infecção. O uso de lâmina para remoção de pelos aumenta o risco de infecção puerperal.

Havendo necessidade de realizar tricotomia, usar tricotomizadores elétricos ou tesouras (tonsura)²⁷.

8. Enteroclisma

É contraindicada a realização de enteroclisma.

Quadro 1- Relação de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados na Prevenção e Controle de Infecção.

Tipo	Quando usar	Recomendações de uso
Máscara cirúrgica	Deve ser utilizada para evitar a contaminação da boca e nariz do profissional por gotículas de sangue, quando o mesmo atuar a uma distância inferior a 1 metro do paciente	
Luvas	As luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados, de forma a reduzir a possibilidade de transmissão de microrganismos para o profissional, assim como, de paciente para paciente por meio das mãos do profissional. Quando o procedimento a ser realizado no paciente exigir técnica asséptica, devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico).	<ul style="list-style-type: none"> • Troque as luvas sempre que entrar em contato com outro paciente <p>Troque também durante o contato com o paciente, se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, ou quando esta estiver danificada.</p> <p>Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.</p> <p>Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas (as luvas não devem ser reutilizadas).</p> <p>O uso de luvas não substitui a higienização das mãos.</p> <p>Proceder à higienização das mãos imediatamente após a retirada das luvas.</p> <p>Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos: Retire as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta. Segure a luva removida com a outra mão enluvada. Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva.</p>
Tipo	Quando usar	Recomendações de uso

Óculos de proteção	Devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingo de sangue, secreções corporais e excreções.	Os óculos devem ser exclusivos de cada profissional responsável pela assistência, devendo, após o uso, sofrer processo de limpeza com água e sabão/detergente e desinfecção. Sugere-se para a desinfecção hipoclorito de sódio ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante.
Capote / avental	Deve ser usado durante procedimentos onde há risco de respingos de sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, a fim de evitar a contaminação da pele e roupa do profissional.	O capote ou avental deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior. Além disso, deve ser confeccionado de material de boa qualidade, não alergênico e resistente; proporcionar barreira antimicrobiana efetiva, permitir a execução de atividades com conforto e estar disponível em vários tamanhos. O capote ou avental sujo deve ser removido após a realização do procedimento. Após a remoção do capote deve-se proceder a higienização das mãos para evitar transferência de patógenos para o profissional, pacientes e ambiente.

3.2.2 Medidas de Prevenção e Controle Intraparto

Profilaxia para parto vaginal

Não há evidências suficientes para indicar antibioticoprofilaxia para parto vaginal, inclusive instrumental^{1,2,28,29}, sendo exceções as seguintes situações:

- Remoção manual da placenta^{1,2,29,30}
- Lacerações de períneo de 3º ou 4º graus²⁰⁻²²

3.2.3 Medidas de Prevenção e Controle Pós-Parto

1. Fazer vigilância epidemiológica de infecção pós-operatória (ver Anexo 2).
2. Orientar a puérpera sobre sinais e sintomas de infecção.
3. Orientar que as relações sexuais com penetração vaginal podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização.
4. Higiene perineal deve ser realizada com água e sabonete no mínimo 3 (três) vezes ao dia e após as eliminações fisiológicas, diurese e evacuação.

NOTA 4: Parto Instrumental é toda a atividade ou atitude empregada para abreviar o período expulsivo fetal quer seja por instrumentos cirúrgicos (ex. fórcepe e vácuo extrator) quer por manobras incisionais como a episiotomia²¹.

3.3 Medidas de Prevenção e Controle para Cirurgia Cesariana

3.3.1 Medidas de Prevenção e Controle Pré-Parto

1. Banho pré-operatório
 - Banho de aspersão (chuveiro) pré-operatório antes da cirurgia;
 - Não está recomendado o uso de antisséptico.

2. Preparo cirúrgico da pele

Os seguintes cuidados devem ser seguidos durante o preparo da pele da parturiente:

- Realizar degermação do local próximo da incisão cirúrgica antes de aplicar solução antisséptica;
- Realizar a antissepsia no campo operatório no sentido centrífugo circular (do centro para a periferia) e ampla o suficiente para abranger possíveis extensões da incisão, novas incisões ou locais de inserções de drenos, com solução alcoólica de clorexidina ou Iodopovidona - PVPI;

3. Embrocação ginecológica com produto antisséptico aquoso

As evidências apontam que a limpeza vaginal com iodopovidona imediatamente antes da cesariana previnem endometrite pós cirurgia cesariana. O procedimento deve ser feito imediatamente antes da cirurgia devido ao risco de exposição fetal ao iodo.

4. Antissepsia cirúrgica das mãos

Elimina a microbiota transitória e reduz a microbiota residente da pele das mãos e dos antebraços dos profissionais que participam das cirurgias. Proporciona efeito residual na pele do profissional.

Utiliza-se água de torneira, esponjas impregnadas com antisséptico degermante (clorexidina 2% ou Polivinilpirrolidona-iodo - PVPI) ou por meio do uso de produto a base de álcool (PBA). Deve ser de 3 a 5 minutos para o primeiro procedimento do dia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes, se realizadas dentro de 1 hora após a primeira fricção.

Com PBA seguir sempre o tempo de duração recomendado pelo fabricante. Toda a sequência (ponta dos dedos, mãos, antebraços e cotovelos) leva em média 60 segundos. Deve-se repetir esta sequência o número de vezes que atinja a duração total recomendada nas instruções do fabricante do PBA, podendo ser 2 ou 3 vezes. Seguir o passo a passo da publicação da Anvisa “Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos”²⁴, disponível no portal da Anvisa (<http://www20.anvisa.gov.br/seguranca-dopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-higienizacao-das-maos>).

