



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ADYVERSON GOMES DOS SANTOS

VIVÊNCIAS DE PESSOAS COM DEISCÊNCIA EM FERIDA OPERATÓRIA

CUITÉ – PB
2023

ADYVERSON GOMES DOS SANTOS

VIVÊNCIAS DE PESSOAS COM DEISCÊNCIA EM FERIDA OPERATÓRIA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CES/UFCG), como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Alana Tamar Oliveira de Sousa

S237v Santos, Adverson Gomes dos.

Vivências de pessoas com deiscência em ferida operatória. / Adverson Gomes dos Santos. - Cuité, 2023.
57 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2023. "Orientação: Profa. Dra. Alana Tamar Oliveira de Sousa".

Referências.

1. Ferimento e lesão. 2. Feridas. 3. Ferida operatória. 4. Enfermagem perioperatória. I. Sousa, Alana Tamar Oliveira de. II. Título.

CDU 616-001.4(043)

ADYVERSON GOMES DOS SANTOS

VIVÊNCIAS DE PESSOAS COM DEISCÊNCIA EM FERIDA OPERATÓRIA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CES/UFCG), como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Campina Grande, ____ de _____ de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Alana Tamar Oliveira de Sousa (Orientadora)
UAENF/CES/UFCG

Profª Drª Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho (Membro)
UAENF/CES/UFCG

Profª Drª Bruna Braga Dantas (Membro)
UAS/CES/UFCG

Este trabalho é dedicado principalmente à minha família, a todas as pessoas que me apoiaram direta ou indiretamente e às pessoas que fizeram parte dessa pesquisa no compartilhamento de suas histórias.

AGRADECIMENTOS

Primordialmente, agradeço àquele que tanto me abençoou até aqui, sim, ao Pai do céu, ao meu Deus, que sempre me amparou e me ergueu nos momentos difíceis, nos momentos de dor, nos momentos que pensei em desistir, mas também nos momentos que me inspirei em seguir e ser quem eu quero ser, a quem eu irei me tornar.

Não posso deixar de agradecer e dedicar toda essa caminhada à minha família também, a minha mãe Ana Domingas, ao meu pai Ademar, ao meu irmão Paulo Arthur, a minha pequena e linda irmã Ana Flora que me apoiaram, me estimularam, me instigaram, me ampararam. Em uma certa aula, falei para uma certa professora que o que me motiva é ver o sorriso de minha mãe, o sorriso de meu pai ao saber que eu estudei em uma Universidade Federal, ao ver meu pai encher a boca e dizer: “Meu filho Adyverson estuda na Universidade Federal de Campina Grande, na Paraíba” ou seja, me estimulou muito ao saber que eu trago orgulho a minha família. Ainda sobre minha família, não tenho palavras para resumir todo o esforço que fizeram para que toda vez eu pudesse pegar o Guanabara em várias e várias madrugadas para vir estudar, enfrentando trancos e barracos e como já dizia o ditado: só Deus sabe e eu sinto! Só nós sabemos o que passamos para que eu pudesse chegar até aqui nessa reta final.

Às pessoas que estavam comigo nessa caminha, começo agradecendo a meu vizinho Carlão que fez a primeira viagem à Barreiras para me deixar na rodoviária. Agradeço também a Jeancarlas. Aos meus avós paternos e maternos vivos e em memória que me apoiaram nessa caminhada. Às minhas tias Fátima, a minha tia Andreza, Marialva e Elizângela. Agradeço de todo coração as pessoas que me acolheram aqui na Paraíba, pois não conhecia ninguém e agora fazem parte da minha pessoa, citando seu Maneiro do restaurante que me chamava para almoçar e jantar sem cobrar nada pela refeição, sou imensamente grato por isso.

Falando em ser imensamente grato, falo aqui das pessoas da igreja, a exemplo do Padre Severino que me acolheu como um filho e que me ajudou muito nos momentos que precisei, me orgulho muito de ter conhecido um ser, um sacerdote que tanto ama, cuida e realiza caridades àqueles que necessitam, seguindo à risca os ensinamentos de Jesus, sem esquecer também de Dona Socorro que me acolheu como um filho mesmo ela afirmando que não é mãe de ninguém, agradeço também a Dona Graça, Ana Paula, Aparecida e Marie. Assim, agradeço e oro pela vida dessas e de todas as pessoas aqui citadas, pois como retribuição só posso pedir a Deus que abençoe as vidas delas.

Sobre as pessoas que conheci na Paraíba não posso deixar de falar da pessoa que me apaixonei e que amo tanto que é minha linda namorada Raíla Bento, que nos momentos difíceis

estava ali para me abraçar, me amparar, me dar estímulos para seguir em frente e, às vezes, somente, às vezes, aperrear meu juízo. Sou grato por ela existir na minha vida.

Agradeço também aos meus colegas de turma e em especial ao “Grupinho lá de trás” composto por Maria Eduarda, Alisson, Juliana, Gabriela, Laryssa e Jaqueline e ao meu parceiro que não desistiu, mas que foi em busca de outro sonho Pedro Paulo, bem como Camila e André e sou grato também por todos que propiciaram momentos de alegrias e descontração.

Agradeço ao corpo docente desta instituição que sem sombra de dúvidas, é o melhor corpo docente já visto, possuindo dinâmica, fluidez nas aulas e um conhecimento enorme para ser aplicado. Em especial agradeço às professoras Alana Tamar, Mariana Albernaz, Bruna Braga, Karis Barbosa, Alynne Mendonça e ao professor Matheus Nogueira por todo o conhecimento repassado e por serem pessoas maravilhosas.

Por fim, mas não menos importante, obrigado a todos que acreditaram e presenciaram a realização desse meu sonho. Que Deus abençoe a todos!

RESUMO

Introdução: A ferida operatória é uma junção de tecidos por primeira intenção decorrentes da finalização de um procedimento cirúrgico, tendo a pele como último tecido a ser reaproximado para cicatrização que pode sofrer influência de fatores intrínsecos e extrínsecos. **Objetivo:** Conhecer as vivências de pessoas que passaram pelo processo de deiscência em ferida operatória em um município do Curimataú Paraibano. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo com análise descritiva sobre a vivência de pessoas que tiveram uma complicação cirúrgica do tipo deiscência. Utilizou-se dois questionários, abordando perguntas quantitativas e qualitativas. Os dados foram transcritos e submetido a análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), posteriormente, utilizou a análise de Bardin para categorização das classes lexicais geradas pela CHD. **Resultados e discussão:** Foi observado a maior frequência da palavra Cirurgia (n=50) na análise do *corpus* textual que apresentou uma retenção de texto de 89,58% implicando um aproveitamento satisfatório. As características sociodemográficas dos entrevistados mostrou uma associação forte das variáveis Esc_3 e Grau_3 ($\chi^2=7,04$; $\chi^2=5,11$). Na análise de CHD, houve a formulação de seis classes que se condensaram em três categorias: Categoria 1 (Classe 4, 3 e 2) - Narrativa das pessoas desde à percepção, às dificuldades enfrentadas à recuperação da deiscência; Categoria 2 (Classe 5 e 1) - Dimensões psicoespirituais afetadas pela complicação cirúrgica; e Categoria 3 (Classe 6) - A responsabilidade profissional e manejo da FO. Houve a presença de relatos distintos sobre como descobriram a complicação que na maioria dos casos foi pela sensação de dor e olfação de mau cheiro no local da ferida operatória. A recuperação do paciente, muitas vezes, é fundamentada em suas próprias crenças e espiritualidade que reverberam no apoio familiar e no próprio autocuidado. Para isso, o enfermeiro foi atuante nesse processo de recuperação através da prevenção, manutenção e delegação de funções a equipe de enfermagem com orientações pertinentes e realização de curativos. **Considerações finais:** Observou-se uma série de sentimentos expressos pelos entrevistados ao recordarem as dificuldades vividas diante de uma complicação cirúrgica. A família foi exposta como base na recuperação, bem como o apoio da equipe de enfermagem no manejo à ferida operatória com a utilização de conhecimentos científicos. Assim, pontua-se que o estudo qualitativo propiciou uma visão além da clínica, observando as nuances de cada pessoa e propõe-se que novos estudos desse delineamento relacionados ao pós-cirúrgico sejam realizados.

Palavras-chave: Deiscência de ferida operatória. Ferimentos e lesões. Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT

Introduction: the surgical wound is a junction of tissues by primary intention resulting from the completion of a surgical procedure, with the skin as the last tissue to be reapproximated for healing, which can be influenced by intrinsic and extrinsic factors. *Objective:* to record and analyze the experiences of people who had surgical wounds complicated by dehiscence in a municipality in Curimataú Paraíba. **Methodology:** this is a qualitative study with descriptive analysis about the experience of people who had a surgical complication of the dehiscence type. Two questionnaires were used, addressing quantitative and qualitative questions. The data was transcribed and subjected to Descending Hierarchical Classification (CHD) analysis, subsequently using Bardin analysis to categorize the lexical classes generated by CHD. **Results and discussion:** The highest frequency of the word Surgery (n=50) was observed in the analysis of the textual corpus, which showed a text retention of 89.58%, implying satisfactory use. The sociodemographic characteristics of the interviewees showed a strong association of the variables Esc_3 and Grade_3 ($\chi^2= 7.04$; $\chi^2=5.11$). In the CHD analysis, six classes were formulated, which were condensed into three categories: Category 1 (Class 4, 3 and 2) - People's narrative from perception, to the difficulties faced to recovery from dehiscence; Category 2 (Class 5 and 1) - Psychospiritual dimensions affected by the surgical complication; and Category 3 (Class 6) - Professional responsibility and management of the FO. There were different reports on how the complication was discovered, which in most cases was due to the sensation of pain and the smell of a bad smell at the site of the surgical wound. The patient's recovery is often based on their own beliefs and spirituality that reverberate in family support and self-care. To this end, the nurse was active in this recovery process through prevention, maintenance and delegation of functions to the nursing team with relevant guidance and carrying out dressings. **Final considerations:** a series of feelings expressed by the interviewees were observed when recalling the difficulties experienced when faced with a surgical complication. The family was exposed as the basis for recovery, as well as the support of the nursing team in managing the surgical wound using scientific knowledge. Thus, it is noted that the qualitative study provided a vision beyond the clinic, observing the nuances of each person and it is proposed that new studies of this design related to post-surgery be carried out.

Keywords: Operative wound dehiscence. Wounds and injuries. Perioperative nursing.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Ferida Operatória Complicada por Deiscência	13
2.2 Fatores de risco para FOCD	14
2.3 Cuidados de enfermagem voltados à prevenção e manejo da FOCD	15
• Terapia por Pressão Negativa (TPN).....	15
• Hidrofibra com prata iônica	16
• Laserterapia de baixa intensidade.....	16
3. MÉTODO	17
3.1 Tipo de estudo	17
3.2 Local da pesquisa	17
3.3 Participantes da pesquisa.....	17
3.4 Instrumento de coleta de dados	18
3.5 Procedimento de coleta de dados	18
3.6 Análise dos dados.....	20
3.7 Aspectos éticos.....	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
Categoria 1 (Classes 4, 3 e 2) - Narrativa das pessoas desde à percepção às dificuldades enfrentadas	28
Categoria 2 (Classe 5 e 1) - Dimensões psicospirituais afetadas pela complicação cirúrgica.....	32
Categoria 3 (Classe 6) - A responsabilidade profissional e manejo da FO	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXO	47
APÊNDICE – A	53
APÊNDICE – B.....	56
APÊNDICE – C.....	57

1. INTRODUÇÃO

A cirurgia, desde os primórdios, possui finalidades de reconstrução, diagnóstico, cura, transplante, palição e construção de um determinado tecido e/ou órgãos (Hikle; Cheever, 2020). O ato cirúrgico ainda pode ser compreendido em tempos de procedimentos, como a diérese, hemostasia, exérese e síntese, sendo essa última etapa a união de tecidos que foram rompidos anteriormente na diérese, configurando a sutura e consequentemente a ferida operatória (Fontes *et al.*, 2019).

A Ferida Operatória (FO), na maioria das vezes, segue o processo de cicatrização sem a apresentação de sinais flogísticos, todavia, em casos específicos, pode apresentar complicações como hematoma, seroma, necrose, infecção de sítio cirúrgico e, dentre essas, destaca-se como uma das mais frequentes, a deiscência (Hikle; Cheever, 2020).

A Ferida Operatória Complicada por Deiscência (FOCD) ocorre pela ruptura da sutura com afastamento das bordas sem a protrusão de vísceras. Majoritariamente, a FOCD é causada por fatores fisiopatológicos sistêmicos como comorbidades; locais como: infecção, seroma, isquemia, tensão na ferida; e fatores externos como: nutricionais, comorbidades e fatores específicos como idade e sexo (Spira *et al.*, 2018). Além disso, as FOCD ainda são definidas como alterações na região anatômica da incisão cirúrgica podendo ou não precisar de intervenções (Debord *et al.*, 2018; Yamashita *et al.*, 2023).

De acordo com a iniciativa global de cirurgia segura e acessível proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que ainda existem no mundo cerca de 5 bilhões de pessoas que não possuem acesso a serviços cirúrgicos de alta qualidade e que essa população é encontrada especificamente em países de baixa e média renda (Andrade; Cesse; Figueró, 2023). Em território nacional, calcula-se cerca de 27 milhões de procedimentos cirúrgicos nos últimos cinco anos, de acordo com dados do Sistema Público de Saúde, que, de certa forma, tais dados refletem possíveis desigualdades na atenção à saúde (DATASUS, 2022).

Estudos internacionais mostram que a FOCD é intrinsecamente relacionada ao fator infecção de sítio cirúrgico, além de outros fatores como nível de proteína C reativa, nível de albumina e tempo operatório (Yamashita *et al.*, 2023). No mundo, o número de casos de infecção do sítio cirúrgico, como mostra alguns estudos (Claessen *et al.*, 2016; Olowo-Okere, 2017; Radosa *et al.*, 2021) aponta uma incidência de 4% a 15,6% de FOCD em pacientes hospitalizados. Em hospitais oncológicos, a incidência é de 3,2% (González *et al.*, 2020) e de 10% em hospitais gerais (Faramarzi; Roosta, 2017; Barreiro; Costa, 2020).

Inerente a isso, podem surgir outros fatores negativos como aumento do tempo de internação, risco de evolução para prognóstico ruim como evisceração, peritonite, sepse e, na pior das hipóteses, o óbito (Barreiro; Costa, 2020). Segundo Covre e colaboradores (2019), em nove anos, mostraram uma evolução temporal das internações cirúrgicas. Em média, a pessoa com FOCD passa 3,6 dias (dois a seis dias) a mais de internação hospitalar e oscila entre dois a 18 meses de internação quando são existentes outras complicações (Milcheski *et al.*, 2017).

De acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), foram realizadas 37.565.785 internações cirúrgicas no Brasil entre 2008 a 2016. Destas, cada paciente estabeleceu uma média de custos de 389,16 dólares (R\$ 2.008,83) durante o período de internação, destacando cirurgias do aparelho circulatório que estabeleceu um custo médio de \$1.506,26 dólares (R\$ 7.775,25) para os serviços de saúde (Covre *et al.*, 2019).

Os gastos com saúde podem ser reduzidos de acordo com a assistência prestada ao paciente cirúrgico, isto é, a segurança e a qualidade do cuidado influencia diretamente no desenvolvimento tecno-assistencial, mas que simultaneamente incorporam desafios para os profissionais da saúde – e aqui destacando a enfermagem assistencialista – que buscam incessantemente o cuidado integral e holístico para o paciente pós-cirúrgico (Batista *et al.*, 2019; Câmara; Felix; Corgozinho, 2022).

O enfermeiro, no decorrer do contexto histórico, adquiriu conhecimento significativo sobre o tratamento de feridas de todos os tipos de apresentações, incluindo desde a prevenção até o cuidado de lesões complexas (Silva *et al.*, 2021). Para consolidação de seu respaldo legal, a Resolução nº 567/2018 regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado da pessoa com feridas, sendo obrigatoriamente a realização do cuidado de feridas complexas por parte do enfermeiro (COFEN, 2018).

Além disso, a enfermagem não atua somente no cuidado propriamente dito, mas também na prevenção de agravos, como evitar o surgimento da deiscência. Isso pode ser feito mediante a rigorosa supervisão do enfermeiro, participando de todas as fases do procedimento cirúrgico, pois tal profissional é responsável por elaborar e implementar medidas que alcancem resultados positivos na prevenção de riscos provenientes de procedimentos cirúrgicos (Gomes; Poveda; Püschel, 2020).

Embora alguns estudos abordem sobre as nuances das complicações cirúrgicas, tratamento, profilaxia e prevenção (Barreiro; Costa, 2020; Batista *et al.*, 2019; Covre *et al.*, 2019), poucas são as pesquisas presentes na literatura que abordam perfil clínico e

epidemiológico, e tampouco estudos voltados a um delineamento qualitativo de uma determinada complicação cirúrgica, na perspectiva do indivíduo que viveu a experiência da FOCD.

Assim, o desenvolvimento da pesquisa proposta possibilitará uma visão singular e ampliada sobre a especificidade da FO que evolui para uma deiscência, a partir da sociodemografia dos pacientes, dos fatores predisponentes e das comorbidades que contribuem para essa complicação e dos cuidados dessas pessoas para alcançar o processo de cicatrização. Esses dados poderão fornecer concepções sobre o cuidado exercido mediante o senso comum, subsidiando dados relevantes para o âmbito acadêmico e profissional de como prevenir e assistir pessoas cirurgiadas para que não desenvolvam essa complicação.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo geral: Conhecer as vivências de pessoas que passaram pelo processo de deiscência em ferida operatória em um município do Curimataú Paraibano. E como objetivos específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes da pesquisa inter-relacionando-os com as classes lexicais e Identificar os principais cuidados realizados por profissionais de saúde e/ou usuários de saúde para o tratamento da deiscência.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Ferida Operatória Complicada por Deiscência

As FOs são na maioria dos casos feridas limpas que tem uma cicatrização por primeira intenção em que a ferida possui uma perda mínima de tecido, sem formação de edemas e baixo risco de infecção (Vilefort *et al.*, 2021). Todavia, quando existem alguns fatores de risco associados a FO apresenta complicações que, dentre essas, destaca-se a deiscência que pode ser parcial ou completa.

A deiscência parcial caracteriza-se pela abertura mínima dos pontos cirúrgicos, enquanto que a completa tem a ruptura completa dos pontos cirúrgicos devido a tensão, infecção ou hematoma na FO. Na maioria dos casos, apresenta sintomas frequentes como temperatura axilar $>37,8$ °C, hipersensibilidade ao toque e dor (Silva *et al.*, 2021).

A identificação desse problema se dá pela avaliação constante de um profissional responsável pela saúde do paciente, majoritariamente destacando o enfermeiro que está em contato integral com o paciente. Nesse contexto, ao realizar o procedimento de

curativo da FO é preciso observar as principais características, como a integridade da sutura, estado das bordas da ferida, calor, rubor, edemas, reações ou traumas possivelmente causados por coberturas ou produtos utilizados na tentativa de acelerar o processo cicatricial (Baltazar, 2021; González *et al.*, 2020).

2.2 Fatores de risco para FOCD

As FOCD podem surgir a partir de fatores intrínsecos e extrínsecos a exemplo de comorbidades (cardiovascular, insuficiência renal, DPOC e Diabetes *mellitus*, obesidade) e hábitos prejudiciais (tabagismo), respectivamente (Golda *et al.*, 2020; Spira *et al.*, 2018; Zucker *et al.*, 2019). Dentre esses fatores, destaca-se o tabagismo que é fator de risco para o surgimento da deiscência, haja vista que os efeitos causados pela nicotina reduzem a oxigenação tecidual, causam vasoconstrição, aumentam a agregação plaquetária, formando micro trombos e aumentam o estresse oxidativo endotelial (Liu *et al.*, 2022).

Todavia, o principal fator de risco para as FOCD é a infecção operatória, seja na realização da cirurgia ou na exposição da sutura ao ambiente propenso ao risco de infecção. A taxa de infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório é de 3-20% em que a hérnia incisional é relatada em 15% após cirurgias abdominais abertas com consequência do surgimento de deiscência (Zucker *et al.*, 2019).

Alguns estudos mostram que há uma alta frequência de infecções do sítio cirúrgico (Zucker *et al.*, 2019). Entretanto, algumas medidas são utilizadas para evitar infecções como o uso de fios cirúrgicos que possuem triclosan, que realiza a assepsia da FO, reduzindo o número de colônias de bactérias (Nogueira, 2019). Outra medida para evitar a infecção é a utilização prévia de antibióticos que em cesarianas a antibioticoterapia é realizada durante e após a cirurgia, pois diminui o risco da sutura no ponto de Pfannenstiel evoluir para deiscência (Gommesen *et al.*, 2019).

Para o público masculino, a FOCD apresenta elevada frequência de ocorrências (Barreiro; Costa, 2020) que pode ser explicada na maioria dos casos pela ocupação que o homem realiza no cotidiano e que, para tais atividades, demandam um determinado esforço, tendo como consequência o aumento da pressão intra-abdominal em casos de incisão cirúrgica nessa localização (Souza *et al.*, 2022).

Inerente a isso, outro fator que causa o aumento da pressão intra abdominal no sítio da FO é o excesso de peso que contribui para o afastamento das bordas da sutura (Barreiro; Costa, 2020). Pessoas que foram submetidas a um procedimento cirúrgico e

possuem um Índice de Massa Corporal (IMC) fora dos parâmetros aceitáveis, ou seja, ≥ 25 são enquadradas dentro do grupo cuja obesidade torna-se um fator de risco (Delgado-Miguel *et al.*, 2020).

Dessa forma, entende-se que quanto maior o número de fatores de risco associados a uma pessoa cirurgiada, maior será a probabilidade do surgimento da FOCD (Spira *et al.*, 2018; Barreiro; Costa, 2020). Conseqüentemente, tal problemática pode levar a um prognóstico ruim com aumento do tempo de hospitalização, readmissões e realização de novas cirurgias (Barreiro; Costa, 2020; Silva *et al.*, 2021a).

2.3 Cuidados de enfermagem voltados à prevenção e manejo da FOCD

A atuação da enfermagem nos níveis terciários da atenção requer uma prática baseada na assistência integral ao paciente cirurgiado, observando-o e avaliando-o rotineiramente para evitar ou estimar possíveis complicações (Colares *et al.*, 2019). Em outras palavras, a equipe de enfermagem mantém um contato frequente com a pessoa com FOCD (Baltazar, 2021; Câmara; Felix; Corgozinho, 2022; Gomes; Poveda; Püschel, 2020).

O enfermeiro ainda detém tecnologias que são largamente utilizadas na assistência, como as tecnologias leves, leves-duras e duras. No que diz respeito às tecnologias leves, o enfermeiro na função perioperatória deve oferecer uma escuta ativa das principais queixas do paciente, bem como orientá-lo sobre o autocuidado (Caregnato *et al.*, 2022), e sobre medidas que devem ser tomadas para evitar que a FO evolua para deiscência.

Para as tecnologias leves-duras é existente a padronização da assistência de enfermagem que consiste na utilização de taxonomias como a *North American Nursing Diagnostic Association* (NANDA-I), *Nursing Interventions Classification* (NIC), *Nursing Outcomes Classification* (NOC), que inerente a essas, realiza-se a implementação do processo de enfermagem específico para cada paciente, considerando o tipo de cirurgia e a situação de saúde (CIE, 2011; Colares *et al.*, 2019).

Para o uso de tecnologias duras, o enfermeiro atua de forma direta e indireta na utilização de terapias complementares como o uso de Terapia por pressão negativa; Uso de Hidrofibra com prata iônica; e o Uso de Laserterapia.

- Terapia por Pressão Negativa (TPN)

A TPN trata-se de um método terapêutico utilizado para auxiliar na cicatrização de feridas de difícil cicatrização a exemplo das FOCD, mediante a aplicação de uma

pressão negativa de forma simultânea no leito e nas margens da ferida através de uma esponja hidrofóbica de poliuretano ligada a um tubo plástico (Gao *et al.*, 2021).

Além disso, a TPN também é indicada para lesões por pressão, feridas traumáticas, queimaduras, feridas necrotizantes, úlceras venosas, feridas diabéticas, enxertos de pele, abdome aberto, na associação com instilação de soluções em feridas infectadas e na prevenção de incisões fechadas (Gao *et al.*, 2021; Almansa-Saura *et al.*, 2021).

Essa terapia é bem conhecida na atualidade, entretanto ainda é pouco utilizada, seja pela falta de conhecimento da utilização correta da técnica como métodos de uso, indicações, contraindicações ou devido os serviços de saúde não ofertarem os materiais necessários devido ao custo. Contudo, vale ressaltar que, quando bem indicada, principalmente em casos de feridas complexas como as FOCD, os benefícios superam os custos (Cavalcante; Silva, 2021).

- Hidrofibra com prata iônica

O curativo de hidrofibra com prata iônica é composto por carboximetilcelulose suave que, quando entra em contato com exsudato da ferida, forma um gel que mantém o controle da umidade e microrganismos (Nogueira, 2019). Para a FOCD, tal curativo pode subsidiar importantes cuidados, visto que apresenta propriedades antimicrobianas e analgésicas, bem como realiza desbridamento autolítico de tecido necrosado (Matos; Cruz, 2019).

- Laserterapia de baixa intensidade

Também conhecida como terapia a laser de baixa potência ou fotobiomodulação, a laserterapia é seguramente o método utilizado com maior frequência para tratamento da FOCD, haja vista que o laser é um bioestimulante da atividade celular linfocitária e fagocitária, bem como estimula o tecido de granulação e reduz mediadores inflamatórios (Ferreira *et al.*, 2020).

De modo geral, a enfermagem mediante treinamentos e especializações pode atuar com essa terapia no tratamento de FOCD, uma vez que o enfermeiro tem autonomia para tratar de lesões da pele, embora a laserterapia ainda seja uma área incipiente por tais profissionais (Tallamini; Marques, 2021).

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de delineamento qualitativo e de análise descritiva sobre a vivência de pessoas que tiveram uma complicação cirúrgica do tipo deiscência. No que concerne à pesquisa qualitativa, o pesquisador partirá de um marco teórico-metodológico preestabelecido cujo os instrumentos utilizados fornecerão informações ímpares ao estudo mediante a uma abordagem empírica de seu objeto (Guerra, 2014).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada inteiramente no município de Cuité-PB. Este, possui extensão territorial de 733,818 km², população de 19.719 pessoas – segundo o último censo – configurando uma densidade demográfica de 26,83 hab/km² e renda per capita de R\$10.590,84 (IBGE, 2023).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município de Cuité – PB faz parte da 4^a região de saúde da microrregião Curimataú Ocidental Paraibano, constituído por 43 estabelecimentos de saúde, dentre esses, 10 sendo Unidade Básica de Saúde (UBS), Central regional de rede de frios, Centro de Atenção Psicossocial CAPS I, Secretaria municipal de saúde, dois Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) USB e USA, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h e o Hospital Municipal de Cuité (CNES, 2022).

Para este estudo, foi realizada uma busca ativa dos usuários de saúde nas Unidades Básicas de Saúde, localizadas em zona urbanas (n=6) e rural (n=1).

3.3 Participantes da pesquisa

A partir da delimitação da problemática e do público selecionado – pessoas que tiveram ou estavam em processo de recuperação de deiscência – surgiu o seguinte questionamento: Em pessoas residentes no município de Cuité que foram submetidas à cirurgia e que tiveram complicação pós-cirúrgica deiscência, quais foram principais dificuldades enfrentadas por essas pessoas durante a complicação? A formulação dessa questão é fundamentada na construção da pergunta de pesquisa utilizando a estratégia PICO, sendo o “P” = pacientes/pessoas submetidas a cirurgia, “I” = intervenção cirúrgica, “C” = comparação (não se aplica a este estudo) e “O” = FOCD.

Na primeira parte da seleção dos participantes, foram selecionados usuários com idade a partir de 18 anos, que se submeteram a cirurgias de médio a grande porte, com FOCD. Foram excluídos prontuários com informações insuficientes, prontuários com registro “Óbito” ou usuários que não são mais residentes no Município.

Na segunda etapa da coleta, na entrevista, os critérios de inclusão foram: ter realizado cirurgia de médio e grande porte que evoluiu para deiscência; ter realizado cirurgia há pelo menos 5 anos. Foram excluídos participantes que mudaram de município ou faleceram; pessoas com problemas cognitivos; pessoas que residiam em áreas de difícil acesso.

Ao final foi possível entrevistar nove participantes, contemplando todas as perguntas quanti-quali dos instrumentos de coleta de dados, sem a utilização de critério de saturação teórica das entrevistas.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Para a etapa quantitativa, os dados coletados constam no Apêndice B, que foram: Nome (para contato posterior para convite para a etapa qualitativa); idade; escolaridade; gênero; etnia; doenças preexistentes; ocupação; grau de dependência; cirurgias realizadas anteriormente; cirurgia que apresentou a deiscência.

Na etapa qualitativa, os dados foram obtidos por meio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice C), que abordou questões norteadoras sobre as principais características e dificuldades que o participante observou durante o evento da complicação cirúrgica, sobre os métodos utilizados para tratar a deiscência, se provenientes do conhecimento comum ou do científico.

