



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

IRIS RAQUEL DANTAS MOURA

**FATORES ASSOCIADOS ÀS COMPLICAÇÕES DE FERIDAS OPERATÓRIAS EM
PACIENTES DE UM HOSPITAL ESCOLA**

**CUITÉ
2018**

IRIS RAQUEL DANTAS MOURA

FATORES ASSOCIADOS ÀS COMPLICAÇÕES DE FERIDAS OPERATÓRIAS EM
PACIENTES DE UM HOSPITAL ESCOLA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Bacharelado 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
2018

M929f

Moura, Iris Raquel Dantas.

Fatores associados às complicações de feridas operatórias em pacientes de um hospital escola. / Iris Raquel Dantas Moura. – Cuité, 2018.

32 f. : il. color.

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2018.

"Orientação: Profª. Dra. Alana Tamar Oliveira de Sousa".

1. Enfermagem – Feridas Operatórias. 2. Feridas Cirúrgicas – Fatores de Risco. 3. Complicações Pós-operatórias. I. Souza, Alana Tamar Oliveira de. II. Título.

CDU 616-083(043)

IRIS RAQUEL DANTAS MOURA

**FATORES ASSOCIADOS ÀS COMPLICAÇÕES DE FERIDAS OPERATÓRIAS EM
PACIENTES DE UM HOSPITAL ESCOLA**

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

Aprovado em: //_____

BANCA EXAMINADORA

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

Prof.^a Ms. Danielle Samara Tavares de Oliveira
Membro examinador – UAENFE/CES

Prof.^o Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Membro examinador – UAENFE/CES

CUITÉ
2018

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido a realização desta obra, me protegendo em todas as viagens e me reerguendo a cada dificuldade.

Aos meus pais, Vera e Chagas, que me apoiam em todas as decisões, me dão força para dar seguimento, não só nesta pesquisa, mas durante minha vida inteira e me acompanham em todos os momentos de minha existência, me auxiliando no que podem.

Ao meu irmão e minha cunhada, Rael e Hillianne, pelo apoio e ajuda quando preciso.

Ao meu namorado, Ancélio, por estar comigo em todos os momentos.

A minha orientadora, Alana Tamar, por todo apreço e esforço durante todo o período de desenvolvimento desta pesquisa, por estar sempre presente e não medir esforços quando necessito.

A Prefeitura Municipal de Frei Martinho-PB, em especial ao Secretário de Transportes, pela ajuda com as viagens para a coleta de dados.

A Eduardo, que forneceu toda a lista de pessoas e prontuários para construção da amostra, além do acolhimento e incentivo à pesquisa.

A todo o pessoal do Arquivo, do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em especial a João, a Adriano e a André, que realizaram a busca e a entrega de prontuários.

A Tamyris, pela ideia maior deste trabalho e contribuição teórica em todo o projeto enviado ao comitê.

A Rizocele e Davi, pela acolhida e estadia em Campina Grande, além do companheirismo durante o período de coleta.

A Matheus e a Danielle, minha banca examinadora, por todo apoio, ajuda e contribuição neste trabalho.

A todos vocês, minha gratidão e meu mais sincero. Obrigada. Vocês fizeram parte deste processo junto a mim.

“O que importa na vida não é o ponto de partida, mas a caminhada”.

Cora Coralina

Dedico este trabalho a minha família que me apoia em todas as minhas decisões, me fortalecendo e sendo luz em minha caminhada.

RESUMO

Moura, Iris Raquel Dantas Moura. **Fatores associados às complicações de feridas operatórias em pacientes de um hospital escola.** 2018. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande - Cuité, 2018.

Objetivos: Investigar complicações de feridas operatórias em pacientes de um hospital escola, descrever seu perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico e relacionar os fatores associados às suas complicações. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa documental-descritiva de abordagem quantitativa, com 359 prontuários de pacientes submetidos a cirurgias no período de junho de 2012 a agosto de 2017, selecionados por abordagem probabilística aleatória simples. Os critérios de inclusão foram prontuários que apresentavam pacientes acima de 18 anos, descrição da ferida operatória, tipo de cirurgia e procedimento utilizado. Os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** A maioria era mulher, casada e com ensino fundamental incompleto. O tempo de pré e pós-operatório foi menor que um dia e as feridas classificadas como potencialmente contaminadas foram mais recorrentes. Apenas o tempo de pré e pós-operatório foram associados com complicações. **Conclusão:** A frequência de complicações encontradas foi de 38,2%, dentre elas, a dor foi a mais prevalente (33,1%). Os fatores associados à presença das complicações foram o tempo de pré-operatório com a necrose e o tempo de pré e pós-operatórios com infecção, deiscência, hemorragia e dor. A falta de padronização nas anotações e a deficiência nos registros foram algumas limitações encontradas.

Descritores: Ferida cirúrgica. Complicações pós-operatórias. Fatores de Risco. Período Pós-operatório. Enfermagem.

ABSTRACT

Moura, Iris Raquel Dantas Moura. **Factors associated with complications of operative wounds in patients of a school hospital.** 2018. 32 f. Course Completion Work (Nursing graduation) - Academic Nursing Unit, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande - Cuité, 2018.