5. Uso dos *checklists* de segurança cirúrgica da OMS (Anexo 1) e de nascimento seguro da OMS.

3.3.2 Medidas de Prevenção e Controle Intra-Operatório

1. Antibioticoprofilaxia

1ª escolha: Cefalosporina de primeira geração: Cefazolina 2g até 120 kg e 3g acima de 120 kg. Deve ser administrada nos 60 minutos que antecedem a incisão, em dose única^{1,2,19,28-30}. Em caso de duração da cirurgia maior que 4 horas, sangramento maior que 1,5 L, nova dose deve ser administrada.

Pacientes alérgicas a cefalosporinas, ou com reação anafilática grave a penicilina: Clindamicina 900 mg com^{1,2,30} ou sem²⁸ aminoglicosídeo (Gentamicina 5mg/kg).

2. Manutenção da normotermia durante a cirurgia.
3. Usar *Checklist* de cirurgia segura (Anexo 1) e do nascimento seguro da OMS.
4. Evitar remoção manual da placenta.

Recomenda-se a retirada da placenta pela tração do cordão umbilical.

5. Redução do tempo cirúrgico. Técnica operatória.

Cuidados gerais da técnica cirúrgica:

- Hemostasia adequada reduzindo a possibilidade de hematoma; minimizar trauma e usar cautelosamente o cauterio e ligaduras vasculares evitando necrose tecidual; não deixar espaço morto no fechamento dos planos cirúrgicos e remover tecidos desvitalizados^{31,32}.
- O tempo de duração da cirurgia também é considerado fator de risco para Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC). Tem sido sugerido uma forma de estimativa deste risco utilizando o *score Risk Index* e uma das variáveis deste índice é a duração da cirurgia^{32,33}. O índice de risco (*Risk Index*) usado pelo *National Healthcare Safety Network* (NHSN) dos CDC dos Estados Unidos da América (EUA) é formado por 3 variáveis: ASA score (*ASA Physical Status Classification System*), 3, 4 ou 5 (conforme demonstrado no Quadro 2), classificação da ferida operatória (contaminada ou suja - conforme manual de IRAS) e duração do procedimento (maior que o percentil 75). Cada um dos fatores de risco representa 1 ponto, de forma que o índice de risco varia entre 0, sendo o menor até o máximo, 3. No caso da cirurgia cesariana, conforme descrito pelo NHSN, o tempo limite (percentil 75) seria de 56 minutos²³. Este score é utilizado para estratificação de risco e pode estar mais ou menos relacionado ao resultado, a depender da cirurgia

Quadro 2 - *ASA Physical Status Classification System*³⁴.

ASA	Definição
I	Paciente normal, saudável
II	Paciente com doença sistêmica leve
III	Paciente com doença sistêmica grave
IV	Paciente com doença sistêmica grave que é constante ameaça à vida
V	Paciente moribundo, sem expectativa de sobrevivência sem a intervenção cirúrgica
VI	Paciente declaradamente em morte encefálica, cujos órgãos estão sendo captados para doação.

A adição da letra E denota cirurgia de emergência, definida como em existindo demora no tratamento o risco à vida ou ao órgão do paciente aumenta significativamente.

- Quanto à incisão abdominal

Embora a incisão abdominal pela técnica de Pfannenstiel seja mais difundida, uma revisão sistemática da Cochrane avaliando um total de 14 estudos randomizados em 2008, apontou redução de tempo cirúrgico e da ocorrência de febre com a utilização da técnica de Joel-Cohen (incluindo Misgav- Ladach e variantes)³⁵. Outra revisão sistemática publicada em 2013 com 04 estudos randomizados comparando as duas técnicas, também demonstraram redução da morbidade febril pós cesárea na incisão abdominal pela técnica Joel-Cohen³⁶. O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) recomenda a incisão

abdominal de Joel-Cohen também pela sua associação com redução de tempo operatório e morbidade febril pós operatória³⁷.

- Quanto à incisão uterina

Os dados parecem suficientes para recomendar a divulsão digital, que também é mais rápida de ser realizada³⁵. Além disso está associada a menor risco de sangramento e necessidade transfusional³⁷.

- Quanto à sutura uterina

A sutura uterina em camada única é a técnica mais utilizada e parece ser a mais indicada na maioria dos casos³⁵. Além disso, não apresenta diferença significativa das taxas de ISC quando comparada com a sutura em dupla camada³⁸.

- Quanto ao fechamento do peritônio

No geral, a literatura é favorável ao não fechamento do peritônio considerando redução do tempo operatório^{35,37}. No entanto, a última revisão sistemática da Cochrane não apresenta redução das taxas de ISC com o não fechamento do peritônio visceral e parietal, embora continue confirmando o encurtamento do tempo cirúrgico do procedimento³⁹.

- Quanto ao fechamento do Tecido Celular Subcutâneo (TCSC)

As recomendações apontam para fechamento de TCSC com mais de 2cm de espessura^{35,37}.

1. Não utilizar adornos (anéis, pulseiras, relógios, etc). Uso de paramentação completa pela equipe de campo cirúrgico (aventil estéril, touca, óculos, máscara, etc).

A proibição do uso de adornos deve ser observada para todo trabalhador do serviço de saúde, bem como aqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde exposto ao agente biológico, independente da sua função.

São considerados adornos alianças, anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches, *piercings* expostos, gravatas e crachás pendurados com cordão.

