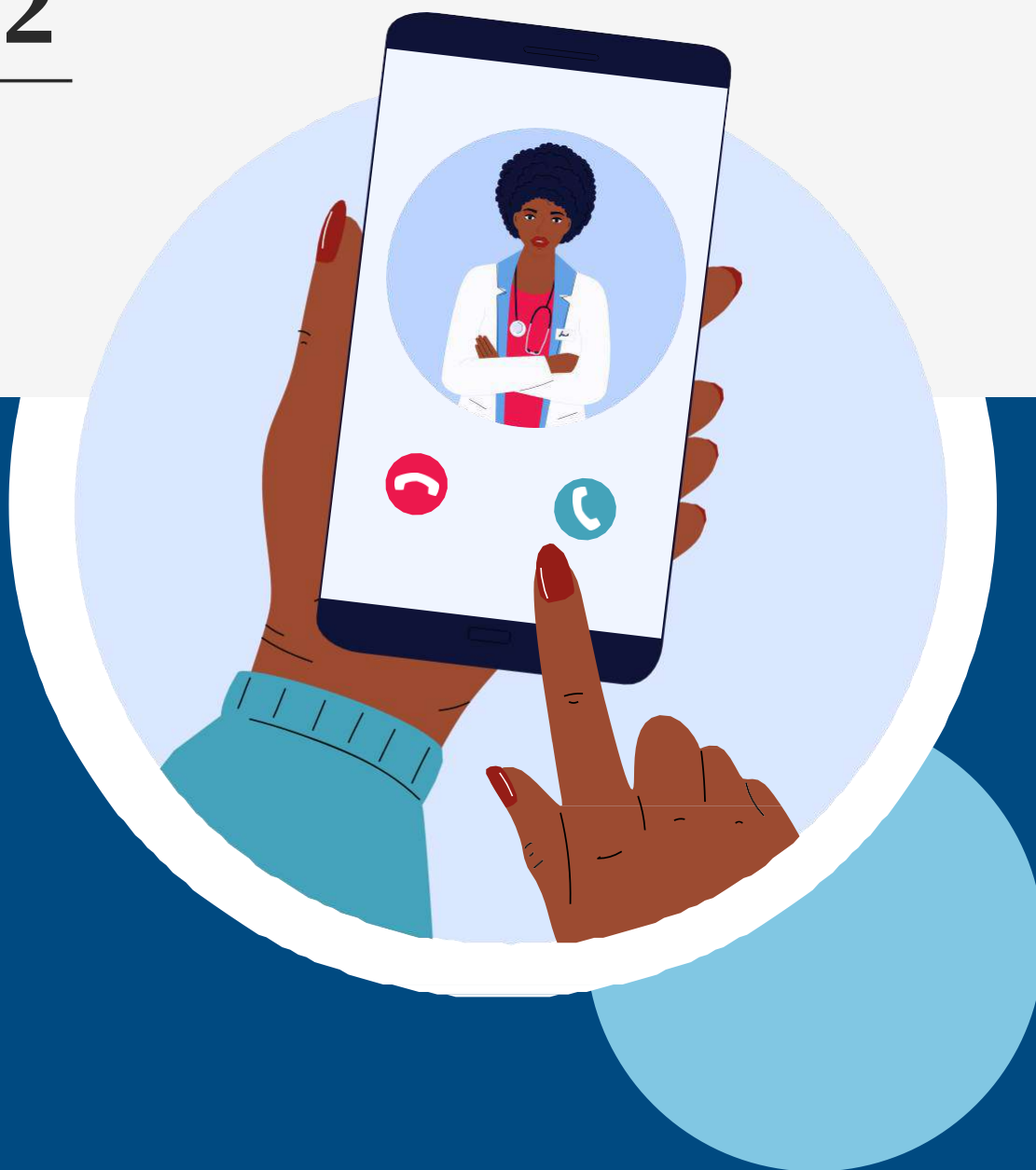


20  
22



# DIRETRIZ OPERACIONAL PARA TELEMONTITORAMENTO

Ao paciente cirúrgico após alta hospitalar



JANESSA VIEIRA SANTOS  
PAULA VANESSA PECLAT FLORES

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS



AGREE II – Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

ISC – Infecção de Sítio Cirúrgico

JBÍ - Joanna Briggs Institute

MPEA – Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSP – Política Nacional de Segurança do Paciente

PRISMA – ScR - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAEP – Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

TICs – Tecnologias de Informação e da Comunicação

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Ficha catalográfica automática - SDC/BENF  
Gerada com informações fornecidas pelo autor

S237d

Santos, Janessa Vieira

DIRETRIZ OPERACIONAL PARA TELEMONTORAMENTO : Ao paciente cirúrgico após alta hospitalar / Janessa Vieira Santos. - 2022.

41 p.: il.

Orientador: Paula Vanessa Peclat Flores.

Dissertação (mestrado profissional)-Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2022.

1. Infecção da Ferida Cirúrgica. 2. Consulta Remota. 3. Alta hospitalar. 4. Cuidados Domiciliares. 5. Produção intelectual. I. Flores, Paula Vanessa Peclat, orientadora. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. III. Título.

CDD - XXX

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

NÚMERO DE REGISTRO:712146070

:: eDNA DA OBRA - IDENTIFICADOR ELETRÔNICO :: SHA-512:

e9aa1e5723d3295ee50b808aa7e7dfe7f67230d71628c8fb8c152cf13a21310fd6fc83e0721b3b29  
85f6c12d7e634911eb7d2ca040e51c3fe58403d9df0ea5e4



# S U M Á R I O

---

## Capítulo 1 .....6

Origem, objetivo, grupo de desenvolvimento e conflito de interesse

## Capítulo 2 ..... 9

Evidências e Revisão

## Capítulo 3 ..... 13

Orientações para o telemonitoramento

## Capítulo 4..... 38

Indicador de Resultado, validação pelos Profissionais e Usuários

## Capítulo 5.....41

Limitação e Plano de Implantação

## Referências.....44

# CAPÍTULO ①

ORIGEM, OBJETIVO, GRUPO  
DE DESENVOLVIMENTO E  
CONFLITO DE INTERESSE



# ORIGEM, OBJETIVO, GRUPO DE DESENVOLVIMENTO E CONFLITO DE INTERESSE



A Diretriz Operacional para telemonitoramento ao paciente cirúrgico após alta hospitalar, é resultado da dissertação do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial - MPEA/UFF e foi pautado no Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem, que recomenda, 12 critérios para elaboração e construção de protocolos de assistência/cuidados.

O rigoroso processo de construção, implica em uma melhor adaptação à realidade local e benefícios no momento de implementação. O guia segue como referência para definição de critérios, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e demais órgãos nacionais e internacionais. (8)

A diretriz seguiu todos os critérios sugeridos pelo Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem (8), entretanto, foi acrescido, um capítulo referente a orientações para o telemonitoramento (capítulo III), contendo as principais orientações e definições acerca das ISCs e o instrumento norteador elaborado para consulta telefônica pelo enfermeiro.