Objectives: To investigate complications of surgical wounds in patients of a school hospital, to describe their sociodemographic, clinical and therapeutic profile and to relate the factors associated with their complications. **Materials and Methods:** This is a documental-descriptive study with a quantitative approach, with 359 medical records of patients submitted to surgeries from June 2012 to August 2017, selected by simple random probabilistic approach. The inclusion criteria were records that presented patients over 18 years of age, describing the surgical wound, type of surgery and procedure used. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** Most were married, with incomplete elementary education. Pre-and postoperative time less than one day and wounds classified as potentially contaminated were more recurrent. Only preoperative and postoperative time were associated with complications. **Conclusion:** The frequency of complications was 38.2%, among them, pain was the most prevalent (33.1%). The factors associated with the presence of complications were preoperative time with necrosis and pre and postoperative time with infection, dehiscence, hemorrhage and pain. The lack of standardization in the annotations and the deficiency in the registries were some limitations found.

Descriptors: Surgical wound. Postoperative complications. Risk factors. Post-operative period. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência absoluta e percentual dos participantes conforme suas características sociodemográficas.	14
Tabela 2 – Tempo de hospitalização dos pacientes no pré e pós-operatório.....	15
Tabela 3 – Frequência absoluta e percentual das cirurgias conforme classificação da ferida operatória de acordo com o grau de contaminação e sua localização.....	16
Tabela 4 – Frequência absoluta e percentual das complicações de ferida operatórias	17
Tabela 5 – Associação entre os fatores comportamentais e perioperatórios e ocorrência de complicações	18

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

FO – Ferida Operatória

HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro

IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

ISC – Infecção do Sítio Cirúrgico

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
MÉTODOS.....	12
RESULTADOS	14
DISCUSSÃO	19
CONCLUSÃO.....	25
ANEXO – A.....	29
DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	29
APÊNDICE – A.....	30
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	30
APÊNDICE B.....	32
SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE.....	32

INTRODUÇÃO

As complicações cirúrgicas são eventos adversos que podem resultar em incapacidades e mortes. Estima-se que sejam realizadas entre 187 e 281 milhões de cirurgias de grande porte anualmente no mundo. Concomitantemente a esses avanços estão às complicações destes procedimentos cirúrgicos, que variam entre 3% e 16%, e os óbitos que podem alcançar entre 5% e 10%, em países em desenvolvimento ⁽¹⁾. Dentre este quantitativo, estão àquelas relacionadas às feridas operatórias (FO), que aparecem como uma das causas mais comuns decorrentes de procedimentos cirúrgicos ⁽²⁾, que podem incluir infecção, dor, hemorragia, necrose, seroma, hematoma, deiscência e evisceração.

As FO decorrem de uma interrupção intencional da integridade do tegumento, que gera uma reação fisiológica do organismo, com tendência a reparar o tecido naturalmente, que envolvem a inflamação, a epitelização, a fibroplasia e a maturação ⁽³⁾. Quando as feridas não cicatrizam de forma esperada, existem vários fatores a serem considerados, divididos em extrínsecos e intrínsecos.

Com relação aos fatores intrínsecos ou pessoais, pode-se citar: a idade, a hipovolemia, a atividade física excessiva, a imunossupressão, déficit de nutrição, obesidade, diabetes mellitus, tabagismo, além de distúrbios sistêmicos e os fatores estressantes advindos da própria situação vivenciada, como a ansiedade. Enquanto os extrínsecos incluem os fatores relacionados à assistência em saúde, como o manuseio inadequado dos tecidos, a técnica cirúrgica ou de curativo inadequadas e período perioperatório prolongado ⁽⁴⁾.

Dessa forma, fica claro que as complicações de feridas operatórias podem causar sérios prejuízos para o paciente, já que isso causa grandes transtornos para o hospital porque onera o tempo de internação e o tratamento que requer novos exames, medicamentos, dentre outros e, principalmente, para o paciente quando este se torna incapacitado em suas funções trabalhistas e até mesmo cotidianas.

Essa pesquisa se justifica diante da importância dos cuidados de enfermagem ao paciente perioperatório, em que as complicações na ferida operatória são frequentes, mas que podem ser evitadas, desde que ele receba uma assistência de qualidade durante esse período de vivência do procedimento cirúrgico. Ademais, não se tem tantos estudos que envolvam essa problemática de forma ampla em pesquisas brasileiras, tampouco dados como se apresenta no contexto de um hospital escola analisando todas as cirurgias e complicações encontradas no serviço.

Desse modo, a pesquisa se torna relevante no que tange ao esclarecimento do perfil desses pacientes, da frequência desses agravos, bem como dos fatores relacionados às principais complicações na ferida operatória, para que tais informações possam ser apresentadas e discutidas por gestores, profissionais, acadêmicos e pela a sociedade, a fim de auxiliar na adoção de protocolos, nortear novas condutas clínicas e pesquisas na abordagem dessas complicações, de modo a contribuir para uma assistência de qualidade e livre de danos ao paciente cirúrgico.

Neste intuito, os objetivos deste trabalho foram de investigar complicações de FO em pacientes de um hospital escola no município de Campina Grande-Paraíba, descrever seu perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico e relacionar os fatores associados às complicações nesses pacientes cirúrgicos.

MÉTODOS

A presente pesquisa faz parte de um estudo mais amplo intitulado “Complicações de feridas operatórias em pacientes cirúrgicos” e trata-se de uma pesquisa documental-descritiva, com abordagem quantitativa, desenvolvida em um hospital escola, localizado no município de Campina Grande-Paraíba, com o uso de dados obtidos por meio de prontuários, considerando o intervalo de junho de 2012 a agosto de 2017. Os critérios de inclusão foram os prontuários

que apresentaram pacientes com idades acima de 18 anos; descrição da FO, do tipo de cirurgia e o procedimento utilizado. Foram excluídos os prontuários com conteúdo ilegível.