Óculos de grau não são adornos, mas os profissionais de saúde devem ser orientados para a higienização regular dos óculos. Já os cordões ou correntes utilizados nos óculos, devem ser vedados para aqueles trabalhadores expostos a riscos biológicos.

É proibido o uso de calçados abertos. Entende-se por calçado aberto aquele que proporciona exposição da região do calcâneo (calcanhar), do dorso (peito) ou das laterais do pé⁴⁰.

2. Paramentação adequada pela equipe circulante.
3. Circulação de pessoas.

O ato de circular em uma sala cirúrgica exige conhecimentos e habilidades essenciais, portanto, a circulação na sala operatória consiste em atividade desenvolvida exclusivamente pela equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, os quais durante todo ato anestésico cirúrgico, desenvolvem atividades a fim de garantir condições funcionais e técnicas necessárias para a equipe médica e ao paciente.

Os seguintes cuidados devem ser observados:

- Manter as portas das salas cirúrgicas fechadas durante o ato operatório;
- Limitar o número de pessoas na sala operatória, manter o número de pessoas necessário para atender o paciente e realizar o procedimento;
- O acompanhante da escolha da parturiente deve receber as orientações necessárias quanto ao posicionamento, postura dentro de sala cirúrgica;

- Evitar abrir e fechar a porta da sala operatória desnecessariamente.
- Não levar celular, bolsas para dentro da sala cirúrgica.
- 4. Utilizar materiais e instrumentais cirúrgicos (produtos para saúde) adequadamente processados, conforme a RDC nº. 15 de 15 de março de 2012⁴¹.

3.3.3 - Medidas de Prevenção e Controle Pós-Operatório

1. Usar *checklist* de cirurgia segura;
 2. Fazer vigilância epidemiológica de infecção pós-operatória;
 3. Curativo (orientações específicas): manter curativo cirúrgico/estéril por até 24 horas após o ato cirúrgico³⁷;
 4. Abstinência sexual de acordo com orientação médica
- As relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização¹⁷.

3.4 - Medidas Gerais de Prevenção e Controle

1. Prover retorno dos índices de infecção aos profissionais de saúde.
2. Capacitação da equipe sobre prevenção da infecção.
3. Capacitação da paciente e dos familiares.
4. Realizar busca ativa das infecções cesarianas (Anexo 2).
5. Higiene das mãos.
6. Não utilizar adornos (anéis, pulseiras, relógios, etc).

4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE NA ATENÇÃO BÁSICA

4.1 Fatores de risco

1. Infecções maternas, com destaque para as do trato urinário.
2. Comorbidades maternas: anemia, diabetes, obesidade, imunossupressão.
3. Condições sociais desfavoráveis: higiene prejudicada, alimentação inadequada e falta de acesso a serviços de saúde.
4. Ausência ou baixa qualidade da assistência pré-natal.
5. Presença de agentes etiológicos associados à ocorrência de Amniorrexe Prematura⁴² e Febre Puerperal⁴³:
6. Infecção cervico-vaginal por *Chlamydia trachomatis* e *Trichomonas vaginalis*;
7. Vaginoses bacterianas, principalmente por bactérias anaeróbias, como *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* sp., *Mobiluncus* sp., *Mycoplasma hominis*, *Peptoestreptococos* sp.;
8. Infecções sexualmente transmissíveis: Gonorreia, Sífilis e infecção provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

4.2 Pré-Natal

1. Medidas de Prevenção:
 - Início precoce do acompanhamento pré-natal, até a 12ª semana de gravidez.
 - Controle dos fatores de risco acima mencionados, com destaque para a avaliação nutricional, ginecológica e dos resultados dos exames de rotina no pré-natal, como Hemoglobina e Hematócrito; Glicemia em jejum, Urina tipo I (Elementos Anormais e Sedimento - EAS), Urocultura e antibiograma, Teste rápido para sífilis ou *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), entre outros exames indicados na primeira (primeiro trimestre) e segunda rotina do pré-natal (entre a 28ª e 30ª semana de gravidez), conforme recomendações e valores de referência dos exames descritos no Caderno da Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco¹⁷ e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres¹⁸.

Ressalta-se a importância do rastreamento da bacteriúria assintomática por meio da urocultura (resultado é positivo quando há mais de 100 mil colônias por mL) e do exame ginecológico para avaliação das queixas de corrimento vaginal.

- Diagnóstico precoce e tratamento oportuno, conforme as recomendações ministeriais supracitadas.

4.3 Pós Parto

1. Medidas de diagnóstico precoce:
 - Investigação da história da assistência ao parto, sobretudo para as ocorrências dos fatores de risco descritos no item 2.
2. Alerta para relato materno de:
 - Febre
 - Lóquios amarelados/acastanhados e mal cheirosos
 - Dor no local da sutura cirúrgica (cesariana e episiotomia)
 - Drenagem de secreção nos pontos da cesárea ou da episiotomia
3. Verificação dos sinais vitais e exame físico criterioso, com especial atenção para os seguintes sinais e sintomas:
 - Dor durante a palpação da região suprapúbica.
 - Dor, calor e rubor na região dos pontos da cesariana ou da episiotomia.
 - Drenagem de secreção purulenta com ou sem deiscência de pontos.
 - Febre materna constatada durante a consulta (temperatura axilar acima de 38°C).
4. No caso de suspeita de infecção, solicitar imediatamente a avaliação médica da equipe da atenção básica/saúde da família para diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para a maternidade/hospital onde o parto ocorreu.

5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES PUERPERAIS

Com o intuito de realizar a adequada vigilância epidemiológica das infecções relacionadas ao parto vaginal e cirurgia cesariana, é necessário que se definam os critérios diagnósticos das mesmas. O Quadro 3 traz os critérios diagnósticos baseados nos critérios do NHSN / CDC e ANVISA.