## ORIGEM

Empresa Pública de Saúde do Município do Rio de Janeiro-RioSaúde.

## OBJETIVOS

Sintetizar e direcionar as orientações que precisam ser adotadas pelo enfermeiro no acompanhamento do paciente cirúrgico após alta hospitalar, utilizando como ferramenta a consulta telefônica, que visa identificar em tempo oportuno a infecção de sítio cirúrgico bem como o seu manejo precoce.



# ORIGEM, OBJETIVO, GRUPO DE DESENVOLVIMENTO E CONFLITO DE INTERESSE

## GRUPO DE DESENVOLVIMENTO

A Diretriz Operacional foi desenvolvida por pesquisadoras da área de Enfermagem Cirúrgica e posteriormente validada quanto à qualidade do conteúdo e aplicabilidade, por especialista da área Cirúrgica.

## PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO

- Janessa Vieira Santos

Mestranda em Enfermagem Assistencial pelo Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em oncologia pelo programa de Residência Multiprofissional da UFF. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da UFF (GESAE/UFF). Enfermeira, Coordenadora de Enfermagem do Núcleo de Formação Profissional, Educação Permanente e Pesquisa da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro - RioSaúde.

- ♦ Paula Vanessa Peclat Flores

Doutora em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense (2018) e mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2006). Professora Adjunto IV da Universidade Federal Fluminense. Professora Permanente do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). Avaliadora no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep/BASIS). Membro do Grupo de Pesquisas em Sistematização da Assistência de Enfermagem (GESAE). Coordenadora (em parceria) do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória GESAE\_P. Editora Adjunta da Revista Online Brazilian Journal Of Nursing - OBJN.

## CONFLITO DE INTERESSE

As pesquisadoras responsáveis pela planejamento e desenvolvimento do Diretriz, negam a existência de conflito de interesse.

# CAPÍTULO ②

## EVIDÊNCIAS E REVISÃO





## EVIDÊNCIAS E REVISÃO

O acompanhamento do paciente atrelado ao uso de tecnologia, contou com um destaque significativo em todo período pandêmico da COVID-19, onde sua adoção foi amplamente disseminada por grande parte dos estabelecimentos de saúde. Entende-se que tal prática, permeia por barreiras e conta com a necessidade de desconstrução de um modelo assistencialista tradicional e presencial. (2, 3)

O uso da Diretriz, visa subsidiar meios para que seja alcançado a identificação de forma prática e objetiva e a prescrição dos cuidados que são inerentes ao enfermeiro, além de prever o direcionamento adequado de acordo com os sinais e sintomas apresentados. Ademais, o estudo mostra-se importante na relação do tripé ensino, pesquisa e ensino, que proporciona recursos ao trabalho profissional do enfermeiro, atrelado ao ensino e capacitação com bons recursos teóricos para assegurar por meio de estudos e pesquisas a prática baseada em evidência. (8)

O desenvolvimento da Diretriz foi pautada nos resultados de uma revisão de escopo sobre prevenção e manejo precoce de ISC, consulta telefônica e cuidados após alta-hospitalar baseada no manual do Joanna Briggs Institute (JBI)(4), orientada pelo Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)(5) e sua estruturação foi pautado no "Guia para a Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem" (8)

A revisão de escopo foi registrado na plataforma Open Science Framework(6).  
Registration DOI: 10.17605/OSF.IO/VWQDP.



## EVIDÊNCIAS E REVISÃO

A atual pesquisa possibilitou mapear conceitos e definições acerca da ISC, evidenciando orientações e técnicas adequadas atinentes ao ato cirúrgico, resultando em uma contribuição relevante no que tange a descrição detalhada do manejo das técnicas e cuidados que devem ser adotados para redução e prevenção da ISC atrelados a consulta telefônica realizada pelo enfermeiro.

A Diretriz deverá ser atualizada a cada dois anos através de novos estudos de revisão para garantia efetiva de prática baseada em evidência. Recomendamos que o estudo de revisão seja realizado por profissionais com expertise na área cirúrgica e, que membros dos grupos de estudos que pesquisam sobre a temática sejam envolvidos.

Tabela 1. Sumarização dos Resultados da Revisão de Escopo, Niterói/RJ, 2021.

| Categoria de Análise                       | Conceitos, Cuidados, práticas e orientações de Enfermagem                                                                           | Artigos Relacionados                                                           |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Sinais de Alerta precoces e tardios da ISC | Dor;<br>Sinais característicos de infecção/sinais flogísticos (calor, rubor, edema, limitação e perda da função da região afetada). | 10, 11, 12, 16, 19, 20, 21, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 15, 22, 23, 24, 26, 39 |
| Complicações da ISC                        | Choque séptico;<br>Hemorragias;<br>Hematomas;<br>Microrganismo mais isolado;<br>Afecções Cardíacas.                                 | 11, 12, 13, 17, 18, 19, 22, 25, 27, 28, 39, 40                                 |
| Fatores de Risco                           | Extremos de IMC;<br>HAS, DM, DRC, DPOC;<br>Doenças Oncológicas/hematológicas;<br>Idoso.                                             | 10, 13, 17, 30                                                                 |



## EVIDÊNCIAS E REVISÃO

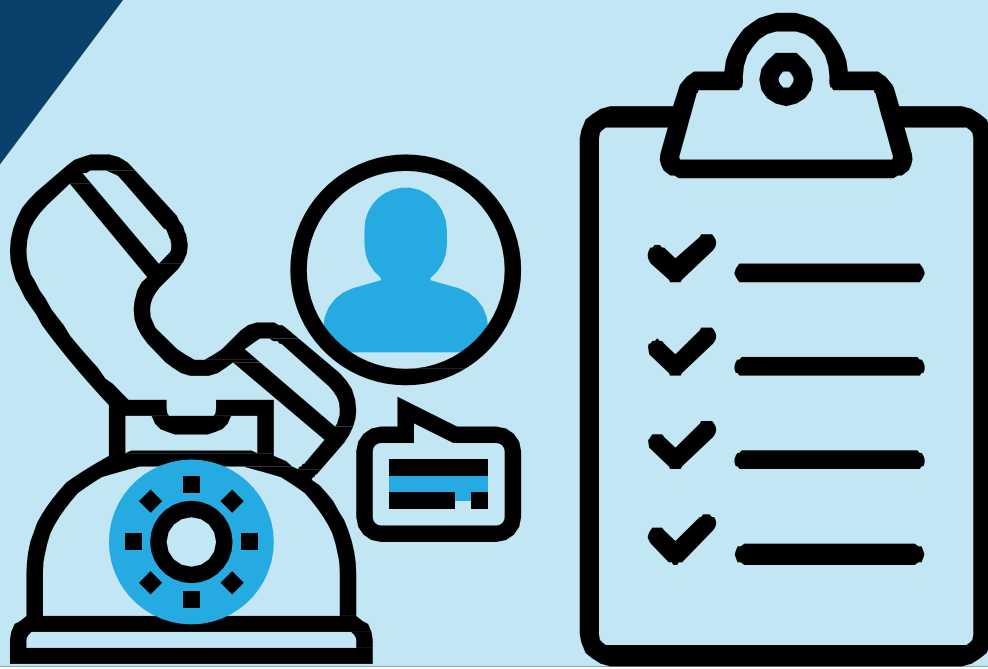
| Categoria de Análise                    | Conceitos, Cuidados, práticas e orientações de Enfermagem                                                                  | Artigos Relacionados                                                                            |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medidas de Prevenção para ISC           | Antibioticoterapia oral;<br>Lista de Verificação de Cirurgia Segura;<br>Nutrição adequada;<br>Higienização das mãos.       | 10, 13, 24, 32, 33, 34, 40                                                                      |
| Utilização da ligação telefônica        | Equipe multidisciplinar;<br>Uso de questionários e/ou protocolos;<br>Análise dos sintomas;<br>Tempo de ligação telefônica. | 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38. |
| Intervalo entre os contatos telefônicos | Primeiras 48h após o procedimento;<br>Análise a cerca da recuperação;<br>30 dias de acompanhamento                         | 12, 13, 16, 20, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 34, 36, 37, 38, 39.                                     |