Para gravar os relatos, utilizou-se o aplicativo “Gravador de Áudio” instalado em um aparelho celular.

3.5 Procedimento de coleta de dados

Na primeira etapa de coleta foi realizada uma visita em todas as UBS do município de Cuité, na qual houve uma apresentação inicial às enfermeiras sobre a pesquisa. Em seguida, obteve-se acesso aos prontuários mediante a utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS para investigação de registro relacionado a feridas operatórias com deiscência.

Foi realizada a leitura integral dos prontuários selecionados e o levantamento de informações como, contato com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por

cobrir a área daquele usuário de saúde, endereço de residência e os horários de disponibilidade dos usuários.

Sempre que possível, a visita à casa do entrevistado era acompanhada com o ACS para esclarecimentos de dúvidas que pudessem surgir, e posteriormente a apresentação era realizado o convite para participar da pesquisa. Em casos de aceitação, era combinado dia e horário para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e conceder a entrevista ou caso já houvesse a disponibilidade, a entrevista já era realizada na mesma oportunidade.

Essa pesquisa teve como base a investigação de campo, como mostrado no Fluxograma abaixo:

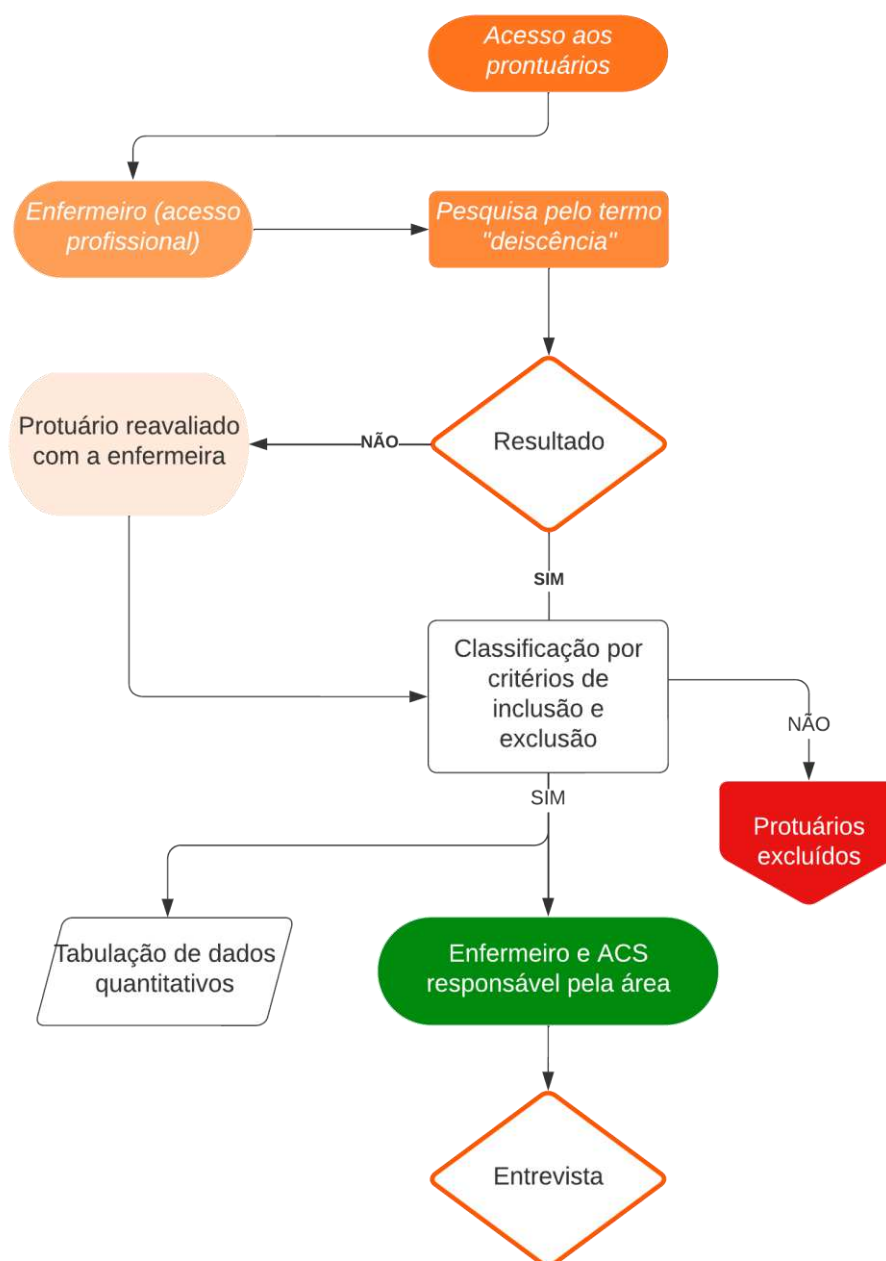


Figura 1: Fluxograma da coleta de dados.

Todas as entrevistas foram realizadas em local confortável para o participante e com a gravação da voz em aparelho celular que teve em média uma duração de 15 minutos.

3.6 Análise dos dados

O software Excel foi utilizado na construção de uma planilha de dados para as questões quantitativas contidas nos instrumentos de coleta dos dados. Na transcrição das entrevistas foi utilizado o software do pacote da *Microsoft Office Word*, versão *Professional Plus 2019* – removendo a fala do entrevistador – e organizadas em documento único, configurando um *corpus* textual.

No que concerne ao *corpus* textual, palavras que fugiam a semântica para o senso comum foram remodeladas, bem como palavras que pertencem à mesma classe lexical. Além disso, todos os pronomes pessoais e possessivos foram substituídos pelo substantivo da situação.

As entrevistas foram baseadas em um código pré-estabelecido da pesquisa, conseqüentemente os segmentos de textos codificados estabeleceram uma frequência estratificada das palavras na formação de 40 segmentos de textos. Utilizou-se um codificador (****) entre cada entrevista para que o programa reconhecesse cada uma das entrevistas.

Para as variáveis socioeconômicas, foram abreviadas e codificadas da seguinte forma: *Ida (variável idade); *Gen (variável de gênero); *Etn (variável de etnia); *Gra (variável grau de escolaridade); *Serv (variável de serviços de saúde utilizados), para subsidiar dados para Análise Fatorial por Correspondência (AFC) e análise de Matriz. Após o ajustamento, o *corpus* foi salvo no formato “texto sem formatação”, “outra codificação” e em seguida escolhida a opção “Unicode (UTF-8)” para reconhecimento analítico do software utilizado.

O *corpus* textual foi submetido ao programa de análise qualitativa IRaMuTeQ versão 0.7 alpha 2, desenvolvido por Pierre Ratinaud, que se ancora no *software* estatístico R (www.r-project.org) e na linguagem computacional Python (www.python.org) (Silva; Ribeiro, 2021). Nesse software, foi possível realizar a análise integral do *corpus* textual, resultando em Nuvem de palavras e Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (Sousa, 2021; Silva; Ribeiro, 2021).

Todas as análises foram realizadas a partir de uma lematização, com dicionário indexado. Para formação da “Nuvem de palavras”, foi atribuída uma frequência pré-estabelecida de 10 palavras acima, eliminado artigos definidos e indefinidos, conjunções, preposições e verbos que não se consideraram relevantes para esta pesquisa, selecionando somente palavras reveladoras de sentido.

No método de CHD os segmentos foram estratificados segundo o próprio vocabulário, na qual o conjunto foi separado em formas reduzidas, considerando a frequência estabelecida e no cruzamento de segmentos de textos e palavras mediante a utilização do teste Qui-quadrado (χ^2). Esse teste reduz a um único valor os desvios da proporção, determinando uma probabilidade sobre a causalidade ou não entre cada frequência de classe observadas e esperadas (Silva et al., 2018).

Para suporte teórico, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin dos dados qualitativos, que se fundamenta em um conjunto de técnicas de análise de comunicação que tem por finalidade obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo e indicadores das mensagens, os quais possibilitam a indução de informações sobre as categorias de produção destas mensagens (Bardin, 2011).

Nesse sentido essa abordagem se subdivide nas etapas de pré-análise, análise e interpretação dos dados. A pré-análise, primeira fase, objetiva a sistematização para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise e parte da seleção das entrevistas a serem submetidas à análise. Todo o material é submetido a uma leitura flutuante para ocorrer a classificação e categorização dos discursos, podendo emergir as respectivas subcategorias; a análise tem como pressupostos a interpretação das mensagens que estejam nas entrelinhas desse material e a interpretação dos dados foi confrontada com a literatura pertinente (Bardin, 2011).

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos propostos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde, 466 de 2012 (BRASIL, 2012), aprovada sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 65558022.0.0000.0154, respeitando em todos os aspectos a dignidade dos participantes ou responsáveis, e de todos os demais envolvidos neste estudo, seja o serviço de saúde ou usuários de saúde. Os usuários de saúde foram convidados pelo pesquisador e na oportunidade, o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, sobre a participação voluntária e sobre a entrevista.

Na primeira parte da pesquisa não foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que a pesquisa atribuiu um cunho investigativo epidemiológico na busca de prontuários eletrônicos dos serviços de saúde que apresentaram registros de FOCD.

A pesquisa denotou risco direto aos participantes, no que se refere a alguns momentos de constrangimento e de participantes que se emocionaram ao se lembrar do evento ocorrido e de interferência nos seus afazeres diários. Para minimizar tais riscos as entrevistas ocorreram em ambiente privativo, livre de interferências e que o participante se sentisse à vontade para falar o que considerasse oportuno.

Para reduzir o risco de exposição dos participantes das entrevistas, as gravações foram transcritas no mesmo dia e apagadas do aparelho celular. As gravações foram guardadas em um *pendrive* pelo pesquisador participante, e serão armazenadas por um período mínimo de cinco anos.

Em seguida, cada entrevista de cada participante foi decodificada na letra E seguindo a numeração da ordem em que as entrevistas foram realizadas, por exemplo, “E1” (Entrevistado 1) e assim sucessivamente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa abrangeu nove participantes, sendo que destes, 44% (n=4) foram participantes do sexo masculino e 56% (n=5) do sexo feminino, com uma média de idade de 44 anos, desvio-padrão 15,06, sendo a menor idade 23 anos e a maior 67 anos, localizados no município de Cuité-PB. Tais participantes foram localizados através de suas respectivas áreas de saúde, UBSs Luiza Dantas de Medeiros (2 participantes), Raimunda Domingues de Moura (1 participante), Diomedes Lucas Carvalho (1 participante), Ezequias Venâncio dos Santos (1 participante), Abílio Chacon Filho (2 participante), Francisca Freire Dias Lins Liene (1 participante) e Serra do Bom Bocadinho (1 participante).

Com relação aos relatos da vivência que passaram após uma deiscência de ferida operatória, na perspectiva geral, foi possível identificar distintas realidades, mas que simultaneamente propiciaram termos semelhantes que apresentaram uma frequência absoluta expressa no tamanho das palavras.

Na sequência, a Nuvem de palavras apresenta – da maior para a menor frequência – ‘Cirurgia’ (n=50); ‘Médico’ (n=40); ‘Ponto’ (n=32); Casa (n=29); Curativo

(n=28); Hospital (n=28); Olhar (n=26); Enfermeiro (n=26); Cirurgia aberta (n=25); Internação (n=25); Medicação (n=24); Sangramento (n=23); Cuidado (n=22); Ferida (n=21); Deus (n=20); Dor (n=19); Mãe (n=17); Medo (n=17); Infecção (n=17); Estresse (n=17); Limpeza (n=16); Secreção (n=16); Mau cheiro (n=15); Técnica de enfermagem (n=14); Difícil (n=14); Complicação (n=13); Soro fisiológico (n=13); Vomitar (n=13); Levantar (n=12); UBS (n=12); Cama (n=12); Cicatrizar (n=12); Banho (n=12); Cuité (n=12); Dependente (n=11); Saúde (n=11); e Morrer (n=10) (Figura 2).

Esses termos trazem consigo significados diretos ou indiretos sobre a vivência dos entrevistados, desde “Cirurgia” que indica a incisão e conseqüentemente a separação dos tecidos até “Morrer” que retrata a pior das hipóteses sentidas pelos entrevistados durante a deiscência.