Para calcular o tamanho da amostra, realizou-se um levantamento do total de pessoas internadas para realização de cirurgias durante o período citado, cujo valor foi de 5.499 pessoas. Assim, considerando o cálculo amostral para a população finita, com nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e prevalência estimada de 50% de complicações de FO, obteve-se uma amostra de 359 prontuários a serem analisados.

Os prontuários foram avaliados e as cirurgias foram estratificadas conforme o sistema abordado, em: dermatológicas, gastrointestinais, vasculares, cabeça e pescoço, geral, plásticas, torácicas, proctológicas, urológicas, ginecológicas, ortopédicas, cardíacas, neurovasculares e oftálmicas. Estas três últimas foram unidas em apenas uma classe, devido ao reduzido número de cirurgias. Depois, procedeu-se a uma porcentagem proporcional a cada classe cirúrgica e extraiu-se o quantitativo dos prontuários equivalentes, de forma que os 359 prontuários fossem distribuídos em cada classe de cirurgia. Os prontuários foram numerados e selecionados por meio de abordagem probabilística aleatória simples, sorteados no site: www.sorteador.com.br.

A coleta de dados ocorreu em dezembro de 2017 e janeiro de 2018. Para tanto, foi utilizado um roteiro estruturado, com variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas de pacientes com feridas operatórias, avaliando todo o período periperatório do paciente. Os dados obtidos foram analisados por meio da estatística descritiva e da apuração de frequências simples absolutas e relativas. Para analisar as relações entre as variáveis foi empregado o teste de Fischer, considerando a significância estatística quando o p -valor $< 0,05$, através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* 21.0 (SPSS). Os resultados foram comparados com a literatura pertinente. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob CAEE nº 57917316.4.0000.5182.

RESULTADOS

Dos 359 pacientes, 217 (60,44 %) residiam na cidade de Campina Grande, na Paraíba, enquanto os outros residiam em outras cidades do Estado. A idade dos participantes variou de 18 a 97 anos, com média de idade de 50,6 (DP±17,51) anos e mediana de 50 anos.

Com relação ao sexo, grupo étnico, estado civil e escolaridade, os dados estão evidenciados na tabela 1.

Tabela 1 – Frequência absoluta e percentual dos participantes conforme suas características sociodemográficas.

Variável	<i>f</i>	%	IC 95%
Sexo			
Feminino	216	60,2	(54,6-65,2)
Masculino	143	39,8	(34,8-45,4)
Grupo étnico			
Pardo	250	69,6	(63,5-74,1)
Branco	59	16,4	(13,4-20,3)
Não informado	38	10,6	(7,5-13,9)
Negro	9	2,5	(1,1-4,2)
Amarelo	3	0,8	(0,0-1,9)
Estado Cível			
Casado	187	52,1	(46,8-57,4)
Solteiro	98	27,3	(22,3-31,8)
Viúvo	30	8,4	(5,6-11,4)
Divorciado	22	6,1	(3,6-8,6)
Não informado	12	3,3	(1,7-5,6)
União consensual	10	2,8	(1,1-4,5)
Escolaridade			
Não escolarizado	42	11,7	(8,4-15,3)
Ensino Fundamental incompleto	129	35,9	(31,2-40,4)
Ensino Fundamental completo	48	13,4	(9,7-15,7)
Ensino médio incompleto	11	3,0	(1,4-5,0)
Ensino médio completo	54	15,0	(12,0-18,9)
Ensino superior incompleto	10	2,8	(1,4-4,5)
Ensino superior completo	18	5,0	(2,8-7,2)
Não informado	47	13,1	(9,7-17,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No que concerne aos dados apresentados, a maioria é feminina (60,2%), casada (52,1%), parda (69,6%) e com ensino fundamental incompleto (35,9%) (Tabela 1).

Os pacientes também foram investigados quanto aos hábitos de vida (tabagismo e etilismo). Segundo os dados descritos nos prontuários, 138 (38,4%) foram descritos como ex-

tabagistas, 32 (8,9%) como tabagistas, 45 (12,5%) não tinham esse hábito e 144 (40,1%) não havia registro. Quanto ao etilismo, 136 (37,9%) eram ex-etilistas, 37 (10,3%) eram etilistas, 25 (7,0%) não tinham essa prática e 161 (44,8%) não havia descrição.

Quanto à presença de comorbidades, 172 (47,9%) pacientes tinham em seu prontuário uma ou mais doenças de base descritas, sendo: 120 (33,4%) hipertensos; 67 (18,7%) diabéticos; 31 (8,6%) oncológicos; sete (1,9%) nefropatas; cinco (1,4%) obesos e desnutridos, cada um. Outras doenças não citadas acima foram encontradas em 34 (9,5%) pacientes, como cardiomegalia, Alzheimer, Parkinson, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), hipotireoidismo, hipertireoidismo e esclerose lateral amiotrófica.

A Tabela 2 apresenta o tempo de hospitalização dos pacientes no pré e no pós-operatório.

Tabela 2 – Tempo de hospitalização dos pacientes no pré e pós-operatório.