Fonte: O próprio autor, 2022.



# CAPÍTULO ③

## ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO





## ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

Padronizar o cuidado através da adoção de protocolos bem direcionados com definições claras, contendo a previsão das situações clínicas e seus referidos cuidados atrelados a boas especificações e riqueza de detalhes operacionais de todos os agentes envolvidos no cuidado, contendo determinação das funções é uma ferramenta importante na tomada de decisão adequada e minimizar os riscos assistenciais. (8).

O instrumento norteador, foi desenvolvido de acordo os achados de maior relevância da revisão de escopo e objetiva estruturar um roteiro para a execução das consultas telefônicas no acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar. Para se adequar a necessidade do serviço e atrelado às recomendações dos estudos, o acompanhamento do paciente cirúrgico pela consulta telefônica, ocorrerá nos seguintes intervalos: a primeira consulta acontecerá nas primeiras 72 horas, após alta hospitalar, a segunda consulta no 15º dia de pós-operatória e a última consulta no 30º dia, garantindo um acompanhamento adequado no período de maior criticidade para o desenvolvimento de ISC.

O modelo de instrumento norteador, será transposto ao prontuário eletrônico do paciente, ou seja, todo registro do telemonitoramento, será inserido no sistema de Prontuário Eletrônico. Tal medida, visa conferir maior confiabilidade dos dados e agilidade ao processo. Recomendamos, que o tempo de ligação, não ultrapasse 25 minutos e que os contatos sejam realizados no período da manhã, a partir das 09 horas.

A primeira etapa do instrumento, refere-se aos dados de identificação do paciente e deverá ser preenchida através das informações que estão inseridas no seu prontuário, o seu preenchimento é essencial para continuidade das etapas posteriores.

A segunda etapa, será o primeiro momento de contato direto ao paciente, é imprescindível que o enfermeiro se apresente antes de iniciar as perguntas e confirmações. É importante salientar, que nesta etapa, será realizada orientações específicas para cada paciente, no que se refere ao manejo da incisão cirúrgica e demais dispositivos (drenos, fixadores externos) em outra vertente.



# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

A terceira e última etapa, é responsável por identificar o risco de ISC e o direcionamento do paciente na rede pública de saúde. É de extrema importância, fortalecer as ações de referência e contra referência, garantindo maior efetividade no tratamento e recuperação dos usuários. Ao final, é importante que o enfermeiro preencha a existência de risco de ISC e a sua possível classificação, tais dados, serão utilizados como parâmetros de aprimoramento do serviço, sendo acompanhado como um indicador de qualidade.

É importante que nas etapas II e III, o enfermeiro esteja atento e confirme o entendimento do paciente referente às orientações e cuidados prescritos, para que de fato a consulta telefônica seja efetiva e proporcione uma experiência positiva para o paciente e seu familiar/cuidador.

## Orientações gerais importantes para toda consulta telefônica

- Somente prosseguir para perguntas posteriores se tiver confirmação que o paciente e seu acompanhante tenham compreendido todas as orientações.
- Tenha uma escuta ativa, é imprescindível que seja identificado sentimentos de medo, ansiedade, agitação, entre outros.
- O paciente precisa ser encorajado a todo momento, é essencial que exista interação durante a consulta telefônica e que seja evitado de ser feito em mecanismos semelhantes a assistentes virtuais, que não expressam singularidade.
- Ao final, revise se todas as orientações foram prestadas (curativos, drenos) e se coloque mais uma vez à disposição do paciente e seu acompanhante.





# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

## Fase I – Dados do Paciente

O preenchimento do instrumento na fase I, deverá ser pautado em informações inseridas previamente ao prontuário do paciente, é possível, que possa ter dados no prontuário do paciente, incompletos ou em caso de instituições que utilizam prontuários físicos, dados ilegíveis, nesses casos, marcar a opção “informações não encontradas” e buscar com o paciente se possível as informações faltantes.

Na primeira etapa, o enfermeiro ainda não estará realizando a consulta, então, é orientado que faça essa etapa com cautela para minimizar o surgimento de erros. A presença de dreno e fixadores externos, são informações que constam no detalhamento cirúrgico do paciente, nesta etapa, detalhar o máximo de informações possíveis, como exemplo o tipo de dreno que o paciente está utilizando, para que no momento que for realizada a orientação, você esteja seguro para orientar e as informações sejam passadas com maior clareza.

Em busca de facilitar o preenchimento, será padronizado que a contagem dos dias de pós-operatório, será iniciado pelo dia 1 (D1), que corresponderá ao dia que o paciente realizou o procedimento cirúrgico. É imprescindível que seja marcado a opção que expressa o período que a consulta telefônica foi efetivada. Os pacientes cirúrgicos, serão acompanhados através da consulta telefônica pelo enfermeiro em três momentos diferentes, sendo eles: nas primeiras 72 horas após a cirurgia, a segunda consulta em 15 dias e a última consulta no 30º dia de pós-operatório. A escolha do período de acompanhamento foi definida de acordo com a realidade do serviço atrelado às recomendações dos estudos. (9,10)

Para os próximos passos, será necessário classificar o tipo de cicatrização da ferida cirúrgica do paciente, para que seja possível na fase posterior, realizar as orientações adequadas ao tipo de curativo. Esse dado deve ser determinado de acordo com o procedimento cirúrgico que o paciente realizou, por exemplo (histerectomia total, herniorrafia, entre outros), e, realizar logo após análise do tipo de cirurgia a classificação da ferida cirúrgica pelo tipo de cicatrização (1º, 2º, 3º intenção).



# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

Para facilitar a identificação do tipo de cicatrização, segue abaixo um resumo dos tipos de cicatrização:

**Cicatrização de primeira intenção:** representa a união primária dos tecidos, ou seja, as bordas são unidas e fechadas com mínimo trauma e inflamação. (1)

**Cicatrização por segunda intenção:** ocorre na presença de inflamação e as margens da ferida cirúrgica, não ficam bem aproximadas. (1)

**Cicatrização por terceira intenção:** também são chamadas de sutura secundária, e ocorrem quando a ferida profunda não suturada necessita de sutura e duas superfícies de granulação são unidas ou, nos casos que há a presença de deiscência cirúrgica. (1)

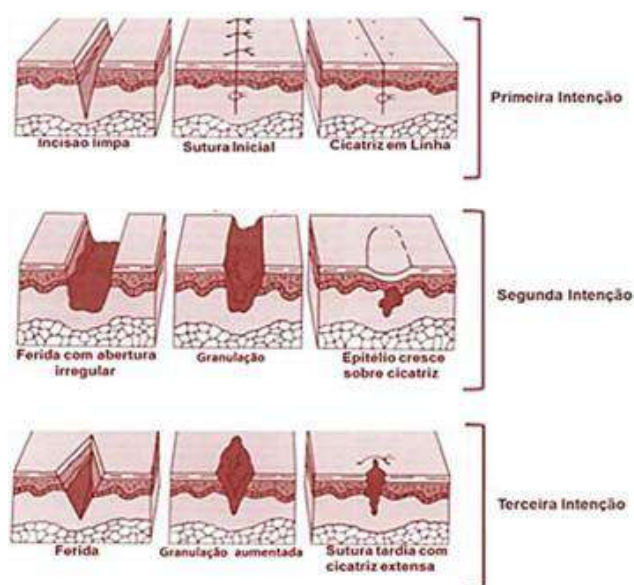


Ilustração dos tipos de cicatrização, adaptada (MANDELBAUM, et al, 2003)



# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

Quanto à necessidade de urgência e o grau de contaminação, para nortear o preenchimento, abaixo seguem os conceitos básicos: (11,12,13)

**Cirurgia de emergência:** aquelas associadas a risco iminente de morte, a intervenção precisa ser imediata (o paciente não possui condições de esperar).

**Cirurgias de urgência:** o paciente requer atenção imediata, entretanto pode aguardar em média de 24 a 30 horas.

**Cirurgias necessárias:** são aquelas que o paciente precisa fazer a cirurgia, pode ser planejada em algumas semanas ou meses.

**Cirurgia eletiva:** o paciente deve fazer a cirurgia

**Cirurgias opcionais:** a decisão fica por conta do paciente.

**Cirurgias limpas:** aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.

**Cirurgias potencialmente contaminadas:** são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

**Cirurgias contaminadas:** são realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria.



# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

**Cirurgias infectadas:** representa todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Os fatores de riscos atrelados aos pacientes cirúrgicos e ao desenvolvimento de ISC, foram achados importantes provenientes da revisão de escopo realizada. O seu impacto expressa a necessidade de aprimorar a manutenção e controle dos fatores de risco. Em suma, organizados pela maior incidência, são considerados fatores de risco para desenvolvimento de ISC: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal crônica, extremos de IMC (Índice de Massa Corporal), tabagismo, idoso e pacientes oncológicos e hematológicos. (14,15,16)

O IMC, embora já não seja uma recomendação de grande impacto para afecções cardiovasculares, e cada vez mais, é recomendado a substituição do IMC pelo cálculo da circunferência abdominal e de cintura. Para esta Diretriz, usaremos os achados da revisão, portanto, deverá ser preenchido o peso e altura do paciente para estimar os valores de IMC e identificar os seus extremos.(15,16)

## Fase II – Identificação de Risco de Infecção de Sítio Cirúrgico e Prevenção

O primeiro contato com o paciente, ocorrerá nesta etapa, portanto é imprescindível que antes mesmo de iniciar as perguntas contidas no instrumento, o enfermeiro faça uma apresentação formal, com seu nome, função e instituição de saúde ao qual pertence, explicar de forma clara e objetiva que será realizado a consulta telefônica e neste momento relatar qual consulta está realizando (primeira, segunda ou terceira) de acordo com os períodos determinados.

É importante salientar, que a consulta tem fins de acompanhamento e esclarecimentos de dúvidas referente a cirurgia realizada e, não substitui as consultas agendadas pelo serviço, devendo estas, serem cumpridas normalmente. O primeiro passo, é perguntar ao paciente se ele possui algum acompanhante que possa participar em conjunto da consulta telefônica, caso possua, orientar que o celular seja colocado no alto falante se o mesmo tiver essa função, para que a informação seja transmitida para ambos.



# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

As perguntas das próximas etapas, foram elaboradas em linguagem coloquial, para que todos os pacientes consigam de fato compreender as informações que estão sendo transmitidas e reduzir constrangimentos ou até mesmo, falhas de comunicação.

Os pontos de atenção inerentes a pergunta de número 1, são: técnica de realização do curativo cirúrgico, manipulação do dreno, tipo de ferida cirúrgica do paciente, como ele está realizando o curativo da incisão (atentar-se aos curativos com fixadores externos), nos casos de pacientes com dreno e como está sendo a manipulação desse dispositivo. Abaixo, listamos cuidados gerais relacionados aos curativos cirúrgicos e drenos, para nortear as orientações que serão prestadas aos pacientes no momento da consulta telefônica.

## Orientações para curativo de acordo com a cicatrização

Explique o que são os curativos: curativo é um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com o objetivo de proteger o tecido recém-formado da invasão microbiana, aliviar a dor, oferecer conforto para o paciente, manter o ambiente úmido, promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção.(12)

Nesta etapa, você já saberá pela fase I do instrumento, qual tipo de cicatrização a ferida cirúrgica do paciente possui, isso irá direcionar as orientações que deverão ser prestadas ao paciente.





# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

O primeiro passo, é orientar o paciente acerca da Higienização das mãos. Explique que é uma medida importante para reduzir Infecções e que sempre deverá feita antes de manipular a incisão cirúrgica;

Oriente ao paciente a separar todo material que será utilizado para o curativo e explique sobre o procedimento de acordo com a característica da ferida:

- 1) **Feridas com cicatrização por primeira intenção** (bordos aproximados por sutura) recomenda-se permanecer com curativo estéril por 24h a 48h, exceto se houver drenagem da ferida ou indicação clínica, depois substituir o curativo antes das 24h ou 48h se molhar, soltar, sujar ou a critério médico. Realizar o curativo com toque suave de Soro Fisiológico 0,9% em incisão cirúrgica.(1)
- 2) **Feridas com cicatrização por segunda e terceira intenção** (bordos separados) feridas com tecido de granulação: utilizar coberturas que mantenham o meio úmido, como: hidropolímero, hidrogel, Ácidos Graxos Essenciais (AGE) , Alginato de Cálcio e Gaze não aderente com petrolatum; (1)
- 3) **Feridas cavitárias**: utilizar alginato de cálcio, carvão (cuidado com as proeminências ósseas), hidropolímero e hidrogel; (1)
- 4) **Feridas com hipergranulação**: utilizar gaze não aderente com petrolatum, bastão com nitrato de prata e curativos de silicone; (1)





## ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

A pergunta de número 2 da fase II do estudo, é uma confirmação sobre o uso do antibiótico para os pacientes que possuem prescrição da administração de antibiótico oral em casa.