5.1 Critérios Diagnósticos de Infecção Puerperal

Quadro 3- Critérios Diagnósticos de Infecção Puerperal.

TIPO DE PARTO	INFECÇÃO	CRITÉRIO
VAGINAL	Endometrite (EDMT)	Critério 1: Microrganismo isolado em cultura de secreção ou tecido endometrial, obtido durante cirurgia por aspiração ou biópsia.
		Critério 2: Presença de pelo menos 2 sinais e sintomas: febre (temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$) em pelo menos 2 aferições, dor em baixo ventre ou útero amolecido, e loquiação purulenta
	Infecção da episiotomia (EPIS) ou das lacerações vaginais.	Critério 1: presença de drenagem purulenta Critério 2: presença de abscesso
Nota 5: não reportar corioamnionite como endometrite. Nota 6: não reportar endometrite pós-parto vaginal como IRAS se a paciente for admitida com corioamnionite.		

TIPO DE PARTO	INFECÇÃO	CRITÉRIO
CESARIANA	ISC Incisional Superficial (ISC-IS)	Critério 1: Ocorre até 30 dias subsequentes ao ato cirúrgico.
		Critério 2: Envolve apenas pele e tecido subcutâneo.
		Critério 3: Atende a pelo menos 1 dos seguintes critérios: Drenagem purulenta da incisão superficial; Cultura positiva de secreção ou tecido superficial obtido assepticamente; Microrganismo isolado em cultura de secreção ou tecido endometrial, obtido durante cirurgia por aspiração ou biópsia; Incisão superficial aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: dor, hipersensibilidade, edema local, calor, hiperemia e cultura positiva ou não realizada; desconsiderar cultura negativa. Diagnóstico de infecção superficial feita pelo médico assistente. Nota 7: não notificar mínima inflamação e drenagem de secreção limitada aos pontos de sutura
CESARIANA	ISC Incisional Profunda (ISC-IP)	Critério 1: Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia;
		Critério 2: Envolve tecidos moles profundos à incisão (por exemplo: fáscia e/ou músculos);
		Critério 3: Com pelo menos UM dos seguintes sinais ou sintomas: Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não de órgão/cavidade; Deiscência parcial ou total da parede abdominal ou abertura da ferida pelo cirurgião, temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$, dor ou aumento da sensibilidade local, exceto se a cultura for negativa; Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida, identificada em reoperação, exame clínico, histocitopatológico ou exame de imagem; Diagnóstico de infecção incisional profunda pelo médico assistente.

TIPO DE PARTO	INFECÇÃO	CRITÉRIO
CESARIANA	ISC Órgão / Cavidade (ISC-OC)	Critério 1: Ocorre até 30 dias após ato cirúrgico.
		Critério 2: Envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante cirurgia.
		Critério 3: com pelo menos UM dos seguintes sinais ou sintomas: Cultura positiva de secreção ou tecido do órgão/cavidade obtida assepticamente; Abscesso ou qualquer evidência de que a infecção envolva planos profundos da ferida identificada em reoperação, exame clínico, histocitopatológico ou de imagem; Diagnóstico feito pelo médico assistente.
	<p>Nota 8: não notificar mínima inflamação e drenagem de secreção limitada a pontos de sutura.</p> <p>Nota 9: sinais clínicos (febre, hiperemia, dor, calor, calafrios) ou laboratoriais (leucocitose, aumento de PCR quantitativa ou VHS) são inespecíficos, mas podem sugerir infecção.</p> <p>Nota 10: caso a infecção envolva mais de um plano anatômico, notifique apenas o sítio de maior profundidade.</p>	

5.2 Cálculo de Indicadores

O cálculo da taxa de incidência das infecções puerperais deve ser feito por procedimento (parto vaginal e cirurgia cesariana), para fins de notificação e divulgação dos dados aos profissionais de saúde da instituição.

Como numerador, devem ser incluídas todas as infecções diagnosticadas no procedimento sob avaliação.

Como denominador devem ser incluídos todos os procedimentos sob análise, realizados no período.

A razão é multiplicada por 100 (cem) e é expressa sob a forma percentual:

$$\text{Taxa de infecção pós-parto vaginal} = \frac{\text{Nº de infecções pós-parto vaginal}}{\text{Nº de partos vaginais realizados no período}} \times 100$$

$$\text{Taxa de infecção pós-parto vaginal} = \frac{\text{Nº de infecções pós-cesárea}}{\text{Nº de cirurgias cesarianas realizadas no período}} \times 100$$

Nota 11: As infecções devem ser computadas na data em que o procedimento correspondente foi realizado.

5.3 Vigilância Pós-Alta das Infecções Puerperais

Como as infecções puerperais podem ocorrer em até 30 dias do parto, é importante que seja feita a vigilância pós-alta. O que pode ser feito de diversas maneiras:

1. Por telefone;
2. Por carta entregue à paciente no momento da alta, com instruções de reenvio;
3. No retorno de revisão puerperal, com questionário estruturado respondido pela própria paciente;
4. No retorno de revisão puerperal, com questionário estruturado respondido por profissional de saúde.

O Questionário Estruturado (Anexo 2) pode ser usado em qualquer uma das situações anteriores.

6. GLOSSÁRIO

AMNIOCENTESE: consiste na introdução de uma agulha dentro da cavidade uterina que pode ser via abdominal ou vaginal, normalmente para estudo do líquido amniótico.

AMNIORREXE PREMATURA: também chamada Rotura Prematura das Membranas, é definida como a rotura das membranas amnióticas que ocorre antes do início do trabalho de parto.