Variável	<i>f</i>	%	IC 95%
Tempo de hospitalização no pré-operatório			
< 1 dia	282	78,5	(74,4-83,3)
1 dia	15	4,2	(2,2-6,7)
2 I---I 3 dias	10	2,8	(1,1-4,7)
4 I---I 30 dias	52	14,5	(10,9-17,5)
Tempo de hospitalização no pós-operatório			
< 1 dia	123	34,2	(28,7-39,3)
1 dia	115	32,0	(27,6-36,8)
2 I---I 3 dias	38	10,6	(7,5-14,2)
4 I---I 30 dias	77	21,4	(17,3-25,3)
31 I---I 60 dias	5	1,4	(0,3-2,8)
61 I---I 120 dias	1	0,3	(0,0-0,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Com relação ao tempo de hospitalização, o resultado mais prevalente foi de menos de um dia, tanto no pré-operatório, 282 (78,5%), quanto no pós-operatório, 123 (34,3%), com tempo de permanência máxima de 30 dias no pré-operatório e 120 dias no pós-operatório.

Sobre o preparo da pele no pré-operatório, constatou-se que apenas um (0,3%) paciente constava registro de banho no período pré-operatório, enquanto que 356 (99,2%) receberam degermação da pele com Clorexidina a 2% realizada no centro cirúrgico e apenas sete (1,9%) dos pacientes realizaram a tricotomia neste período, não havendo registro de como foi realizada, conforme descrições encontradas.

A Tabela 3 expõe os resultados referentes à classificação da FO conforme grau de infecção e sua localização.

Tabela 3 – Frequência absoluta e percentual das cirurgias conforme classificação da ferida operatória de acordo com o grau de contaminação e sua localização.

Variável	<i>f</i>	%	IC 95%
Classificação da ferida operatória conforme o grau de contaminação			
Limpa	99	27,6	(22,3-32,3)
Potencialmente contaminada	237	66,0	(61,0-70,8)
Infectada	23	6,4	(3,9-9,2)
Localização da ferida operatória			
Abdômen	126	35,1	(29,5-39,8)
Tórax	61	17,0	(13,4-21,4)
Pescoço	43	12,0	(9,2-15,3)
MMII	35	10,0	(7,0-13,6)
Região inguinal	26	7,2	(4,7-10,3)
Região anorretal	16	4,5	(2,5-6,7)
Genitália	14	3,9	(1,9-6,4)
Região pubiana	9	2,5	(0,8-4,5)
Cabeça	8	2,2	(0,8-3,6)
Dorso	7	1,9	(0,6-3,6)
MMSS	7	1,9	(0,6-3,3)
Face	5	1,4	(0,3-2,8)
Glúteo	1	0,3	(0,0-0,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quanto à classificação da FO conforme o grau de contaminação, 237 (66,0%) foram potencialmente contaminadas, e o abdômen foi o local onde houve o maior número de intervenções cirúrgicas, 126 (35,1%).

Com relação à presença de dreno, a maioria dos pacientes, 232 (64,6%), não teve a colocação do dreno durante a cirurgia ou no período pós-operatório.

A Tabela 4 exibe os resultados referentes à presença de complicações de FO.

Tabela 4 – Frequência absoluta e percentual das complicações de ferida operatórias.

Variável	<i>f</i>	%	IC 95%
Dor	119	33,1	(28,1-37,9)
Hemorragia	17	4,7	(2,5-7,0)
Infecção	9	2,5	(1,1-4,2)
Deiscência	9	2,5	(0,8-4,5)
Necrose	4	1,1	(0,0-2,5)
Hematoma	2	0,6	(0,0-1,4)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Obs.: Questão de múltiplas respostas.

Quanto à presença de complicações, 137 (38,2%) pacientes apresentaram algum tipo de complicação e, em alguns casos, havia mais de uma descrita na mesma pessoa. Entre as complicações encontradas, a dor foi a mais frequente, presente em 119 (33,1%) pacientes, e o hematoma foi menos relatado, apenas dois (0,6%) casos.

Dos indivíduos que apresentaram complicações, 127 (35,4%) necessitaram de tratamento, sendo o farmacológico o mais utilizado, 124 (34,5%), seguido da reabordagem cirúrgica com 13 (3,6%) e não farmacológico com 3 (0,8%) dos casos.

A Tabela 5 apresenta os resultados referentes à associação entre os fatores comportamentais (etilismo e tabagismo) e perioperatórios (tempo de pré e pós-operatórios, degermação, tricotomia e uso de dreno) e as complicações de FO.

Tabela 5 – Associação entre os fatores comportamentais e perioperatórios e ocorrência de complicações de feridas operatórias

