



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

RIZOCELE DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E TERAPÊUTICO DE PACIENTES EM PÓS-
OPERATÓRIO DE ESTOMAS DE ALIMENTAÇÃO**

CUITÉ-PB

2018

RIZOCELE DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E TERAPÊUTICO DE PACIENTES EM PÓS-
OPERATÓRIO DE ESTOMAS DE ALIMENTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Alana Tamar Oliveira de Sousa

CUITÉ-PB

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

S586p

Silva, Rizocele da.

Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico de pacientes em pós - operatório de estomas de alimentação. / Rizocele da Silva. - Cuité: CES, 2018.

86 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Alana Tamar Oliveira de Sousa.

1. Ferimento e lesões. 2. Estoma. 3. Jejunostomia. 4. Complicações pós-operatórias. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-001.4

RIZOCELE DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E TERAPÊUTICO DE PACIENTES EM PÓS-
OPERATÓRIO DE ESTOMAS DE ALIMENTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Alana Tamar Oliveira de Sousa
Orientadora – CES/UAENFE

Prof.^a Ms. Edlene Régis Silva Pimentel
Membro examinador – CES/UAENFE

Prof.^a Ms. Karla Karolline Barreto Cardins
Membro examinador – CES/UAENFE

CUITÉ- PB

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** primeiramente por ter me proporcionado esta oportunidade tão singular, sem Ele Eu não teria chegado até aqui, e sem Ele não poderia conquistar tamanha bênção!

Agradeço a meus pais, **José Iran e Maria Sueli**, que sempre estiveram comigo, me dando forças diante de tudo quanto enfrentei, sendo vocês meus maiores incentivadores para que eu sempre buscasse o melhor.

Dedico a você minha mãe tão querida; uma guerreira que Deus reservou para cuidar de mim; por todos os conselhos cheios de sabedoria que me deste, pelos ensinamentos que nunca vou esquecer, é por você que cheguei até aqui, Te Amo!

Ao meu amado esposo **Levi Alberto**, que acompanhou minha trajetória, teve tanta paciência comigo e muito contribuiu para meu sucesso, Te Amo!

À minha doce e tão pacífica professora, **Dr^a Alana Tamar** por ter me aceitado como sua orientanda, nunca medindo esforços para me ajudar, por ter me repassado tanto conhecimento. A sua ajuda e suas orientações sempre me levaram a caminhos melhores.

A toda minha família, minha irmã **Renilia** por me ajudar em diversos sentidos, e aos meus irmãos em Cristo, pelas orações que chegaram até o céu a meu favor, e de lá sempre recebi forças e entendimento para fazer o melhor neste percurso.

Aos funcionários do setor do faturamento do Hospital Alcides Carneiro, em especial ao Sr. Eduardo por ter nos ajudado nos dados da nossa pesquisa, a André e Adriano do SAME.

À banca examinadora, Prof. **Edlene Régis e Karla Cardins** por ter aceitado o convite para compô-la e abrilhantar ainda mais este trabalho, vocês são professoras especiais para mim!

Meus sinceros agradecimentos a todos!

*...As coisas que o olho não viu, e o ouvido não
ouviu, e não subiu ao coração do homem,
São as que Deus preparou para os que o amam.*

Coríntios 2:9

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 Dados Sociodemográficos dos pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação.....	32
TABELA 02 Distribuição dos participantes segundo histórico familiar de comorbidades....	34
TABELA 03 Distribuição dos participantes segundo os hábitos de vida.....	35
TABELA 04 Histórico de comorbidades pessoais de pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação.....	36
TABELA 05 Medicações em uso no pré e pós-operatório de estomas de alimentação.....	37
TABELA 06 Indicação da Gastrostomia ou Jejunostomia.....	40
TABELA 07 Condições clínicas que indicaram a cirurgia de Gastrostomia/Jejunostomia....	41
TABELA 08 Cuidados com a pele no pré e pós-operatório.....	43
TABELA 09 Técnica operatória utilizada.....	44
TABELA 10 Tipo de sonda empregada na Gastrostomia/Jejunostomia.....	46
TABELA 11 Complicações no pós-operatório de estomas de alimentação.....	47
TABELA 12 Pacientes que tiveram dor e relataram a Intensidade da dor.....	48
TABELA 13 Tipo de dieta no pós-operatório.....	50
TABELA 14 Tempo de internação no pré-operatório.....	51
TABELA 15 Tempo de internação pós-operatória em horas.....	51
TABELA 16 Desfecho do paciente.....	52

RESUMO

Silva, Rizocele da. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico de pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação. 2018. 80 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité.

Introdução: As cirurgias de gastrostomia e jejunostomia são práticas comuns naqueles pacientes que necessitam de um aporte nutricional por período prolongado. A presença dos tubos de alimentação envolve a vantagem de contribuir para um bom manejo terapêutico, mas também envolvem diversas complicações que podem prejudicar a qualidade de vida dos pacientes gastrostomizados. **Objetivos:** Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação de um hospital escola do município de Campina Grande; caracterizar os pacientes conforme dados sociodemográficos, histórico familiar e pessoal; Identificar as principais indicações, técnica operatória utilizada, tipos de sonda empregada, dietas, complicações pós-operatórias e desfecho de pacientes submetidos a estomas de alimentação. **Metodologia:** Trata-se de um estudo maior intitulado “Complicações de feridas operatórias em pacientes cirúrgicos” de caráter documental-descritivo, com abordagem quantitativa, realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário Alcides Carneiro, do município de Campina Grande/PB, por meio da pesquisa em 42 prontuários, no intervalo de janeiro de 2012 a dezembro de 2017. Foi construída uma planilha de dados no *software* Excel a partir do instrumento de coleta, que foram transferidas para o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 21.0. Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentis e as medidas estatísticas médias e desvio padrão de técnicas de estatística descritiva. **Resultados:** O público da amostra era composto por: homens na faixa etária de 59,9 anos, aposentados e agricultores, residentes na zona urbana, com renda per capita baixa, ex-etilistas e ex-tabagistas, com comorbidades pessoais e familiares diversificadas, em uso de polifarmácia tanto no pré quanto no pós-operatório; tendo indicação da gastro/jejunostomia para suporte nutricional. As complicações pós-operatórias foram tanto locais quanto sistêmicas; com tempo internação prolongados, porém com desfecho para alta hospitalar. **Conclusões:** Foi possível descrever e avaliar as características epidemiológicas, clínicas e terapêuticas dos pacientes submetidos às duas modalidades cirúrgicas, e partir disso confirmar que as complicações pós-operatórias são inúmeras, estando relacionadas tanto ao tipo de sonda utilizada, aos cuidados pré-operatórios, e ao próprio estado clínico dos pacientes, já que maioria possui comorbidades que prejudicam seu bom prognóstico.

Palavras chave: Estoma. Gastrostomia. Jejunostomia. Cuidados de enfermagem. Complicações pós-operatórias

ABSTRACT

Silva, Rizocle da. Epidemiological, clinical and therapeutic profile of patients in post-operative stomatal feeding. 2018. 80 f. Course Completion Work (Undergraduate) - Academic Nursing Unit, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande. I cared.

Introduction: Gastrostomy and jejunostomy surgeries are common practices in those patients who require long-term nutritional support. The presence of feeding tubes involves the advantage of contributing to a good therapeutic management, but also involve several complications that may impair the quality of life of gastrostomized patients. **Objectives:** To describe the sociodemographic, clinical and therapeutic profile of patients in post-operative stomatal feeding at a school hospital in the city of Campina Grande; characterize the patients according to sociodemographic data, family and personal history; Identify the main indications, surgical technique used, types of probe used, diets, postoperative complications and outcome of patients submitted to feeding stomas. **Methodology:** This is a larger study entitled "Complications of operative wounds in surgical patients" with a documental-descriptive character, with a quantitative approach, performed at the Medical and Statistical Archive Service (SAME) of the Alcides Carneiro Hospital, Campina Grande / PB, through a survey of 42 medical records, from January 2012 to December 2017. A data sheet was built in Excel software from the collection instrument, which was transferred to the statistical package SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 21.0. For data analysis, absolute distributions and percentiles were obtained and the mean statistical measures and standard deviation of descriptive statistics techniques were obtained. **Results:** The sample consisted of: 59.9-year-old men, retirees and farmers living in urban areas with low per capita income, ex-alcoholics and former smokers, with different personal and family comorbidities, in the use of polypharmacy both before and after the surgery; and indication of gastro / jejunostomy for nutritional support. The postoperative complications were both local and systemic; with extended hospitalization time, but with outcome for hospital discharge. **Conclusions:** It was possible to describe and evaluate the epidemiological, clinical and therapeutic characteristics of the patients submitted to the two surgical modalities and to confirm that the postoperative complications are numerous, being related to both the type of probe used, the preoperative care, and the patients' own clinical status, since most have comorbidities that impair their good prognosis.

Key words: Stoma. Gastrostomy. Jejunostomy. Nursing care. Postoperative complications

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2.OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivo Específico	16
3.REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1 Sondas de Gastrostomia: Conceito, composição, indicações, benefícios e complicações	18
3.2 Cuidados de Enfermagem ao Paciente em Uso de Gastrostomia.....	22
4.PERCURSO METODOLÓGICO	26
4.1. Tipo de pesquisa	27
4.2 Local da pesquisa.....	27
4.3. População e Amostra.....	28
4.4. Instrumento de coleta de dados	28
4.5. Procedimento de coleta de dados.....	28
4.6. Análise dos dados	29
4.7. Aspectos éticos da pesquisa.....	29
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 Dados Sociodemográficos dos pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação	31
5.2 Caracterizações dos participantes conforme histórico familiar, hábitos de vida, histórico pessoal de comorbidades e medicações em uso	34
5.3 Caracterização dos participantes conforme indicação da gastrostomia ou jejunostomia, condições clínicas para indicações do procedimento cirúrgico, técnica operatória utilizada, tipo de sonda empregada, complicações, tipo de dieta no pós-operatório, tempo de hospitalização e desfecho do paciente	40
6.CONCLUSÃO.....	54
7.REFERÊNCIAS	57
8.ANEXOS	69
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	70
ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO SETORIAL.....	71
ANEXO C- PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA...	72
ANEXO D- EMENDA APROVADA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	76
9.APÊNDICES	78

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	79
APÊNDICE B - TERMO DE RESPONSABILIDADE DOS PESQUISADORES	84
APÊNDICE C- DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	85
APÊNDICE D- SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	86



1 Introdução

1. INTRODUÇÃO

A terapia nutricional através de gastrostomia ou jejunostomia é comum na prática clínica. Ambas são cirurgias realizadas para acesso entérico, nas quais são criadas um estoma para introdução de uma sonda para proporcionar alimentação ao paciente (SANTOS et al., 2011); são introduzidas em substituição às sondas nasogástrica ou nasoentérica, para aqueles pacientes que necessitam de nutrição prolongada, tendo em vista que estas não podem ser usadas para suporte nutricional prolongado, sendo indicada a realização de uma gastrostomia ou jejunostomia. As principais causas para estes procedimentos são as doenças malignas do sistema gastrointestinal superior, tais como carcinoma epidermóide de esôfago, de faringe, de cavidade oral e de laringe, adenocarcinoma de transição esofagogástrica estenosante (ANSELMO et al., 2013). No Brasil, entre os dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, o câncer gástrico está na quarta posição para homens, e em mulheres no sexto lugar (INCA, 2018).

Na maioria dos casos de câncer gástrico, indica-se o uso de gastrostomia ou jejunostomia, condições que têm favorecido em demasia a vida de muitos pacientes, o que possibilita suporte calórico adequado e com isso, aumento da expectativa e qualidade de vida. Contudo, vale ressaltar que há inúmeras possibilidades de complicações relacionadas a estes procedimentos a exemplo de pneumonia por aspiração ou pós-procedimento, hemorragia, perfuração do intestino, fasceíte necrotizante, infecção de ferida, deslocamento do tubo precoce ou tardio, fuga do estoma, remoção inesperada da sonda, obstrução da sonda, pneumoperitônio, obstrução da saída gástrica, peritonite, granulação do estoma, fístula colcutânea, metástase da malignidade orofaríngea ou esofágica para o local do estoma (RAHNEMAI-AZAR et al., 2014; LEPORE et al., 2016; BECHTOLD et al., 2016). Outras complicações são citadas em outros estudos e incluem o vazamento da dieta perissonda, seroma, eventração ou evisceração da gastrostomia e dermatite (ANSELMO, 2013; MARTINS, 2013).

Num estudo exploratório-descritivo com 37 usuários de um Programa de Assistência Domiciliar de um hospital universitário, observou-se que 51,4% (19) destes usavam sonda de gastrostomia, nos quais estavam presentes complicações como rompimento do balão seguido de sua exteriorização pelo próprio paciente (NAVES; TRONCHIN, 2012). Outro estudo transversal com pacientes em uso de terapia nutricional revelou que 16% dos usuários usavam sondas de gastrostomia (SILVA; SILVEIRA, 2014).

O uso desse tipo de sonda assusta pela localização e pelo medo do desconhecido. Pesquisa realizada com treze cuidadores de pacientes com paralisia cerebral revela até mesmo que no início há uma resistência na aceitação e que as principais complicações são extravasamento de alimento ao redor da sonda (69,23%) e deslocamento ou retirada da sonda (69,23%) (SUSIN et al., 2012). Tais complicações poderiam ser evitadas com cuidados simples com o balão e com a fixação da sonda, que devem ser executados pelo cuidador ou pela equipe de enfermagem quando o paciente se encontra hospitalizado.

A enfermagem como membro da equipe multidisciplinar, exerce fundamental importância nos cuidados ao paciente em uso de gastrostomias. De acordo a lei do exercício profissional de Enfermagem (Lei 7.498/86), o profissional enfermeiro, como membro de uma equipe que assiste à saúde dos indivíduos, tem a função de exercer inúmeras atividades, entre elas, prevenir danos ou fazer o controle sistemático destes, durante a assistência, ou mesmo prestar cuidado educativo. Tem capacidade de atuar em diversos setores da saúde, com ações preventivas, educativas, reabilitadoras e curativas, a fim de prestar uma assistência de forma holística, que contribuirão para melhoria da qualidade de vida da população (MATSUBARA, 2012).

Os pacientes submetidos à gastrostomias precisam adaptar-se à condição terapêutica que se encontram e isso nem sempre envolve fácil entendimento inicialmente, e os mesmos podem enfrentar situações de constrangimento, que vão contribuir para uma autoestima prejudicada, pelo fato de não poder se alimentar como habitualmente, isso pode alterar seu comportamento de forma negativa quanto ao estoma, o que pode ocasionar o isolamento social (LINO; JESUS, 2013). A enfermagem pode atuar no apoio diante destas condições, diminuindo os anseios do paciente, deve estimular as pessoas significativas para o paciente, a não tratá-lo como inválido, o que vai melhorar sua autoestima, orientar ao paciente e familiar quanto aos cuidados adequados com a pele e manuseio da sonda, ao uso dos produtos e materiais ideais no cuidado do estoma, da pele e do tubo, o que vai resultar na prevenção de complicações e conseqüentemente, melhorando sua qualidade de vida (DOENGES, 2013).

Os cuidados adequados de enfermagem podem prevenir muitas complicações em relação ao tubo de alimentação. O uso de materiais ou produtos de forma adequada pode reduzi-las. Protetores de pele do tipo placas podem ser utilizados para evitar o surgimento de dermatites periestoma, geralmente causadas por vazamento de material gástrico (LINO; JESUS, 2013).

Nascimento et al. (2015) afirmam que complicações podem ser reduzidas quando a enfermagem utiliza cuidados adequados, por meio de uma assistência baseada em evidências

científicas, para evitar eventos danosos, tanto na inserção, remoção, ou manuseio da sonda de alimentação nas gastrostomias. Apontam ainda cinco cuidados que os profissionais devem adotar aos pacientes com gastrostomias, os quais incluem: realizar educação continuada dos profissionais para manusear adequadamente a sonda, além de orientar o paciente ou familiares; buscar uma equipe multidisciplinar para avaliar o paciente antes mesmo da cirurgia; usar técnicas assépticas ao cuidar da pele periestoma a fim de evitar infecção; manter cuidados em relação ao preenchimento do balonete da sonda; realizar aspiração de conteúdo gástrico antes de administrar dieta (em gastrostomia de baixo perfil). Mesmo indicando alguns cuidados, notaram que a literatura pouco relata os cuidados de enfermagem quanto à inserção, à retirada e ao manuseio das sondas de gastrostomia.