É uma recomendação da ANVISA, que os antibióticos profiláticos, sejam descontinuados 24 horas após o procedimento cirúrgico, contudo, a opção inserida no instrumento da consulta telefônica, refere-se ao antibiótico terapia, que possui indicações pautadas em diversos fatores, em suma, o porte cirúrgico e o tipo de cirúrgica, são fatores de relevância e, trata-se de uma conduta do profissional médico. (1)

O paciente que recebe alta hospitalar, com prescrição de antibiótico oral, deve ser reforçado no momento da consulta telefônica, a dosagem, período de administração conforme prescrição médica anexa ao prontuário, não podendo esta, ser alterada, interrompida ou substituída sem consentimento expresso da equipe médica.





## ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

De acordo com o resultado da fase I, o paciente na pergunta de número 3, é relacionada aos fatores de riscos do paciente, e, caso o mesmo possua, para facilitar a comunicação e padronizar as informações prestadas, listamos abaixo como critério de maior prevalência as principais informações que deverão ser, fornecidas ao paciente e seu acompanhante/familiar.

É necessário, checar se o paciente está realizando acompanhamento na Atenção Primária de Saúde, avaliar a regularidade de ingestão dos medicamentos (anti-hipertensivos, insulinas, entre outros), é comum que eles deixem de usar por confundir as informações, perguntar se está realizando medições para acompanhamento, por exemplo: pacientes hipertensos e diabéticos, orientar da importância de acompanhar e procurar em caso de qualquer dúvida a clínica da família ou posto de saúde de referência para uma consulta. (9)

1) Perguntar se os tratamentos de rotinas que eram realizados antes do procedimento cirúrgico, continuam sendo realizados sem nenhuma alteração, por exemplo: os pacientes portadores de Doença Renal Crônica, se estão realizando hemodiálise ou seu tratamento medicamentoso conforme prescrição, pacientes diabéticos, se estão fazendo uso de insulina, relacionar a doença crônica com o devido medicamento/tratamento. (9)

2) Orientar sobre alimentação, a importância de aderir a uma alimentação saudável, evitar o consumo de álcool, refrigerantes, açúcares em geral, embutidos e comidas com muito sal. É importante considerar as limitações do paciente, principalmente sociais e financeiras. (9)

3) Pacientes idosos é de suma importância que confirme a presença de um acompanhante, familiar/cuidador, caso o paciente relate que não possua, é necessário fazer a articulação com a atenção primária de saúde, para que ele receba o suporte adequado e evite eventos adversos. Para o município do Rio de Janeiro, é possível utilizar o sistema “onde ser atendido” basta preencher o endereço do paciente que o resultado trará a unidade de referência, facilitando o contato. (9)



## ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

4) Para tabagistas, a melhor estratégia para orientar o paciente, é através da sensibilização do paciente, falar sobre os impactos que podem gerar inclusive no processo de retardamento de cicatrização e riscos em gerais, poderá ser benéfico. É uma ação que deverá ser proposta em conjunto com a Rede de Atenção Primária à Saúde, que conta com programas específicos de “antitabagismo” com estratégias específicas e de impacto. (9)

5) Para pacientes com extremos de Índice de Massa Corporal, é importante além das orientações básicas alimentares, solicitar que o mesmo procure um atendimento com um Nutricionista, profissional que é mais adequado para prescrição de dietas e acompanhamento nutricional e que estão disponíveis na Atenção Primária de Saúde. (9)

Fase III – Principais Complicações Cirúrgicas e direcionamento do paciente  
Essa etapa, é o momento crucial do instrumento de consulta telefônica. Você deverá estar atento aos possíveis sinais e sintomas que serão descritos pelo paciente e precisará direcionar o paciente de acordo com a gravidade.

### Principais Complicações Cirúrgicas

Dentre as complicações associadas às ISC, o choque séptico representa uma intercorrência potencialmente fatal ao indivíduo, e oferece risco iminente de morte. Pode estar atrelado com o tempo de permanência hospitalar elevado, cirurgias de grande porte com duração prolongada e além disso, foi observado nos estudos atuais a ocorrência de hemorragias por conta de ISC, principalmente nos pacientes obesos. (18,19,20)

### SEPSE

Caso seja identificado sinais de deterioração clínica, febre persistente associado a tremores, taquicardia, confusão mental ou outros sintomas que expressam sinais sugestivos de sepse, é importante que esse paciente seja orientado a **buscar atendimento imediato em uma unidade de emergência.** (18,19,20)



# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

## Sinais de Alerta para Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)

Avaliar nesta etapa os sinais característicos de ISC, a presença de dor, que será mensurada através da Escala Analógica de Dor (EVA) associada a sinais flogísticos, tais como: rubor/vermelhidão, calor, saída de secreção purulenta com ou sem odor fétido, hemorragia, edema. Esses sinais, presumem uma possível ISC, que deverá ainda, ser comparada com as classificações abaixo.

## Classificação de Infecção de Sítio Cirúrgico

**ISC SUPERFICIAL (IS):** Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento), envolve apenas pele e tecido subcutâneo e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios (1):

- Drenagem purulenta da incisão superficial.
- A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor, EXCETO se a cultura for negativa.

### Conduta:

Orientar que o paciente retorne ao serviço que foi realizado a cirurgia o quanto antes, para avaliação antecipada da equipe de cirurgia.

**ISC PROFUNDA (IP):** Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia (sendo o 1º dia a data do procedimento) ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve tecidos moles profundos à incisão (ex.: fáscia e/ou músculos) e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios (1):

- Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não originada de órgão/cavidade.
- Deiscência espontânea profunda ou incisão aberta pelo cirurgião e cultura positiva ou não realizada, quando o paciente apresentar pelo menos 1 dos seguintes sinais e sintomas: febre (temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$ ), dor ou tumefação localizada.



## ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

- Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo tecidos profundos, detectado durante exame clínico, anatomopatológico ou de imagem.

Conduta:

Orientar que o paciente procure um serviço de emergência de imediato.

**ISC ÓRGÃO/CAVIDADE (OC):** Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios (1):

Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolve os planos profundos da ferida identificada em reoperação, exame clínico, anatomopatológico ou de imagem.

Conduta:

Orientar que o paciente procure um serviço de emergência de imediato.

\*Não são definidos como ISC Superficial o abscesso do ponto (inflamação mínima ou drenagem confinada aos pontos de penetração de sutura). (1)

Após a explicação, pedir ao paciente e ao acompanhante que reproduzam o que foi compreendido, para identificar possíveis erros e sanar todas as dúvidas. As últimas perguntas serão referentes a confirmação das orientações que foram realizadas durante a consulta telefônica. É importante avaliar se o paciente possui alguma dificuldade no autocuidado ou limitação social, para que possa ser encaminhado o caso à equipe do serviço social e demais membros da equipe multidisciplinar para determinar uma conduta.



# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

## HEMORRAGIA

Na pergunta que faz menção a presença de sangramento, seu aspecto e volume, visa nortear os casos de maior gravidade que configura-se com perdas sanguíneas em médio ou grande volume, que pode ser mensurado, por trocas contínuas de curativos e expressões verbais do paciente como “está sujando bastante meu lençol e roupa de sangue”, “escorre sangue pelo meu curativo todo” e é importante, relacionar a presença dos possíveis sinais clínicos de hipotensão arterial, sendo eles: palidez, pele fria e pegajosa, mal estar, sede, tontura, entre outros.

Conduta para os casos de maior gravidade:

**Orientar que o paciente procure um serviço de emergência de imediato.**



# ORIENTAÇÕES PARA TELEMONITORAMENTO

## INSTRUMENTO DE CONSULTA TELEFÔNICA



PÓS-OPERATÓRIA PARA IDENTIFICAÇÃO DE  
RISCO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Domínio 11 • Classe 1 • Código de Diagnóstico 00266



Consultar os dados no prontuário do paciente

### FASE ① - Dados do Paciente

Nome Completo:  N° do Prontuário:

Alta Hospitalar   
em: D D M M A A

Data da Cirurgia:   
D D M M A A

Tempo total de pós-operatório:  dias

Está consulta é referente ao acompanhamento de qual período de pós-operatório do paciente? ☐ Primeiras 72 h ☐ 15 dias ☐ 30 dias

Paciente com ferida cirúrgica de cicatrização por:

☐ 1° intenção ☐ 2° intenção ☐ 3° intenção

Nome/tipo de cirurgia realizada:

Paciente está com dreno? ☐ Não ☐ Sim, se sim, qual tipo? ☐ Penrose  
☐ Hemovac  
☐ Portovac  
☐ Dreno em selo d'água

Paciente está com Fixador Externo? ☐ Não ☐ Sim

Qual a classificação da cirurgia pelo grau de contaminação? ☐ Limpa  
☐ Potencialmente Contaminada  
☐ Contaminada  
☐ Infectada

Cirurgia de emergência? ☐ Não ☐ Sim

Foi prescrito antibiótico? ☐ Não ☐ Sim, se sim, descreva o nome, dosagem, período de administração



# ORIENTAÇÕES PARA TELEMONITORAMENTO



# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

Paciente possui fatores de risco? ☐ Não

Cálculo Índice de Massa Corporal  
- IMC



| IMC               | CLASSIFICAÇÃO      |
|-------------------|--------------------|
| Abaixo de 18,5    | Abaixo do peso     |
| Entre 18,6 e 24,9 | Peso normal        |
| Entre 25,0 e 29,9 | Sobrepeso          |
| Entre 30,9 e 34,9 | Obesidade grau I   |
| Entre 35,9 e 39,9 | Obesidade grau II  |
| Acima de 40,0     | Obesidade grau III |

- ☐ Sim, se sim, qual/quais?
- ☐ Hipertensão Arterial Sistêmica
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- ☐ Doença Renal Crônica
- ☐ Extremos de IMC (elevado ou reduzido)
- ☐ Tabagismo
- ☐ Idoso
- ☐ Pacientes oncológicos/ hematológicos
- ☐ Outros : \_\_\_\_\_
- ☐ Informações não encontradas no prontuário

## FASE ②- Identificação de Risco de Infecção de Sítio Cirúrgico e Prevenção

Nessa fase você já estará na ligação telefônica com o paciente e precisará realizar algumas orientações, considerando os dados da fase I, é imprescindível se apresentar ao paciente antes de iniciar as perguntas da consulta telefônica.

1) No momento que o Sr. /a Sra. saiu do hospital (recebeu alta), foi explicado os cuidados e como limpar o curativo e o dreno (caso tenha)? ☐ Não ☐ Sim

2) O Sr. /a Sra. está fazendo usando o antibiótico que a equipe médica indicou?  
☐ Não ☐ Sim

3) Observei no seu prontuário que o Sr. /a Sra. possui (cite aqui o que foi encontrado como fatores de risco na fase I, exemplo: hipertensão arterial sistêmica), e já faça as orientações (como está fazendo o uso da sua medicação de uso regular?).

Diabetes Mellitus ☐ Sim As medidas de controle estão sendo realizadas?

Qual valor do último hemoglicoteste?  ----- Data e hora: \_\_/\_\_/\_\_ \_\_\_\_h

Hipertensão Arterial Sim ☐ As medidas de controle estão sendo realizadas?  
Sistêmica ☐ Não ☐ Sim

Último valor da Pressão Arterial  ----- Data e hora: \_\_/\_\_/\_\_ \_\_\_\_h

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

☐ Sim  
Ap  
re  
se  
nta  
ndo  
alg  
um  
sint  
om  
a  
de  
des  
com  
pen  
saç  
ão  
do  
qua  
dro  
res  
pira  
tóri  
o ?

## ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO



# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO



Falta de Ar ☐ Dificuldade para dormir ☐ Outros : \_\_\_\_\_

Doença Renal Crônica Sim ☐ Faz hemodiálise? ☐ Não ☐ Sim

Padrão da urina? \_\_\_\_\_

Tabagista? ☐ Sim Cessou o Tabaco para cirurgia? ☐ Não ☐ Sim

Quantos dias antes da cirurgia? \_\_\_\_\_ Voltou à fumar? ☐ Não ☐ Sim

## FASE ③- Sinais de Alerta para Risco de Infecção de Sítio Cirúrgico e direcionamento do paciente



Fique atento as opções, que estão listadas em **vermelho**, elas expressam sinais de maior gravidade e necessidade de avaliação pelo serviço de emergência

1) O Sr. /a Sra. apresenta/apresentou algum desses sinais e sintomas?

- ☐ Febre ( acima de 37,8 ° C)
- ☐ Respiração acelerada
- ☐ Desorientação/ Confusão Mental
- ☐ Pés e Mãos frios ( extremidades)
- ☐ Dormência dos braços/pernas
- ☐ Calafrios
- ☐ Agitação
- ☐ Dificuldade para respirar (dispneia)
- ☐ Fraqueza Extrema/sonolência
- ☐ Não apresentou nenhum dos sinais e sintomas descritos acima

2) Apresenta algum outro sintoma que tenha aparecido após a cirurgia, como náuseas e vômitos?

☐ Não ☐ Sim ☐ Outros



\_\_\_\_\_

3) No local, que foi feito a cirurgia, têm algum desses itens que eu vou falar?

☐ DOR (quanto está a sua dor em uma escala de 1 (dor leve) a 10 (dor muito intensa)?