Fatores Associados	Complicações																	
	Infecção			Hematoma			Necrose			Dor			Deiscência			Hemorragia		
	f	%	p valor	f	%	p valor	f	%	p valor	f	%	p valor	f	%	p valor	f	%	p valor
Etilismo																		
Etilista	3	8,1	p = 0,061	0	0,0	p = 0,459	0	0,0	p = 1,000	9	24,3	p = 0,270	0	0,0	p = 0,359	2	5,4	p = 1,000
Não etilista	1	0,7		2	1,5		2	1,5		43	31,6		2	1,5		5	3,7	
Ex-etilista	1	4,0		0	0,0		0	0,0		12	48,0		1	4,0		2	8,0	
Em branco	4	2,5		0	0,0		2	0,6		55	34,2		6	3,7		8	5,0	
Tabagismo																		
Tabagista	1	3,1	p = 0,626	0	0,0	p = 0,283	0	0,0	p = 1,000	9	28,1	p = 0,664	0	0,0	p = 0,485	1	3,1	p = 0,671
Não Tabagista	3	2,2		1	0,7		2	1,4		42	30,4		2	1,4		7	5,1	
Ex-tabagista	0	0,0		1	2,2		0	0,0		17	37,8		1	2,2		2	4,4	
Em branco	5	3,5		0	0,0		2	1,4		51	35,4		6	4,2		7	4,9	
Tempo de pré-operatório																		
< 1 dia	2	0,7	p < 0,001*	1	0,4	p = 0,155	1	0,4	p = 0,012*	68	24,1	p < 0,001*	4	1,4	p = 0,013*	7	2,5	p = 0,001*
1 dia	1	6,7		1	6,7		1	6,7		9	60,0		2	13,3		1	6,7	
2 I---I 3 dias	2	20		0	0,0		1	10,0		5	50,0		1	10,0		2	20,0	
4 I---I 30 dias	4	7,7		0	0,0		1	1,9		37	71,2		2	3,8		7	13,5	
Tempo de pós-operatório																		
< 1 dia	1	0,8	p < 0,001*	0	0,0	p = 0,135	0	0,0	p = 0,054	17	13,8	p < 0,001*	0	0,0	p = 0,003*	3	2,4	p = 0,001*
1 dia	0	0,0		0	0,0		0	0,0		28	24,3		1	0,9		1	0,9	
2 I---I 3 dias	0	0,0		1	2,6		1	2,6		20	52,6		2	5,3		2	5,3	
4 I---I 30 dias	6	7,8		1	1,3		3	3,9		49	63,6		5	6,5		10	13,0	
31 I---I 60 dias	1	20,0		0	0,0		0	0,0		5	100,0		1	20,0		1	20,0	
61 I---I 120 dias	1	100,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Degermação																		
Sim	9	2,5	p = 1,000	2	0,6	p = 1,000	4	1,1	p = 1,000	118	33,1	p = 1,000	9	2,5	p = 1,000	17	4,8	p = 1,000
Não Consta	0	0,0		0	0,0		0	0,0		1	33,3		0	0,0		0	0,0	
Tricotomia																		
Sim	0		p = 1,000	0	0,0	p = 1,000	0	0,0	p = 1,000	2	28,6	p = 1,000	0	0,0	p = 1,000	1	14,3	p = 0,290
Não consta	9	2,6		2	0,6		4	1,1		117	33,2		9	2,5		16	4,5	
Uso de Dreno																		
Sim	5	3,9	p = 0,289	0	0,0	p = 0,541	0	0,0	p = 0,302	43	33,9	p = 0,907	4	3,1	p = 0,726	6	4,7	p = 1,000
Não	4	1,7		2	0,9		4	1,7		76	32,8		5	2,2		11	4,7	

* Considerando o Teste Exato de Fischer e p valor < 0,05, há associação estatisticamente significativa entre o fator e a complicação.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Para investigar se havia associação estatística entre a presença das complicações com os fatores comportamentais e perioperatórios, aplicou-se o teste de Fischer, levando em consideração $p < 0,05$. Como resultado, apenas o intervalo de tempo de pré-operatório obteve associação estatística para a ocorrência de necrose, enquanto que o intervalo de pré e pós-operatório tiveram associação com infecção, dor, deiscência e hemorragia.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, como consta na Tabela 1, as mulheres apresentaram maioria entre os prontuários investigados. Este dado pode estar relacionado ao fato de que as mulheres tendem a se prevenir e procurar mais assistência em saúde do que os homens ⁽⁵⁾, representando ainda, a maioria em cirurgias eletivas ⁽⁶⁾. Quanto ao grupo étnico, os pardos foram os mais frequentes, dado comum em nossa região devido à miscigenação.

No que se refere ao estado civil, à maioria das pacientes eram casadas, o que pode contribuir para auxílio às necessidades humanas básicas, durante a hospitalização e o curso da vida, visto que o indivíduo que tem um acompanhante presente auxilia nas necessidades relativas aos cuidados básicos e, conseqüentemente, pode favorecer no processo de recuperação do paciente.

Quanto à escolaridade, o registro de estudo até o fundamental foi o mais relatado, assim como em outros estudos da literatura ^(7, 8). A escolaridade do paciente também é importante na vigilância de agravos a sua saúde para que compreenda as orientações quanto ao autocuidado com sua FO no seu domicílio após a alta hospitalar, bem como poder identificar sinais e sintomas sugestivos de complicações durante seu autocuidado ⁽⁸⁾.

Com relação aos hábitos de vida, a maioria dos pacientes foram descritos como ex-tabagista e ex-etilista. Sabe-se que o cigarro e o álcool são importantes fatores para o desenvolvimento de complicações cirúrgicas, pois dificultam a cicatrização adequada.

Nesse sentido, é importante a abstenção do tabagismo nas cirurgias eletivas, pelo menos, 30 dias antes de serem realizadas, período necessário para que ocorra a restauração dos níveis de oxigênio nos tecidos, diminuição do estresse oxidativo, redução do impacto negativo sobre a função dos macrófagos e aumento dos níveis de vitamina C e de colágeno ⁽⁹⁾. Pesquisa realizada com pacientes em pós-operatório de revascularização cardíaca apresentou que a taxa global de distúrbios de cicatrização de feridas e as taxas de incidência de necrose e deiscência na borda da ferida foram significativamente maiores nos fumantes ⁽¹⁰⁾. Contudo, nesta pesquisa, o tabagismo não foi associado estatisticamente a nenhuma complicação.