A motivação para esta pesquisa surgiu mediante experiência prática durante estágio da disciplina de enfermagem em clínica cirúrgica, onde observei complicações dermatológicas do tipo infecção perisonda e erosão, em uma paciente em uso de jejunostomia, após cirurgia de gastrectomia por tumor gástrico. Ademais a pesquisadora, que também atua como Técnica de Enfermagem percebe a dificuldade de disponibilidade de materiais para manuseio da sonda, a dificuldade de deslocamento dos pacientes para centros de saúde maiores que possam lidar com essas complicações, o que poderia ser evitado com cuidados simples e o uso de materiais adequados que possam fixar e manter a pele íntegra.

Diante das inúmeras complicações que podem surgir nos pacientes quanto ao uso de gastrostomia ou jejunostomia, mostra-se a necessidade de pesquisa nesta área, tendo em vista ser um tema pouco trabalhado nos estudos de âmbito nacional, e mais comumente mostrado em artigos internacionais. É importante para área da saúde, pois pesquisas deste tipo são geradoras de novos conhecimentos, que podem auxiliar na prevenção de complicações, no tratamento e reabilitação de pacientes estomizados, podendo ainda proporcionar a adoção de boas práticas mediante o cuidado adequado com tais pacientes. Tem fundamental apreço para enfermagem, uma vez que é a categoria que assiste o paciente com seus cuidados, em todas as situações de comorbidades, inclusive, é a enfermagem a responsável por executar os cuidados com as feridas e estomas, a qual deve estar preparada para lidar com complicações dos estomas de alimentação, bem como saber intervir diante das tais, usando dos produtos ideais para reestabelecer a saúde do paciente. Para comunidade científica vai trazer benefício mediante vários aspectos, uma vez que o estudo poderá apresentar dados epidemiológicos, clínicos e terapêuticos que podem abrir outros leques de estudos nesta área carente de pesquisas.



2 Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação de um hospital escola do município de Campina Grande.

2.2 Objetivo Específico

- ✓ Caracterizar os pacientes conforme dados sociodemográficos, histórico familiar e pessoal;
- ✓ Identificar as principais indicações, técnica operatória utilizada, tipos de sondas empregadas e dietas em pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação;
- ✓ Reconhecer as complicações pós-operatórias e o desfecho de pacientes submetidos a estomas de alimentação.



3 Revisão da Literatura

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Sondas de Gastrostomia: Conceito, composição, indicações, benefícios e complicações

Os drenos, tubos e cateteres são dispositivos de uso frequente na clínica cirúrgica, e possuem diversas características de acordo com a finalidade a qual se destinam. Os cateteres são tubos com inúmeras características, e de acordo à necessidade são inseridos no organismo e usados como drenos, além da infusão de líquidos ou retirada destes. Os drenos podem ser classificados quanto ao material em dreno de borracha, polietileno, silicone, teflon e vialon, látex, PVC (cloreto de polivinil); quanto à forma de ação, seja por capilaridade, gravitação ou sucção; à estrutura básica, sendo laminares ou tubulares; quanto ao Calibre em Gauche ou French; e quanto ao uso que pode ser intravenoso, para aparelho digestivo, cavidade abdominal e urinária. O critério de escolha de determinado dispositivo vai depender do tipo de cirurgia, da ação do paciente e da eficiência cicatricial de cada indivíduo (MEEKE; ROTHROCK, 2011; FILGUEIRAS; PETROIANU, 2009).

Os tubos/sondas de alimentação em gastrostomias ou jejunostomias são administrados para suporte nutricional temporário, prolongado ou permanente, ou ainda para decompressão gástrica, em substituição às sondas de alimentação nasogástricas ou nasoentéricas; que são usadas para suporte nutricional que não ultrapasse o tempo de um mês (SANTOS et al., 2011).

Nas gastrostomias, um tubo é inserido através da parede abdominal para o estômago; e na jejunostomia é inserido no Jejuno, quando a colocação do tubo se dá através do estômago é gastrojejunostomia. Em todos se cria um trajeto chamado de estoma. Tais sondas de alimentação apresentam calibres entre 14, 16, 18, 20, 24 e 28 French, com critério de escolha de acordo com a constituição física do paciente; são feitas em material de silicone e poliuretano (SANTOS et al., 2011; PIMENTA, 2010). Segundo Martins (2013), durante a cirurgia é utilizada a sonda de Pezzer que é trocada após três meses pela sonda de foley, e posteriormente (após dois meses) é substituída pela sonda tipo *botton*. Morton e Fontaine (2013) esclarecem que se o uso é permanente, a sonda, geralmente é substituída por uma espécie de botão (Dispositivo de Gastrostomia de Baixo Perfil-DGBP) em cerca de 3 a 6 meses da cirurgia de gastrostomia, quando o trajeto torna-se maduro.

O suporte nutricional em longo prazo através de sondas de gastrostomia e jejunostomia é comumente indicado em casos de câncer, especialmente de cabeça e pescoço,

acidente vascular encefálico quando causa disfagia, condições neurológicas incapacitantes como a Esclerose Lateral Amiotrófica e esclerose múltipla, e controversamente em casos de demência (BECHTOLD et al., 2016). Em situações como doença gastroduodenal, história de cirurgia gástrica anterior, refluxo incontrolado, é indicada a jejunostomia (DHOOGHE; GAUDRIC, 2013).

Morton e Fontaine (2013) apontam que existem quatro técnicas básicas de inserção dos tubos enteroestomais, as quais são Gastrostomia Endoscópica Percutânea, Gastrostomia Cirúrgica e Gastrostomia Laparoscópica. A **Gastrostomia Endoscópica Percutânea** (*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*-PEG) é feita através de uma incisão abdominal com visualização endoscópica direta. Primeiramente são avaliados se não existem contraindicações, é realizada Endoscopia Digestiva Alta, é localizada a área mais adequada para punção após insuflação gástrica, faz-se a incisão de acordo o calibre de sonda a ser utilizado, punciona-se o estômago através da parede abdominal sob visualização endoscópica, introduz o fio plástico e preensão deste após exteriorização pela boca, a sonda é adaptada à extremidade oral do fio, o mesmo é exteriorizado através de tração, ao mesmo tempo em que se introduz a sonda por via oral, em seguida exteriorizando-a também e fazendo o posicionamento, fixação adequada na parede abdominal e curativo local (BECHTOLD et al., 2016). De acordo as mesmas autoras, é o método mais utilizado, por apresentar maiores vantagens; causar menos complicações e poder ser realizada à beira leito ou sala de endoscopia, com sedação mínima, tempo curto para execução, maior conforto, menor custo e recuperação rápida. É indicada para pacientes que apresentem a orofaringe e esôfago íntegros, além disso, é contraindicada quando existem cirurgias abdominais prévias, ascite, hepatomegalia, obesidade, situações que impedem a deposição gástrica na parede abdominal. A obstrução enteral distal, a coagulopatia grave não corrigível e a instabilidade hemodinâmica são contraindicações absolutas para não realização da PEG (RAHNEMAI-AZAR et al., 2014).

Além de ter finalidade da promoção de uma nutrição prolongada, naqueles pacientes que são incapazes de ingestão oral, mas com sistema gastrointestinal funcional, também tem função na descompressão gástrica. Estudos afirmam que a PEG é mais comumente utilizada, por ter se mostrado eficaz, resultando em menos complicações para o paciente, embora ainda exista a presença destas relacionadas ao procedimento, entre elas, as dermatológicas, a exemplo da fasciíte necrotizante, caracterizada pela disseminação rápida da infecção na fáscia abdominal (SANTOS et al., 2011; RAHNEMAI-AZAR et al., 2014); as infecções peritubo

também podem ser comuns devido a inserção por passagem transoral, onde se expõe o tubo à flora oral (MAXIM et al., 2011).

Outra técnica de inserção da sonda é a **Gastrostomia Cirúrgica**, cujo tubo é inserido através de incisão cirúrgica após anestesia geral, o estômago é suturado na parede abdominal, onde forma um trajeto permanente. É escolhida pelo cirurgião, quando se deseja ter uma visão melhor da anatomia gástrica, ou secundária à cirurgia abdominal, apresenta como desvantagens o maior tempo despendido, maior custo e desconforto. A terceira é a **Gastrostomia laparoscópica**, onde são inseridos laparoscópios, e é aplicado o tubo. O procedimento requer anestesia geral ou sedação intravenosa, tem indicação naqueles pacientes com câncer de cabeça, pescoço e esôfago, sendo menos invasiva, causa menos dor, causa menos complicações em relação à gastrostomia cirúrgica. Na **Gastrostomia Fluoroscópica** é inserido um cateter por via percutânea, direto de um tubo de gastrostomia sob fluoroscopia, estando indicada nos casos de obstrução faríngea ou esofágica de grau elevado, apresenta várias desvantagens, inclusive, a exposição prolongada à radiação (MORTON; FONTAINE, 2013).

A colocação dos tubos de alimentação está contraindicada absolutamente nos casos de obstrução mecânica do sistema gastrointestinal (exceto na descompressão), peritonite, coagulopatia não-corrigível, isquemia intestinal; ou relativamente nos casos de hemorragia recente do TGI, instabilidade hemodinâmica, ascite, alterações anatômicas, como por exemplo a interposição do cólon sobre o estômago contraindica a realização da gastrostomia (MAXIM et al., 2011).

De acordo Peter et al.(2015), os pacientes que não podem se submeter ao tubo PEG são candidatos ao tubo de jejunostomia/tubos J, o qual é inserido para proporcionar acesso entérico pós-pilórico. Pode ser realizada através da laparotomia, laparoscopia e endoscopia, com indicação na descompressão gástrica em grandes cirurgias abdominais, a exemplo da gastrectomia total, na ocorrência de fístulas digestivas, além de ter finalidade na nutrição, seja de forma definitiva ou temporária, ou em ambas; na descompressão gástrica seguida de alimentação (SANTOS et al., 2011). Quando as técnicas de gastrostomia foram comparadas em pacientes portadores de neoplasia avançada de estômago e esôfago, mostraram que os acessos mais benéficos foram os realizados sob a forma de laparoscopia videoassistida em relação à laparotômica, seja na PEG ou na Jejunostomia, pois o tempo de internação foi menor, o tempo despendido para cirurgia, o início da dieta foi mais rápido, além do nível de complicações ter sido menor em relação a ferida operatória, pelo fato da incisão ser menor (VOLPE et al., 2015).

Embora seja muito útil na prática terapêutica, o uso de sondas de alimentação nas gastrostomias ou jejunostomias envolvem diversos riscos à saúde e podem contribuir para algum insucesso devido às complicações que podem surgir, chegando a taxas de complicações em até 37,0% após aplicação (PIMENTA, 2010). Geralmente os autores costumam dividir as complicações em maiores e menores, precoces ou tardias (PIMENTA, 2010; LEPORE; MARKS; HARBORD, 2016; RAHNEMAI-AZAR et al., 2014). Estudos têm mostrado que a inserção de tubos PEG está pouco relacionada às complicações, e seu surgimento depende do estado de saúde do indivíduo, porém, podem surgir complicações maiores e menores, embora as maiores tenham relação com alguma comorbidade pré-existente:

Menores: Infecção da ferida, fuga de tubo para a cavidade abdominal (peritonite), fuga do estoma, remoção inadvertida da PEG, obstrução do tubo, pneumoperitônio, obstrução da saída gástrica, peritonite. Maiores: pneumonia por aspiração, hemorragia, síndrome do amortecedor enterrado, perfuração do intestino, fascíte necrotizante, semeadura metastática (RAHNEMAI-AZAR et al., 2014, p. 7742).

Lepore, Marks e Harbord (2016) citam também complicações relacionadas à PEG, sendo as complicações precoces as mais frequentes. Descrevem as precoces em pneumonia pós-procedimento, hemorragia, infecção periestomal precoce, peritonite e deslocamento do tubo; enquanto que as tardias são aspiração e pneumonia, deslocamento tardio do tubo, vazamento e infecção periestomal, granulação do estoma, enterramento do amortecedor, fístula colocutânea, metástase da malignidade orofaríngea ou esofágica, bloqueio do tubo. Quando comparados os dois estudos, observam-se diferenças quanto à classificação das complicações, um classifica como menos e maiores, enquanto outro como precoce e tardia, diferindo quanto às características destas complicações.

As complicações envolvem outras além das dermatológicas, entre as diversas gravidades que podem ocorrer diante de uma gastrostomia, encontram-se a obstrução da saída gástrica por migração do cateter, saída espontânea por falhas na fixação ou drenagem prolongada, saída brusca seja acidentalmente ou por atitudes voluntárias e involuntárias do paciente, penetração do dreno na cavidade pela não fixação do dreno e outras complicações secundárias à drenagem como a maceração de tecidos, cicatrização defeituosa, hérnia incisional e queimaduras de pele podem acontecer (FILGUEIRAS; PETROIANU, 2009).

Diversos estudos atentam para as complicações relacionadas ao tipo de técnica utilizada na gastrostomia, seja esta cirúrgica ou outras. Complicações relacionadas às sondas nas gastrostomias cirúrgicas foram identificadas, a saber: infecção da incisão cirúrgica; seroma na ferida; oclusão da sonda com necessidade de troca; vazamento da dieta perissonda;

perda da sonda; queda da gastrostomia com fístula gastrocutânea, com evolução para evisceração; queda da gastrostomia, ruptura da gastrostomia com subsequente hérnia incisional. Outras complicações relacionadas às sondas de gastrostomia são a queda não programada da sonda, ineficácia da sonda, fenestrações ao longo da sonda (ANSELMO et al., 2013; ROCHA et al., 2014). A PEG está envolvida com complicações dermatológicas, a exemplo da fasciíte necrotizante, caracterizada pela disseminação rápida da infecção na fáscia abdominal, sendo necessárias intervenções rápidas para sanar o problema (RAHNEMAI-AZAR et al., 2014).

O uso de sondas, cateteres, drenos, e tubos são a segunda causa de eventos adversos provocados em crianças, segundo apresentou um estudo realizado num hospital de ensino de Goiânia, entre os anos de 2006 e 2013, o que evidenciou grande prevalência de casos entre tais complicações. As sondas de gastrostomia foram a quinta causa de eventos adversos na clínica pediátrica, sendo que a maior parte destas ocorreram por retirada não programada da sonda (58,3%), sinais de infecção (33,3%) e 8,3% por ineficiência da sonda devido defeitos ao longo de sua extensão (ROCHA et al, 2014), o granuloma periestoma tem representado grande parte de complicações menores, cerca de 21,8% equivalente a 26 casos dum total 119 pacientes avaliados, tendo ocorrido entre 5 a 8 meses após a colocação da PEG (PIMENTA, 2010).

Nota-se que as complicações relacionadas aos tubos de gastrostomias atingem diferentes indivíduos, seja criança ou adulto, que necessitem de alimentação através da gastrostomia, não estando isentos dos efeitos adversos ocasionados e, portanto, as cirurgias relacionadas merecem destaque especial, para que as complicações já observadas conforme os diversos estudos, sejam minimizadas.

3.2 Cuidados de Enfermagem ao Paciente em Uso de Gastrostomia

O cuidado de enfermagem é essencial para os pacientes em uso de drenos, tubos e cateteres, uma vez que são os profissionais mais presentes na assistência ao paciente, seja este cirúrgico ou não, incube-se ao mesmo o papel de orientar e de prestar um cuidado mais direto que implique numa reabilitação eficiente e em sua qualidade de vida, que requer destes profissionais um preparo adequado quanto às suas práticas a este público (GOMES; MARTINS, 2016).

De acordo com a ABRASO- Associação Brasileira de Ostomizados (2005), no levantamento realizado no ano de 2004, existiam cerca de 50 mil estomizados no Brasil. Para

esses pacientes é fundamental a educação em saúde, tendo em vista que precisam manusear adequadamente os dispositivos e materiais e terem cuidados com a pele para reduzir ou evitar complicações. Os profissionais de enfermagem acompanham desde o pré-operatório até o pós-operatório, direcionando-os às rotinas de troca dos dispositivos e aos cuidados gerais relacionados ao estoma. Além disso, realizam avaliação do estoma, de suas características, e indicam os equipamentos adequados para cada paciente, levando em consideração aspectos como: o tipo de sonda que o paciente utiliza, o manuseio da sonda pelo paciente ou cuidador bem como seu processo de ensino e aprendizagem quanto ao manuseio adequado com o estoma gástrico, que vão contribuir diretamente na prevenção de eventos adversos, propiciando maior segurança e melhor qualidade de vida (GOMES; MARTINS, 2016; NAVES; TRONCHI, 2012).

Porém os cuidados não se resumem apenas ao manuseio dos dispositivos a serem usados, mas envolvem uma ação multidisciplinar para que seja facilitado o autocuidado e se diminuam os anseios quanto à gastrostomia, tendo em vista que este procedimento gera anseio nos familiares, por não conhecerem o procedimento e se adequarem as rotinas necessárias (MENEZES et al., 2013; MELA et al., 2015).