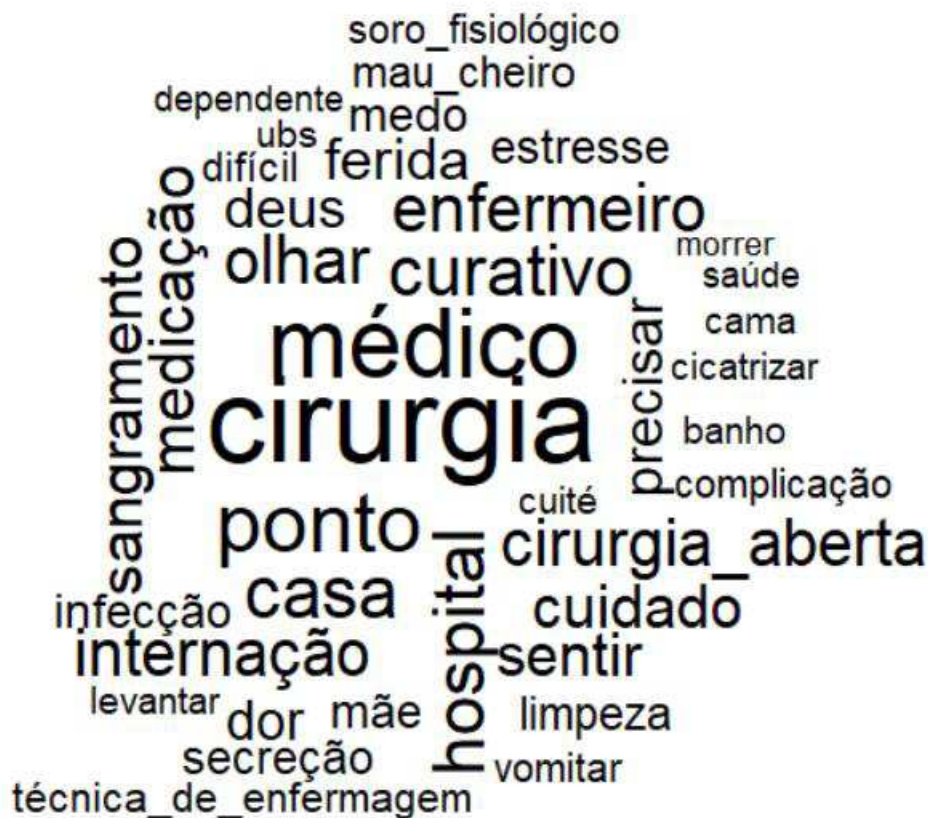
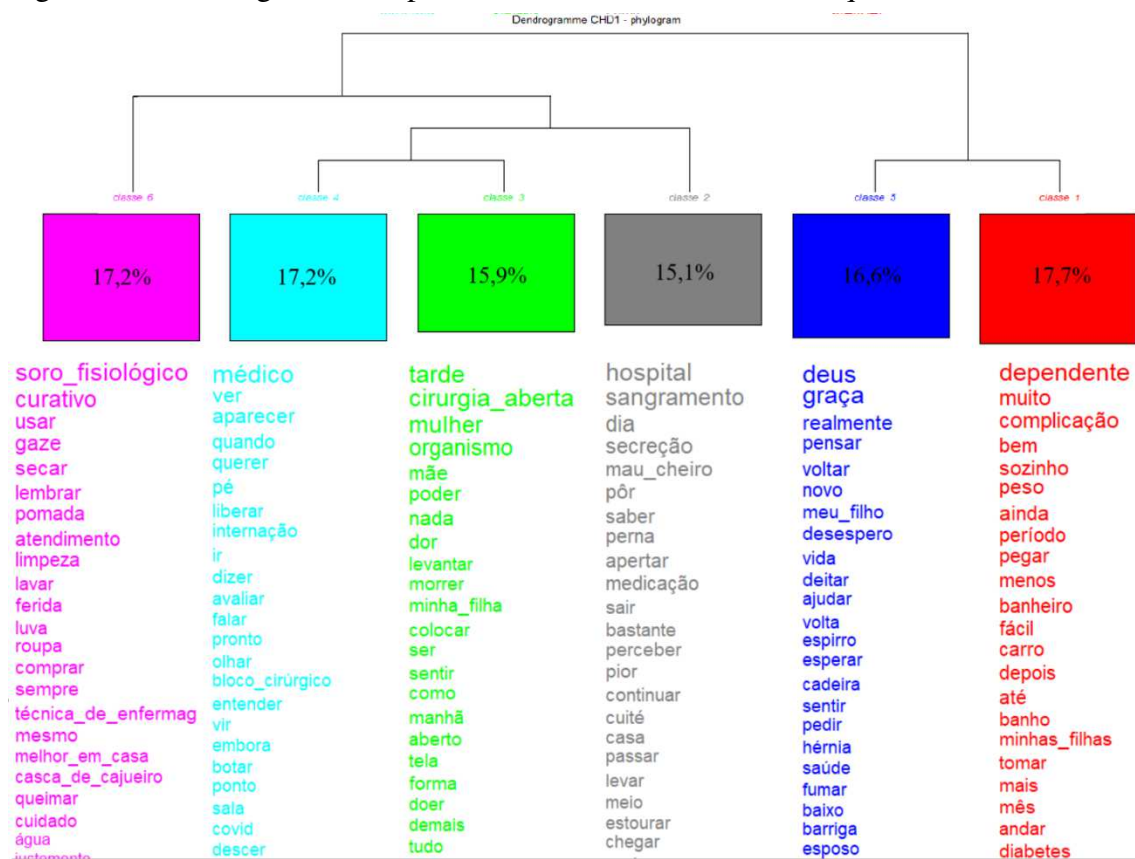


Figura 2. Nuvem de palavras segundo a frequência dos termos apresentados nos *corpus* textuais.

De acordo com Camargo e Justo (2013), para a viabilização da pesquisa qualitativa é necessária uma retenção de texto ou aproveitamento de no mínimo 75% do *corpus* textual. A análise de CHD apresentou um grau de retenção de 89,58% que em suma implicou em um aproveitamento satisfatório, visto que englobou 1.472 formas de textos em 232 segmentos de textos com uma média de formas por segmento de 32,9.

Além disso, obteve-se 907 palavras na forma ativa, isto é, palavras reveladoras de sentidos para idealização nominal das classes.

Todo o processamento foi realizado com a escolha das classes de palavras segundo a morfologia, isto é, palavras reveladoras de sentido, que resultaram em seis



classes: Classe 6 com 40 STs de 232 STs (17,24%); Classe 4 com 40 STs/232(17,24%); Classe 3 com 37 STs/232 (15,95%); Classe 2 com 35 STs/232 (15,09%); Classe 5 com 39 STs/232 (16,81%); Classe 1 com 41 STs/232 (17,67%).

Figura 3. Dendograma primitivo das partições das Classes com respectivas percentagens.

Na apresentação das características sociodemográficas dos entrevistados, observam-se algumas variáveis que tiveram um maior poder de associação com as respectivas Classes. Na classe 6, tem-se as variáveis Esc_3 e Gra_3, representando os maiores valores desta análise, estabelecendo um χ^2 de 7,04 e 5,11, respectivamente, fixando valores significativos. Posteriormente, na Classe 4 houve uma fraca associação de duas variáveis Gen_1 ($\chi^2= 3,37$) e Serv_3 ($\chi^2= 2,88$), estabelecendo valores não significativos; similar a isso, a Classe 3 também foi atribuída a duas variáveis, Esc_6 ($\chi^2=3,63$) e Gen_2 ($\chi^2=2,17$).

A Classe 2 apresentou o maior número de variáveis associadas, Esc_3 ($\chi^2= 6,00$), Serv_1 ($\chi^2= 5,33$), Gra_3 ($\chi^2=4,56$), Gen_2 ($\chi^2=2,64$), sendo esse último com associação

não significativa. Seguida da Classe 1 com três associações não significativas, Gra_2 ($x^2=3,56$), Serv_3 ($x^2=2,37$) e Esc_1 ($x^2=2,15$). Por último, a Classe 5 que apresentou única associação significativa com a variável Ida_2 ($x^2=4,07$).

Além disso, observa-se algumas correlações entre as variáveis, a exemplo de Gra_2 e Ida_2, configurando uma proximidade entre a Classe 5 e Classe 1, ao mesmo tempo em que outras variáveis também apresentam interações entre distintas classes como Serv_3 (Classe 4) e Etn_1 (Classe 1); Esc_6 (Classe 3) e Esc_2 (Classe 2); Gen_1 (Classe 4) e Serv_1 (Classe 2). Outras variáveis se posicionaram distantes do centro e de outras Classes devido a apresentação de valores não significativos, conforme apresenta a Figura 4.

Essas associações demonstram que as variáveis sociodemográficas obtiveram uma maior frequência em cada classe lexical do Dendograma, isto é, cada eixo temático (na representação por cores) criado pelas Classes, foram representados por diferentes variáveis sociodemográficas de forma fraca, moderada ou forte de acordo com x^2 .

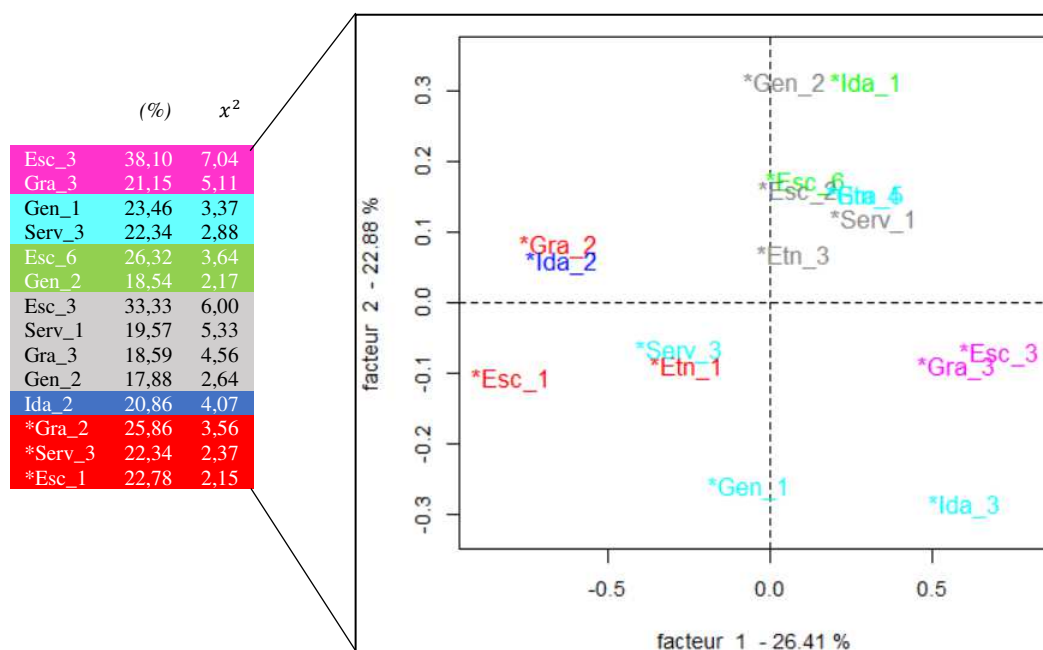


Figura 4. Análise Fatorial por Correspondência: Variáveis sociodemográficas com maior poder de associação em cada classes, segundo as percentagens e x^2

Esc_3: ensino fundamental completo; **Gra_3:** idoso com dependência de assistência em todas as atividades; **Gen_1:** gênero masculino; **Serv_3:** Serviços de saúde público e privado; **Gen_2:** Gênero feminino; **Serv_1:** Serviços públicos de saúde; **Ida_2:** 30-59 anos; **Grau_2:** idosos com dependência até três atividades; **Esc_1:** Analfabeto.

Observou-se a estratificação de seis classes de textos ou categorias lexicais semânticas a partir da análise de significância de cada recorte textual sob as “Vivências de pessoas com FOCD no município de Cuité-PB”. Assim, o *corpus* subdividiu-se em

dois eixos principais. Eixo 1: Correspondente às Classes 6, 4, 3 e 2; Eixo 2 relativo às Classes 5 e 1.

Ainda no Eixo 1, observa-se uma separação da Classe 6 tornando-a distante na interrelação com as Classes 4, 3 e 2, o que possibilita a formação de uma Categoria “A responsabilidade profissional no manejo da FO” enquanto que as Classes 4, 3 e 2 na ramificação hierárquica apresentam maior proximidade de interação, possibilitando o surgimento da Categoria “Narrativa das pessoas desde a percepção, dificuldades enfrentadas à recuperação da deiscência”.

Para o Eixo 2, é dada a ramificação de duas Classes com grande poder de interação, unificando-as na Categoria “Dimensões psicoespirituais afetadas pela complicação cirúrgica”.

No que concerne a significância estatística todas as Classes desempenharam um valor de $p < 0,05$. Na Classe 6 a palavra “soro_fisiológico” apresentou o maior valor de χ^2 ($\chi^2 = 50,16$), seguido na sequência decrescente das palavras “deus” ($\chi^2 = 46,69$) na Classe 5; “hospital” ($\chi^2 = 44,12$) na Classe 2; “médico” ($\chi^2 = 41,69$) na Classe 4; “dependente” ($\chi^2 = 33,62$) na Classe 1; e “tarde” ($\chi^2 = 21,45$) na classe 3. Ressalta-se que esses maiores valores de χ^2 em cada Classe representam valores que tiveram a maior interação com suas respectivas classes, conforme apresentado na Figura 5.

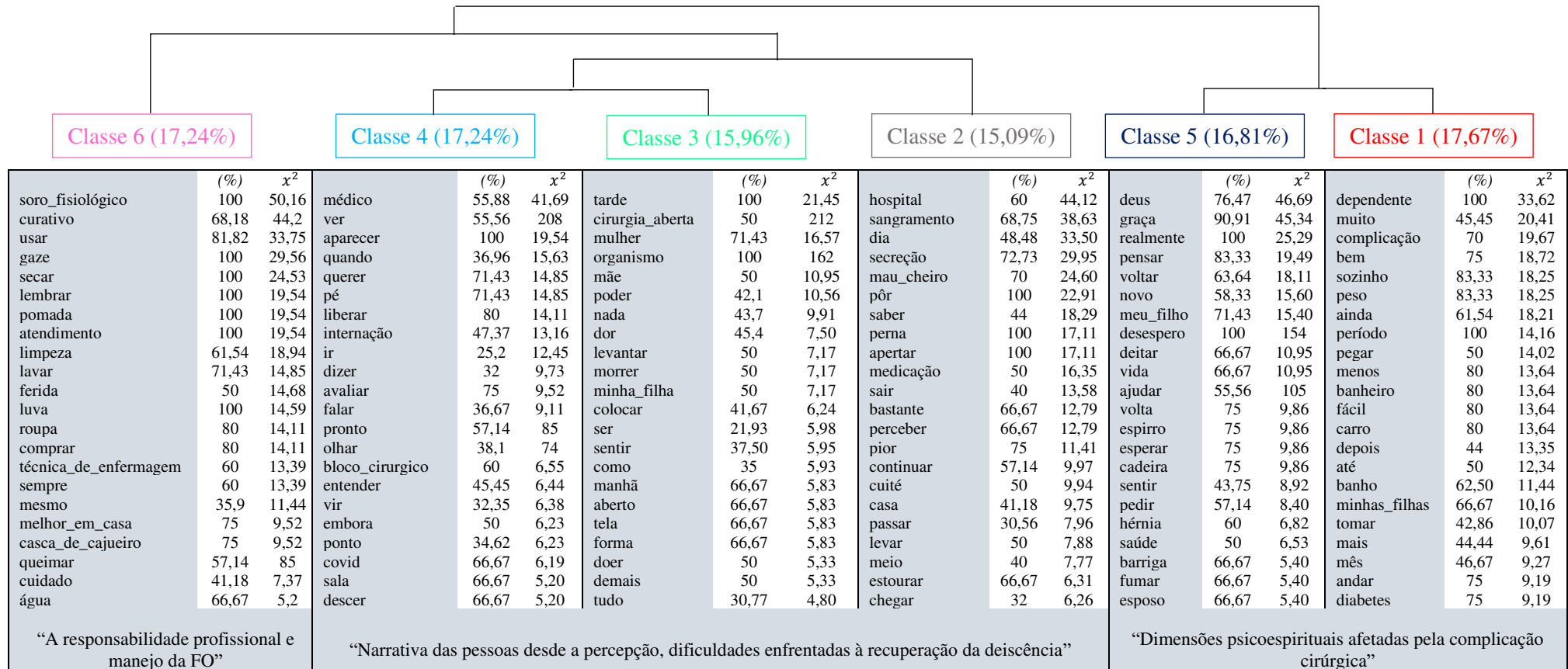


Figura 5. Dendograma: Vivências de pessoas com FOCD no município de Cuité-PB com a classificação do conteúdo do corpus.

4.1 Categoria 1 (Classes 4, 3 e 2) - Narrativa das pessoas desde à percepção às dificuldades enfrentadas

A percepção de uma pessoa acerca de condições clínicas pode ser das mais distintas, tomando toda a situação como desesperadora ou superável. O corpo humano é programado para identificar sintomas e observar sinais que indicam o bom ou o mau prognóstico de determinada condição de saúde.