AMNIOTOMIA: rotura artificial e eletiva das membranas fetais antes do início da fase ativa do trabalho de parto. Na vigência de amniotomia esse líquido flui parcialmente, via vaginal.

CERCLAGEM OU CIRCLAGEM: procedimento cirúrgico que se usa para fechar o colo uterino incompetente com um fio e com a finalidade de tratar a incompetência istmo-cervical.

CORIOAMNIONITE: infecção do líquido amniótico e das membranas fetais.

EMBROCAÇÃO VAGINAL: refere-se à higiene realizada dentro da vagina por uma gaze em ponta de pinça, gaze esta embebida com desinfetante antisséptico em meio aquoso.

ENDOMETRITE: quadro infeccioso que acomete a mucosa uterina chamada endométrio, ocorrendo de 1 a 3% após o parto vaginal.

VAGINOSE: é um quadro no qual a população bacteriana vaginal normal de *Lactobacillus* sp. é substituída por elevadas concentrações de bactérias anaeróbias, entre elas a *Gardnerella vaginalis*.

VULVOVAGINITE: é a reação inflamatória que atinge a vulva e/ou a vagina.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Am J Health Syst Pharm*. 2013 Feb 1;70(3):195-283.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin; no. 120. Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. Washington, DC: ACOG, 2011.
3. Karsnitz, DB. Puerperal Infections of the Genital Tract: A Clinical Review. *J Midwifery Womens Health* 2013;58:632–642.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.119p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001; 199p.
6. Martins Filho ED, Santos AC, Torres Rodrigues Junior RS, Adeodato L, Coutinho I, Katz L. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes admitidas com diagnóstico de sepse puerperal de origem pélvica em uma UTI obstétrica no Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2010 Dec [cited 2017 Jan 18]; 10(4):469-475. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000400007&lng=en.
7. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2:e323-e333.
8. Van Dillen J, Zwart J, Schutte J, Van Roosmalen J. Maternal sepsis: epidemiology, etiology and outcome. *Curr Opin Infect Dis*. 2010 Jun;23(3):249-54.
9. Guimarães EER, Chianca TCM, Oliveira, AC. Infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto em maternidade pública. *Rev Latino-am Enfermagem*. [Internet]. 2007 jul-ago [citado 2015 Dez 22]; 15(4). Disponível em: <http://revistas.usp.br/rlae/article/view/16122/17701>.
10. Amorim MMR, Katz L, Valença M, Araújo DE. Severe maternal morbidity in an obstetric ICU in Recife, Northeast of Brazil. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(3): 261-6.
11. Soares VMN, Souza KV, Azevedo EMM, Possebon CR, Marques FF. Causes of maternal mortality according to levels of hospital complexity. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2012 Dez [cited 2017Jan17];34(12):536-543. Available from : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001200002&lng=pt.
12. Zugaib M, Veja CEP, Miyadahira S. Mortes por doenças infecciosas em mulheres: Ocorrências no ciclo gravídico-puerperal. *Rev. Assoc Med* 2009; 55(1): 1-11.
13. Chaim W, Bashiri A, Bar-David J, Shoham-Vardi I, Moshe MA. Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. *Infect. Dis. Obst Gynecol* 2000; 9(2): 77-82.

14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 13. Avaliação dos indicadores nacionais de infecção relacionada à assistência à saúde e resistência microbiana ano de 2015. Brasília: ANVISA, 2015. 83p.
15. Romanelli RMC, Aguiar RALP, Leite HV, Patrício EC, Protil KZ, Paula AT, et al. Fatores de risco para infecção de ferida cirúrgica em puérperas submetidas a cesarianas em Hospital Universitário de referência. *Rev. Epidemiol Control Infect.* 2014;4(3):180-185.
16. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro:ANS; 2008.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Caderno da Atenção Básica nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012
18. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.
19. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. [Internet]. Geneva:WHO; Sep 2015. [cited 2016 Jun 13]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines/en/.
20. National Institute for Health and Care Excellence - NICE. Clinical guidelines [CG190]: Intrapartum care for healthy women and babies. [Internet]. Dec 2014. [cited 2015 Dec 14]. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190> .
21. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
22. Togliola MR. Repair of episiotomy and perineal lacerations associated with childbirth. [Internet]. Jun 2016. [cited 2016 Jul 31]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/repair-of-episiotomy-and-perineal-lacerations-associated-with-childbirth>.
23. Edwards JR, Peterson KD, Andrus MA, Tolson JS, Goulding JS, Dudeck MA, et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report, data summary for 2006, issued June 2007. *Am J Infect Control* 2007;35: 290-301.
24. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. Brasília. 2009. 105p.
25. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília. 2012.120p.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº 36 de 3 de Junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2008 Jun.
27. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999; 20(4):250-78
28. van Schalkwyk J, Van Eyk N. Antibiotic prophylaxis in obstetric procedures. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010 Sep;32(9):878-92.
29. Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Berghella V, Baxter JK. Timing of intravenous prophylactic antibiotics for preventing postpartum infectious morbidity in women undergoing cesarean delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec 5;12:CD009516.
30. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. [Internet]. Prophylactic antibiotics in Obstetrics and Gynaecology. Jul 2016 [cited 1 Dec 2017]. Available from: [https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/DOCMAN-ARCHIVE/Prophylactic%20antibiotics%20in%20obstetrics%20and%20gynaecology%20\(C-Gen%2017\)%20Review%20July%202016.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/DOCMAN-ARCHIVE/Prophylactic%20antibiotics%20in%20obstetrics%20and%20gynaecology%20(C-Gen%2017)%20Review%20July%202016.pdf)
31. Wiseley BP, Sheiner E. Cesarean delivery in obese women: a comprehensive review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013 Apr;26(6):547-51.
32. Ferraz EM, Ferraz AAB, Bacelar TS, D’Albuquerque HST, Vasconcelos MDMM, Leão CS. Controle de infecção em cirurgia geral: resultado de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias. *Rev. Col. Bras. Cir.*