Os profissionais precisam estar preparados para orientar os cuidadores ou o próprio paciente quanto aos cuidados com o estoma de alimentação, pois aspectos negativos têm sido encontrados de acordo com relato de cuidadores, os quais referiram a necessidade de limpeza e desinfecção, a existência de complicações frequentes relacionadas à sonda, além da falta de profissionais da saúde para esclarecer alguma dúvida ou complicação relacionada, ou mesmo em manusear a sonda e resolver os problemas (PIMENTA, 2010).

Quanto à permanência da sonda de gastrostomia ou jejunostomia, sabe-se que podem ser usadas por tempo indeterminado, considerando-se que ao longo deste percurso surjam algumas complicações, como queda do tubo, obstrução do tubo, deterioração ou outras complicações. Cabe nestas situações a necessidade de troca destes dispositivos, sendo tal procedimento considerado complexo, devendo ser avaliada a necessidade de troca por uma equipe envolvendo médico, nutricionista e enfermeiro, tendo em vista a legislação 7.498/86 em seu artigo 11, inciso I, alínea “m”, que afirma ser ação privativa do enfermeiro “cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas” (BRASIL, 1986).

De acordo com o Estatuto da SOBEST- Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST, 2009), a estomaterapia é uma especialidade do enfermeiro que lhe permite a assistência integral a pessoas com estomias, entre outras competências, como parte da equipe

multiprofissional, conforme estabelecido pela Portaria n° 400 de 2009, do Ministério da Saúde. Um Parecer Técnico do Rio Grande do Norte n°06/2013/COFEN, que se refere ao procedimento troca de sonda de gastrostomia, diz que o enfermeiro pode realizá-la, desde que esteja sob prescrição médica e que tenha competência para tal, devendo a de jejunostomia ser trocada, preferencialmente por enfermeiro estomaterapeuta. Este mesmo regulamento cita vários outros regulamentos de outros Conselhos Regionais de Enfermagem quanto à troca destes dispositivos, porém não há regulamento do estado da Paraíba (COREN-RN, 2013).

No que se refere às competências clínicas, o enfermeiro estomaterapeuta possui competências clínicas nas gastrostomias, tanto no pré-operatório, pós-operatório imediato e mediato, como no pós-operatório tardio, seja no ambulatório ou domicílio. No pré-operatório inclui-se a consulta de enfermagem e orientações; no pós-operatório imediato e mediato, realização da visita para avaliação do estoma, ferida operatória e condições do tubo, realizar orientações ao cuidador e paciente além de solicitar o nutricionista, a fim de proporcionar dieta adequada ao paciente; e por último, o pós-operatório tardio, o qual vai desenvolver diversos cuidados, entre eles, avaliar as condições da pele periestoma, a presença de complicações, o tipo de tubo (inclusive podendo indicar o tubo apropriado e tratamento em caso de complicações), as formas de cuidados com o tubo e outros dispositivos usados, mensuração do estoma, retirar e realizar a troca e examinar continuamente atividades prestadas ao paciente estomizado (SOBEST, 2009).

Sendo assim, os cuidados, no contexto das gastrostomias, envolvem ações que devem-se iniciar desde o pré-operatório até o pós-operatório. No pré-operatório, atentar desde a prescrição de cuidados de enfermagem, como o jejum de 8-12 horas, que vai contribuir para prevenção de complicações relacionadas ao conteúdo gástrico, incluindo ainda as orientações educativas ao paciente e familiar sobre os diversos aspectos que envolvem o procedimento para que haja um cuidado continuado e participativo no pós-operatório, tendo em vista que alguns cuidados após a gastrostomia precisam envolver a participação do paciente/cuidador, seja sobre o manuseio adequado da sonda, sobre a alimentação, que engloba algumas das informações a serem repassadas para o cuidado em domicílio a ser ofertada pelos profissionais (MATSUBARA et al., 2012).

A assistência de enfermagem consiste em orientar o paciente/cuidador sobre os cuidados relacionados à gastrostomia para prevenir complicações: orientar a observar as características da pele periestoma, ensinar ao manuseio adequado da sonda para prevenir infecções; realizar a limpeza diária com água e sabão para evitar acúmulo de sujidade; sempre rotacionar a sonda em 360° o que vai evitar o surgimento de granuloma e necrose ao redor da

sonda; observar se há algum vazamento perissonda, pois isto gera dermatite; manter a sonda de alimentação bem fixa, evitando aperto em excesso para prevenir necrose tecidual (MATSUBARA et al., 2012). Utiliza-se curativo estéril até o 7º dia de pós-operatório naquelas cirurgias realizadas através de técnica endoscópica ou cirúrgica (LINO; JESUS, 2013)

Maxim et al. (2011) também trazem alguns cuidados contínuos que necessitam ser efetuados nas gastrostomias, como limpar o local da gastrostomia com água e sabão, que esponjas de drenagem devem ser colocadas por cima do anel externo (anel que fica em contato com a pele) e não embaixo, pois isso causa uma tensão na gastrostomia. Em caso de granuloma periestoma, indica o uso de nitrato de prata ou esteróide tópico no tecido, além da limpeza diária do tubo com água e sabão antibacteriano.

Os cuidados com as gastrostomias e jejunostomias são práticas comuns tanto em ambientes hospitalares como domiciliares e envolvem troca de sonda, curativo, retirada de sonda, refixação, entre outros, e, portanto, para que seja prestada uma assistência eficaz, torna-se necessário descrever de forma padronizada e sistematizada incluindo o objetivo do cuidado, responsabilidade profissional, descrição do procedimento, bem como os materiais necessários e adequados além de outros cuidados especiais, não desprezando os aspectos da humanização no cuidado, respeitando-se o indivíduo e família que participam deste processo, que devem ser somados para uma qualificação do cuidado ofertado (BRASIL, 2013).



4 Percurso Metodológico

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de pesquisa

A presente pesquisa faz parte de um estudo maior intitulado “Complicações de feridas operatórias em pacientes cirúrgicos” de caráter documental-descritivo, com abordagem quantitativa. De acordo com Gil (2008) a pesquisa documental aproxima-se da pesquisa bibliográfica, com a diferença voltada a natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza das contribuições de diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental baseia-se em dados que são obtidos de maneira indireta, por meio de registros que se caracterizam como documentos.

Contudo, a pesquisa documental vale-se dos registros cursivos, que são persistentes e continuados e não apenas os escritos utilizados para esclarecer determinada coisa, mas qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno. De acordo com Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de determinada população ou fenômeno.

As pesquisas descritivas são associadas às exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Quanto à pesquisa quantitativa essa tem como objetivo trazer a compreensão de dados, indicadores e convergências que podem ser analisados ou construir modelos teóricos de grande conhecimento com aplicabilidade prática (MINAYO, 2010).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário Alcides Carneiro, localizado no município de Campina Grande/PB, que é uma instituição de referência da Borborema entre outras regiões, além de ser caracterizado por suas diversas especialidades que vão desde os atendimentos simples como consultas ambulatoriais, aos mais complexos como cirurgias de pequeno, médio e grande porte. Optou-se por esta instituição devido à mesma ser uma das instituições de campo de estágio da pesquisadora, pelo serviço realizar cirurgias do tipo Gastrostomias e Jejunostomias, além de ser acessível para realização de pesquisas já que se trata de um hospital escola.

4.3. População e Amostra

O estudo foi desenvolvido por meio da pesquisa em prontuários das clínicas do referido hospital, considerando o intervalo de janeiro de 2012 a dezembro de 2017.

Os critérios de inclusão foram os prontuários que apresentassem:

- Pacientes acima de 18 anos;
- Tipo de cirurgia (Gastrostomia ou Jejunostomia);

Como critério de exclusão:

- Prontuários com conteúdo ilegível ou em branco.

Para o cálculo do tamanho da amostra de pessoas internadas nas Clínicas do HUAC, realizou-se um levantamento do número pessoas com gastrostomias ou jejunostomia internadas durante o período acima, que foi de 93 pessoas. Assim, considerando o cálculo amostral para população finita, com nível de confiança de 95%, obteve-se uma amostra de 75 prontuários, dos quais obteve-se 42 pessoas com estomas de alimentação, que foram apresentados e analisados. Vale ressaltar que não foi possível alcançar o tamanho da amostra, porque o funcionário responsável pela separação dos documentos limitava a dispensação dos prontuários por dia, e em virtude do avanço do cronograma não foi possível ter acesso ao total da amostra.

4.4. Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (apêndice A) foi criado com base no tema central da pesquisa, contendo informações consideradas relevantes para a pesquisadora, com questões objetivas e outras discursivas, ambas preenchidas no ato da análise dos prontuários.

O instrumento foi construído com base na esquematização da pesquisa, contendo características sociodemográficas e clínicas. Foram incluídas perguntas com perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico, já que muitas condições clínicas envolvem um conjunto de fatores predisponentes, que foram preenchidas conforme análise dos prontuários.

4.5. Procedimento de coleta de dados

Depois da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a pesquisadora participante solicitou ao SAME os prontuários dos pacientes internados nas

Clínicas do HUAC, no período de janeiro a fevereiro de 2018 com o funcionário do serviço do arquivo. No momento da coleta, a pesquisadora transcreveu no instrumento de coleta de dados as informações pertinentes que atendiam aos objetivos propostos pela pesquisa.

4.6. Análise dos dados

O *software* Excel foi utilizado na construção de uma planilha de dados para as questões contidas nos instrumentos de coleta dos dados. As informações contidas no banco de dados foram transferidas para o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) – versão 21.0.

Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentis e as medidas estatísticas média e desvio padrão de técnicas de estatística descritiva.

4.7. Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi realizada de acordo os preceitos éticos propostos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde, 466 de 2012 (BRASIL, 2012), respeitando-se todos os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, seja a instituição ou profissionais.

Nesta pesquisa não foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que a pesquisa foi realizada nos prontuários da instituição e torna-se impossível localizar todos os pacientes pesquisados para assinatura dos referidos termos. Assim, a anuência para acesso aos documentos foi solicitada ao Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão (anexo A), responsável pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística, e anuência setorial (Anexo B) do coordenador da clínica cirúrgica. Há também uma justificativa da ausência do TCLE no apêndice D. Desse modo, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob CAEE nº 57917316.4.0000.5182.

A pesquisa apresenta risco indireto ao paciente como extravio, rasgo e amasso dos documentos que compõem o prontuário, mas todos os cuidados foram tomados para que o manuseio desses papéis fosse adequado e tais eventos não aconteceram.



5 Resultados e Discussão

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado (Janeiro à Fevereiro de 2018, com prontuários do período de Janeiro de 2012 à Dezembro de 2017), foram avaliados 42 prontuários de pacientes submetidos às cirurgias de gastrostomia e jejunostomia, tendo como principais causas o câncer gástrico, de esôfago e a impossibilidade de alimentação por via oral devido sequelas neurológicas. A avaliação dos dados foi dividida em três grandes categorias, e expostos em tabelas de acordo com as mesmas:

- Dados sociodemográficos dos pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação;
- Caracterizações dos participantes conforme histórico familiar, hábitos de vida, histórico pessoal de comorbidades e medicações em uso;
- Caracterização dos participantes conforme indicação da gastrostomia ou jejunostomia, condições clínicas para indicações do procedimento cirúrgico, técnica operatória utilizada, tipo de sonda empregada, complicações, tipo de dieta no pós-operatório, tempo de hospitalização e desfecho do paciente.

5.1 Dados Sociodemográficos dos pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação

Os dados sociodemográficos foram agrupados em nove categorias: sexo, raça, estado civil, nível de escolaridade, ocupação ou profissão, local de residência, condições de moradia, religião e renda, conforme exposto na Tabela 01.

Tabela 01 – Distribuição dos participantes segundo os dados sociodemográficos e econômicos, Campina Grande, 2018.

Variável	n	%
TOTAL	42	100,0
Sexo		
Feminino	13	31
Masculino	29	69
Raça		
Branca	6	14,3
Parda	31	73,8
Não consta	5	11,9
Estado Civil		
Solteiro	9	21,4
Casado	17	40,5
União estável	2	4,8
Viúvo	7	16,7
Divorciado	3	7,1
Não consta	4	9,5
Nível de escolaridade		
Não alfabetizado	11	26,2
Ensino fundamental incompleto	12	28,6
Ensino fundamental completo	4	9,5
Ensino médio completo	1	2,4
Ensino superior completo	1	2,4
Não consta	13	31
Ocupação ou profissão		
Empregado	3	7,1
Aposentado	16	38,1
Autônomo	2	4,8
Agricultor	13	31,0
Do lar	2	4,8
Outras	4	9,5
Não consta	2	4,8
Local de residência		
Zona Rural	5	11,9
Zona Urbana	37	88,1
Condições de moradia		
Casa de alvenaria	42	100,0
Religião		
Católico	7	16,7
Evangélico	1	2,4
Não tem	1	2,4
Não consta	33	78,6
Renda		
Menor que um salário mínimo	4	9,5
1 a 2 salários mínimos	6	14,3
3 a 4 salários mínimos	4	9,5
Mais de 4 salários mínimos	1	2,4
Não consta	27	64,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com os dados sociodemográficos, o público mais acometido foi o masculino (69%), pardos (73,8%), casados (40,5%), com baixo nível de escolaridade (28,6%), sendo aposentados (38,1%) ou agricultores (31,0%), com residência na zona urbana (88,1%), em casa de alvenaria (100%), a maioria não constava religião (78,6%), dos que constavam 16,7% eram católicos, cujas rendas também não constavam no prontuário (64,3%). Nos que havia parecer da assistência social, 9,5% tinham renda familiar menor que um salário mínimo; 14,3% de 1-2 salários mínimos, 9,5% de 3-4 salários, e 2,4% mais de 4 salários, ou seja, dos que constavam, a maioria era de 1-2 salários mínimos.

Conforme a idade, esta variou de 18-93 anos, com média de 59,9 anos e desvio padrão de 19,6, o que aponta a realização de gastrostomia/jejunostomia em pessoas com idade mais avançada.

A maior prevalência de casos acontece com público masculino. Em estudo realizado com pacientes submetidos a estomas de alimentação revelou que cerca de 88% eram homens, com a média de idade de 58,4 anos, idade mínima e máxima de 19-87 anos respectivamente, dados que se aproximam com os desta pesquisa (ANSELMO et al., 2013).

Num estudo realizado por Faigle et al. (2018), a colocação de tubos para alimentação tem sido mais comum em homens do que em mulheres, os quais tiveram chances 1,27 vezes maiores de se submeterem a Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) em relação às mulheres.

O trabalho na agricultura é apontado como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de esôfago e estômago devido à exposição a agentes tóxicos e a vapores de combustíveis fósseis (INCA, 2013).

Fatores genéticos, alimentação inadequada, rica em sal, por exemplo, contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e esofágico, enquanto uma alimentação rica em verduras, legumes e frutas reduzem tal risco, tendo em vista que contém substâncias oxidantes como vitamina C, fibras, entre outras (BRASIL, 2014; FERRARI, 2013).

Determinantes sociais, como renda, ocupação/ou profissão, condições de moradia, alimentação, nível de instrução, entre outros, contribuem para o aparecimento de diversas comorbidades. Estudo avaliando o perfil dos pacientes com câncer gástrico, evidenciou que o gênero mais acometido foi o masculino, que o nível de escolaridade era baixo (cerca de 69%) (CARVALHO, 2013; CARVALHO, 2016).

5.2 Caracterizações dos participantes conforme histórico familiar, hábitos de vida, histórico pessoal de comorbidades e medicações em uso

A caracterização a seguir apresenta os hábitos de vida (hábito do tabagismo, etilismo, prática de atividade física regular) e meio de locomoção utilizados pelos participantes da pesquisa. A seguir são demonstrados na Tabela 02, os dados relacionados ao histórico familiar de comorbidades.

Tabela 02 – Distribuição dos participantes segundo histórico familiar de comorbidades. Campina Grande, 2018.

Variável	N	%
TOTAL	42	100,0
Histórico familiar de comorbidades		
Sim	17	40,5
Não	7	16,7
Não consta	18	42,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Dos 42 participantes, 17 (40,5%) relataram histórico familiar de comorbidades. As comorbidades relatadas foram: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), estenose de esôfago, histórico familiar de Acidente Vascular Encefálico (AVE), leucemia, câncer de garganta, de próstata, de esôfago, de mama, gástrico, de nariz, Alzheimer, hemorragia e úlcera gástrica, com grau de parentesco de primeiro, segundo, e terceiro grau. As comorbidades mais frequentes eram DM, HAS e câncer. Destes 17, pelo menos 7 (41,1%) tinham na família outros tipos de câncer, como câncer de próstata, câncer de mama, de garganta e nasal. Outros três (17,6%) relataram casos na família de vários tipos de câncer, inclusive o câncer gástrico.