EVA = \_\_\_\_\_

☐ VERMELHIDÃO

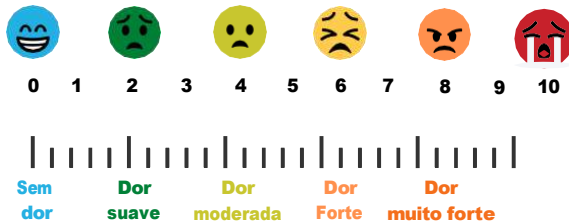
- ☐ INCHAÇO (EDEMA)
- ☐ COCEIRA
- ☐ SENTE QUE ESTÁ QUENTE NO LOCAL DA CIRURGIA?
- ☐ SANGRAMENTO (descreva maiores detalhes ( se está abundante, coloração)

## ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

3



# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO



Fonte: Escala Visual Analógica - EVA - Adaptada

4) Paciente possui risco para Infecção de Sítio Cirúrgico ? ☐ Não ☐ Sim

5) Possível Classificação de Infecção de Sítio Cirúrgico : ☐ ISC Superficial  
☐ ISC Profunda  
☐ ISC de órgãos/ cavidade  
☐ Paciente não possui sinais e sintomas para ISC

6) O Sr. /a Sra. tem alguma pergunta? ☐ Não ☐ Sim, se sim, qual/quais?



Registro  
qualitativo

---

---

---

---

---



Tempo da Consulta Telefônica em \_\_\_\_\_  
minutos :

Nome do Enfermeiro e Carimbo: \_\_\_\_\_



# ORIENTAÇÕES PARA O TELEMONITORAMENTO

## Fluxo para encaminhamento ao serviço de telemonitoramento



# CAPÍTULO ④

INDICADOR DE RESULTADO,  
VALIDAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS  
E USUÁRIOS





# INDICADOR DE RESULTADO, VALIDAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

## INDICADOR DE RESULTADOS

A efetividade da Diretriz, será avaliado através do monitoramento dos resultados e indicadores de forma planejada e sistemática, tornando possível a detecção de possíveis falhas no processo bem como a implementação de melhorias. Inicialmente, os indicadores listados abaixo, serão parâmetros para o acompanhamento mensal pela equipe de gestão e como facilitador do processo, será visualizado através de *dashboards* do sistema de prontuário eletrônico.

### Taxa de ISC Profunda de Órgãos e/ou Cavidades

Descrição do Indicador: Relação percentual entre o número de ISC (profunda e de órgãos e/ou cavidades) em pacientes que realizaram intervenção cirúrgica e o total de saídas/altas no mesmo período.

### Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse por complicações de ISC

Descrição do Indicador: Relação percentual entre o total de pacientes com diagnóstico de sepse em decorrência de complicações de ISC e o total de pacientes com diagnóstico de sepse multifatorial.

## VALIDAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS

Para avaliação da qualidade da Diretriz foi utilizado o *AGREE-II*, uma ferramenta composta por 23 itens-chave, distribuídos em seis domínios, e o seu resultado permite realizar o cálculo do escore de qualidade de acordo com as recomendações do próprio instrumento(5).

O uso desta ferramenta para avaliação, confere o grau de adequação, avaliação e recomendação da Diretriz para uso clínico.

A avaliação foi realizada por quatro juízes com ampla experiência na área de Enfermagem Cirúrgica e posteriormente foi validada para uso clínico.



# INDICADOR DE RESULTADO, VALIDAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

## VALIDAÇÃO PELO USUÁRIO

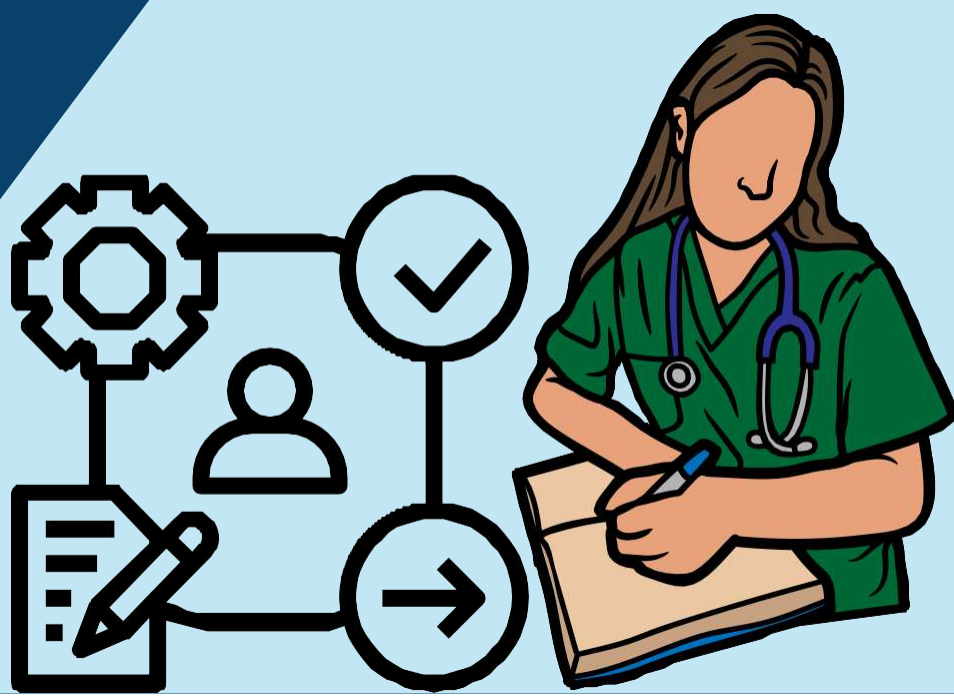
Uma das etapas futuras do estudo, será a validação da Diretriz pelo usuário, etapa importante e que confere maior clareza e aplicabilidade clínica da pesquisa. Contudo, não foi possível ser desenvolvida neste estudo, devido a Emergência de Saúde Pública - (Pandemia da COVID-19), que impactou todo o mundo e reduziu consideravelmente o quantitativo de cirurgias realizada.

Esta etapa quando desenvolvida, contará com pacientes cirúrgicos em pós-operatório após alta hospitalar, que após a concordância expressa na participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, opinará e prosseguirá com a validação do estudo através de instrumento próprio adaptado com linguagem clara e objetiva para avaliação da Diretriz e sugestões de melhoria.



# CAPÍTULO ⑤

## LIMITAÇÕES E PLANO DE IMPLANTAÇÃO



# LIMITAÇÕES E PLANO DE IMPLANTAÇÃO



## LIMITAÇÕES

A implantação da Diretriz no Sistema Público de Saúde, dependerá do apoio da equipe de gestão, espaço físico adequado, adesão dos enfermeiros assistenciais e capacitação contínua para melhorias do serviço. Entende-se que esses pontos, podem representar uma possível limitação durante o processo de implantação da Diretriz.

Como limitação da revisão de escopo realizada, o desenvolvimento de pesquisas de ISC direcionadas ao cenário Brasileiro e principalmente, estudos que abordem de forma clara e objetiva os benefícios, detalhamento da implantação do serviço de consulta telefônica realizado por profissionais enfermeiros no Brasil, foram importantes limitadores ao estudo.

Outra limitação relevante, foi a característica da população estudada, uma vez que as pesquisas incluídas na revisão de escopo, foram realizadas em sua grande maioria na população adulta.. Dessa forma, a atual revisão não conseguiu expressar todas as faixas etárias existentes relacionadas a ISC.