Dentre as especificidades de sinais e sintomas relacionados à FOCD, a pessoa tem em comum, na maioria dos casos, o quinto sinal de avaliação que é a dor. A dor, propriamente dita pode ser somática, visceral, referida ou direta. Em termos fisiológicos, a dor é identificada mediante a transformação dos estímulos ambientais em potenciais de ação que são captados pelas fibras periféricas e levados ao SNC (Janeiro, 2017).

Para além da fisiologia, a dor traz um misto de sentimentos à pessoa, visto que devido a sua intensidade, veracidade e durabilidade, pode propiciar a perda da confiança de sua recuperação pós-complicação cirúrgica, como mostram as falas dos E3 e E7.

“Tinha dor, demais, muita dor. Tinha medo de morrer. Eu acho que eu ia morrer, falei ai meu Deus, vou morrer agora, não vai mais cicatrizar mais não, pensando que não ia mais cicatrizar.” (E3)

“Olha, assim, eu pensei que, que não ia, é (se emociona) cicatrizar, eu pensei que eu ia morrer, né?! Assim, deixar meus filhos,” (E7)

Além disso, é preciso estar atento aos sinais e sintomas que possam surgir durante esse processo, considerando as fases da inflamação, exsudatos que podem ser serosos, sanguinolentos, serosanguinolentos, purulentos, seropurulenta e fibrinosos, além de outros sinais e sintomas como hipertermia, cefaleia, náuseas, vômitos, mal-estar, hemorragia, etc (Gomes; Poveda; Puschel, 2020). Essas características foram relatadas pela maioria dos entrevistados.

“Pelo ponto da ferida ficou saindo a secreção e podre, sabe como é pobre?! Fedia demais, demais mesmo, veio melhorar acho que com uns oito dias que veio parar de feder.” (E4)

“[...] eu comecei com um mal estar, aquela vontade de vomitar, num sabe?! [...] no que eu me deitei aí começou a barriga pipocar

e dar aquela vontade de vomitar, ah meu filho, comecei a vomitar [...] era aquele estandarte de água que saía de dentro deu, de jato mesmo, saía e ia parar longe.” (E4)

“Aí quando eu olhei no espelho, quando eu olhei, estava, amarelo e com mau cheiro, saindo secreção, aí eu já percebi que estava alguma coisa errada né?!” (E6)

“Quando se abriu dava pra ver tudo, dava pra ver a placa, por baixo tinha grande quantidade de exsudato [...]” (E8)

Nesta pesquisa, observou-se que todos os entrevistados relataram a presença de exsudato e metade destes o mau cheiro. Segundo Bento e Valadas (2021), tais fatores são decorrentes da necrose tecidual ou de processos infecciosos por microrganismos anaeróbicos. Frequentemente, a infecção da FO pode ser uma das principais causas para surgimento da deiscência como citado nos relatos E4, E5, E6 e E7

“[...] quando eu vim de lá já vim com a infecção, eles falaram lá que foi infecção do bloco cirúrgico, foi na hora da cirurgia que eu peguei essa infecção.” (E4)

“Tinha, no começo tinha infecção.” (E5)

“Só pra tirar os pontos e dar uma olhada e viu que os pontos já estavam infeccionados.” (E6)

“[...] porque eu levantava e deitava, não tive o resguardo de ficar ali deitada, ficava andando, sentava, ficava cuidando de meu filho de noite e aí eu acho que foi onde inflamou, infeccionou e com risco até de abrir.” (E6)

“[...] teve que fazer um novo procedimento cirúrgico, aí disseram que deixaram as paredes abertas, aí tive bastante sangramento, infeccionou, né?! Aí mandaram eu para o hospital do Trauma pra fazer um hemograma, uma ultrassom, aí fiz e voltei, aí continuei novamente com a cirurgia aberta, infeccionada, tomando bastante medicação, sangrando bastante, aí passei quatro mês nesse sofrimento com essa cirurgia aberta.” (E7)

Salienta-se que as infecções de FO podem ser causadas tanto no pós como no transoperatório, que esse último foi citado pelo E4. De acordo com Carlos *et al.*, (2020) a taxa de incidência de infecções de sítio cirúrgico, principalmente em neurocirurgias, foi de 5,32% em que boa parte desse percentual não foram de infecções que não passaram por teste de cultura para determinar o tipo de agente causador da infecção e possível suscetibilidade antimicrobiana. Dentre os microrganismos mais frequentes, destacam-se

a *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter sp* e *Escherichia coli* (Carlos *et al.*, 2020), sendo o primeiro patógeno o mais resistente a antibioticoterapia (Amando *et al.*, 2020).

O surgimento dessas infecções no transoperatório é explicada pela qualidade dos serviços de saúde, isto é, entendida como Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS) que engloba as complicações cirúrgicas dentro de um contexto hospitalar (Boaventura *et al.*, 2019; Gomes *et al.*, 2020). Além disso, as infecções não identificadas no âmbito intra-hospitalar, majoritariamente são diagnosticadas 30 dias após a realização da cirurgia, devido à demanda espontânea tardia ou não acompanhamento profissional adequado (Carlos *et al.*, 2020).

Outra provável causa da deiscência da FO, considerando como segunda causa mais frequente é o afastamento das bordas por aumento da pressão na região da FO, causada, habitualmente, por esforço físico que é justificado devido o paciente não cumprir as orientações no pós-operatório (Spira *et al.*, 2018; Barreiro; Costa, 2020; González *et al.*, 2022).

Para esta pesquisa, foi relatado que houve o aumento da tensão tecidual durante o período pós-operatório ou de resguardo, popularmente dito pelos entrevistados 2 e 6:

“Ai com essa tosse, a carne meia fraca, né?! Com essa tosse não, com o espirro que eu dei aí rasgou tudo.” (E2)

“[...] eu quem cuidava dele (recém-nascido) quando cheguei, porque eu levantava e deitava, não tive o resguardo de ficar ali deitada, ficava andando, sentava, ficava cuidando dele de noite e aí eu acho que foi onde inflamou, infeccionou [...]” (E6)

No pós-operatório é preciso manter alguns cuidados com a ferida operatória, dentre esses, o cuidado de não aumentar a tensão tecidual, mediante ao esforço ou pressão. No relato E2, nota-se que houve episódios de tosse e espirro o que aumentou repentinamente a pressão intra-abdominal.

Nesse período de recuperação é fundamental a participação do enfermeiro com orientações e educação em saúde sobre os principais cuidados com a FO, como apoiar uma das mãos higienizadas sobre a FO caso a tosse ou o espirro seja inevitável, trazendo o paciente como protagonista da prevenção de complicações mecânicas e consequentemente o surgimento da deiscência (Gomes; Poveda; Püschel, 2020).

Por outro lado, longe do ambiente hospitalar, o pós-cirúrgico, a recuperação torna-se laboriosa, visto que é preciso ter o apoio familiar para ajudar em atividades

básicas diárias, prevenindo a sobrecarga, valorizando as atividades significativas dos pacientes, respeitando a imagem corporal e às variações emocionais, bem como valorizar as atividades de pequena complexidade em que o paciente possa estar realizando (Camargo *et al.*, 2022).

É fundamental reconhecer as dificuldades do paciente limitado de suas atividades e, acima de tudo, entendê-lo dentro do seu contexto emocional e físico a fim de propiciar uma evolução cicatricial satisfatória da FO. Dito isto, observa-se algumas dificuldades e vivências enfrentadas na fala E4.

“Foi difícil, foi difícil porque, ainda hoje eu... (se emociona) foi difícil demais, eu achei que eu não ia sair de lá não. Uma que não tinha gente pra ficar comigo, foi muito difícil, mas graças a Deus eu sai dessa... foi uma coisa que eu muito, não esperava passar por isso, mas graças a Deus passei, estou aqui contando a história, foi muito triste, mas graças a Deus eu voltei pro meu lugar de novo né?! Pra minha casa, mas foi muito complicado, complicadíssimo demais.” (E4)

Ainda no relato E4, apresenta-se um recorte marcante em que a pessoa relata estar em uma profunda vergonha ou outro sentimento entendido como se já não estivesse viva ou não fosse aceita na sociedade:

“Foi difícil você se sentir fedendo como que já tivesse morrido e todo mundo que chegava perto de você olhava, saía olhando torcendo o nariz, torcendo o bico porque você estava ali fedendo. Isso no hospital e quando eu saí daqui de casa também. Era as enfermeiras mesmo.” (E4)

De acordo com Araújo *et al.*, (2020), a preocupação com a não cicatrização da ferida ou o pensamento de um prognóstico ruim, tornam-se um impasse na recuperação total da FOCD. Esse medo da não cicatrização é apresentado no relato E6.

“Foi fácil não visse?! Fiquei meia preocupada assim pensando que não ia sarar mais, com medo, com medo de abrir, aí foi difícil [...]” (E6)

O sentimento de medo destacado no relato acima, mostra que estar com uma complicação cirúrgica, traz a ideia de enfrentamento constante consigo mesmo e consequentemente o desequilíbrio emocional e que muitas vezes é preciso ter o apoio familiar para o gerenciamento das emoções, tomadas de decisões e estratégias (Araújo *et al.*, 2020). Todavia, em alguns casos, o paciente se vê à mercê tendo que realizar atividades dentro da incapacidade, como é mostrado no relato 3.

“Eu acho que eu fiz esforço, eu fiz muitas coisas que foi no período que as minhas filhas foram embora, né?! Foram embora, aí eu fiquei sozinha fiquei fazendo as coisas.” (E3)

A recuperação do pós-cirúrgico imediato é de responsabilidade dos profissionais lotados nas salas de recuperação pós-anestésica, bem como no pós-cirúrgico mediato, considerando a paciente interno no ambiente hospitalar. No ambiente domiciliar, o cuidado passa a ser da família ou de próximos na manutenção das atividades e necessidade essenciais (Camargo *et al.*, 2022).

4.2 Categoria 2 (Classe 5 e 1) - Dimensões psicoespirituais afetadas pela complicação cirúrgica

Essa categoria, formulada por duas classes, trouxe uma perspectiva sobre a necessidade de organizar o desequilíbrio do paciente com FOCD. O bem-estar, propriamente dito, possui um dinamismo intrínseco que é caracterizado por fatores sociais, físicos, psicológicos e espirituais, configurando um contexto singular das complicações cirúrgicas, isto é, nos relatos e na estratificação das classes, observa-se o autocuidado e as necessidades humanas básicas como um processo da recuperação de cada entrevistado.

Em algum momento, ou na maioria das vezes, a pessoa com deiscência se apropria de sua fé ou de seu conhecimento científico para trazer ao seu consciente a melhora do seu quadro mesmo que em estímulos momentâneos. A forma como cada paciente observa e analisa a evolução de sua própria ferida é restrita, não há uma padronização com relação a indução de concepções ou perspectivas, mas é existente a estimulação do autocuidado, da proteção da ferida, do manejo adequado e do apoio da equipe multiprofissional.

Para a estimulação de autocuidado é necessário que a pessoa tenha a ajuda de outras pessoas no seu processo cicatricial, o que por consequência, a torna dependente da realização de tarefas de simples e complexas, como mostra os relatos:

“O que eu não consigo fazer?! varrer uma casa eu não consigo né que eu fazia direto e não consigo mais.” (E1)

“eu estava dependente das pessoas pra me ajudar em tudo que eu cheguei num estado que não conseguia sozinha né?!” (E4)

“Foi difícil, porque eu dependia de uma pessoa pra tudo, se eu estava de cadeira de rodas, pra tomar banho, pra ir no banheiro, pra tudo.” (E5)

“Não, não era totalmente dependente, essas coisas eu conseguia fazer só, mas lavar louças, limpar a casa, aí era minha mãe.” (E6)

Não, dependia de todas as pessoas [...] Era muito dependente, com a ajuda de outra pessoa até pra escovar os dentes.” (E7)

Vale salientar que a percepção sobre a ferida, seja crônica ou aguda, é relativa e oscila entre cada indivíduo em que entre os mais jovens, a ferida interferiu nas atividades de trabalho e lazer, enquanto que na terceira idade, observa-se o isolamento social, além de outros problemas como, insônia, ansiedade e pensamentos negativos (Marczak *et al.*, 2019).

A limitação das atividades é uma problemática recorrente às pessoas que são acometidas por FOCD, principalmente mulheres que, por contexto histórico, são em maioria donas de casas ou que atuam na comunidade, o que conseqüentemente a rotina habitual é interceptada, caracterizando um déficit de autocuidado (Camargo *et al.*, 2022).

Observou-se ainda que os entrevistados em seus relatos demonstraram suas vivências e acima de tudo suas crenças e dogmas, a apresentação de uma fé na recuperação de suas FOCD, como mostra as falas:

“Eu tive muita fé em Deus na recuperação.” (E2)

“Graças a Deus passei, estou aqui contando a história, foi muito triste, mas graças a Deus eu voltei pro meu lugar de novo né?! só agradecer a Deus por ele ter feito esse milagre na minha vida.” (E4)

Algumas informações advindas do cotidiano são interpretadas pelas pessoas de acordo com sua religiosidade, julgando o certo ou errado a partir dos princípios e dos valores utilizados, avaliando se determinada situação e atitudes tomadas trarão um retorno positivo a saúde do indivíduo (Miranda *et al.*, 2020). Dessa forma, a fé ou acreditação na recuperação de uma complicação cirúrgica, é essencial na recuperação, visto que pode contribuir para motivação, enfrentamento de desafios e dificuldades provenientes da FOCD (Alvares, 2020; Barbosa *et al.*, 2020).

4.3 Categoria 3 (Classe 6) - A responsabilidade profissional e manejo da FO

A enfermagem no contexto assistencial é a força principal no cuidado às feridas complicadas, seja por infecções, por disfunções sistêmicas ou por fatores exógenos (Costa *et al.*, 2021; Câmara; Felix; Corgozinho, 2022). Para a fundamentação de tal protagonismo é preciso possuir respaldo científico, ético e profissional, configurando assim sua autonomia na função (Colares *et al.*, 2019; Gomes; Poveda; Puschel, 2020; Matos; Cruz, 2020; Costa *et al.*, 2021).

Vale salientar que esse conhecimento científico é aplicado, por exemplo na conduta e manejo com a FO, considerando a classificação das feridas observadas segundo a classificação de Altemeier: ferida limpa, ferida limpa-contaminada, ferida contaminada, ferida suja ou infectada (Cruz; Magalhães, 2023).

Com o intuito de prevenir ou tratar diversos tipos de feridas, o curativo é um procedimento programado e adaptado à medida que haja evolução ou regressão da ferida, bem como possui finalidades de limpeza e aplicação de material sobre a ferida, contribuindo para a cicatrização e proteção contra fatores externos (Oliveira *et al.*, 2020). Nos relatos, observa-se alguns métodos e metodologias simples que eram realizados por enfermeiros no manejo da FO, como enaltece os entrevistados 1, 4 e 8.