Num estudo realizado por Zheng et al., (2017) avaliando a associação do câncer de mama com outros cânceres em famílias Suécia, identificaram que os riscos para câncer de estômago e ovário foram aumentados em famílias de um e dois pacientes com câncer de mama.

Um estudo prospectivo avaliando o histórico familiar de parentes de primeiro grau, (pai, mãe ou irmão), identificaram que a incidência do câncer do tipo não-cárdia foi maior naqueles com história familiar de câncer gástrico, principalmente quando presente no pai ou

irmão, sendo associada ao aumento de 1,56 vezes o risco de ter câncer gástrico em comparação com indivíduos sem história familiar (SONG et al., 2018).

Os dados relacionados aos hábitos de vida, como Tabagismo, etilismo e sedentarismo são descritos na Tabela 03.

Tabela 03–Distribuição dos participantes segundo os hábitos de vida. Campina Grande, 2018.

Variável	N	%
TOTAL	42	100,0
Hábito do tabagismo		
Sim	3	7,1
Ex-fumante	16	38,1
Não	12	28,6
Não consta	11	26,2
Hábito do etilismo		
Sim	3	7,1
Ex-etilista	13	31,0
Não	13	31,0
Não consta	13	31,0
Prática de atividade física regular		
Sim	2	4,8
Não	2	4,8
Não consta	38	90,5

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Conforme os dados expostos na tabela 03 pelo menos 7,1% eram tabagistas e etilistas; 38,1% dos pacientes eram ex-tabagistas, 31,0% eram ex-etilistas. Em relação à prática de atividade física, na maioria dos prontuários (90,5%) não havia esta informação, e nos que constavam apenas 4,8% tinham atividade física regular e outros 4,8% não realizavam.

A incidência de câncer gástrico está relacionada a hábitos inadequados de vida, tais como o tabagismo, etilismo, infecção por *Helicobacter pylori*, consumo de carne, sal (devido os elevados níveis de compostos nitrosos, que estão associados com o desenvolvimento de câncer gástrico); e Índice de Massa Corporal acima de 30. (SILVA; FELÍCIO, 2016; FERRARI, 2013). O consumo de álcool e tabaco está relacionado aos maiores índices de câncer gástrico, o tabagismo aumenta em 1,62 vezes o risco de ter câncer gástrico em comparação aos não fumantes, enquanto que o alcoolismo aumenta 1,57 vezes este risco, ademais, os hábitos de vida como consumo de café, história clínica de gastrite atrófica,

crônica, úlcera péptica, devem ser melhor avaliados porque podem indicar algum risco (TONG et al., 2014).

O histórico de comorbidades pessoais dos pacientes submetidos à gastrostomia ou jejunostomia é descrito na Tabela 04.

Tabela 04- Histórico de comorbidades pessoais de pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação, Campina Grande, 2018.

Variável	n	%
TOTAL	42	100,0
Diabetes Melitus	7	16,7
Hipertensão arterial	13	31,0
Doenças renais	1	2,4
Câncer	22	52,4
Desnutrição	22	52,4
Esclerose Lateral Amiotrófica	3	7,1
HIV/AIDS	1	2,4
Sequela após TCE	4	9,5
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	3	7,1
Sequela após Acidente Vascular Encefálico (AVE)	6	14,3
Deficiência Visual	1	2,4
Tetraplegia	1	2,4
Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	1	2,4
Transtorno Bipolar	1	2,4
Síndrome Neuroléptica Maligna	1	2,4
Hipotireoidismo	1	2,4
Síndrome de Rett	1	2,4
Úlcera gástrica	2	4,8
<i>H. pilory</i> positivo	1	2,4
Estenose pilórica crônica	1	2,4
Gastrite atrófica	1	2,4
Parkinson	1	2,4
Síndrome da imobilidade	1	2,4
Pneumonia	2	4,8
Alzheimer	3	7,1
Gastrite Hiperêmica	1	2,4
Crise convulsiva	1	2,4
Sobrepeso	1	2,4
Paralisia cerebral	1	2,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A maioria dos pacientes tinha histórico de câncer (52,4%); eram desnutridos (52,4%), sendo a perda de peso da maioria devido a presença do próprio câncer, e tinham Hipertensão Arterial Sistêmica (31%); Diabetes Melittus (16,7%); sequela neurológica após Acidente Vascular Encefálico (AVE) (14,3%); Esclerose Lateral Amiotrófica (7,1%); sequela após

Traumatismo Crânio Encefálico (9,5%); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Alzheimer (7,1%); 4,8% possuíam pneumonia, 4,8% úlcera gástrica; e 2,4% possuíam outras comorbidades, como: paralisia cerebral, sobrepeso, crise convulsiva, gastrite hiperêmica, síndrome da imobilidade, Parkinson, gastrite atrófica, estenose pilórica crônica, *H. Pylori* positivo, síndrome de Rett, hipotireoidismo, síndrome Neuroléptica Maligna, transtorno bipolar, ICC, deficiência visual e doenças renais.

Várias destas comorbidades são fatores que podem levar a predisposição a uma gastrostomia, a exemplo do AVE. De acordo com um estudo realizado por Wilmskoetter et al., (2018) do total de 8911 pacientes avaliados, pelo menos 148 pacientes (1,66%) tiveram uma colocação de tubo de PEG durante a internação hospitalar, envolvendo o AVE isquêmico ou hemorrágico.

Nos pacientes internados com demência, pelo menos 34,3% do total tinham Diabetes Mellitus e usavam gastrostomia, sendo possível observar uma taxa menor de mortalidade comparada aos que utilizavam nutrição parenteral, tendo assim melhorado a sobrevida destes pacientes (RIVAS et al., 2017). Outro estudo relata que de um total de 96.625 pacientes, 3343 (3,46%) com TCE receberam PEG, sendo a maioria do sexo masculino, com inserção da sonda precocemente ou tardiamente após o episódio traumático. Esta é uma condição clínica que indica o suporte nutricional à longo prazo, porém devido as comorbidades de base, as complicações pós-operatórias são mais frequentes (sepse, infecção pós-operatória, internação em UTI, insuficiência renal, Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo / pneumonia, infecção periestomal) e prejudicam a recuperação dos pacientes, e por isso o índice de mortalidade mostra-se mais alto (CHAUDHRY et al., 2017).

Na tabela 05 estão apresentadas as medicações em uso no pré e pós-operatório de estomas de alimentação.

Tabela 05- Medicações em uso no pré e pós-operatório de estomas de alimentação, Campina Grande, 2018.

Variável	n	%
TOTAL	42	100,0
Antiparkinsonianos	1	2,4
Anticonvulsivante	1	2,4
Antidepressivo	1	2,4
Mais de um Medicamento	39	92,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

As terapias medicamentosas em uso tanto no pré quanto pós-operatório incluíam muitos medicamentos, como antibióticos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, analgésicos, antieméticos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes, psicotrópicos, antiácidos, antiansiolíticos, antiplaquetário, broncodilatadores, corticosteroides, drogas vasoativas, entre outros. Pelo menos 28,57% usavam anticoagulantes, comumente a Heparina. Avaliou-se uma grande demanda de uso de sintomáticos tanto pré quanto no pós-operatório, como por exemplo, dipirona, Omeprazol, Cloridrato de Ondansetrona, entre outros.

Joos et al. (2015) observaram, através de um estudo realizado com enfermeiros e estudantes, durante a administração de 268 medicamentos pelas sondas, que uso de medicações através das sondas de alimentação, seja esta gastrostomia ou jejunostomia, de pacientes hospitalizados é uma prática comum. Observaram alguns desvios das práticas de administração dos medicamentos: mistura de medicamentos tornando-o coquetéis, o compartilhamento de materiais de trituração dos medicamentos sem higiene de um medicamento para outro, diluição inadequada, antecipação do preparo dos medicamentos.

A administração concomitante das drogas com os nutrientes ainda é incerta quanto às interações, e estudos precisam ser desenvolvidos a fim de evidenciar as melhores condutas, tanto farmacológicas quanto dos profissionais prescritores, e dos que administram. No entanto, as condutas relacionadas à suspensão de medicamentos devem ser bem elaboradas quando se opta por uma nutrição através de gastrostomia ou jejunostomia, a fim de que seja substituído por outras vias alternativas caso sejam essenciais. As principais complicações da maceração destes medicamentos são a alteração na biodisponibilidade; ou pra mais ou pra menos; a obstrução do tubo, com consequente atraso da dieta e medicação, além de outras complicações complexas como peritonite, sangramentos, infecções e morte, que podem ser prevenidas com a simples administração de 30-50 ml de água a cada 4h naqueles com infusão contínua, quando em bólus lavar antes e após (KURIEN et al., 2015).

O uso de antiplaquetário é comum entre pacientes que serão submetidos à PEG com a finalidade de tratar ou prevenir várias doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, mesmo que haja um dilema entre suspender e continuar seu uso, já que a suspensão pode ocasionar risco de tromboembolismo, e que estas afecções são as principais causas da PEG, porém os clínicos endoscopistas ainda não possuem análise sistematizada para tomadas de decisão, e as vezes as Diretrizes de suspensão destes fármacos 7-10 dias antes da cirurgia não são seguidas, ademais, o uso de clopidogrel, aspirina e antiplaquetário duplo na PEG não demonstrou risco aos pacientes. Pacientes com câncer apresentam risco maior de tromboembolismo (LUCENDO et al., 2015; NAVI et al., 2017). Por isso nesta pesquisa foi possível identificar

que pacientes são submetidos a esta terapia (comumente a Heparina), embora umas das complicações seja a hemorragia (de pequena quantidade) em pelo menos 21,4% dos pacientes no pós-operatório, avaliada através das anotações de enfermagem durante as trocas dos curativos.

Pesquisas avaliando o efeito da polifarmácia sobre o desfecho pós-operatório em pacientes idosos mostrou que esta colabora para complicações. A maioria dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos são idosos, e tiveram presente delírio induzido por alguma medicação com risco 12,8 vezes de chances aumentadas de terem delírio no pós-operatório, um achado não favorável em pacientes cirurgiados. Algumas medicações devem ser suspensas no pré-operatório, pois induzem a riscos cirúrgicos tais como: anticoagulantes devido hemorragia, metformina por causar acidose láctica, e hormônios exógenos devido o risco de causar trombos, além de fitoterápicos por não ter seus efeitos claramente comprovados; agentes anti-hipertensivos, diuréticos, hipoglicemiantes, anti-histamínicos, laxantes, antipsicóticos, neurolépticos, antidepressivos, hipnóticos e sedativos e opióides foram classificados como indutores de queda (CHOI et al., 2017; JEONG et al., 2016).

5.3 Caracterização dos participantes conforme indicação da gastrostomia ou jejunostomia, condições clínicas para indicações do procedimento cirúrgico, técnica operatória utilizada, tipo de sonda empregada, complicações, tipo de dieta no pós-operatório, tempo de hospitalização e desfecho do paciente

Os dados expostos a seguir na tabela 06 foram organizados conforme as características relativas ao procedimento cirúrgico, desde a indicação até o desfecho dos pacientes que foram submetidos a gastrostomia ou jejunostomia.

Tabela 06-Indicação da Gastrostomia ou Jejunostomia, Campina Grande, 2018.

Variável	n	%
TOTAL	42	100,0
Alimentação	37	88,1
Descompressão gástrica	2	11,9

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

A cirurgia de gastrostomia e jejunostomia foi realizada com grande frequência para alimentação (88,1%), o restante foi para descompressão gástrica (11,9%), nos casos em que após a cirurgia havia grande drenagem.

A gastrostomia para descompressão gástrica ou intestinal é utilizada como meio alternativo para drenagem de algum conteúdo em casos de obstrução gástrica ou intestinal por doença maligna inoperável, a exemplo de câncer pancreático, carcinomatose peritoneal, câncer colorretal ou gástrico. Cerca de 93% (71 de um total dos 73 pacientes) foram submetidos a esta abordagem paliativa, já que as sondas nasoenterais causam desconforto maior ao paciente devido as lesões esofagogástricas que o tubo promove em longo prazo, ao mesmo tempo 91% destes pacientes recebiam suporte nutricional parenteral, destes, 5 casos evoluíram com complicação, o que evidencia que o procedimento é realizado mesmo considerando-se uma baixa parcela de complicações. Distúrbios neurológicos que dificultam a capacidade de deglutição para alimentação são também motivos para gastrostomia ou jejunostomia, prevenindo a desnutrição e reduzindo a hospitalização (KAWATA et al., 2014; ALBRECH et al., 2016).

Albrech et al. (2016) avaliaram 102 pacientes, a maioria deles com doença maligna, que foram submetidos a PEG ou jejunostomia, destes 57 (55,9%) o objetivo foi para suporte nutricional e os outros 44,1% para descompressão gástrica. Deste total pelo 52,63% vieram à óbito um mês após o procedimento em decorrência do câncer. A jejunostomia descompressiva é comumente utilizada para alívio dos sintomas na doença avançada, como as náuseas e os vômitos (SPELSBER et al., 2013).

Na Tabela 07 são apresentadas as condições clínicas que levaram a realização da gastrostomia e jejunostomia.

Tabela 07- Condições clínicas que indicaram a cirurgia de Gastrostomia/Jejunostomia, Campina Grande, 2018.

Variável	n	%
TOTAL	42	100,0
Impossibilidade de receber aporte calórico por VO à longo prazo	3	7,1
Dificuldade de deglutição por condições neurológicas	12	28,6
Neoplasia de cabeça e pescoço	2	4,8
Neoplasia de esôfago	6	14,3
Obstrução luminal por doença maligna	12	28,6
Estenose esofágica	1	2,4
Mais de uma condição	6	14,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Das condições clínicas que motivaram a realização da gastrostomia ou jejunostomia, o câncer gástrico estava presente em pelo menos 12 (28,6%) dos 42 participantes, e estavam diagnosticados como: Neoplasia maligna de antro pilórico (1), adenocarcinoma gástrico tubular moderadamente diferenciado (1), adenocarcinoma gástrico de células em anel de sinete (1), adenocarcinoma antral (1), adenocarcinoma gástrico com metástase (2), Neoplasia gástrica- cárdia Borrmann IV (1), Neoplasia gástrica Borrmann II (1), Neoplasia gástrica Borrmann III (1), Neoplasia gástrica Borrmann IV-T4N2M1 (1), adenocarcinoma gástrico em antro Borrmann III (1), adenocarcinoma tubular de corpo gástrico (1).

Da dificuldade de deglutição por condições neurológicas em 28,6% estavam presentes as seguintes condições: Esclerose Lateral Amiotrófica-ELA (2), Traumatismo Crânio encefálico- TCE (4), Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico/ isquêmico (6).

Dos 6 (14,3%) participantes que tinham câncer de esôfago, os diagnósticos foram: Adenocarcinoma tubular bem diferenciado (1); carcinoma cervical- linfoma não Hodgkin (1); adenocarcinoma de esôfago moderadamente diferenciado e invasor (1), carcinoma epidermóide de esôfago cervical bem diferenciado grau I (1); Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado e invasor (1); carcinoma de células escamosas bem diferenciadas e invasivo (1). Destes, apenas em dois foi realizada jejunostomia, e nos demais, realizadas gastrostomia endoscópica percutânea (2) gastrostomia cirúrgica (2).

Outra condição foi a impossibilidade de receber aporte calórico por VO à longo prazo (7,1%), cujas comorbidades presentes eram: Parkinson (1); paralisia cerebral (1); quadro clínico prolongado na UTI associado a outras condições (1). Nos outros 14,3% estavam presentes mais de uma condição que indicou a necessidade do suporte enteral, e outras 4,8% estavam relacionadas à neoplasia de cabeça e pescoço.

No Brasil, entre os dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, o câncer gástrico está na quarta posição para homens, representando 13.540 casos, já em mulheres está no sexto lugar (7.750 casos). Na Paraíba, a estimativa para o ano de 2018 é de 11,84 casos/100 mil habitantes em homens; e de 7,61/ 100 mil habitantes nas mulheres (INCA, 2018), mostrando assim, que é uma das causas comuns em ambos os sexos, que podem favorecer a realização destes dois tipos de cirurgia para suporte nutricional. Os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) mostram que as taxas de mortalidade por câncer de estômago, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres, no Brasil, entre 2014 e 2015, foram de 4.919 mil óbitos em homens e 2.079 mil óbitos em mulheres, ambos na faixa etária entre 60-69 anos. Na região Nordeste o número de óbitos por câncer gástrico foi de 1.042 mil óbitos em homens, e 512 em mulheres.