## PLANO DE IMPLANTAÇÃO

O projeto será implantado em uma unidade piloto da Secretaria Municipal de Saúde, que está se estruturando para ser referência de diversos procedimentos cirúrgicos no Município do Rio de Janeiro, o mesmo já dispõe dos recursos físicos e de Recursos Humanos para esta finalidade, o que facilitará a implantação deste projeto. Estima-se, que no primeiro semestre de 2023, já ocorra à implantação.

Foi previsto como estratégia no processo de implantação, treinamentos *on the job* e curso de curta duração, na plataforma virtual de desenvolvimento do colaborador da RioSaúde, que encontra-se na fase final, em processo de teste.

A periodicidade de treinamento dos profissionais, será instituído no primeiro momento capacitações trimestrais no primeiro ano e nos anos subsequentes, será realizada semestralmente. A diretriz poderá ser avaliada continuamente pelos profissionais, por meio de um campo que será acrescido ao ambiente virtual, destinado à sugestão, dúvidas e processos de melhoria.

# LIMITAÇÕES E PLANO DE IMPLANTAÇÃO



A Diretriz foi elaborada sem fins lucrativos e as pesquisadoras objetivam contribuir e incentivar a implantação de serviços de consulta telefônica pelo enfermeiro no Sistema Único de Saúde.

A Diretriz será disponibilizada para acesso aberto no portal da Biblioteca Nacional, eduCAPES, artigos científicos com métricas de relevância e que possuem significativa visibilidade, e em redes sociais oficiais do Município do Rio de Janeiro.





1. Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA nº 02/2021 - Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. [Internet] 2021 [citado em 17 de Jun de 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nt-022021-revisada-criterios-diagnosticos-de-iras-050521.pdf/view>;
2. Rodrigues AP, Felipe CR, Lima DB, Costa LRO, Fernandes PF, Silva RPP. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. APS em Revista. [Internet] 2020 [cited 2021 Jun 17]. [DOI 10.14295/aps.v2i2.100]. v. 2, n. 2, p. 189-196. Available from: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/100/67>;
3. Ferreira MA, Silva Junior MD, Côrtes EMP, Silva WBH, Gomes IS, Costa CMA et al. Estratégia de Telemonitoramento frente à pandemia do SARS-Cov-2. Global Academic Nursing Journal. [Internet] 2021 [cited 2022 Jun 17]. [<https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200075>]. v. 2, n. 1. Available from: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/119>
4. Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.46658/JBIMES-20-01> »  
<http://dx.doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
5. TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and METAANALYSES [homepage na internet]. PRISMA for Scoping Reviews [acesso em 12 jul 2021]. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews>.
6. Santos, J. V., Flores, P. V. P., da Cunha Ferreira, M. V., Pinto, V. V. G., & de Sá, L. V. (2022, June 26). Infecção de sítio cirúrgico e a consulta telefônica pelo enfermeiro no pós-operatório: uma revisão de escopo. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/VWQDP>.
7. AGREE - Next Steps Consortium (2017). The AGREE II Instrument [Electronic version]. Acessado em: 16/10/2010, from <http://www.agreetrust.org>.
8. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem [Internet]. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo: São Paulo; 2015. [acesso em 27 jul 2022]. Disponível em: <http://www.Coren-SP.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>



9. SHAH, M. et al. Reducing ER Visits and Readmissions after Head and Neck Surgery Through a Phone-based Quality Improvement Program. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. Filadélfia, EUA. 2020. [<https://doi.org/10.1177/0003489420937044>]. Acesso em 20 de jul de 2022. Disponível em: < <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1177/0003489420937044>>;
10. REEVES, N. et al. Diagnosis of colorectal and emergency surgical site infections in the era of enhanced recovery: an all-Wales prospective study. *Colorectal Disease*. Vol. 23, nº 5, p. 1239- 1247. [DOI: 10.1111/codi.15569]. 2020. Acesso em 20 de jul de 2022. Disponível em: < <https://sci-hub.se/10.1111/codi.15569>>;
11. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616\\_12\\_05\\_1998.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.htm)  
|
12. HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H.. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. v. 1,
13. COSTA, A. C.; SANTA-CRUZ, F.; FERRAZ, A. A.B. O Que Há de Novo em Infecção do Sítio Cirúrgico e Antibioticoprofilaxia em Cirurgia? *Arq. Bras. Cir. Dig. Pernambuco*; 2020. v.33. DOI: 10.1590/0102-672020200004e1558. Acesso em 29 de julho de 2022. Disponível em: <[www.scielo.br/j/abcd/a/49WKzsVVT6R6ZbfdNJjVhQK/?lang=pt&format=pdf](http://www.scielo.br/j/abcd/a/49WKzsVVT6R6ZbfdNJjVhQK/?lang=pt&format=pdf)>;
14. CARVALHO, R. L. et al. Incidência e Fatores de Risco para Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgias Gerais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Minas Gerais; 2017. v. 25. Acesso em 29 de julho de 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/N9R5ZvPR7wzwwgbjBwbqFvJ/abstract/?lang=pt>>;
15. STELLA, S. A. et al. Postdischarge problems identified by telephone calls to an advice line. *Journal of Hospital Medicine*. Vol. 9, nº 11, novembro, 2014. [DOI: 10.1002/jhm.2252]. Acesso em 26 de novembro de 2021. Disponível em: <<https://sci-hub.se/10.1002/jhm.2252>>;



16. SANDBERG, C. E. J. et al. Using telemedicine to diagnose surgical site infections in low- And middle-income countries: Systematic review. JMIR Mhealth and Uhealth. Vol. 7, nº 8, e13309. Agosto, 2019. DOI: [10.2196/13309]. Acesso em 15 de fevereiro de 2022. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6718082>>;
17. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (Rio de Janeiro). Diretrizes. CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DIRETRIZES PARA A ABRANGÊNCIA DO CUIDADO, Rio de Janeiro, p. 1-110, 2021. Disponível em: [https://subpav.org/download/impressos/Livro\\_CarteiraDeServicosAPS\\_2021\\_20211229.pdf](https://subpav.org/download/impressos/Livro_CarteiraDeServicosAPS_2021_20211229.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.
18. MENDÍA, M. D. J. et al. Evaluación del uso del teléfono y email de apoyo tras prostatectomía radical robótica (PRR). Asociación Española de Enfermería en Urología. n. 124. Abril de 2013. Espanha. Acesso em 26 de novembro de 2021. Disponível em: < <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4677637.pdf>>;
19. FRANCO, L. M. C.; ERCOLE, F. F.; MATTIA, A. Infecção cirúrgica em pacientes submetidos a cirurgia ortopédica com implante. Rev. SOBECC. n. 20. v. 3. p. 163-170. São Paulo, 2015. [DOI: 10.5327/Z1414-4425201500030007]. Acesso em 10 de janeiro de 2022. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5206.pdf>>;
20. CULLIGAN, M. et al. Telenursing: A thoracic surgery nursing initiative aimed at decreasing hospital readmissions and increasing patient satisfaction. Journal of Thoracic Oncology. Vol. 12, nº 1, s1097-1098, janeiro, 2017. [DOI: 10.1016/j.jtho.2016.11.1534]. Acesso em 10 de janeiro de 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2016.11.1534>>;