- [Internet]. 2001 Feb [cited 2017 Jan 18]; 28(1): 17-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912001000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912001000100005>.
33. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviço de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília:ANVISA, 2013.
 34. American Society of Anesthesiologists (ASA). ASA physical status classification system. [Internet]. [cited 2016 Jul 24]. Available from: <http://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>.
 35. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério. 2010.
 36. Mathai M, Hofmeyr GJ, Mathai NE. Abdominal surgical incisions for caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;(5):CD004453.
 37. National Institute for Health and Care Excellence - NICE. Clinical guidelines [CG132]: Ceasarean Section. [Internet]. Nov 2011. [cited 2015 Sep 19]. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg132/chapter/1-Guidance>.
 38. Dodd JM1, Anderson ER, Gates S, Grivell RM. Cochrane Database Syst Rev 2014 Jul 22;(7):CD004732.
 39. Bamigboye AA, Hofmeyr GJ. Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section: short- and long-term outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2014 Aug 11;(8):CD000163.
 40. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n.º 485, de 11 de Novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 11 nov 2005 ; Seção 1.
 41. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre Requisitos de Boas Práticas para o Processamento de Produtos para Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2012.
 42. Caughey AB, Robinson JN, Norwitz ER. Contemporary Diagnosis and Management of Preterm Premature Rupture of Membranes. Reviews in Obstetrics and Gynecology. 2008;1(1):11-22.
 43. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery. Geneva: WHO; 2009.
 44. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília:ANVISA; 2013.

8. ANEXOS

ANEXO 1 - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA DA OMS (CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA)

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica		
<p>Antes da indução anestésica (na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiologista)</p> <p>□ O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>□ O local está demarcado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>□ Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>□ O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>□ O paciente possui:</p> <p>Alergia conhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e equipamentos necessários disponíveis</p> <p>Risco de perda sanguínea > 500 ml (7 ml/kg para crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos (1 acesso central e 1 acesso periférico)</p>	<p>Antes da incisão cirúrgica (na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e do cirurgião)</p> <p>□ Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função</p> <p>□ Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão</p> <p>A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>Prevenção de Eventos Críticos</p> <p>Para o Cirurgião:</p> <p>□ Quais são as etapas críticas ou não reversíveis? Qual a duração do caso? □ Qual a quantidade de perda de sangue prevista?</p> <p>Para o Anestesiologista:</p> <p>□ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?</p> <p>Para a Equipe de Enfermagem:</p> <p>□ Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados das indicações)? □ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?</p> <p>Os exames de imagem essenciais estão disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	<p>Antes da saída do paciente da sala cirúrgica (na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e do cirurgião)</p> <p>□ O membro da equipe de enfermagem confirma verbalmente:</p> <p>□ O nome do procedimento □ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas □ A identificação dos anestésicos (e as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente) □ Se há qualquer problema com os equipamentos a serem resumos</p> <p>Para o Cirurgião, o Anestesiologista e a Equipe de Enfermagem:</p> <p>□ Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?</p>
<p>Esta lista não pretende ser exaustiva. Acrescentos e modificações para a adaptação à prática local são incentivados.</p> <p>Revisão: 12/11/12 © WHO, 2012</p>		

Fonte: WHO; 2009⁴³; BRASIL; 2013⁴⁴.

ANEXO 2 - CHECKLIST DE VIGILÂNCIA PÓS-ALTA EM PARTO VAGINAL / CIRURGIA CESARIANA

Tão importante quanto o pré-natal e assistência ao parto, é o momento após o parto (puerpério). Além das orientações que damos à paciente, lembrando a importância da alimentação, da higiene, das vacinas (inclusive a da gripe), o atendimento da equipe de saúde, precisamos saber como a paciente passou após o parto.

Pedimos que responda sinceramente às seguintes perguntas, para que saibamos como estamos nos saindo nesse momento tão importante. Por isso, agradecemos.

1. Como ficou a região do corte da cesárea (ou da episiotomia) nesse primeiro mês depois do parto? Pode ser mais de uma!

- Ficou vermelha
- Ficou inchada
- Ficou dolorida
- Ficou quente
- Os postos abriram sozinhos
- Cicatrizou normalmente, sem nenhuma das opções anteriores

2. Saiu líquido ou secreção do corte?

- Sim
- Não
- Não sei ou não me lembro

3. Se a paciente respondeu SIM na questão anterior, de que cor era o líquido/secreção? Pode ser mais de uma!

- Clara, transparente
- Amarelada
- Leitosa, grossa
- Sangue
- Achocolatada
- Fétida / malcheirosa

4. Como foi o líquido/secreção que saiu da vagina? Pode ser mais de uma!

- Clara, transparente
- Amarelada
- Leitosa, grossa
- Sangue, menstruação ou final de menstruação
- Achocolatada
- Fétida / malcheirosa

5. A paciente sentiu ou está sentindo dor no pé da barriga, na parte de baixo da barriga?

- Sim
- Não
- Não sei ou não me lembro

6. A paciente teve febre ou arrepio de frio ou calafrios? Se mediu febre, marque a temperatura.

- Sim: _____
- Não
- Não sei, não me lembro

7. A paciente precisou procurar atenção médica por problemas com a cicatriz da cesárea (ou da episiotomia)?

- Sim
- Não

8. Se precisou de atenção médica, foi diagnosticada como infecção?

- Sim
- Não

9. A paciente teve de ser internada novamente por isso?

- Sim
- Não

10. Recebeu alguma medicação? Se sim, descreva qual.

- Sim: _____
- Não

Agradecemos muito a sua resposta!