De acordo com os dados apresentados, as condições mais prevalentes foram as condições neurológicas, as neoplasias gástricas e a neoplasia de esôfago. Outros estudos revelam a mesma prevalência quando se compara o número de acometidos por câncer gástrico e de esôfago, no qual, dos pacientes hospitalizados num hospital de referência, 118 possuíam câncer gástrico, e os outros 73, o de esôfago, sendo a maioria do sexo masculino. O principal tipo de câncer é o adenocarcinoma gástrico (96,1%) (RAZUK; MARTINEZ, 2012; CARVALHO, 2016).

As condições clínicas mais frequentes para realização de gastrostomia ou jejunostomia em um Hospital no Japão foram as condições neurológicas, doenças neuromusculares e a presença de pneumonia, que estava presente tanto antes como após o procedimento, sendo comum em pacientes idosos, já que 90% destes tinham idade ≥ 60 anos (SAKO et al., 2014).

A ELA se configura como um dos motivos para PEG, tanto para administração de medicamentos quanto para nutrição, tendo em vista ser uma doença neurodegenerativa, que causa disfagia nos pacientes acometidos, e conseqüentemente a desnutrição. Embora ocorra uma taxa de complicação muito baixa; isso em pacientes muito comprometidos; a taxa de sucesso de 95,2% foi comprovada numa série de casos em que a PEG foi realizada em pacientes com comprometimento respiratório significativo (RUSS et al., 2015).

Na tabela 08 são apresentadas as principais técnicas operatórias utilizadas nos pacientes submetidos a gastrostomia e jejunostomia.

Na tabela 08 são demonstrados os cuidados dos pacientes submetidos à estomas de alimentação.

Tabela 08: Cuidados da pele no pré-operatório e intra-operatório em pacientes submetidos à estomas de alimentação, Campina Grande, 2018.

Variável	n	%
TOTAL	42	100,0
Banho		
Sim	17	40,4
Não Consta	25	59,6
Degermação no Centro Cirúrgico		
Sim	18	42,9
Não Consta	24	57,1
Tricotomia		
Não	26	62
Não Consta	16	38

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Dos cuidados pré-operatórios dos pacientes que foram submetidos a gastrostomia ou jejunostomia, o da pele foi avaliado. Informações dos cuidados como: banho (40,4%); degermação do sítio operatório no bloco cirúrgico, descrito como assepsia e antissepsia (42,9%); tricotomia (62%) não foi realizada em nenhum dos pacientes. É importante observar que informações como banho, assepsia e antissepsia da pele no centro cirúrgico não estavam documentados, e, portanto é uma problemática que necessita ser reavaliada, tanto pelo profissional de enfermagem quanto pelo profissional médico, pois o registro correto das informações são necessárias no âmbito do cuidado.

O aumento do número de realização das cirurgias anualmente é uma realidade constante, estima-se que sejam realizadas de 187-281 milhões de cirurgias, o que representa uma cirurgia à cada 25 indivíduos, isso se deve à atualização das técnicas operatórias. Em contrapartida, observam-se diversas complicações, variando de 3-16%, e óbitos de 5-10% em países subdesenvolvidos, sendo um número agravante que requer atenção tanto por estes danos como pela despesa aos cofres públicos. Cuidados perioperatórios são de extrema importância para redução desses índices, como o banho, a higiene oral com clorexidina à 0,12%, entre outros cuidados que são necessários para redução de complicações (ANVISA, 2017).

O profissional de enfermagem precisa estar atento aos cuidados perioperatórios destes pacientes, orientando quanto ao autocuidado, realizando e supervisionando, prestando informações sobre o procedimento cirúrgico, diminuindo a ansiedade e investigando holisticamente o paciente, buscando dados que possam interferir neste processo (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013).

O quadro 01 mostra os tipos de cuidado quanto ao banho no período pré-operatório.

Quadro 01. Indicação do banho conforme procedimento cirúrgico e tipo de sabonete ou antisséptico a utilizar.

Cirurgia	Sabonete Neutro	Antisséptico	Horário
Cirurgia de grande porte, cirurgias com implantes		Clorexidina 2%	Banho (corpo total): 2 horas antes do procedimento cirúrgico
Cirurgia eletiva, pequeno e médio porte	Sabonete neutro		Banho (corpo total): antes do encaminhamento ao CC
Cirurgias de urgência	Sabonete neutro		O banho fica a critério da avaliação da equipe assistente

Fonte: Adaptado da ANVISA, 2017.

A Tabela 09 demonstra os tipos de técnica operatória utilizadas nos pacientes submetidos a estomas de alimentação.

Tabela 09- Técnica operatória utilizada, Campina Grande, 2018.

Variável	n	%
TOTAL	42	100,0
Gastrostomia cirúrgica	8	19,0
Gastrostomia Endoscópica Percutânea	19	45,2
Jejunostomia	15	35,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

As técnicas operatórias utilizadas foram gastrostomia cirúrgica (19,0%), gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) (45,2%) e jejunostomia (35,7%).

Diversos aspectos devem ser levados em consideração em relação aos estomas de alimentação, e incluem fatores psicossociais, ética e prognóstico, a qualidade de vida, informação e consentimento e estado clínico, tendo em vista que existem as indicações e contraindicações (HEUSCHKEL et al., 2015). Os procedimentos de gastrostomia e a jejunostomia aumentaram devido o progresso nas técnicas de inserção, tanto por serem menos dispendiosos como por trazerem menor exposição aos pacientes e sedação mínima, resultando numa taxa de sucesso de 95%. A gastrostomia está mais indicada pra alimentação enquanto a jejunostomia quando esta não pode ser realizada, e também para refluxos incontroláveis (DHOOGHE; GAUDRIC, 2013). Neste estudo o resultado foi similar, pois as gastrostomias foram administradas para suporte nutricional.

Rahnemai-Azar et al.(2014) afirmam que a técnica de Gastrostomia Endoscópica Percutânea é muito comum para suporte nutricional prolongado, que foi difundida por todo o mundo por apresentar maiores vantagens para o paciente. Num estudo realizado pela Sociedade Chinesa de Nutrição Enteral e Parenteral, avaliou-se que 77,8% apresentavam dispositivo de gastrostomia endoscópica percutânea entre as terapias com sonda nasoenteral e parenteral (SU, 2016).

Outro estudo evidencia que a cirurgia de gastrostomia percutânea em comparação com outras técnicas é a selecionada em grande demasia. Dos duzentos e vinte e quatro pacientes, 164 realizaram PEG e 60 Gastrostomias laparoscópicas, a média de idade foi de 61 anos para PEG, e de 66 anos para os procedimentos laparoscópicos. As complicações presentes no pós-operatório foram perfuração colônica, seis tiveram peritonite ou pneumoperitoneo devido ao deslocamento do tubo PEG (3,5%) e um necessitou de desbridamento peristomal de tecido mole secundário infecção operatória (ZETTERVALL et al.,2017).

A gastrostomia cirúrgica é menos utilizada, a mesma geralmente é realizada pela técnica de *stamm*, onde um tubo de alimentação é colocado diretamente no estômago enquanto este é aberto (MARK; DELEGGE, 2017). Estudo confirmou que ocorreram 18,60% complicações locais, enquanto 19,76% foram complicações graves/sistêmicas, 9,3% dos pacientes foram a óbito, após gastrostomia cirúrgica, utilizando sonda Foley (18-24 French) em todos os casos (ANSELMO et al., 2013).

Na Tabela 10 são mostrados os tipos de sondas utilizadas na gastrostomia e jejunostomia.

Tabela 10- Tipo de Sonda empregada na Gastrostomia/Jejunostomia, Campina Grande, 2018.

Variável	N	%
TOTAL	42	100,0
Sonda de Foley	18	43
Sonda de silicone	10	23,8
Sem informação de sonda utilizada	9	21,4
Nelaton	4	9,5
Michey	1	2,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os tipos de sondas utilizadas foram na sua maioria de Foley (43%), as outras de silicone (23,8%) proveniente de um kit para gastrostomia utilizado no hospital, nelaton (9,5%), Michey (2,3%), enquanto 21,4% não constavam no prontuário o tipo da sonda utilizada.

Conforme descrição nos prontuários, as complicações foram mais frequentes naqueles pacientes que utilizaram sonda do tipo foley (dispositivo de inserção uretral que é utilizado para gastrostomia/jejunostomia) estando presentes pelo menos 15 (35,7%) complicações: dor, hemorragia, presença de fecalóide, presença de exsudato periestomal, deiscência da Ferida Operatória, dermatite, peritonite, queimadura periestomal, infecção periestomal, edema da parede abdominal, sepse, vazamento da dieta perissonda, êmese frequente, broncoaspiração e insuficiência respiratória aguda. Vale ressaltar que cada paciente possuía ou uma ou mais destas complicações, umas mais graves e outras menos complexas. Do total dos pacientes com sonda de Foley (18 pacientes), apenas três não tiveram complicações.

A sonda de silicone também demonstrou várias complicações, que foram: vazamento da dieta perissonda, desabamento da sonda, presença de exsudato perissonda, infecção periestomal, broncoaspiração (depois de um ano e meio), refluxo gastroesofágico, dermatite periestomal, dor intensa, deiscência da Ferida operatória, reabordagem cirúrgica da gastrostomia. Sendo assim, do total de dez pacientes com sonda de silicone, pelo menos quatro tiveram estas complicações, e os demais (seis pacientes) não tiveram complicações.

Dos pacientes com sonda de Nelaton também estiveram presentes: diarreia, infecção periestomal, dermatite periestomal, náuseas e vômito fecalóide, dor periestomal, presença de exsudato. Apenas um paciente não teve complicações. Em pelo menos nove prontuários não havia informação sobre qual tipo de sonda foi utilizada na cirurgia, porém oito deles tiveram

complicações. E em um paciente que foi colocada a sonda Mickey teve complicações e foi inserida a sonda Foley.

Fonseca et al. (2017) afirmam que sondas do tipo Foley são causadoras de muitas complicações. Os tubos PEG padrão (que possuem o anel externo/ para-choque) evita que a sonda migre completamente para o estômago e duodeno, diferentemente da sonda de Foley, que não possui, porém ainda é frequentemente usada devido acessibilidade financeira, salientam que o desabamento da sonda é um episódio comum, que merece reavaliação médica conforme aconteça, pois isso causa obstrução gástrica.

Estudos revelam que pacientes gastrostomizados, com uso de sonda do tipo Foley (cateter uretral), utilizado em caso de emergência clínica quando o tubo PEG padrão não está disponível, que 42,6% deles tiveram complicações do tipo rompimento do balão com perda precoce da sonda, vazamento periestomal, obstrução da sonda, migração do tubo para o intestino, dor intermitente devido obstrução, náuseas e vômitos; concluindo que o uso deste tipo de dispositivo deve ser abolido por causar múltiplas complicações e conseqüentemente muitas intervenções nos pacientes (METUSSIN et al., 2016; OJO, 2016).

Na Tabela 11 são expostas o número e a frequência das complicações presentes nos pacientes submetidos a gastrostomia e jejunostomia.

Tabela 11- Complicações no pós-operatório de estomas de alimentação, Campina Grande, 2018.

Variável	N	%
TOTAL	42	100,0
Vazamento da dieta	7	16,7
Dermatite	14	33,3
Presença de exsudato	15	35,7
Infecção periestomal	10	23,8
Migração da Sonda	2	4,8
Perda precoce da sonda	2	4,8
Peritonite	2	4,8
Hemorragia	9	21,4
Aspiração	3	7,1
Desabamento da sonda	2	4,8
Dor	22	52,4
Edema periestomal	1	2,4
Outras complicações	18	42,9
Queimadura periestomal	2	4,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Aconteceram pelo menos 13 tipos de complicações, entre elas as mais frequentes foram: dor no sítio cirúrgico 22 (52,4%); presença de exsudato no estomal 15 (35,7%); dermatite periestomal 14 (33,3%); infecção periestomal 10 (23,8%); hemorragia nove (21,4%).

Em pacientes submetidos à gastrostomia cirúrgica, o maior número de casos de complicação foi a infecção da ferida cirúrgica seis (6,98%), seguidas de vazamento perisonda/presença de exsudato, e outras complicações também presentes, como perda da sonda (ANSELMO; et al., 2013). Outros eventos que ocorreram: sete (58,3%) foram por retirada não programada da sonda, quatro (33,3%) devido à presença de sinais de infecções (ROCHA et al., 2014). Nota-se que ao comparar os dados com os outros estudos, pelo menos três alterações estiveram presentes em ambos os estudos, que foram: a presença de exsudato, dermatite e infecção periestomal.

As complicações podem ser classificadas em precoces e tardias, uma quando ocorre durante a inserção ou menos de sete dias da cirurgia; e quando ocorre a partir do sétimo dia após a colocação, respectivamente. Diversas complicações podem acontecer com pacientes gastrostomizados: pnemoperitônio, peritonite, deiscência da ferida operatória, mau posicionamento do tubo, hemorragia, infecção periestomal, dor, intolerância alimentar, granuloma periestoma, destruição do tubo, presença de exsudato peritubo, maceração da pele periestomal, dermatite, fístula gastrocutânea, e síndrome do amortecedor enterrado (FUCHS, 2016; HEUSCHKEL et al., 2015). Aspição orotraqueal, perfuração intestinal, são algumas complicações que podem ocorrer no intra-operatório (MARK; DELEGGE, 2017).

Na Tabela 12 são mostradas informações sobre a intensidade da dor de pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação.

Tabela 12- Pacientes que tiveram e relataram a Intensidade da dor, Campina Grande, 2018.

	N	Intensidade mínima	Intensidade máxima	Média da intensidade da dor	Desvio padrão
Intensidade da dor	42	0	11	4,24	4,536

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Dos pacientes cuja dor foi avaliada, pelo menos 22 (47,61%) tiveram dor, 19 (45,2%) não tiveram dor, e apenas em um não havia esta informação. As dores foram relatadas de leve à forte intensidade. Conforme se avalia pela tabela 12, o desvio padrão foi baixo, indicando

baixa dispersão da intensidade da dor entre os pacientes, ou seja, a intensidade da dor relatada pelos pacientes foi parecida, e a média da intensidade da dor foi de 4,24, considerada de moderada intensidade. A maioria dos pacientes foi tratada com analgésicos não esteroidais como a dipirona.

A dor é um sintoma subjetivo, e está frequentemente presente em pacientes em situações críticas, alterando o bem estar geral dos pacientes, portanto, avaliar a dor através de instrumentos adequados facilita a implementação de medidas de alívio da mesma de forma adequada (TEIXEIRA; DURÃO, 2016). A dor depende de diversos fatores: relacionados ao procedimento cirúrgico, do tipo de procedimento realizado, do local da cirurgia, do trauma cirúrgico, entre outros (PEREIRA et al., 2013).

As gastrostomias abertas ou laparoscópicas têm sido relacionadas à complicação do tipo dor pós-operatória quando comparadas com outras técnicas de passagem de sonda, porém em pacientes com estenose grave, câncer de cabeça e pescoço, doenças maligna do esôfago, estas técnicas são indicadas (MIZRAHI et al., 2014).

Um estudo avaliou a dor pós-operatória entre 15 pacientes submetidos à gastrostomia cirúrgica e laparoscópica com câncer de esôfago avançado, e notaram que praticamente todos os pacientes (seis de oito) submetidos à gastrostomia cirúrgica necessitaram de analgesia epidural para controle da dor, enquanto que os outros 7 (laparoscópica) não necessitaram. Além disso, precisaram da administração de opióides e não-opióides por tempo prolongado (3,5 dias), enquanto o grupo que realizou gastrostomia laparoscópica apenas 1,3 dias apenas com uso de opióide. Concluíram que a dor esteve mais incidente nos pacientes que realizaram a gastrostomia cirúrgica devido ao trauma cirúrgico maior no abdome, já que a cirúrgica causa maior risco de infecção do sítio operatório devido a deposição de conteúdo gástrico e também aderências intra-abdominais (MATSUTANI et al., 2016).

A dor pós-operatória não tratada causa danos fisiológicos e respostas fisiológicas hostis e diminui as chances de recuperação dos pacientes cirurgiados, e o tratamento com drogas endovenosas com combinação de outros analgésicos favorecem alívio desta (KRAYCHETEA et al., 2016). No entanto ainda não existe um único método objetivo e confiável de avaliar a intensidade da dor de pacientes em pós-operatório; outras técnicas precisam ser agregadas para uma melhor avaliação, a exemplo da avaliação da escala analógica visual da dor em conjunto com a fotopletismografia, saturação de oxigênio circulante, pressão arterial sanguínea, frequência cardíaca e pulso, que mostraram ser eficazes pra avaliação da dor aguda pós-operatória (LING et al., 2014).

O tipo de dieta prescrita para os pacientes em pós-operatório de estomas de alimentação é descrito na tabela 13.

Tabela 13- Tipo de dieta no pós-operatório, Campina Grande, 2018.