Entre as doenças de base mais encontradas durante a pesquisa estão hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. A presença de comorbidades também é um fator que pode prejudicar a cicatrização e favorecer o surgimento de complicações. A primeira pode interferir na imunidade humoral e celular do indivíduo, contribuindo para o surgimento de infecções hospitalares ⁽¹¹⁾. Enquanto que na segunda, a hiperglicemia cria um meio de proliferação para patógenos e as lesões vasculares e as alterações nas células fagocitárias ocorridas provenientes desta doença favorecem a instalação de infecções ⁽¹²⁾. Segundo a ANVISA (2017), deve-se estabelecer um controle de glicemia no pré-operatório e no pós-operatório imediato com o objetivo de manter níveis glicêmicos <180 mg/dl, para que minimizem-se os riscos de complicações ⁽¹⁾.

Estudo realizado sobre fatores associados à ISC em pacientes idosos submetidos à cirurgia cardíaca com esternotomia mostrou que a presença da diabetes foi um fator predisponente para ISC, onde pacientes diabéticos tiveram quase duas vezes mais chances de infecção quando comparados com os pacientes que não tinham esta doença ⁽¹³⁾.

Outro fator investigado foi o tempo de hospitalização tanto no pré-operatório, quanto no pós-operatório (Tabela 2), que, quando postergado, pode favorecer a ocorrência de

complicações, sobretudo pela exposição do paciente a um ambiente insalubre. De acordo com a ANVISA (2017), o tempo de internação no pré-operatório pode influenciar o surgimento de complicações como a infecção e recomendam que a internação ocorra no dia da cirurgia ou no dia anterior ⁽¹⁾. Assim, nesta pesquisa, a maioria das cirurgias (82,7%) está de acordo com o que é preconizado.

Porém, neste estudo, o tempo de internação no pré e pós-operatório foi um fator associado ao surgimento de diversas complicações, conforme apresentado na tabela 5, assim como em outro estudo realizado com 85 neurocirurgias eletivas e limpas, onde a ISC teve associação com o tempo total de internação ⁽¹⁴⁾ e em outro realizado com 93 pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas ⁽¹⁵⁾.

Quanto ao preparo de pele no pré-operatório, destacam-se as variáveis banho, tricotomia e degermação no Centro Cirúrgico. O banho e a degermação são medidas utilizadas rotineiramente no preparo cirúrgico do paciente como práticas que diminuem a colonização e a presença de bactérias na região da pele. Nesta pesquisa, o banho no pré-operatório só foi registrado em um prontuário, podendo representar uma falta de atenção quanto aos registros das informações pré-operatórias básicas ou uma ausência de instrução quanto ao preparo adequado do paciente. Quanto à degermação, esta foi descrita como realizada em 99,2% dos pacientes, conforme é recomendado pela ANVISA ⁽¹⁾.

Quanto à tricotomia, apenas sete prontuários traziam esse dado. Sabe-se que deve ser realizada apenas em casos necessários, sem lâminas, imediatamente antes da cirurgia, utilizando tricotomizadores elétricos, e fora da sala de cirurgia, já que pode servir como meio para proliferação bacteriana ⁽¹⁾. Porém, nos registros dos prontuários, as informações não traziam detalhes da técnica.

No que concerne à classificação das cirurgias referente ao grau de contaminação, desde 1998, por meio da Portaria 2.216, é necessário que o cirurgião a descreva após o

procedimento cirúrgico. A ferida potencialmente contaminada, maioria desta pesquisa, 237 (66%), conforme consta na tabela 3, é referente a tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou tecidos de difícil descontaminação, a exemplo dos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa ⁽¹⁶⁾. A presença desses patógenos, sem o devido cuidado preventivo, pode levar o indivíduo a desenvolver complicações. Em um estudo sobre a incidência e os fatores de risco para ISC em cirurgias gerais, aquelas classificadas como potencialmente contaminadas, contaminadas e infectadas apresentaram um aumento da chance de desenvolver a ISC em 54%, 167% e 105%, respectivamente, quando comparadas com as feridas limpas ⁽¹⁷⁾.

Como parte das avaliações no período pré-operatório, o profissional de Enfermagem precisa estar atento não só ao tipo de cirurgia, como também ao local onde esta será realizada, pois podem contribuir para o surgimento de complicações. Neste estudo, o local de cirurgia mais frequente foi à região abdominal (Tabela 3), fato que por si só, classifica a cirurgia como potencialmente contaminada, que como descrito acima, pode favorecer o surgimento de ISC. Além disso, um estudo preliminar sobre registros de deiscência de ferida operatória em um hospital universitário apontou uma incidência maior desta complicação em cirurgias abdominais ⁽¹⁸⁾.

No que se refere às complicações encontradas (Tabela 4), a dor no local da FO foi a mais relatada nos prontuários, representando 33,1% dos agravos. Em um estudo para análise da dor com pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas e traumatológicas, este agravo esteve presente em 28% dos pacientes ⁽¹⁹⁾. Esta complicação, apesar de ser interpretada como algo natural para os pacientes, em sua maioria, decorre do trauma incisional, mas também pode estar associada à presença de outras complicações como a infecção, sendo importante a atenção quanto à vigilância e ao manejo adequado.