Fonte: Dos Autores.

ANEXO 3 - FOLDER DE PREVENÇÃO PARA A MÃE COM QUESTIONÁRIO DESTACÁVEL DE INFECÇÃO PÓS-ALTA

Após o nascimento de seu filho (a), tem início uma nova etapa na sua vida!

O período após o parto é denominado puerpério. Tem duração média de 6 semanas, e se destina à completa recuperação do organismo da mulher, com intensas modificações físicas e psicológicas. Também ocorrem importantes mudanças relacionadas aos aspectos familiares e sociais.

Em especial, nesse período, é necessário que tenha cuidado com a higienização do corpo, incluindo a higiene íntima com água e sabão. O banho proporciona bem-estar físico, além de ser importante aliado para diminuir o risco de infecções nesse período. Assim, você pode, e deve tomar banho de chuveiro após o parto, logo que consiga se levantar.

Caso perceba qualquer alteração ou dificuldade nesse período, seja com você ou com seu bebê, deve buscar apoio no serviço de atenção básica/saúde mais próximo de sua residência ou hospital/maternidade em que o parto ocorreu.

Principalmente nos primeiros 10 dias após o parto, preste atenção no seu corpo!

Principais sinais e sintomas da infecção puerperal (infecção pós-parto):

- Febre;
- Mama com inchaço, dor e vermelhidão;
- Barriga persistentemente dolorosa;
- Local dos pontos inchado, dolorido, quente, com vermelhão e/ou saída de secreção amarela ou pus nos pontos;
- Sangramento vaginal mal cheiroso, mesmo após a higiene íntima;
- Ardência e dor ao urinar

dias de Pós Parto ou Cesariana: _____

Como se percebe, em especial para os itens a seguir:

Condições Gerais		
<input type="checkbox"/> Sem Problemas/Queixas	<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Dor nas costas
<input type="checkbox"/> Fraqueza constante	<input type="checkbox"/> Falta de ar	<input type="checkbox"/> Dor nas pernas
<input type="checkbox"/> Calafrios	<input type="checkbox"/> Dor na parte de baixo da barriga	<input type="checkbox"/> Dor no corpo
<input type="checkbox"/> Febre		

Mamas	
Direita	Esquerda
<input type="checkbox"/> Sem alteração, secretando leite	<input type="checkbox"/> Sem alteração, secretando leite
<input type="checkbox"/> Sem leite <input type="checkbox"/> Inchada	<input type="checkbox"/> Sem leite <input type="checkbox"/> Inchada
<input type="checkbox"/> Dolorida <input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Dolorida <input type="checkbox"/> Quente
<input type="checkbox"/> Vermelhidão <input type="checkbox"/> Endurecida	<input type="checkbox"/> Vermelhidão <input type="checkbox"/> Endurecida
<input type="checkbox"/> Mamilo com fissura	<input type="checkbox"/> Mamilo com fissura

Parto Normal	Pós Cesária
Sangramento ou Secreção vaginal	Incisão cirúrgica (corte)
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, nesse caso:	<input type="checkbox"/> Com pontos <input type="checkbox"/> Pontos retirados
Quantidade	<input type="checkbox"/> Local quente <input type="checkbox"/> Local dolorido
<input type="checkbox"/> Exagerada (troca de 6 ou + absorventes)	<input type="checkbox"/> Local avermelhado
<input type="checkbox"/> Aumentada (troca de 4 ou + absorventes)	<input type="checkbox"/> Com secreção sanguinolenta
<input type="checkbox"/> Diminuída (troca de 2 ou - absorventes)	<input type="checkbox"/> Sem secreção sanguinolenta
Características da coloração	Sangramento ou Secreção vaginal
<input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Com coágulos	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, nesse caso:
<input type="checkbox"/> Acastanhada <input type="checkbox"/> Esbranquiçada	Quantidade
<input type="checkbox"/> Tem mal cheiro	<input type="checkbox"/> Exagerada (troca de 6 ou + absorventes)
Pontos	<input type="checkbox"/> Aumentada (troca de 4 ou + absorventes)
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, nesse caso:	<input type="checkbox"/> Diminuída (troca de 2 ou - absorventes)
<input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Caíram <input type="checkbox"/> Tem pus	Características da coloração
<input type="checkbox"/> O local está quente	<input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Com coágulos
<input type="checkbox"/> O local está inchado	<input type="checkbox"/> Acastanhada <input type="checkbox"/> Amarelada
<input type="checkbox"/> O local está vermelho	<input type="checkbox"/> Esbranquiçada <input type="checkbox"/> Tem mal cheiro
<input type="checkbox"/> O local está dolorido	Ao Urinar:
Ao Urinar:	<input type="checkbox"/> Sente ardência <input type="checkbox"/> Sente dor
<input type="checkbox"/> Sente ardência <input type="checkbox"/> Sente dor	<input type="checkbox"/> O cheiro é forte
<input type="checkbox"/> O cheiro é forte	