Variável	N	%
TOTAL	42	100,0
SG 5%	6	14,3
SF 0,9%	2	4,8
Dieta líquida de prova	22	52,4
Não consta	3	7,1
Sem resíduos	1	2,4
Para HAS	1	2,4
Para DM e HAS	1	2,4
Hiperproteica e/ou hipercalórica	3	7,1
Hipoglicídica, Hiperproteica e/ou Hipercalórica	1	2,4
Dieta livre	1	2,4
Não fez dieta	1	2,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Pelo menos 10 tipos de dieta foram identificadas nos prontuários, cada uma delas estava descritas no primeiro item da prescrição médica, atualizada diariamente conforme rotina hospitalar. O tipo de dieta mais comum foi a líquida de prova (52,4%), seguida da infusão de solução glicosada a 5% (14,3%) diretamente na gastrostomia ou jejunostomia, uma pequena parcela representa a dieta de solução fisiológica a 0,9% (4,8%) e as demais foram variadas, sendo: dieta sem resíduos, para hipertenso, para hipertenso e diabético, hiperprotéica e/ou hipercalórica, hipoglicídica, hiperprotéica e/ou hipercalórica, dieta livre; apenas um paciente não fez dieta e em três prontuários não constavam nenhuma dieta. O período de início da dieta variou entre 1 hora (tempo de início mínimo) e 192 horas (tempo máximo).

Dhooge e Gaudric (2013) afirmam que o início da dieta na gastrostomia pode ser acontecer de 3 a 4 horas após a inserção do tubo. Outros autores realizaram estudo com pacientes em pós-operatório de cirurgias gastrointestinais e verificaram que o tempo de administração de dieta líquida pode ser no primeiro dia de pós-operatório, que isto reduz o tempo de internação e ajuda na progressão para outras dietas, porém muitas ideias ainda são infundadas quanto ao início precoce da dieta de pacientes em pós-operatório, a menos que o quadro clínico do paciente não permita (LUKE et al., 2016). A alimentação precoce via oral no pós-operatório é benéfico, pois diminui o tempo de internação e os riscos de complicações quando comparada um início tardio da dieta (WILLCUTTS et al., 2016). Um Manual da

equipe multidisciplinar de terapia nutricional de um Hospital Universitário de São Paulo traz que tanto medicações quanto água, podem ser administrados já nas primeiras 4 horas de colocação da sonda de gastrostomia, porém a dieta, apenas com 24 horas após a cirurgia ou conforme prescrição médica (ROGENSKI et al., 2014). Outro Protocolo indica a reintrodução da dieta de 12-24h de pós-operatório (CARVALHO, 2016).

A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia (2011) recomenda em operações eletivas o tempo de jejum de seis horas para sólidos e de duas horas para líquidos claros contendo carboidratos; o uso de maltodextrina a 12,5% em volume de 200-400 ml, seis e duas horas antes da operação. Ressalta que condições como: obesidade mórbida, gastroparesia, mau esvaziamento gástrico, suboclusão ou obstrução intestinal e doença do refluxo gastroesofágico moderada e grave, são contraindicações para uso da maltodextrina a 12,5%.

Num estudo realizado no Brasil, avaliando a prática do protocolo ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória) de sete cirurgiões bariátricos e 200 prontuários dos pacientes, concluiu que o protocolo é seguido totalmente por 72% dos cirurgiões, e que 93,5% dos pacientes tiveram alta no primeiro dia de pós-operatório (MARCHI et al., 2017). O Protocolo traz diversas orientações quanto aos cuidados perioperatórios, incluindo desde dieta no pré-operatório, pós-operatório, uso racional de antibióticos no perioperatório, analgesia, entre outras recomendações, todas baseadas em evidências científicas. O retorno do trânsito gastrointestinal difere em cada parte anatômica: o do estômago retorna em 24 horas, intestino delgado 5 a 7 horas, o cólon direito de 24 a 48 horas e o cólon esquerdo de 36 a 60 horas. Assim, pacientes que são submetidos a cirurgias gastrointestinais, oferta-se dieta líquida no mesmo dia, desde que não apresente vômitos e haja boa aceitação. Quando se trata de jejunostomia, a dieta inicia-se no primeiro dia de pós-operatório (NASCIMENTO, 2016).

Quando os pacientes recebiam alta hospitalar, era solicitada a orientação da nutricionista para Terapia Nutricional à domicílio, esta informação estava documentada em todos os prontuários. Assim como traz a Portaria nº 3.390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, observou-se que se seguia um plano de cuidado com apoio multiprofissional para alta hospitalar dos pacientes, identificavam-se as necessidades nutricionais do usuário e as informações eram repassadas ao paciente ou familiar responsável no momento da consulta com o profissional responsável.

Na tabela 14, 15 e 16 serão apresentados os resultados referentes ao tempo de internação pré e pós-operatório e o desfecho dos pacientes.

Tabela 14- Tempo de internação pré-operatória em Horas, Campina Grande, 2018.

	N	Tempo mínimo	Tempo máximo	Média	Desvio padrão
Tempo de internação pré-operatória	42	1 hora	720 horas (30 dias)	189,76 horas (7,9 dias)	193,659

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 15- Tempo de internação no pós-operatório, Campina Grande, 2018.

Variável	n	%
TOTAL	42	100,0
Menos de 1 dia	2	4,8
De 01 a 02 dias	7	16,7
De 02 a 03 dias	4	9,5
De 03 dias a 01 mês	23	54,8
De 01 a 02 meses	6	14,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 16- Desfecho do paciente, Campina Grande, 2018.

Variável	N	%
TOTAL	42	100,0
Alta		
Sim	28	66,7
Readmissão e alta		
Sim	5	11,9
Readmissão e óbito		
Sim	2	4,8
Óbito		
Sim	7	16,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O tempo de internação dos pacientes para cirurgia variou de 1h (tempo mínimo), a 720 horas (equivalente à 30 dias), com uma média de 189,76 horas, equivalente a 7,9 dias com

desvio padrão de 193,6, indicando um tempo de internação parecido entre a maioria dos pacientes.

O tempo de internação destes pacientes variou de menos de um dia (tempo mínimo) após a troca da gastrostomia ou de 03 dias a um mês em internamento, estes últimos representando uma taxa de 54,8%, ou seja, a maioria teve internamento prolongado. Outros 14,3% tiveram tempo de internação de 1-2 meses, estando associado a complicações após o procedimento.

O tempo prolongado de internação no pós-operatório pode estar relacionado a vários fatores, tanto por já estarem internados em outras clínicas do referido hospital, e só a partir da estabilização do quadro crítico realizar a cirurgia ou de receber o diagnóstico definitivo para poder realizá-la, o que demandou maior tempo de internação no pré-operatório, que pode ter repercutido no pós-operatório; à administração da dieta tardiamente, como foi citado anteriormente; como também ao quadro clínico dos pacientes, tendo em vista que a maioria deles eram portadores de câncer (52,4%) ou já eram admitidos com quadro de desnutrição (52,4%).

Wilmskoetter et al., (2018), num estudo com 148 pacientes com sequela de AVC, após inserção de gastrostomia, avaliaram que durante um percurso de um ano, pelo menos 15% dos pacientes foram readmitidos para reabilitação decorrente de complicações.

O desfecho dos pacientes foram alta hospitalar após a inserção da gastrostomia/jejunostomia (66,7%); readmissão alta foi 11,9%; readmissão e óbito foram 4,8%, a maioria devido complicações do estado clínico geral; e 16,7% foram a óbito. Destes óbitos, cinco foram causados por sepse, uma complicação grave após gastrostomia/jejunostomia, e um paciente por parada respiratória.

Numa população de 245 pacientes submetidos à PEG, a média de internação hospitalar foi de oito dias e a taxa de mortalidade foi de 42,4%, (104 de 245 pacientes). Das mortes, três faleceram dentro de dois dias após o procedimento, um por sepse respiratória, outro por parada cardiorrespiratória e o terceiro de morte súbita (PEIXOTO, 2017). Pode-se considerar que o número de mortes por sepse no público avaliado neste estudo foi elevado devido à população ser pequena, pois dum total de 42 pacientes, 11,90% morreram de sepse. Observa-se assim que as causas para mortalidade de pacientes submetidos à gastrostomia/jejunostomia estão relacionadas às complicações tanto locais quanto sistêmicas, e que condições graves como a sepse podem ocorrer com grande frequência, necessitando de medidas assistenciais efetivas que colaborem para preveni-la.



6 Conclusão

6. CONCLUSÃO

A compreensão do perfil epidemiológico, clínico e terapêutico dos pacientes submetidos à gastrostomia ou jejunostomia ajudou a esclarecer melhor o seu manejo clínico. A avaliação do perfil epidemiológico, contendo características como sexo, renda, ocupação, comorbidades pessoais e familiares, demonstrou que 69% dos pacientes submetidos à gastrostomia e jejunostomia são do sexo masculino, dado similar em outros estudos. A maioria deles com hábito de ex-etilismo ou ex-tabagismo, que também são fatores que predisõem as comorbidades que indicaram a realização do procedimento, as quais foram predominantemente o câncer gástrico ou câncer de esôfago, já em estágio avançado. A procura pelo serviço de saúde pelos homens ainda é uma realidade diferente no nosso país, o que colabora para cronicidade das patologias existentes neste público, e conseqüentemente revela altos índices de morbidade e mortalidade.

O procedimento de gastrostomia endoscópica foi o procedimento de escolha entre os pacientes no período de tempo analisado, e não diferente de outros estudos. A eficácia desta conduta tem melhorado o desfecho clínico dos pacientes, devido ser um procedimento menos invasivo do que a gastrostomia cirúrgica, por exemplo, realizada em apenas 19% do total dos pacientes. Porém, mesmo diante desta prática que ajuda a reduzir os danos aos pacientes, ainda foi possível identificar que alta taxa de morbidade, conforme se evidenciou pela presença de muitas complicações pós-operatórias relacionadas à inserção do tubo para alimentação, onde cerca de 13 complicações de menor gravidade e outras de maior gravidade foram notadas.

O tipo de sonda utilizada também pode ser um fator predisponente para desenvolvimento das complicações, tendo em vista que a mais utilizada foi a Sonda de Foley, dispositivo de inserção uretral, mas que é amplamente utilizado como tubo para alimentação em pacientes gastrostomizados ou jejunostomizados. Como o maior índice de complicações relacionadas ao tubo, como a alterações locais da pele periestoma, e também sistêmica, sugere-se que seu uso seja uma prática menos corriqueira, pois a acessibilidade financeira que o produto permite é temporária e não pode justificar esta utilização, porque a consequência desta prática influencia em mais de 15 complicações pós-operatórias nos pacientes que utilizaram sonda de Foley, sendo registrada cerca de até oito complicações num único paciente, os demais tiveram de uma a mais de três complicações. Vale ressaltar que os outros tipos de sonda também trouxeram estes riscos, a exemplo da sonda de silicone, mas que o

índice de complicação dos pacientes que a utilizaram foi menor e o benefício foi bem expressivo, pois pelo menos seis deles não tiveram nenhuma complicação.

A identificação de diversos fatores pôde permitir a conclusão de que as complicações pós-operatórias são de origem multivariada, pois envolve a doença de base do paciente, o nível de desnutrição, os hábitos de vida atuais ou pregressos, a hereditariedade, o tempo internação no pré e pós-operatório, o tempo de início da dieta/o tempo de jejum que o paciente enfrenta que gera estresse fisiológico; o trauma relacionado ao procedimento cirúrgico e a capacidade do indivíduo de reagir a este estresse, ao tipo de sonda empregada, aos cuidados de enfermagem tanto pré quanto no pós-operatório. Todos são indicativos de qual desfecho o paciente vai receber, seja alta, readmissões hospitalares para tratar as complicações, ou óbito quando estas não são revertidas.

Identificou-se alta frequência da ausência de informações importantes nos prontuários dos pacientes, o que pode prejudicar a assistência e dificultar pesquisas, uma vez que interfere na avaliação de diversos indicadores. Todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente em perioperatório de estomas de alimentação precisam estar atentos a diversas interfaces do cuidar, em especial prestando um cuidado de holística, de forma ética e legal. Cabe enfatizar, que a ausência de um protocolo de cuidados perioperatórios possa interferir negativamente a assistência ao paciente submetido a estomas de alimentação, embora este não seja um fator que impeça uma assistência livre de danos.

Esta pesquisa é de suma importância para os serviços de saúde, especialmente para os que realizam cirurgias de gastrostomia e jejunostomia, pois mostrou que são procedimentos que envolvem várias complicações e necessitam da implementação de medidas preventivas para melhorar a qualidade da assistência e conseqüentemente a qualidade de vida destes pacientes. Para enfermagem, como integrante de uma equipe multidisciplinar, que atua tanto na prevenção de complicações como na reabilitação delas, no desenvolvimento de planos assistenciais que organizam a assistência de enfermagem, como profissão científica e inovadora; tem fundamental importância, pois pode contribuir para produção de um protocolo de assistência ao paciente submetido a estomas de alimentação, além do aperfeiçoamento das práticas assistenciais. Para comunidade científica trouxe resultados importantes, principalmente a âmbito nacional, considerando-se que existem poucas pesquisas brasileiras avaliando pacientes com estomas de alimentação, sugerindo-se mais estudos com populações maiores para que haja contribuição e o aprimoramento das técnicas assistenciais.



7 Referências

7. REFERÊNCIAS

ABRASO. Associação Brasileira de Estomizados. **Revista da ABRASO**: órgão divulgador da Associação Brasileira de Estomizados. 2º semestre de 2005, ano VII. Ed 6. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em < <http://www.abraso.org.br/RevistaABRASOmarc.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

ALBRECH, H; et al. Computed Tomography–Guided Percutaneous Gastrostomy/Jejunostomy for Feeding and Decompression. *Nutrition in Clinical Practice American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*. v.20, n. 10. 2016. Disponível em < journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0884533616653806>. Acesso em: 10 fev. 2018.

ANSELMO, C. A; et al. Gastrostomia cirúrgica: indicações atuais e complicações em Gastrostomia cirúrgica: indicações atuais e complicações em pacientes de um hospital universitário. **Rev. Col. Bras. Cir.** v.40, n.6, p. 458-46, 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n6/07.pdf> >. Acesso em: 19 dez. 2016.

BECHTOLD, M. L; et al. Long-Term Nutrition: A Clinician’s Guide to Successful Long-Term Enteral Access in Adults. **Nutrition in Clinical Practice**.. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. v.20, n.10. 2016. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27660070> >. Acesso em: 13 fev 2017.

BRASIL. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Terapia Nutricional no Perioperatório. 2011. Disponível em < https://diretrizes.amb.org.br/_.../terapia_nutricional_no_perioperatorio.pdf >. Acesso em: 19 fev. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em < <http://portal.anvisa.gov.br/documents> >. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Conceitos e definições**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/conceitos-e-definicoes9>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

BRASIL. Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm >. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ministério da Saúde. Disponível em <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 12 mar 2018.

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. Disponível em <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 mar. 2017.

CARVALHO, A. P. P. F. Protocolo de atendimento nutricional do paciente hospitalizado (Adulto/Idoso). 2016. Disponível em
<http://www.ebserh.gov.br/documents/222842/1252791/Nutricao-Protocolo_Adulto.pdf/a678c911-2e00-4cb5-9f80-25ce8668cc49>. Acesso em: 13 mar. 2018.

CARVALHO, F.L.N. Análise do perfil clínico, epidemiológico e histopatológico do cancer gástrico na população de Roraima. Monografia (Medicina). Universidade Federal de Roraima. 2016. Disponível em < <https://ufr.br/.../index.php?...analise-do-perfil-clinico-epidemiologico-e-histopatologi...>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

CARVALHO, A.I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. v. 2 . Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos

Estratégicos da Presidência da República, 2013. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

CARVALHO, A.I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. v 2. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 15 fev. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer nº 06/2013/COFEN/CTAS**. Trata-se de encaminhamento a esta CTAS, pelo Presidente Interino do COFEN, do PAD COFEN N. 579/2013 para emissão de Parecer sobre o exercício legal e competência do profissional enfermeiro referente a troca da sonda de gastrostomia e jejunostomia. Disponível em <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/12/parecer-ctas-06-2013-troca-de-gastro-e-jejunostomia.pdf>>. Acesso em: 05 dez 2016.

CHAUDHRY, R; et al. Trends and Outcomes of Early Versus Late Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Placement in Patients With Traumatic Brain Injury: Nationwide Population based Study. **Neurosurg Anesthesiol**. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28459729>>. Acesso em: 17 fev. 2018.