“Só o soro fisiológico, passava a pomada, cobria com gaze e depois a atadura” (E1)

“Gaze, soro fisiológico e aquele que é um sabonete... clorexidina. O curativo começava passando a gaze com o soro fisiológico, a clorexidina né?! Esfregava aí depois espremia a barriga assim que era pra sair a secreção que tinha e só, e deram duas compressas com água quente. É, eles faziam com gaze e as compressas, porque nesse tempo que eu estava lá, saia muita secreção, aí só as gazes não seguravam, porque estava tudo encharcado da secreção que saía.” (E4)

“Gaze esterilizada, soro fisiológico e aquele que tem no hospital justamente para limpar... clorexidina Aquosa. As luvas de procedimento mesmo.” (E8)

Inicialmente, o enfermeiro ao realizar o curativo é necessário avaliar se há presença de sinais flogísticos, como vermelhidão, edemas, febre, dentre outros que podem indicar se a FO ainda está limpa ou já está infectada. Posterior à rápida avaliação, a lesão deve ser limpa com soro fisiológico à 0,9% - caso não haja presença de infecção, que deve ser utilizado soluções antissépticas como polyhexametileno biguanida (PHMB) - e

gazes esterilizadas secas, evitar a realização de esfregaço em tecido de granulação e preferencialmente a utilização de luvas estéreis, além disso, a pele não deve ficar úmida para não facilitar proliferação de bactérias (Alencar *et al.*, 2021).

Todavia, nota-se que de acordo com os relatos, utilizava-se outros materiais como clorexidina aquosa e pomadas que, aos relatos supracitados, não é especificado a localização na qual a clorexidina era aplicada, tampouco quais tipos de pomadas foram utilizadas. De toda forma, é importante frisar que a clorexidina deve ser aplicada em áreas de pele íntegra, como no pré-cirúrgico, como mostra em alguns estudos de sua efetividade (Wade *et al.*, 2021; Slobogean *et al.*, 2021).

Em casos de infecções na FO, recomenda-se a utilização de coberturas assépticas que realizam desbridamento autolítico ou enzimático, que absorvem grandes quantidades de exsudato - sendo essa uma alternativa para o E4 deste estudo - coberturas que exercem funções bactericidas, bacteriostáticas e anti inflamatórias ou até mesmo coberturas que atuam na proteção contra outras possíveis complicações (Garbaccio; Bessa; Fernandes, 2020).

É evidente que o conhecimento científico avança gradativamente em relação à criação de novos tipos de coberturas e que algumas dessas foram relatadas pelos entrevistados 2, 3 e 5.

“[...] criava uma crostazinha, aí tinha uma pomada que era pra desgastar um pouco né?! Aquela natazinha. Estou achando que era isso aí, colagenase, parece que era.” (E2)

“[...] botava aquele remédio em cima e passava um óleo em cima, óleo de girassol, usava o óleo de girassol que ela mandou usar.” (E3)

“Para o tratamento da ferida eu usei aquela placa. Essa mesma, espuma de prata, usei também papaína, creme barreira e aquele gel, hidrogel se não me engano. Foram caras essas coberturas, principalmente as placas. Não, tudo por minha conta mesmo.” (E5)

Os recortes dos relatos destacaram algumas coberturas como colagenase, óleo de girassol, espuma com prata, papaína, creme barreira e hidrogel. Algumas dessas coberturas são utilizadas largamente na atenção primária à saúde como a colagenase que realiza o desbridamento enzimático (Oliveira *et al.*, 2020), o óleo de girassol que estimula

a proliferação celular e a síntese de colágeno (Leite *et al.*, 2022) e hidrogel utilizado para desbridamento enzimático de feridas com pouco exsudato (Figueira *et al.*, 2021).

Outras coberturas mencionadas como espuma com prata, papaína e creme barreira possuem alto custo para atingir os benefícios (Ruiz; Pinheiro; Lima, 2022). Na maioria dos casos, essas coberturas não estão disponíveis a toda população na atenção básica e é necessário que o investimento seja feito pelo próprio paciente como relatado pelo E5.

Frequentemente a equipe de enfermagem é responsável pelos cuidados com a FO e manutenção dos curativos, todavia, alguns pacientes deixam de procurar os serviços de saúde, mudam de cidade ou não é contemplado na busca ativa do profissional, e por consequência acabam realizando o próprio curativo como relatam os entrevistados 6, 7 e 9:

“Não, eu só lavava. Com sabão neutro, né?!... de bebê, lavava, secava e pronto e tomava o medicamento e pronto, ninguém veio fazer o curativo não.” (E6)

“[...] como eu fiquei em outro município, eu fazia em casa mesmo o curativo, usava a luva. [...] lavava logo a mão, botava luva, ai ia tirar o curativo, passava um sabão de coco ou neutro, porque eu variava, o médico sempre recomendou, ai enxugava bem enxugado, pra depois cobria de novo, novamente, quando dava uma meia hora a ferida já estava molhando a roupa, porque era muito sangue mesmo. Usava soro fisiológico, gaze, tanto como eu comprava como vinha pegar aqui ou pegava no hospital. Não, cheguei a usar não. Só gaze e soro fisiológico.” (E7)

“A limpeza eu fazia em casa, o médico mandou eu fazer aqui em casa com um soro fisiológico, só usa o soro fisiológico pra não amolecer os pontos, não, só limpava e deixava secar normal, natural.” (E9)

O protocolo “Manual de Padronização de Curativos” da prefeitura Municipal de São Paulo estabelece que o curativo, a depender do grau de complexidade, pode ser realizado pelo paciente ou usuários caso seja uma técnica limpa, excetuado os casos que necessitar da realização de técnica estéril (BRASIL, 2021). Todavia, o paciente possui autonomia para realizar curativos de baixa complexidade, desde que esteja sendo acompanhado por um profissional enfermeiro para tomar conhecimento de como realizar

uma higienização adequada das mãos, quais materiais utilizar e como utilizá-los (Oliveira, 2022).

Os entrevistados ainda trouxeram em seus relatos a utilização de materiais alternativos como mostra o E1, E5 e E7.

“Casca de Cajueiro roxo e folha de algodão com mastruz.”
(E1)

“Ahhhhh, nem só vizinho, mas muita gente me ensinando algo para passar na ferida, meio mundo de remédio. Rapaz, lembro não, eram tantos, era casca de cajueiro, mas eu dizia que não ia colocar [...]” (E5)

“[...] Eles diziam assim, pra ajudar a cicatrizar tem que ser casca de cajueiro roxo, lavar a cirurgia, mas só que eu não cheguei a usar com medo, né?! Porque eu já estava com complicação e tinha medo de agravar cada vez mais.” (E7)

Observa-se que os entrevistados, foram instruídos ao conhecimento popular sobre cicatrização tecidual mediante a utilização de plantas medicinais, como o cajueiro roxo, folha do algodão e o mastruz. Alguns desses métodos citados são comprovados na literatura como eficazes atividade antioxidante e antimicrobiana na escolha popular para tratamentos infecciosos, inflamatórios e cicatrizantes a exemplo da casca, entrecasca e folha do cajueiro roxo (*Anacardium occidentale L*) e a folha do Mastruz (*Chenopodium ambrosioides L*) que atua também na redução do estresse oxidativo (Santos *et al.*, 2019).

Contudo, a depender da coleta, manipulação, modo de preparo e armazenamento, as plantas medicinais podem trazer riscos de irritação e até mesmo infecção. Ao senso comum, as plantas medicinais podem ser utilizadas indiscriminadamente desde que tenha uma fonte primária em que tal preparação tenha sido efetiva, todavia, essas substâncias exercem um efeito xenobiótico cujo organismo identifica como um agente agressor (Vieira *et al.*, 2022).

Ademais, os curativos, em sua grande maioria, eram realizados pelos próprios pacientes seguindo recomendações médicas, trazendo a sensação de ausência da equipe de enfermagem nesse processo de recuperação pós-cirúrgica. As recomendações médicas não abordam um contexto errôneo do tratamento, todavia, para esses entrevistados (E6, E7 e E9) houve a falta da busca ativa por parte da equipe de enfermagem que com

orientações pertinentes e cuidados adequados minimizariam os riscos para a FOCD. Percebe-se em outra fala do E6 a imperícia da equipe de enfermagem:

“[...] a enfermeira veio tirar, mas não falou nada, ela só tirou os pontos, colocou um esparadrapo e foi embora. Disse que estava com aquela coisa que tem, queloide! E não era queloide, ela disse: não, é porque criou queloide na sua cirurgia, por isso que tá assim, inchada, mas aí não era queloide, era porque estava infeccionada já, antes mesmo dela tirar os pontos, já ardia, queimava, já estava soltando o pus, um líquido com mau cheiro e eu percebendo isso, né?! [...] a enfermeira falou só pra lavar e secar e não me deu esparadrapo, não deu nada, eu mesma que estava fazendo.” (E6)

É relevante destacar que o usuário de saúde deve apropriar-se de seus direitos e benefícios advindo da saúde pública no Brasil, visto que são existentes outros profissionais capacitados no cuidado às FO e FOCD, que em sua maioria, são encontrados na atenção primária a saúde.

Em contrapartida, em outras realidades, a enfermagem atuou de forma concisa e coerente em suas atribuições, abordando cuidados com a FO e tratamento da FOCD como mostra os relatos 1, 2, 4, 5 e 8.

“O curativo era feito pela técnica de enfermagem. Não, o atendimento foi ótimo, excelente, com equipe de enfermagem acompanhando a evolução da ferida.” (E1)

“Tratava, a equipe de enfermagem tratava, aí em Cuité tratava, graças a Deus. É, sempre a enfermeira dizia, todo cuidado, com história, toda hora que for tomar banho, todo cuidado pra num... até entrar em banheiro sujo ela dizia assim [...] muito cuidado disso aí também pra não pegar infecção.” (E2)

“A equipe de enfermagem foi boa de certa forma, por na hora, sempre que eu precisava, a equipe de enfermagem estava ali do meu lado [...].” (E4)

“Muito bem, a equipe de enfermagem foi maravilhosa, vieram também umas pessoas da universidade, mas essa participação foi pouca, né?! mas as que cuidavam de mim constantemente foram maravilhosas, a nutricionista também, do melhor em casa também.” (E5)

“É... não pegar peso, varrer casa, não posso lavar louça, banho sozinha não era indicado [...].” (E8)

Além de alguns cuidados solicitados como não pegar peso, não fazer atividades que demandem esforços, manter a FO limpa para não infectar, evidencia-se a presença do técnico de enfermagem nos relatos na realização dos curativos.

De acordo com a resolução nº 567/2018 do Conselho Federal de Enfermagem, é vedado a realização de curativos de média e alta complexidade para técnicos de enfermagem, ressaltando que o enfermeiro deve coordenar a equipe de enfermagem na avaliação do paciente, identificar alterações da FO, bem como utilizar escalas de riscos (COFEN, 2018).

No pós-operatório de quaisquer cirurgia, o enfermeiro da atenção básica, sempre que possível, deve manter um acompanhamento estrito com o paciente, implementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem - atividade privativa - para identificar problemas e aplicar intervenções de enfermagem (Domingues *et al.*, 2020; Silveira *et al.*, 2021). Nesse contexto, observa-se a promoção da saúde, o estado nutricional do paciente, as eliminações e trocas, o estado mental e principalmente a segurança do paciente no domicílio (Silveira *et al.*, 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer das entrevistas, observou-se uma gama de sentimentos e de confissões sobre as vivências das pessoas com FOCD desde a percepção da complicação, o que para muitos foi algo desesperador, angustiante até as dificuldades enfrentadas que nas falas abordadas, percebeu-se a avidez das emoções expressas que de forma direta reverberam em seus familiares e próximos.

Esses relatos convergiram em eixos temáticos densos na apropriação das palavras reveladoras de sentido que, interrelacionaram-se com variáveis sociodemográficas. Assim, constatou-se a relação da responsabilidade profissional e manejo da ferida operatória com o grau de escolaridade das pessoas que alcançaram até o ensino fundamental, bem como as dificuldades enfrentadas por essas pessoas durante a FOCD. Averiguou-se também que os entrevistados entre 30-59 anos tiveram suas bases psicoespirituais afetadas pela complicação cirúrgica.

A família foi referida como fulcro no processo de cicatrização da ferida no que concerne à realização de atividades básicas e de necessidades humanas básicas. Adendo a isso, antes de tudo, é primordial que a pessoa possua fé na recuperação de uma FOCD e estabelecendo o controle psicossocial, bem como autocuidado constante, como foi citado ao longo deste estudo.

No tratamento da complicação cirúrgica, a enfermagem foi protagonista no cuidado direto à pessoa com FOCD através da utilização de metodologias e métodos com embasamento científico, ético e profissional, caracterizando a autonomia do enfermeiro diante do cuidado com feridas. Todavia, em realidades distintas, foi possível observar nas falas a falta de orientação por parte dos enfermeiros e da equipe de enfermagem, além de práticas inadequadas no manuseio da FO e da FOCD.

Para reversão dessas situações, o enfermeiro, principalmente o atuante na atenção primária à saúde, pode atuar antecipadamente ao surgimento de FOCD, mediante a implementação de educação em saúde com orientações de cuidado, realização curativos diários, bem como a organização de visitas periódicas junto a equipe multiprofissional para avaliação as condições da pessoa com FOCD além da ferida. Dessa forma, este estudo servirá como base para profissionais e leigos que exercem o cuidado de forma direta a pessoa com FO e com FOCD, propondo perspectivas sobre a forma ideal de agir diante de complicações pós-cirúrgicas.

De toda forma, perfaz que o estudo qualitativo, apesar da subjetividade, propiciou uma visão diferenciada na vivência das pessoas com feridas operatórias

complicada por deiscência, ultrapassando os conceitos clínicos e observando as nuances de cada pessoa e propõe-se que novos estudos desse delineamento relacionados ao pós-cirúrgico sejam realizados a fim de subsidiar dados para um cuidado humanizado e centrado na pessoa complicada por deiscência.

6. REFERÊNCIAS

ALENCAR, David Johnson Pinheiro et al. Cuidados de enfermagem para a prevenção da sepse. **Enfermagem: desafios e perspectivas para a integralidade do cuidado- volume 2**, v. 2, n. 1, p. 105-114, 2021.

ALMANSA-SAURA, Sonia et al. Prophylactic use of negative pressure therapy in general abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. **Surgical Infections**, v. 22, n. 8, p. 854-863, 2021.

ALVARES, Daniele Andreia. Tratamentos antineoplásicos: foco na perspectiva holística da fé como agente terapêutico. **Pubsaúde**, v. 4, p. a066, 2020.