Quanto à hemorragia, segunda complicação mais frequente, é um transtorno decorrente da hemostasia deficiente que pode levar o indivíduo à morte como resultado do choque hipovolêmico, apesar de ser uma complicação incomum nos processos cirúrgicos ⁽²⁰⁾, esteve presente em 4,7% dos pacientes, similar a um estudo realizado com 84 pacientes submetidos a 88 hepatectomias, onde essa ocorrência foi de 6,8% ⁽²¹⁾.

Nos EUA, a ISC foi considerada como a IRAS mais comum e de maior custo, sendo até 60% delas passíveis de prevenção a partir da adoção das medidas preconizadas na área. No Brasil, elas são apontadas em terceiro lugar entre o conjunto das IRAS, sendo encontradas em, aproximadamente, 14% a 16% dos pacientes hospitalizados ⁽¹⁾. Nesta pesquisa, a ocorrência desta complicação foi de 2,5%, o que se assemelha ao encontrado na literatura. Em um estudo que foram analisados prontuários de 518 pacientes submetidas a operações ginecológicas, a taxa de frequência da infecção de ferida operatória foi de 2,2% ⁽²²⁾.

No que diz respeito à deiscência, é uma separação das bordas suturadas, que pode ser parcial ou total ⁽²³⁾. Em um estudo sobre complicações pós-operatórias do dreno de sucção em pacientes submetidos à artrodese lombar, a deiscência esteve presente em 3,3% dos casos de pacientes com dreno, número próximo ao encontrado nesta pesquisa (2,5%) ⁽²⁴⁾.

A necrose acontece com mais frequência nas cirurgias plásticas, devido às compressões ou trações causadas pelos fios cirúrgicos, que interferem no processo de circulação sanguínea local, com isquemia e, posteriormente, necrose ^(25; 26). Em uma revisão retrospectiva dos prontuários de pacientes de reconstrução mamária imediata, a necrose foi frequente em 1,9% dos casos ⁽²⁷⁾, corroborando os achados desta pesquisa (1,1%).

Outra complicação decorrente de lesão vascular é o hematoma, que se forma pelo acúmulo de sangue no tecido subcutâneo da ferida operatória e serve de meio de cultura para micro-organismos e risco de compressão em estruturas respiratórias, a depender do local da cirurgia, além de problemas estéticos ⁽²⁸⁾. Em um estudo realizados com pacientes submetidos

à colecistectomias em um hospital-escola, o hematoma esteve presente em 1,4% das cirurgias realizadas por técnica videolaparoscópica, número maior que o encontrado nesta pesquisa (0,6%), mas dentro do IC 95% (0,0-1,4)⁽²⁹⁾.

As cirurgias abdominais ocupam o segundo lugar em intensidade dolorosa e só perdem para as cirurgias torácicas ⁽³⁰⁾. Neste estudo, a maioria das cirurgias foram realizadas nessas regiões citadas, o que pode explicar o fato da dor ter representado a maioria das complicações (33,1%) e o tratamento farmacológico a terapêutica mais encontrada (34,5%). Vale ressaltar, ainda, que pacientes cirúrgicos utilizam medicamentos para prevenir sintomas comuns decorrentes das cirurgias, como analgésicos, anti-inflamatórios e antieméticos.

Existem diversas controvérsias quanto ao uso de dreno no pós-operatório de cirurgias. Algumas literaturas reiteram que o seu uso está associado a uma menor chance de complicações, pois retira líquidos que serviriam como meio de cultura e outras destacam que o seu uso pode estar relacionado a mais um meio de proliferação de microrganismos ⁽³¹⁾. Nesta pesquisa, a maioria (64,6%) não utilizou dreno e não houve associação desta variável com o surgimento das complicações encontradas.

No que concerne aos fatores associados às complicações encontradas nos prontuários, identificou-se relação do tempo de pré-operatório com a necrose e de pré e pós-operatório com infecção, dor, deiscência e hemorragia (Tabela 5).

Em uma pesquisa, o tempo de internação no pré-operatório maior que 24 horas foi identificado como um fator de risco para deiscência em cirurgias cardíacas pediátricas ⁽³²⁾. Em outro estudo, a ansiedade presente no pré-operatório prolongado foi um fator preditivo de dor pós-operatória em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas e traumatológicas ⁽¹⁹⁾. Quanto à presença de infecção, o período pré-operatório acima de quatro dias foi um fator de risco em cirurgias de fraturas no fêmur ⁽³³⁾.

Além disso, estudo realizado com pacientes submetidos a cirurgias bariátricas evidenciou a presença de diversas complicações de sítio cirúrgico, entre elas, deiscência, infecção e hemorragia, associadas ao período de tempo de pós-operatório superior a três dias de internação⁽³⁴⁾.

Não foram encontrados artigos que trouxessem a associação de todas as complicações com o tempo perioperatório, contudo, sabe-se que, em sua maioria, um paciente não apresenta uma complicação de forma isolada, podendo surgir como um agravo secundário. Além disso, a maioria dos pacientes que se apresentam com um tempo de pré-operatório elevado tem uma condição clínica debilitada, possuem doenças de base estabelecidas, além de estarem susceptíveis a microrganismos multirresistentes, principalmente a depender do local hospitalar em que estejam. Estes fatores podem predispor ao surgimento de complicações no decorrer do pós-operatório.

CONCLUSÃO

A frequência de complicações de FO encontradas foi de 38,2%, dentre elas, a dor foi a mais prevalente (33,1%). Os fatores associados à presença das complicações foram o tempo de pré-operatório com a necrose e o tempo de pré e pós-operatórios com infecção, deiscência, hemorragia e dor.