Parto Normal	Pós Cesária
<p>Sangramento ou Secreção vaginal</p> <p>() Não () Sim, nesse caso:</p> <p>Quantidade</p> <p>() Exagerada (troca de 6 ou + absorventes)</p> <p>() Aumentada (troca de 4 ou + absorventes)</p> <p>() Diminuída (troca de 2 ou - absorventes)</p> <p>Características da coloração</p> <p>() Sanguinolenta () Com coágulos</p> <p>() Acastanhada () Esbranquiçada</p> <p>() Tem mal cheiro</p> <p>Pontos</p> <p>() Não () Sim, nesse caso:</p> <p>() Presentes () Caíram () Tem pus</p> <p>() O local está quente</p> <p>() O local está inchado</p> <p>() O local está vermelho</p> <p>() O local está dolorido</p> <p>Ao Urinar:</p> <p>() Sente ardência () Sente dor</p> <p>() O cheiro é forte</p>	<p>Incisão cirúrgica (corte)</p> <p>() Com pontos () Pontos retirados</p> <p>() Local quente () Local dolorido</p> <p>() Local avermelhado ()</p> <p>() Com secreção sanguinolenta</p> <p>() Sem secreção sanguinolenta</p> <p>Sangramento ou Secreção vaginal</p> <p>() Não () Sim, nesse caso:</p> <p>Quantidade</p> <p>() Exagerada (troca de 6 ou + absorventes)</p> <p>() Aumentada (troca de 4 ou + absorventes)</p> <p>() Diminuída (troca de 2 ou - absorventes)</p> <p>Características da coloração</p> <p>() Sanguinolenta () Com coágulos</p> <p>() Acastanhada () Amarelada</p> <p>() Esbranquiçada () Tem mal cheiro</p> <p>Ao Urinar:</p> <p>() Sente ardência () Sente dor</p> <p>() O cheiro é forte</p>

Fonte: Dos Autores.

ANEXO 4 - PROTOCOLO A4 DIRIGIDO À ATENÇÃO BÁSICA E À ATENÇÃO HOSPITALAR

Prevenção de Infecções Puerperais

O que é Infecção Puerperal?

É a infecção localizada no aparelho genital ou cavidade uterina após o parto recente. A mulher apresenta temperatura de no mínimo 38°C, durante dois dias quaisquer de pós-parto (excluídas as primeiras 24 h).

Quais os principais fatores de risco?

- Procedimento cirúrgico, como a cesariana e episiotomia (corte no períneo);
- Ruptura da bolsa amniótica (d'águas) muitas horas antes do parto (18 h ou mais);
- Infecções pré-existentes, sobretudo a infecção urinária;
- Anemia e desnutrição.

Como posso prevenir a infecção puerperal desde a gestação?

- Iniciar o pré-natal até a 12ª semana (antes do 3º mês) da gravidez;
- Realizar as consultas programadas do pré-natal e os exames de rotina;
- Manter bons hábitos de saúde e alimentação adequada, conforme orientação do pré-natal;
- Hidratação adequada, ingesta de 1,5 a 2L de água por dia;
- Comunicar o profissional de saúde a ocorrência de corrimento vaginal, dor na parte inferior da barriga, cólicas, ardência ao urinar e febre;
- Procurar o serviço de saúde/maternidade em caso de ruptura da bolsa amniótica (saída espontânea de líquido claro pela vagina).

Como posso contribuir na prevenção da infecção puerperal durante o parto?

- Contar com um acompanhante de sua escolha;
- Optar pelo Parto Normal;
- Realizar a cirurgia cesariana quando for estritamente necessária e indicada pelo médico;
- Manter-se ativa e informada sobre a assistência ao trabalho de parto e parto.

Como posso prevenir a infecção puerperal no pós-parto?

- Manter boa higiene corporal;
- Lavar a vagina com água e sabonete a cada troca do absorvente íntimo;
- Trocar o absorvente íntimo de três a quatro vezes ao dia;
- Se tiver pontos na região vaginal, realizar a higiene com água e sabonete toda vez que urinar ou evacuar;
- Lavar os pontos da cesariana com água e sabonete e manter o local seco;
- Não aplicar pomada, creme ou solução nos pontos da cesariana sem orientação do profissional de saúde;
- Não usar roupa íntima que cause atrito (“roçar”) nos pontos da cesariana;
- Manter o aleitamento materno exclusivo, evitar que as mamas fiquem muito cheias de leite e procurar ajuda do serviço de saúde quando as mamas ficarem “empedradas” ou tiver dificuldade em amamentar;

- Comparecer à consulta de puerpério na primeira semana do pós-parto no posto de saúde/unidade básica.

Quais são os sinais e sintomas da infecção puerperal?

- Febre;
- Dor, inchaço e vermelhidão no local dos pontos da cirurgia cesariana ou do corte na vagina;
- Saída de secreção amarela ou pus nos pontos;
- Dor, inchaço e vermelhidão na mama;
- Sangramento vaginal mal cheiroso, mesmo após a higiene íntima;
- Barriga persistentemente dolorosa.

O que devo fazer quando eu apresentar um desses sinais e sintomas?

- Procurar imediatamente o serviço de saúde da rede básica ou a maternidade onde o parto ocorreu, munida do cartão do pré-natal/caderneta da gestante e da caderneta da criança fornecida pela maternidade/hospital;
- Não tomar remédio sem orientação do profissional de saúde;
- Seguir as orientações do médico e da equipe de saúde.

Fonte: Dos autores.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa
SIA Trecho 5 - Área especial 57 - Lote 200
CEP: 71205-050
Brasília - DF
Telefone: 61 3462 6000

www.anvisa.gov.br
www.twitter.com/anvisa_oficial
Anvisa Atende: 0800-642-9782
ouvidoria@anvisa.gov.br



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

MINISTÉRIO
DA SAÚDE