AMANDO, Yasmin Bione Diniz et al. Perfil clínico, epidemiológico e microbiológico dos pacientes internados no setor de cirurgia geral do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 32, n. 3, p. 45-55, 2020.

ANDRADE, Rebecca Soares de; CESSE, Eduarda Ângela Pessoa; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia. Cirurgia bariátrica: complexidades e caminhos para a atenção da obesidade no SUS. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 641-657, 2023.

ARAÚJO, Wilkslam Alves et al. Significados de viver com ferida crônica: estudo de metassíntese. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 18, 2020.

BALTAZAR, Maria da Anunciação Lopes. Avaliação da ferida cirúrgica: documentação de enfermagem. 2021.

BARREIRO, Renata Tuñas; COSTA, Carolina Couto E. Fatores de risco para deiscência de anastomose pós-colectomia. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 3, n. 1, 2020.

BARBOSA, Diogo Jacintho et al. A Espiritualidade e o cuidar em enfermagem em tempos de Pandemia. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1. ESP, 2020.

BATISTA, Josemar et al. Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 27, 2019.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70 Brasil, 2011.

BENTO, André Filipe Fragoso; VALADAS, Doutora Emília. **Microrganismos Anaeróbios**. 2021. Tese de Doutorado.

BOAVENTURA, Jessica Esteves Martins et al. Infecções de sítio cirúrgico: incidência e perfil de resistência antimicrobiana em unidade de terapia intensiva. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, 2019.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as pesquisas científicas envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Manual de Padronização de Curativos. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretária Municipal de Saúde - Janeiro, São Paulo/SP, 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução nº 501 de 9 de dezembro de 2015**. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá providências. Parecer COREN – BA Nº 009/2016 – Cofen, Acesso em: 24 de out. de 2022.

CARLOS, André Luiz Nunes Silva et al. Incidência de infecções de sítio cirúrgico em neurocirurgias em pacientes oncológicos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e3966-e3966, 2020.

CÂMARA, Marcos Vinicius Santos; FELIX, Caroline Almeida; CORGOZINHO, Marcelo Moreira. Enfermagem no contexto da infecção da ferida cirúrgica: revisão integrativa. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 3, n. 14, p. 941-960, 2022.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. **Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina**, p. 1-18, 2013.

CAMARGO, Maria José Gugelmin de et al. Contribuição da terapia ocupacional para a organização da rotina de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama: um enfoque nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, 2022.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino et al. Educação em enfermagem perioperatória no Brasil: rever o passado para sobreviver ao futuro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 3, p. 1–8, 2022.

CAVALCANTE, Iris Medeiros; DA SILVA, Ednamare Pereira. Importância da terapia por pressão negativa na prática clínica de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6115-e6115, 2021.

CLAESSEN, Femke MAP et al. What factors are associated with a surgical site infection after operative treatment of an elbow fracture?. **Clinical Orthopaedics and Related Research®**, v. 474, p. 562-570, 2016.

COLARES, Carlos Matheus Pierson et al. Cicatrização e tratamento de feridas: a interface do conhecimento à prática do enfermeiro. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, 2019.

Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. **Resolução n. 567/2018**. regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. Disponível em:

COSTA, Cleuson Vieira et al. Conhecimento da enfermagem no tratamento de feridas. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 15, p. e9221-e9221, 2021.

COVRE, Eduardo Rocha et al. Permanence, cost and mortality related to surgical admissions by the Unified Health System. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

DELGADO-MIGUEL, C. et al. Influence of overweight and obesity on acute appendicitis in children. A cohort study. **Cir Pediatr**, v. 33, n. 1, p. 20-24, 2020.

DOMINGUES, Griesiele Aparecida Silva Ferreira et al. Experiência do enfermeiro com o uso da tecnologia em cuidados com o paciente com diabetes no pós cirúrgico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 47, p. e3118-e3118, 2020.

Faramarzi, Mohammad, and Sareh Roosta. "Incidence of Facial Nerve Canal Dehiscence in Primary and Revision Cholesteatoma Surgery." *Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India* v. 69, n. 3, p. 300-306, 2017. doi:10.1007/s12070-017-1094-5

FERREIRA, Luana Gabrielle França et al. Laserterapia de baixa intensidade pós esternotomia mediana sobre a função pulmonar, dor e reparo tecidual. **Jornal de Ciências da Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí**, v. 3, n. 10052, p. 1–13, 2020.

FIGUEIRA, Tatiana Neves et al. Produtos e tecnologias para o tratamento de pacientes com lesões por pressão baseadas em evidências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

FONTES, Francisco Lucas de Lima et al. Contribuições da monitoria acadêmica em Centro Cirúrgico para o processo de ensino-aprendizagem: benefícios ao monitor e ao ensino. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 27, p. e901-e901, 2019.

GARBACCIO, Juliana Ladeira; DE SOUSA BESSA, Ana Paula; FERNANDES, Renata Kelly Pinheiro Novaes. Eficácia de coberturas contendo prata no controle microbiano e na cicatrização de lesões cutâneas. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 94, n. 32, 2020.

GAO, Junru et al. Negative pressure wound therapy for surgical site infections: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 77, n. 10, p. 3980-3990, 2021.

GOLDA, Thomas et al. Risk factors for ileocolic anastomosis dehiscence; a cohort study. **The American Journal of Surgery**, v. 220, n. 1, p. 170-177, 2020.

GOMES, Eduardo Tavares; POVEDA, Vanessa de Brito; PÜSCHEL, Vilanice Alves de Araújo. Ações de enfermagem podem prevenir deiscência em ferida operatória. **Rev. SOBECC**, v. 25, n. 2, p. 114-119, 2020.

GOMES, André Augusto Guerra et al. Infecções relacionadas à assistência em saúde em unidades de terapia intensiva no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, p. e4665-e4665, 2020.

GOMMESEN, Ditte et al. Obstetric perineal tears: risk factors, wound infection and dehiscence: a prospective cohort study. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 300, p. 67-77, 2019.

GONZÁLEZ, Carol Viviana Serna et al. Complicated surgical wounds and associated factors in oncology patients. **Plastic and Aesthetic Nursing**, v. 40, n. 2, p. 91-99, 2020.

GONZÁLEZ, Carol Viviana Serna et al. Prevalência de ferida operatória complicada e fatores associados em adultos internados em hospitais públicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. In: **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **IBGE Cidades**. 2023. Acessado em: 24 de Ago. de 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>

JANEIRO, Inês Margarida Inácio et al. **Fisiologia da dor**. 2017. Dissertação de Mestrado.

LIU, Zhuoying et al. Flavored and nicotine-containing e-cigarettes induce impaired angiogenesis and diabetic wound healing via increased endothelial oxidative stress and reduced NO bioavailability. **Antioxidants**, v. 11, n. 5, p. 904, 2022.

LEITE, Viviane Vasconcelos et al. Tratamento de feridas: Efeitos in vitro de aplicações farmacoterapêuticas do óleo de girassol (*Helianthus annuus*). **Revista de Enfermagem Referência**, v. 6, n. 1, 2022.

MATOS, Valéria Pinto; CRUZ, Isabel. Prática de enfermagem baseada em evidência sobre cicatrização de feridas por segunda intenção--Revisão Sistemática da Literatura. **Journal of Specialized Nursing Care**, v. 12, n. 1, 2020.

MARCZAK, Jaroslaw et al. Patient experiences of living with chronic leg ulcers and making the decision to seek professional health-care. **Journal of wound care**, v. 28, n. Sup1, p. S18-S25, 2019.

MILCHESKI, Dimas André et al. Protocolo de internação breve para tratamento cirúrgico de lesões por pressão: preparo ambulatorial e cobertura em tempo único. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 6, p. 574-581, 2017.

Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em Saúde (TABNET). AIH aprovadas por grupo de procedimento (procedimentos cirúrgicos) por região e unidade da federação de 2016-2021 [Internet]. Brasília; 2022.

MIRANDA, Neiridiane et al. Conviver com ferida crônica: uma abordagem compreensiva. 2020.

NOGUEIRA, Miguel Angelo. Avaliação do efeito antimicrobiano de pasta proheal impregnada em diferentes fios de sutura. **UNIGRANRIO**, p. 1-43, 2019.

OLIVEIRA, Lanielle de Sousa Brito et al. Os efeitos da capacitação da equipe de enfermagem sobre avaliação e cuidado de pacientes com feridas. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, p. 29707-29725, 2020.

OLOWO-OKERE, A et al. Prevalence of Surgical Site Infection in a Nigerian University Teaching Hospital Prevalence of Surgical Site Infection in a Nigerian University Teaching Hospital personnel and visitors is termed “Nosocomial or Hospital Acquired. **Journal of Pharmaceutical and Allied Science**, v. 14, n. 1, p. 2430–2438, 2017.

Radosa, Julia Caroline et al. “Incidence of and risk factors for vaginal cuff dehiscence following total laparoscopic hysterectomy: a monocentric hospital analysis.” *Archives of gynecology and obstetrics* v. 304, n. 2, p. 447-454, 2021.

RUIZ, Paula Buck de Oliveira; PINHEIRO, Gabriella; LIMA, Antônio Fernandes Costa. Custos diretos dos curativos de úlceras vasculogênicas realizados por uma unidade de tratamento integral de ferida. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, 2022.

SANTOS, Elda Quaresma et al. Etnobotânica da flora medicinal de quintais na comunidade Mamangal, Rio Meruú, Igarapé-Miri, Pará. **Scientia Plena**, v. 15, n. 5, 2019.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SILVA, Paula Caroline et al. A atuação do enfermeiro no tratamento de feridas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4815-4822, 2021.

SILVA, Edilane Neves da et al. Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias traumato-ortopédicas. **Revista Cuidarte**, v. 12, n. 2, 2021a.

SILVA, Silvani; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. O software iramuteq como ferramenta metodológica para análise qualitativa nas pesquisas em educação profissional e tecnológica. *Brazilian Journal of Education, Technology and Society (BRASJETS)*. v. 14, n. 2, abr-jun., p. 275-284, 2021.

SILVA, Marli Appel; WENDT, Guilherme; DE LIMA ARGIMON, Irani Iracema. Técnicas de correção do teste Qui-quadrado para amostras não normais. *Avaliação Psicológica*. v. 17, n. 4, p. 407-416, 2018.

SILVEIRA, Jéssica Silva et al. Processo cuidativo ao paciente cardíaco pós-cirúrgico na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, 2021.

SOUZA, Skarlatt Quézia Pires et al. Peculiaridades da hérnia inguinal - adventos terapêutico e aspectos clínicos. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 9, p. 60381–60393, 2022.

SOUSA, Yuri Sá Oliveira. O uso do software Iramuteq: Fundamentos de lexicometria para pesquisas qualitativas estudos e pesquisas em psicologia. Instituto de Psicologia. v. 21, n. 4, p. 1541-1560, 2021.

SPIRA, Josimare Aparecida Otoni et al. Factors associated with complex surgical wounds in breast and abdomen: A case-control observational study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, n. 3052, p. 1–11, 2018.

TALLAMINI, Irajara; MARQUES, Liana Pinheiro Santos. Processo de cicatrização e efeito da laserterapia de baixa potência: revisão integrativa. **Revista Ciência & Humanização Hospital de Clínicas de Passo Fundo**, v. 1, n. 1, p. 123–137, 2021.

VILEFORT, Laís Assunção et al. Principais complicações pós-operatórias: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 36, p. e8853-e8853, 2021.

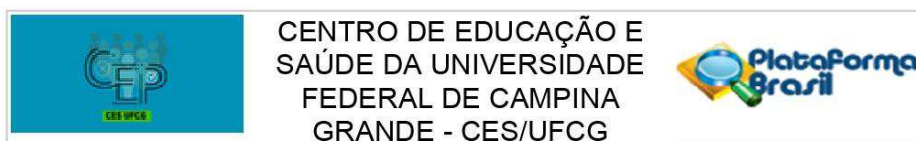
VIEIRA, Mara Rubia et al. Uso indiscriminado de plantas medicinais: principais causas e consequências. **Revista do Centro Universitário Católica Salesiano Auxilium-Araçatuba (São Paulo)**, p. 11, n. 19, 2022.

YAMASHITA, Yutaro et al. Risk factors for early wound dehiscence by surgical site infection after pressure ulcer surgery. **The Journal of Medical Investigation**. v. 70, n. 1, p. 101-104, 2023.

WADE, Ryckie G. et al. The comparative efficacy of chlorhexidine gluconate and povidone-iodine antiseptics for the prevention of infection in clean surgery: a systematic review and network meta-analysis. **Annals of surgery**, v. 274, n. 6, p. e481-e488, 2021.

ZUCKER, B. E. et al. Suture choice to reduce occurrence of surgical site infection, hernia, wound dehiscence and sinus/ fistula: A network meta-analysis. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, v. 101, n. 3, p. 150–161, 2019.

7. ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E VIVÊNCIA DE PESSOAS COM DEISCÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO CURIMATAÚ PARAIBANO

Pesquisador: Alana Tamar Oliveira de Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65558022.0.0000.0154

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

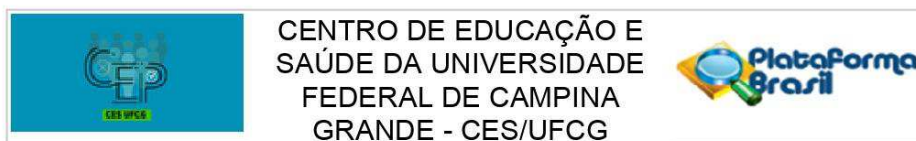
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.840.893

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora descreve que a ferida operatória é uma junção de tecidos por primeira intenção decorrentes da finalização de um procedimento cirúrgico, tendo a pele como último tecido a ser reaproximado para cicatrização que pode sofrer influência de fatores intrínsecos e extrínsecos, tendo como objetivo investigar o perfil clínico, epidemiológico e vivências de pessoas com deiscência em um município do Curimataú Paraibano. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo em que será desenvolvido em duas etapas, sendo a primeira uma investigação documental, descritiva e quantitativa com pessoas que desenvolveram deiscência em ferida operatória. A segunda etapa baseia-se na pesquisa subjetiva dos dados em que se dará por meio de uma análise descritiva, qualitativa sobre a vivência dessas pessoas que tiveram essa complicação. A conexão de ambos os métodos permitirá ter uma visão mais ampliada acerca do tema e trará uma análise mais aprofundada sobre a problemática. O estudo será realizado no município de Cuité-PB, especificamente no Hospital Municipal e nas Unidades Básicas de Saúde, mediante a uma revisão de prontuários (20). Na etapa seguinte, serão sorteados 20 prontuários, para que essas pessoas sejam convidadas a participar de uma entrevista. Os critérios de inclusão são: ter idade a partir de 18 anos; estar cadastrado nos serviços de saúde do município; aceitar participar da entrevista assinando o TCLE; ter realizado cirurgia de médio e grande porte que evoluiu para deiscência. Serão excluídos participantes que mudaram de município ou faleceram; pessoas com problemas

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.840.893

cognitivos; pessoas que residem em áreas de difícil acesso. Os dados quantitativos serão tabulados no software Excel e os qualitativos no software ATLAS.ti, considerando a análise de conteúdo de Bardin, dividindo esse tipo de abordagem em análise, pré-análise e interpretação dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

A pesquisadora apresenta como objetivo principal, investigar o perfil clínico, epidemiológico e vivência de pessoas com deiscência em um município do Curimatá Paraíba.