CHOI, K. S; et al. **Association of pre-operative medication use with postsurgery mortality and morbidity in oncology patients receiving comprehensive geriatric assessment**. Aging Clinical and Experimental Research. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4937600/>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

DOENGENS, M. E; MOORHOUSE, M. F; MURR, A. C. **Diagnósticos de Enfermagem: intervenções, prioridade, fundamentos**. 12 Ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

DHOOGHE, M; GAUDRIC, M. Non-surgical access for enteral nutritional: gastrostomy and jejunostomy, technique and results. **J. Visc Surg**. v. 150, n. 3 suppl, p. S19-26, 2013. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23790717>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

FAIGLE, R; et al. Minority race and male sex as risk factors for non-beneficial gastrostomy tube placements after stroke. v.13, n.1:. Disponível em <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191293>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

FERRARI, F. Estudo dos Fatores de Risco associados ao câncer gástrico pela análise de bancos de dados populacionais. Dissertação (Mestrado). Universidade da Região de Joinville, 2013. Disponível em<>. Acesso em: 15 fev. 2018.

FILGUEIRAS, F. P.; PETROIANU, A. **Tubos, Sondas e Drenos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

FONSECA, J; et al. Catheter traction and gastric outlet obstruction: a repeated complication of using a Foley catheter for gastrostomy tube replacement. *Nutr Hosp*. 2017. Disponível em< http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112017000200499 >. Acesso em: 19 fev. 2018.

FUCHS, S. Gastrostomy Tubes: Care and Feeding. **Pediatr Emerg Care**. v.33, n.12. 2017. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29194216> >. Acesso em: 19 fev. 2018.

GOMES, Bruna; MARTINS, Shirley Santos. A Pessoa Estomizada: Análise das Práticas Educativas de Enfermagem. **Revista Estima**. v.14 n.3, p. 146-153. 2016. Disponível em < <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/410>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Atlas: São Paulo, 2008.

HEUSCHKEL, R.B; et al. ESPGHAN position paper on management of percutaneous endoscopic gastrostomy in children and adolescents. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**. v.60, n.1. 2015. Disponível em <<http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=25023584> >. Acesso em: 10 fev. 2018.

INCA. O Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2018**: Incidência de Câncer no Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>>. Acesso em: 16 fev 2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas de Mortalidade**. Disponível em < <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo03/consultar.xhtml#panelResultado> >. Acesso em: 18 fev de 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho**. 2 ed. Rev. e atual. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <

bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/diretrizes_vigilancia_cancer_trabalho.pdf >. Acesso em: 14 fev. 2018.

JEONG, Y.M. Association of pre-operative medication use with post-operative delirium in surgical oncology patients receiving comprehensive geriatric assessment. **BMC Geriatrics** v. 16,n.13.2016. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4937600/> >. Acesso em: 19 fev. 2018.

JOOS, E; et al. Drug administration via enteral feeding tubes in residential care facilities for individuals with intellectual disability: an observational study. **J. Int. Dis. Res.** v.59, n.3. 2015. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24762229>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

KAWATA, N; et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy for decompression of malignant bowel obstruction. **Digestive Endoscopy.** v. 26. 2014. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23772988>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

KURIEN, M; et al. **Impact of direct drug delivery via gastric access devices.** Expert Opin. Drug Deliv. v.12, n3. 2014 Disponível em< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25288354>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

KRAYCHETE, D.C et al. Dor crônica persistente pós-operatória: o que sabemos sobre prevenção, fatores de risco e tratamento?. **Rev Bras Anesthesiol.** v.66, n.5. 2016. Disponível em< http://www.scielo.br/pdf/rba/v66n5/pt_0034-7094-rba-66-05-0505.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018

LEPORE, M; MARKS, D. J. B; HARBORD, M. W. N. Percutaneous gastrostomy: troubleshooting complications. **Brit J Hosp Med.** June 2016, V.77, n.6. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27269765>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

LINO, A. I. A. de; JESUS, C. A. C. de. Cuidado ao Paciente com Gastrostomia: Uma Revisão de Literatura. **Revista Estima.** v. 11, n. 3. 2013. Disponível em<<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/333>> Acesso em: fev. 2017.

LING, P; et al. Assessment of postoperative pain intensity by using photoplethysmography. **J Anesth.** 2014. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24828847>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

LUKE, S.V; et al. Decreased Length of Stay and Earlier Oral Feeding Associated with Standardized Post-Operative Clinical Care for Total Gastrectomies at a Cancer Center. *V.* 160, n. 3. 2016. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27316826> >. Acesso em: 19 fev. 2018.

LUCENDO, A.J; et al. Risk of bleeding in patients undergoing percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tube insertion under antiplatelet therapy: A systematic review with a meta-analysis. **Rev. esp. Enfer. Dig.** v . 107, n.3. 2015. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25733036>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

MARCHI, J.J. Cuidados perioperatórios em cirurgia bariátrica no contexto do projeto ACERTO: realidade e o imaginário de cirurgiões em um hospital de Cuiabá. **Rev. Col. Bras. Cir.** v.44, n.3. 2017. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912017000300270&script=sci_abstract&lng=pt >. Acesso em: 19 fev. 2018.

MARK, H ; DELEGGE, MD. Enteral Access and Associated Complications. *Gastroenterol Clin North Am.*v.47,n.1. 2018. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29413015> >. Acesso em: 16 fev. 2018.

MARTINS, A. C. F. **Perfil de pacientes portadores de gastrostomia e o papel dos cuidadores no domicílio.** Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/108609>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

MATSUBARA, M. G. S; et al. **Feridas e Estomas em Oncologia:** Uma Abordagem Multidisciplinar. 1. ed. São Paulo: Lemar, 2012.

MATSUTANI, T; et al. Comparison of Postoperative Pain Following Laparoscopic Versus Open Gastrostomy/Jejunostomy in Patients with Complete Obstruction Caused by Advanced Esophageal Cancer. **J Nippon Med Sch.** v.83,n. 6. 2016. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28133003>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

MAXIM, ITKIN M. D; et al. Multidisciplinary Practical Guidelines for Gastrointestinal Access for Enteral Nutrition and Decompression From the Society of Interventional Radiology and American Gastroenterological Association (AGA) Institute, With Endorsement by Canadian Interventional Radiological Association (CIRA) and Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE).

Gastroenterology. v.141. p.742–765. Disponível em <[http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(11\)00758-X/abstract](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(11)00758-X/abstract)>. Acesso em: 29 jan. 2017.

MELA, C. C; ZACARIN, C. F. L; DUPAS, G. Avaliação de famílias de crianças e adolescentes submetidos à gastrostomia. **Rev. Eletr. Enf.** v. 17, n. 2, p. :212-22. 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.29049>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

MENEZES, L. C. G; et al. Prática de Autocuidado de Estomizados: Contribuições da Teoria de Orem. **Rev Rene**. v.14, n.2, p. 301-10.2013 Disponível em <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11723>>. Acesso em:30 jan 2017.

MEEKER, M. H. M; ROTHROCK, J. C. **Alexander - Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

METUSSIN, M.R.C.P. Foley Catheters as Temporary Gastrostomy Tubes: Experience of a Nurse-Led Service. **Gastroenterol Nurs**. v. 39, n. 4. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27467058>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIZRAHI, I; et al. Comparison of Laparoscopic Versus Open Approach to Gastrostomy Tubes. **J.S.L.S**. 2014. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24680139>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

MORTON, P. G; FONTAINE, D. K. Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma abordagem Holística. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

NAVE, B.B; et al. Risk of Arterial Thromboembolism in Patients With Cancer. **J Am Coll Cardiol**. v.70, n. 8. 2017. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28818202>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

NAVES, L. K; TRONCHIN, D. M. Incidência de extubação gástrica dos usuários em um programa de assistência domiciliar de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, 8 telas, 2012. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300016&script=sci...tlneg...>. Acesso em: 13 fev. 2017.

NASCIMENTO, N. G; BORGES, E. L; DONOSO, M. T. V.. Assistência de Enfermagem a Pacientes Gastrostomizados Baseada em Evidências. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.5, n.3, p.1885-1897. Disponível em <

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/743>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

NASCIMENTO, J. E. A. Acerto: Acelerando a recuperação total pós-operatória. 3 ed. Rio de Janeiro. Rubio, 2016.

OJO, O. Problems with use of a Foley catheter in enteral tube feeding. **British J of Nursing.** v.23, n. 7. 2014. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24732987>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

PEIXOTO, A.R. Incidência de complicações e mortalidades em pacientes submetidos a duas técnicas de gastrostomia percutânea endoscópica em adultos. Dissertação (Mestrado).

Universidade do Rio Grande do Sul. 2017. Disponível em <

<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/171404>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

PEREIRA, R.J; et al. Pain management after outpatient surgical procedure. **Rev Dor. São Paulo.** v.14,n.1. 2013. Disponível em

<www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806...script=sci_arttext...>. Acesso em: 19 fev. 2018.

PETER, M. D; SEBASTIANSKI, M; SELVARAJAH, V; GRAMLICH, L. Comparison of Complication Rates, Types, and Average Tube Patency Between Jejunostomy Tubes and Percutaneous Gastrostomy Tubes in a Regional Home Enteral Nutrition Support Program. **Nutrition in Clinical Practice** v. XX , n.X , p.201X 1 –5. **American Society for Parenteral and Enteral Nutrition.** 2014. Disponível em

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25378355>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

PIMENTA, J. N. **Gastrostomia Endoscópica Percutânea a sua Importância na Criança.**

Dissertação (mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto, 2010. Disponível em < [https://repositorio-](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52832/2/Joana%20Pimenta%20%20Gastrostomia%20endoscopia%20percutanea%20a%20sua%20importancia%20na%20criana.pdf)

[aberto.up.pt/bitstream/10216/52832/2/Joana%20Pimenta%20%20Gastrostomia%20endoscopia%20percutanea%20a%20sua%20importancia%20na%20criana.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52832/2/Joana%20Pimenta%20%20Gastrostomia%20endoscopia%20percutanea%20a%20sua%20importancia%20na%20criana.pdf)>. Acesso em: 30 jan 2017.

RAHNEMAI-AZAR, A. A; et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications,

technique, complications and management. **World Journal of Gastroenterology.**v. 20, n.24,

p. 7739-7751. 2014. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > ... > PubMed Central (PMC) >. Acesso em: 13 jan. 2017.

RAZUK, M.F; MARTINEZ, J.C. Caracterização da neoplasias malignas de esôfago e estômago no conjunto hospitalar de Sorocaba. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**. v. 16, n. 1. 2014. Disponível em<<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/16415> >. Acesso em: 18 fev. 2018.

RIVAS, N.M; et al. Observational study of vascular dementia in the Spanish elderly population according to type 2 diabetes status: trends in incidence, characteristics and outcomes (2004-2013). **BMJ Open**. 2017. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28780555>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

ROCHA, J. P; et al. Eventos Adversos nos Relatórios de Enfermagem em uma Clínica Pediátrica. **Ciência y Enfermería**. v.20 , n.2, p. 53-63, 2014. Disponível em <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n2/art_06.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2017.

ROCHA, L.A; et al. Perfil, critérios de indicação e desfecho da inserção de gastrostomia em um hospital pediátrico universitário. **Acta Fisiatr**. v. 22, n.3. 2015. Disponível em<www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/114519>. Acesso em: 10 fev. 2018.

ROGENSKI, K. E. et al. Gastrostomia (GTT): aspectos gerais. Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - HU/USP. São Paulo. 2014. Disponível em <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/46779>>. Acesso em 13 mar. 2018.

RUSS, K.B; et al. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Amyotrophic Lateral Sclerosis. **The Am. J. Med. Sc.** v.350, n.2. 2015. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26135224> >. Acesso em: 18 fev. 2018.

SAKO, A.S; et al. Prevalence and in-hospital mortality of gastrostomy and jejunostomy in Japan: a retrospective study with a national administrative database. **Gen. Meet. Jap. Soc. Gastroent**. v.80, n.1.2014. Disponível em <[http://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(13\)02643-6/fulltext](http://www.giejournal.org/article/S0016-5107(13)02643-6/fulltext)>. Acesso em: 16 fev. 2018.

SANTOS, J. S. dos. Gastrostomia e Jejunostomia: Aspectos da evolução técnica e da Ampliação das Indicações. Simpósio: Fundamentos em Clínica Cirúrgica- 3º parte, Capítulo

- IV. Medicina. v.44, n.1, p.39-50. 2011. Disponível em <
www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47321/51057>. Acesso em: 12 jan. 2017.
- SILVA, V.C.S; FELICIO, D.C. Fatores de Risco para o Câncer Gástrico em grupos de classe socioeconômica baixa: Revisão Literária. **Rev. In. Cient. da Un. Vale do Rio Verde.** v. 6, n. 1. 2016 Disponível em<
<http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/2483> >. Acesso em 15 fev. 2018.
- SILVA, A. C; SILVEIRA, S. A.. Perfil epidemiológico e nutricional de usuários de nutrição enteral domiciliar. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde.** v.9, n.3, p.783-794. 2014. Disponível em < www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/10527/10931>. Acesso em: 13 fev. 2017.
- SONG, M. Family history of cancer in first-degree relatives and risk of gastric cancer and its precursors in a Western population. **Rev. Cancer Gastric.** 2018. Disponível em <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29455268> >. Acesso em: 02 mar. 2018.
- SU, Y.Y; et al. A survey of the enteral nutrition practices in patients with neurological disorders in the tertiary hospitals of China. **Asia Pac J Clin Nutr.** v.25, n.3. 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27440686> >. Acesso em: 16 fev. 2018.
- SUSIN, F. P; et al. Perfil de pacientes com paralisia cerebral em uso de gastrostomia e efeito nos cuidadores. **Rev. CEFAC.** v.14, n.5, p. 933-942. 2012. Disponível em <
www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000500020 >. Acesso em: 13 fev 2017.
- SPELSBER, F.W; CT fluoroscopy guided percutaneous gastrostomy or jejunostomy without (CT-PG/PJ) or with simultaneous endoscopy (CT-PEG/PEJ) in otherwise untreatable patients. **Surg Endosc.**v.27. 2013. Disponível em <
journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0884533616653806 >. Acesso em: 19 fev. 2019.
- TEIXEIRA, J,M,F; DURÃO, M.C. Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. de Enferm. Ref.** 2016. Disponível em<
www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a15.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2018.

TONG, G.X. Association of Risk of Gastric Cancer and Consumption of Tobacco, Alcohol and Tea in the Chinese Population. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. v. 15. 2014 Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25374204> >. Acesso em: 18 fev. 2018.

VOLPE, P; DOMENE, C. E; SANTO, M. A; et al. Gastrostomia e Jejunostomia Videoassistidas com dois Portais: Simplificação Técnica e Resultados Clínicos. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. v.28, n.1, p.57-60. 2015. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/abcd/v28n1/pt_0102-6720-abcd-28-01-00057.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2017.

WILLCUTTS, K.F; et al. Early Oral Feeding as Compared With Traditional Timing of Oral Feeding After Upper Gastrointestinal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Surgery*. v.264, n.1. 2016. Disponível em < <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=26779983> >. Acesso em: 19 fev. 2018.

WILMSHOETTER, J; et al. **Impact of Gastrostomy Feeding Tube Placement on the 1-Year Trajectory of Care in Patients After Stroke**. *Nutrition in Clinical Practice*. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. 2018. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29397032>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

YAMADA, B. A; et al. SOBEST. Associação Brasileira de Estomaterapia: Competências do Enfermeiro Estomaterapeuta TI SOBEST ou do Enfermeiro Estomaterapeuta. **Revista Estima** vol.6 n.1, 2008. Atualizado segundo o Estatuto revisado na Assembléia Geral Ordinária do dia 25 de outubro de 2009. Disponível em < <http://www.sobest.org.br/texto/11#> >. Acesso em: 31 jan. 2017.

ZETTERVAL, S.L. Comparison of Complications Following Laparoscopic and Endoscopic Gastrostomy Placements. **J Gastrointest Surg**. v.21, n.9. 2017. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28660520> >. Acesso em 17 fev. 2018.

ZHENG, G; et al. Familial associations of female breast cancer with other cancers. **Int. J. Cancer**. v.141, n. 11. 2017. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28801919> >. Acesso em: 18 fev. 2018.



8 Anexos

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

	Universidade Federal de Campina Grande Hospital Universitário Alcides Carneiro Rua: Dr. Carlos Chagas, S/N, São José. CEP: 58400-398	
---	--	---

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Homero Gustavo C. Rodrigues, Superintendente desta instituição, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **COMPLICAÇÕES DE FERIDAS OPERATÓRIAS EM PACIENTES CIRÚRGICOS**, neste hospital, no período de janeiro a março de 2018, tendo como pesquisadora a Profª Alana Tamar Oliveira de Sousa e orientandas Tamirys Maria Umbelino da Silva Leite, Iris Raquel Dantas Moura e Rizocele da Silva.

Campina Grande, 26 de dezembro de 2017.