Objetivos Secundários:

A pesquisadora apresenta como objetivos secundários:

Descrever dados sociodemográficos e dados clínicos dos participantes da pesquisa;

Avaliar os fatores predisponentes, comorbidades e práticas cotidianas que influenciaram no acometimento da complicação cirúrgica conforme o relato dos participantes;

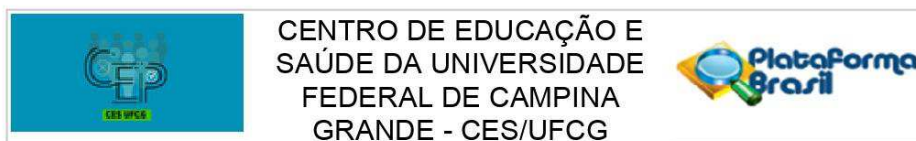
Identificar os principais cuidados do senso comum utilizados pelos usuários de saúde para o tratamento da deiscência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos estão descritos no projeto detalhado, nas informações básicas inseridas na plataforma Brasil e no TCLE. A pesquisadora apresenta os riscos na primeira e segunda etapas, na primeira etapa, risco indireto ao paciente como extravio, rasgo e amasso dos documentos que compõem o prontuário, mas que todos os cuidados serão tomados para que o manuseio desses papéis seja adequado e que não aconteçam tais eventos. A pesquisa denota risco direto aos participantes, no que se refere a um possível constrangimento ao participar das entrevistas e risco do participante de se emocionar ao se lembrar do evento ocorrido. Para reduzir esses riscos, as entrevistas serão previamente marcadas para que ocorra em ambiente privativo, livre de interferências e no momento do curso será mantido um ambiente harmonioso para que todos se sintam à vontade para se posicionar quando considerarem oportuno. Para reduzir o risco de exposição dos participantes das entrevistas, as gravações serão transcritas no mesmo dia e apagadas do aparelho celular. As gravações serão guardadas em um pendrive pelo pesquisador participante, por um período mínimo de 5 anos.

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.840.893

Benefícios:

Os benefícios estão descritos no projeto detalhado, nas informações básicas inseridas na plataforma Brasil e no TCLE. A pesquisadora descreve que a pesquisa trará benefícios para os seus partícipes e suas respectivas Áreas de Saúde, a partir do conhecimento do senso comum no que diz respeito ao tratamento de feridas operatórias seja na informatização sobre o processo cicatricial, seja na busca ativa de tratamento e acompanhamento pela comunidade, com intervenções eficazes na reabilitação da integridade da pele. Tal intervenção poderá atribuir novos conhecimentos por parte do entrevistado em novos casos de deiscência que possam surgir na comunidade, bem como tais dados qualitativos subsidiarem fundamentações teóricas sobre a percepção da pessoa acometida por complicações da ferida operatória.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

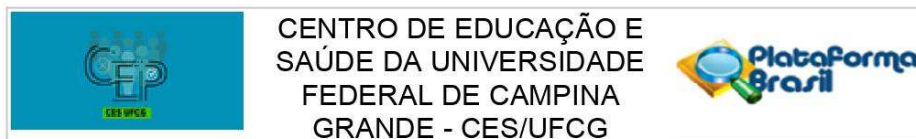
O projeto tem relevância científica e social favorecendo o estudo de processos pós-operatórios que envolvem deiscência e cicatrização e pode melhorar a qualidade de vida de pacientes que passaram por cirurgia que culminaram em deiscência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexou os termos de apresentação obrigatória, que constam na página eletrônica da Plataforma Brasil:

- I) Termo de compromisso do pesquisador, devidamente assinado pela pesquisadora Alana Tamar Oliveira de Sousa, pela orientado Adverson Gomes dos Santos.
- II) Folha de Rosto, corretamente preenchida e assinada pela pesquisadora Alana Tamar Oliveira de Sousa e responsável pela instituição proponente- Diretor de Centro José Justino Filho- Centro de Educação e Saúde- UFCG- Cuité-PB;
- III) Informações básicas do projeto contendo desenho, riscos, benefícios, metodologia, cronograma de execução e orçamento (financiamento próprio);
- IV) Termos de Anuência Institucional, devidamente assinado pela secretária de saúde de Cuité-PB: Adriana Selis de Sousa;
- V) Dois Instrumentos de coleta sem a identificação do paciente (primeira e segunda fases do projeto)
- VI) Termo de consentimento livre e esclarecido em conformidade com o modelo CEP-CES, contendo objetivos, justificativa, riscos, benefícios, contato do pesquisador, cláusula de desistência, sigilo e privacidade, interesse expresso de participar da pesquisa, ressarcimento e

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUIITÉ
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.840.893

indenização, além dos dados do CEP-CES-UFCG.

VII) Solicitação de dispensa do TCLE para a primeira etapa (análise de arquivos).

VIII) Dois termos de autorização em arquivos, conforme modelo do CEP-CES, sendo um da atenção básica do município de Cuité e outro do Hospital Municipal de Cuité.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão/Parecer ou Lista de inadequações:

Após reapreciação do projeto e análise dos documentos apresentados, conclui-se que não existem inadequações éticas para o desenvolvimento da pesquisa, estando o mesmo APROVADO.

1) Ajustar o cronograma (a coleta de dados), após as correções das pendências, conforme Artigo 11, da Resolução nº 01 de novembro de 2019 do CEP/CES/UFCG. Resposta do pesquisador: "Manteve-se a coleta de dados para janeiro de 2023, já que estamos atendendo às pendências ainda este mês. Ademais, há no projeto de coleta de dados, p. 16, a garantia de que "A coleta de dados só ocorrerá quando o projeto for aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa". Análise: a pendência foi atendida

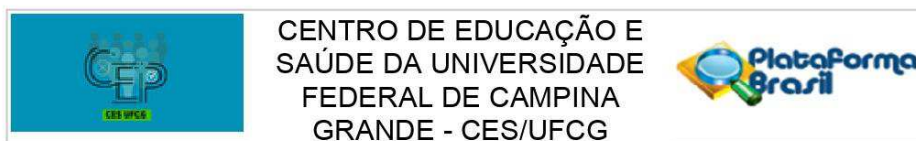
2) Anexar o Termo de autorização de pesquisas em arquivos (modelo CEP-CES), relativo às análises de prontuários. Resposta do pesquisador: "Foram anexados dois termos de autorização em arquivos, conforme modelo do CEP-CES, sendo um da atenção básica do município de Cuité e outro do Hospital Municipal de Cuité."

Análise: a pendência foi atendida.

Recomenda-se elaborar o relatório final após a conclusão do projeto e inserir na plataforma para acompanhamento por este Comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUIITÉ
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.840.893

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2052224.pdf	20/12/2022 14:20:31		Aceito
Outros	Carta_resposta_assinado.pdf	20/12/2022 14:16:16	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_arquivo_hospital.pdf	20/12/2022 14:07:28	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_arquivo_atencao_basica.pdf	20/12/2022 14:05:54	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_quantitativo.pdf	28/11/2022 17:39:23	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_certo.pdf	28/11/2022 17:38:51	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO.pdf	20/11/2022 09:47:31	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_qualitativo.pdf	20/11/2022 09:47:03	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DISPENSA_TCLE.pdf	20/11/2022 09:43:15	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/11/2022 09:42:40	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_anuencia.pdf	20/11/2022 09:42:17	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/11/2022 09:38:34	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CUITE, 28 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Vanessa de Carvalho Nilo Bitu
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUIATE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.840.893

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com

APÊNDICE – A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
Segunda etapa da pesquisa****Título da pesquisa: PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E VIVÊNCIA DE
PESSOAS COM DEISCÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO CURIMATAÚ PARAIBANO**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido sob responsabilidade de Alana Tamar Oliveira de Sousa, professora da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cuité. O presente documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, nascido(a) em ____/____/____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E VIVÊNCIA DE PESSOAS COM DEISCÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO CURIMATAÚ PARAIBANO. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) A pesquisa tem o objetivo de descrever dados sociodemográficos e dados clínicos dos participantes, avaliar doenças pré-existentes e práticas cotidianas que influenciaram no acometimento da complicação cirúrgica, bem como identificar os principais cuidados utilizados pelo participante para o tratamento da ferida complicada;
- II) As respostas dos participantes fornecerão dados importantes sobre o cuidado utilizado para tratar a ferida operatória, subsidiando dados relevantes para a sociedade. Essa pesquisa é uma entrevista simples, conversa informal sobre quais foram os principais enfrentamentos que o senhor(a) teve durante o período que possuía a ferida operatória;
- III) Essa pesquisa pode trazer alguns possíveis constrangimentos ao participar das entrevistas e risco do participante se emocionar ao se lembrar do evento ocorrido. Todavia, as entrevistas serão previamente marcadas para que ocorra em ambiente adequado, livre de interferências e no momento do curso será

mantido um ambiente harmonioso para que todos se sintam à vontade. Caso sinta necessidade, a entrevista poderá ser interrompida e retomada em outro momento.

- IV) Essa pesquisa trará benefícios para os seus partícipes, a partir da transformação do conhecimento do senso comum no que diz respeito ao tratamento de feridas operatórias seja na informação sobre o processo cicatricial, seja na busca ativa de tratamento e acompanhamento pela comunidade, com intervenções eficazes na reabilitação da integridade da pele. Tal intervenção poderá atribuir novos conhecimentos por parte do entrevistado em novos casos de deiscência que possam surgir na comunidade, bem como tais dados qualitativos subsidiarem fundamentações teóricas sobre a percepção da pessoa acometida por complicações da ferida operatória.
- V) O(a) Senhor(a) será acompanhado durante a pesquisa e após o término;
- VI) O(a) Senhor(a) tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração na pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação ou penalização;
- VII) O(a) Senhor(a) autoriza a gravação de voz pelo aparelho celular do pesquisador participante;
- VIII) O(a) Senhor(a) terá garantia do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa, tendo as gravações apagadas do aparelho celular assim que forem transcritas;
- IX) Os resultados serão mantidos em sigilo, exceto para fins de divulgação científica; Atestado de interesse pelo conhecimento dos resultados da pesquisa.
 - () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa
 - () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- X) O(a) Senhor(a) receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com todas as páginas rubricadas e aposição de assinatura na última página, pelo pesquisador responsável;
- XI) O(a) Senhor(a) tem garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas obtidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes;
- XII) O(a) Senhor(a) terá garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- XI) Caso me sinta prejudicado(a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de Análises Clínicas (LAC), 1º

andar, Sala 16. CEP: 58175 – 000, Cuité-PB, Tel: 3372 – 1835, E-mail: cep.ces.ufcg@gmail.com;

XII) Poderei também contactar o pesquisador responsável, por meio do endereço, e-mail e telefone: Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, localizado na Rua Prof^a. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: F, Sala 17. Cuité-PB, Tel: 3372 – 1900/ 99648-2158, E-mail: alana.tamar@professor.ufcg.edu.br;

Cuité-PB, 14/11/2022

()Participante da pesquisa / ()Responsável

Pesquisador responsável pelo projeto
Alana Tamar de Oliveira Sousa - 2586018

APÊNDICE – B

Instrumento de coleta quantitativa

Código: _____ **Telefone :** _____

Idade

- () 18-29
 () 30-59
 () 60-79
 () 80 ou mais

Grau de escolaridade:

- () Analfabeto
 () Até 5º ano incompleto
 () 5º ano completo
 () 6º ao 9º ano do fundamental
 () Fundamental Completo
 () Médio Completo
 () Superior Incompleto
 () Superior Completo
 () Mestrado
 () Doutorado
 () Ignorado

Gênero

- () Masculino
 () Feminino
 () Transgênero
 () Não-binário

Etnia

- () Indígena
 () Negro
 () Branco
 () Pardo
 () Amarelo

Doenças preexistentes

- () Sim
 () Não

Se sim, quais? _____

Ocupação

- () Estágio
 () Trabalho formal
 () Trabalho autônomo ou liberal
 () Trabalho voluntário
 () Trabalho temporário

- () Empreendedor
 () Aposentado

Grau de dependência

- () Grau I *
 () Grau II **
 () Grau III ***
 () Indivíduo autônomo

Com quantas pessoas reside?

- () Mora sozinho
 () Com mais uma pessoa
 () Com mais duas pessoas
 () Com três pessoas ou mais
 () Não possui residência fixa

Religião

- () Católica
 () Evangélico
 () Espirita
 () De matriz africana
 () Outras religiões
 () Sem religião

Frequência que procura os serviços de saúde

- () Uma ou mais vezes na semana
 () 1x no mês
 () 1x no ano
 () Quando tem ações de saúde nas UBS
 () Somente quando há necessidade

Quais serviços de saúde utiliza?

- () Público
 () Privado
 () Outro _____

*Pessoa independente, mesmo que requeira uso de equipamentos de autoajuda.

**Pessoa com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada.

***Pessoa com dependência que requer assistência em todas as atividades de autocuidado de vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

APÊNDICE – C

Instrumento de coleta qualitativa

1. Explique quais eram as principais características da ferida operatória. Havia dor no local da ferida? Havia presença de mal cheiro na ferida? Com o que se parecia?
2. Como o Sr(a) teve que lidar com essa complicação?
3. No seu dia-a-dia, a ferida atrapalhava as atividades diárias básicas como escovar os dentes, ir ao banheiro etc?
4. O curativo era realizado por quem? Independente da pessoa que realizava o curativo, como ele era feito, como e quais materiais se utilizava?
5. Algum vizinho lhe ensinou algum remédio para cicatrizar mais rápido a ferida?
6. Quando percebeu que a ferida começou a se abrir após a cirurgia?
7. O Sr(a) fez algum esforço constante ou seguiu rigorosamente o resguardo?
8. Alguma doença pré-existente que possui, desregulou devido à cirurgia?
Ex: diabetes, hipertensão.
9. O que o Sr(a) acha que pode ter causado a abertura da ferida?
10. Como que é a sua alimentação? Que tipo de comida costuma se alimentar? Com qual frequência realiza refeições?
11. Como que foi a assistência após o Sr(a) procurar os serviços de saúde? Como foi a atuação da enfermagem? recebeu orientações?