Dr. Homero Gustavo C. Rodrigues
Superintendente HUAC/USG
Mat. SUP. 101433

Homero Gustavo C. Rodrigues
Superintendente do HUAC

ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO SETORIAL

	Universidade Federal de Campina Grande Hospital Universitário Alcides Carneiro Rua: Dr. Carlos Chagas, S/N, São José. CEP: 58400-398	
---	--	---

TERMO DE ANUÊNCIA SETORIAL

Eu, Ivo Marquis Bezerra Júnior, Coordenador Médico do Setor de Clínica Cirúrgica do HUAC, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **COMPLICAÇÕES DE FERIDAS OPERATÓRIAS EM PACIENTES CIRÚRGICOS**, que será realizada no setor por mim coordenado, no período de janeiro a março de 2018, tendo como pesquisadora a Profª Alana Tamar Oliveira de Sousa e orientandas Tamirys Maria Umbelino da Silva Leite, Iris Raquel Dantas Moura e Rizocele da Silva.

Campina Grande, 26 de dezembro de 2017.



Ivo Marquis Bezerra Júnior

Coordenador Médico do Setor de Clínica Cirúrgica do HUAC

ANEXO C- PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: COMPLICAÇÕES DE FERIDAS OPERATÓRIAS EM PACIENTES CIRÚRGICOS

Pesquisador: Alana Tamar Oliveira de Sousa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57917316.4.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.718.517

Apresentação do Projeto:

A pesquisa será desenvolvida no Hospital Universitário Alcides Carneiro, localizado no Município de Campina Grande-PB. A pesquisa acontecerá em 341 prontuários da ala cirúrgica, considerando o intervalo de junho de 2015 a maio de 2016. Os critérios de inclusão serão os prontuários que apresentem: pacientes acima de 18 anos; descrição da ferida operatória com suas características; tipo de cirurgia; e o procedimento utilizado. E como critério de exclusão: prontuários com conteúdo ilegível. A coleta de dados acontecerá no intervalo de julho a agosto de 2016, utilizando um roteiro estruturado contendo itens relacionados aos dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos de pacientes com feridas operatórias. Os dados obtidos na coleta de dados serão analisados utilizando a estatística descritiva; valendo-se do uso do programa Statistical Package for the Social Sciences 21.0

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as complicações de feridas operatórias em pacientes cirúrgicos de um hospital escola no município de Campina Grande.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico desses pacientes; Identificar os principais procedimentos cirúrgicos relacionados às

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.718.517

complicações em ferida operatória; Delinear a prevalência e a incidência de complicações em feridas operatórias.

Relacionar os fatores de risco e as complicações em feridas operatórias presentes nos pacientes cirúrgicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não foram descritos

Benefícios:

Apresentar informações que são essenciais para gestores, profissionais, acadêmicos e para a sociedade, a fim de nortear novas condutas clínicas e

outras pesquisas na abordagem dessas complicações, de modo a contribuir para uma assistência de qualidade e livre de danos ao paciente

cirúrgico

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, descrita adequadamente

O pesquisador não descreve riscos. Importante ressaltar que Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. A pesquisa oferece riscos mínimos. Esta pesquisa traz riscos de identificação e reconhecimento dos pacientes, com possibilidade de publicidade dos dados neles contidos uma vez que os pesquisadores terão acesso aos prontuários.. É necessário descrever no projeto quais os riscos e a forma de minimizá-los, e a possibilidade de danos imediatos e posteriores das complicações advindas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na apreciação deste projeto constatamos os seguintes documentos devidamente datados e assinados:

- Folha de rosto;
- Termo de autorização institucional
- Termo de compromisso dos pesquisadores
- Solicitação de dispensa do TCLE
- Projeto completo
- Declaração de divulgação dos resultados

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.718.517

Recomendações:

Recomendamos que sejam descritos os riscos no projeto. Bem como garantir aos participantes o direito de indenização por eventuais danos causados pela divulgação dos dados coletados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As informações presentes no corpo do projeto atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS N°466 de 12 de dezembro de 2012. Portanto, o protocolo de pesquisa foi considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_738313.pdf	15/07/2016 02:21:27		Aceito
Outros	DECLARACAO_SAME.pdf	15/07/2016 02:21:04	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Outros	Anexo_A_autorizacao_SAME.pdf	05/07/2016 10:16:33	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice_D_dispensa_TCLE.pdf	04/07/2016 17:47:13	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	apendice_C_declaracao_divulgacao_resultados.pdf	04/07/2016 17:46:47	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	apendice_B_termo_responsabilidade.pdf	04/07/2016 17:46:24	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_TCC_FINAL.pdf	04/07/2016 17:45:45	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Outros	APENDICE_A_INSTRUMENTO_DE_COLETA.pdf	28/06/2016 23:19:14	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Outros	anuencia_HUAC.pdf	28/06/2016 23:16:41	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_ASSINADA.pdf	28/06/2016 23:10:32	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.718.517

CAMPINA GRANDE, 09 de Setembro de 2016

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO D- EMENDA APROVADA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: COMPLICAÇÕES DE FERIDAS OPERATÓRIAS EM PACIENTES CIRÚRGICOS

Pesquisador: Alana Tamar Oliveira de Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57917316.4.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.462.453

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa documental-descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa será desenvolvida no Hospital Universitário Alcides Carneiro, localizado no Município de Campina Grande-PB. A pesquisa acontecerá em 341 prontuários da ala cirúrgica, considerando o intervalo de junho de 2015 a maio de 2016.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar as complicações de feridas operatórias em pacientes cirúrgicos de um hospital escola no município de Campina Grande.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora desconhece os riscos da pesquisa, não prevendo a possibilidade de riscos, mesmo que sejam mínimos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa academicamente viável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados termos de anuência institucional e setorial do HUAC atualizados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de uma emenda para inclusão de novas pesquisadoras, bem como alteração de cronograma. Assim sendo a pesquisadora apresenta os documentos que atualizam a pesquisa e

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.462.453

justifica a emenda.

Dessa forma, somos de parecer APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

PARECER AD REFERENDUM EM 09/01/2018

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1054878_E1.pdf	04/01/2018 01:30:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TCLE_ASSINADA.pdf	02/01/2018 03:26:08	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIAS.pdf	02/01/2018 03:25:46	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO_APOS_ALTERACOES.pdf	02/01/2018 03:24:56	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_TCC_FINAL.pdf	04/07/2016 17:45:45	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Outros	APENDICE_A_INSTRUMENTO_DE_COLETA.pdf	28/06/2016 23:19:14	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_ASSINADA.pdf	28/06/2016 23:10:32	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 09 de Janeiro de 2018

Assinado por:
DANIEL FERREIRA GONÇALVES DE OLIVEIRA
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br



9 Apêndices

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE ESTOMAS DE ALIMENTAÇÃO		
NÚMERO DO PARTICIPANTE:		
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
1. Nome	2. Prontuário	
2. Data de coleta ____ / ____ / ____		
3. Idade		
4. Sexo	1.Masculino 2.Feminino	
5. Raça	1. Branca 2.Amarela 3. Parda 4. Negra 5. Não consta	
6. Estado Civil	1. Solteiro (a) 2. Casado (a) 3. União estável 4.Viúvo (a) 5. Divorciado (a) 6. Não consta	
7. Nível de escolaridade	1. Não alfabetizado 2. Ensino fundamental incompleto 3. Ensino fundamental completo 4. Ensino médio incompleto	5. Ensino médio completo 6. Ensino superior incompleto 7. Ensino superior completo 8. Não consta
8. Ocupação ou Profissão	1. Desempregado 2. Empregado 3. Aposentado 4. Autônomo 5. Trabalhador informal 6. Licença Saúde 7. Agricultor 8. Do lar 9. Outras 10. Não consta	
9. Local de Residência	1. Zona Rural 2. Zona Urbana	
10. Condições de Moradia	1. Casa de alvenaria 2. Casa de taipa 3. Outros: _____	
11. Religião	1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita	4. Candomblé 5. Não Tem 6. Não consta
12. Renda Familiar	1. < 1 salário mínimo 2. 1 a 2 salários mínimos 3. 3 a 4 salários mínimos	4. > 4 salários mínimos 5. Não consta
HISTÓRICO CLÍNICO		
13. Histórico Familiar de Comorbidades	1. Sim 2. Não 3. Não consta	
13. Histórico Pessoal de Comorbidades	Diabetes 1. Sim 2. Não 3. Não consta Hipertensão Arterial 1. Sim 2. Não 3. Não consta Doenças renais 1. Sim 2. Não 3. Não consta Câncer 1. Sim	Síndrome Neuroléptica maligna 1. Sim 2. Não 3. Não consta Hipotireoidismo 1. Sim 2. Não 3. Não consta Síndrome de Rett 1. Sim 2. Não 3. Não consta Úlcera gástrica 1. Sim

	<p>2. Não 3. Não consta</p> <p>Desnutrição (Kg)</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica)</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>HIV/AIDS</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Sequela neurológica após TCE</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>DPOC</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Sequela neurológica após AVE</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Deficiência Visual</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Tetraplegia</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>ICC</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p>	<p>2. Não 3. Não consta</p> <p>H. Pylori positivo</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Gastrite atrófica</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Estenose pilórica crônica</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Parkinson</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Síndrome da imobilidade</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Pneumonia</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Alzheimer</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Gastrite Hiperêmica</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Crise convulsiva</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Sobrepeso</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Paralisia Cerebral</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p>	
15. Hábitos de Vida	Étilista	Tabagista	Sedentarismo

	1. Sim 2. Não 3. Ex-etilista 4. Não consta	1. Sim 2. Não 3. Ex-tabagista 4. Não consta	1. Sim 2. Não 3. Não consta
16. Indicação da Gastrostomia ou Jejunostomia	1. Alimentação 2. Descompressão Gástrica		
17. Condições Clínicas que indicaram realização da cirurgia	1. Anomalias craniofaciais 2. Impossibilidade de receber aporte calórico por Via Oral à longo prazo 3. Aspiração pulmonar recorrente 4. Obstrução intestinal inoperável 5. Dificuldade de deglutição por condições neurológicas 6. Dificuldade de deglutição por trauma facial 7. Queimaduras extensas 8. Fibrose Cística 9. Doença de Cronh 10. Neoplasia de cabeça e pescoço 11. Neoplasia de esôfago 12. Neoplasia pulmonar 13. Obstrução luminal por doença maligna: _____ 14. Mais de uma condição 15. Estenose esofágica		
18. Técnica operatória Utilizada	1. Gastrostomia Cirúrgica 2. Gastrostomia Laparoscópica 3. Gastrostomia Endoscópica Percutânea 4. Gastrostomia por Fluoroscopia 5. Jejunostomia		
19. Tipo de Sonda empregada	1. Sonda de Silicone 2. Sonda de poliuretano 3. Sonda de Foley 4. Outra: _____ 5. Não consta/em branco		
20. Terapia Medicamentosa em Uso	1. Corticosteroide 2. Antibiótico 3. Antiácido 4. Anti-hipertensivo 5. Hipoglicemiante 6. Analgésicos	7. Antiparkinsonianos 8. TARV 9. Anticoagulante 10. Anticonvulsivante 11. Coagulante	12. Antiemético 13. Benzodiazepínicos 14. Antidepressivo 15. Outros 16. Mais de um
22. Complicações	Vazamento da dieta 1. Sim 2. Não 3. Não consta Dermatite 1. Sim 2. Não 3. Não consta Presença de exsudato 1. Sim	Fístula Gastrocutânea 1. Sim 2. Não 3. Não consta Hemorragia 1. Sim 2. Não 3. Não consta Aspiração 1. Sim	

	<p>2. Não 3. Não consta</p> <p>Seroma da ferida operatória</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Infecção Periestomal</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Presença de granuloma</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Presença de necrose</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Migração da Sonda</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Obstrução da sonda</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Perda precoce da sonda</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Peritonite</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p>	<p>2. Não 3. Não consta</p> <p>Perfuração da Sonda</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Desgaste da sonda</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Desabamento da sonda</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Dor</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Escala de dor: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10() 11() Não Avaliada</p> <p>Edema periestomal</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Outras: _____</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p> <p>Queimadura periestomal</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não consta</p>
23. Prescrição no PO	<p>1. Sonda aberta (débito em 24h _____)</p> <p>2. Sonda fechada</p>	
24. Dieta no PO	<p>Início da dieta no pós-operatório: ___h</p> <p>Tipo de dieta:</p> <p>1. SG 5%</p> <p>2. SF 0,9%</p> <p>3. Dieta líquida de prova</p> <p>4. Dieta pastosa</p> <p>5. Não consta</p> <p>6. Sem resíduos</p> <p>7. Para HAS</p> <p>8. Para DM</p> <p>9. Para DM e HAS</p> <p>10. Hiperproteica e/ou hipercalórica</p> <p>11. Hipoglicídica, Hiperproteica e/ou hipercalórica</p> <p>12. Dieta livre</p> <p>13. Não fez dieta</p>	

25. Tempo da hospitalização	Tempo Pré-operatório: __ horas Tempo Pós-operatório 1. Menos de 01 dia 2. De 01 a 02 dias 3. De 02 a 03 dias 4. De 03 dias a 1mês: _____ dias 5. De 01 à 02 meses 6. De 03 à 04 meses 7. > 4 meses: _____			
26. Preparo da pele no pré-operatório	Banho 1. Sim 2. Não 3. Não consta	Degermação no Centro Cirúrgico 1. Sim 2. Não 3. Não consta	Tricotomia 1. Sim 2. Não 3. Não consta	
28. Cuidados no PO	Curativo diário: nº de trocas _____ Cobertura: _____			
27. Desfecho do paciente	Alta 1. Sim 2. Não	Readmissão e alta 1. Sim 2. Não	Readmissão e óbito 1. Sim 2. Não	Óbito 1. Sim 2. Não

APÊNDICE B - TERMO DE RESPONSABILIDADE DOS PESQUISADORES

33

APÊNDICE B

TERMO DE RESPONSABILIDADE DOS PESQUISADORES



Universidade Federal de Campina Grande
Unidade Acadêmica de Saúde
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo assinadas, respectivamente, pesquisadora responsável e orientandas da pesquisa intitulada: “COMPLICAÇÕES DE FERIDAS OPERATÓRIAS EM PACIENTES CIRÚRGICOS” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, a nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos questionários correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após seu término.

Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ou ainda, as Curadorias envolvidas na presente pesquisa, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ao CEP qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Cuité, 26 de dezembro de 2017.

Alana Tamar Oliveira de Sousa
 Alana Tamar Oliveira de Sousa
 Orientadora Responsável pela Pesquisa

Tamirys Maria Umbelino da Silva Leite
 Tamirys Maria Umbelino da Silva Leite
 Orientanda da Pesquisa

Iris Raquel Dantas Moura
 Iris Raquel Dantas Moura
 Orientanda da Pesquisa

Rizocele da Silva
 Rizocele da Silva
 Orientanda da Pesquisa

APÊNDICE C- DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

APÊNDICE C
DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Universidade Federal de Campina Grande
Unidade Acadêmica de Saúde
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Por este termo de declaração de divulgação dos resultados, eu, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada “COMPLICAÇÕES DE FERIDAS OPERATÓRIAS EM PACIENTES CIRÚRGICOS” assumo a responsabilidade de divulgar os resultados da pesquisa, sejam eles favoráveis ou não, com os devidos créditos aos autores, conforme regulamenta a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares.

Cuité, 12 de junho de 2016.

Alana J. O. de Sousa

Alana Tamar Oliveira de Sousa
Orientadora Responsável pela Pesquisa

APÊNDICE D- SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

APÊNDICE D
SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Alana Tamar Oliveira de Sousa, pesquisadora responsável pelo estudo "COMPLICAÇÕES DE FERIDAS OPERATÓRIAS EM PACIENTES CIRÚRGICOS" considerando o descrito na Res. CNS 466/2012, solicito a dispensa da apresentação do TCLE, considerando o que se segue:

Procedimentos que serão realizados:

Coleta de dados junto aos prontuários dos pacientes atendidos pela instituição escolhida como cenário da pesquisa, durante o período de janeiro a março de 2018.

Justificativa quanto à responsabilidade de obtenção do TCLE:

Torna-se impossível localizar todos os pacientes para assinatura dos referidos termos.

Esclareço, ainda, que o responsável pela instituição que tem a guarda do material (prontuário) conforme declaração anexa, permitiu a sua utilização, salvaguardando os interesses dos pesquisados quanto a sua imagem e privacidade.

Esclareço, finalmente, que assumo a total responsabilidade pelas informações apresentadas.

Cuité, 27 de dezembro de 2017.

Alana T.O. de Sousa

Alana Tamar Oliveira de Sousa
Orientadora Responsável pela Pesquisadora