Desta forma, é importante destacar a importância de ofertar ao paciente apenas o tempo necessário de pré e pós-operatório, para que seja diminuída a tensão e a ansiedade envolta para realização da cirurgia, assim como reduzir o tempo de exposição deste paciente a microrganismos multirresistentes, frequentes no setor hospitalar.

Além disso, os resultados deste estudo indicam o quanto é complexo garantir que não ocorram complicações nesses pacientes, pois existem diversos fatores que influenciam o surgimento desses agravos. Entretanto, vale ressaltar o importante papel da Enfermagem na

abordagem a esses pacientes, tanto para prevenir, quanto para detectar e controlar essas complicações.

Durante a coleta dos dados, evidenciou-se a falta de padronização nas anotações de enfermagem e médica, pois, em alguns casos, as informações divergiram. Além disso, existia uma vaga informação acerca das complicações e dos fatores associados que denunciava a deficiência nos registros. Isto se caracteriza como uma limitação própria de estudos que utilizam dados secundários de prontuários, pois estas informações podem levar a erro de análise, já que resultam na ausência de registros de algumas variáveis importantes que podem subestimar ou superestimar associações. Por outro lado, a análise deste tipo permite resultados rápidos por não ser necessário acompanhar o paciente, fáceis de serem adquiridos e que permite a caracterização e estabelecimento de relação entre variáveis de exposição e desfecho em cenário hospitalar. Além disso, também vem sendo utilizadas em outros estudos da literatura, o que permite comparação.

Por fim, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para que outros profissionais e gestores elaborem protocolos de assistência aos pacientes cirurgiados, que lhes garantam uma prestação de cuidado cada vez mais eficaz e sirvam de subsídios para outras pesquisas científicas na área.

REFERÊNCIAS

- 1 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- 2 Anderson S, Davis R, Hanna GB, Vincent CA. Eventos adversos cirúrgicos: uma revisão sistemática. *Sou J Surg.* 2013 Ago; 206 (2): 253-62.
- 3 Rongetti RL. Complicações da ferida operatória em cirurgias ginecológicas abdominais oncológicas: ensaio clínico randomizado comparando o uso do bisturi elétrico e bisturi frio [dissertação]. Barretos: Programa de Pós-Graduação da Fundação PIO XII, Hospital de Câncer de Barretos; 2013.
- 4 Pellico LH. *Enfermagem Médico-cirúrgica.* Rio jan: Guanabara Koogan; 2015.

- 5 Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19 (4): 1263-1274.
- 6 Moraes PGS, Pachêco NMD, Souza e Silva RG, Silva PCV. Fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de procedimentos cirúrgicos. *Rev enferm UFPE on line*. 2017; 11 (7): 2645-53.
- 7 Madeira MZA. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico em pacientes egressas no ambulatório de ginecologia de um hospital de ensino [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2014.
- 8 Pires Júnior JF, Borges EL, Ferraz AF, Lima VLAN. Resultados de dez anos de atendimento ambulatorial a pacientes com ferida cirúrgica. *Rev SOBECC*. 2015; 20 (3): 143-149.
- 9 Cavichio BV, Pompeo DA, Oller GASAO, Rossi LA. Tempo de cessação do tabagismo para a prevenção de complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48 (1): 174-80.
- 10 Sharif-Kashani B, Shahabi P, Mandegar MH, Saliminejad L, Bikdeli B, Behzadnia N et al. Smoking and wound complications after coronary artery bypass grafting. *J Surg Res*. 2016; 200 (2): 743-8.
- 11 Aguiar APL; Prado PA; Opitz SP; Vasconcelos SP; Faro ADMC. Fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em um hospital na Amazônia ocidental brasileira. *Rev. SOBECC, São Paulo*. jul./set. 2012; 17 (3): 60-70.
- 12 Panobianco MS, Sampaio BAL, Caetano EA, Inocenti A, Gozzo TO. Comparação da cicatrização pós-mastectomia entre mulheres Portadoras e não-portadoras de diabetes mellitus. *Rev. Rene*. 2010; 11: 15-22.
- 13 Oliveira EM, Paula JB. Fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em pacientes idosos submetidos à cirurgia cardíaca com esternotomia. *Saúde (Santa Maria)*. 2014; 40 (1): 37-44.
- 14 Bellusse GC, Ribeiro JC, Campos FR, Poveda VB, Galvão CM. Risk factors for surgical site infection in neurosurgery. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28 (1): 66-73.
- 15 Ribeiro JC, Santos CB, Belluse GC, Rezende VF, Galvão CM. Ocorrência e Fatores de Risco para Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgias Ortopédicas. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26 (4): 353-9.
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.616, de 12 de maio de 1998. Estabelece diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. *Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil*. 1998 mai.13.4
- 17 Carvalho RLR, Campos CC, Franco LMC, Rocha AM, Ercole FF. Incidência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias gerais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25: e2848.
- 18 Marques GS, Almeida PF, Farias LRC, Nascimento DC. Estudo preliminar sobre registros de deiscência de ferida operatória em um hospital universitário. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2016; 15 (4): 312-319.
- 19 Robleda G, Sillero-Sillero A, Puig T, Gich I, Baños J. Influência do estado emocional pré-operatório na dor pós-operatória após cirurgias ortopédicas e traumatológicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. set.-out. 2014; 22(5): 785-91.
- 20 Maziero ECS. Avaliação da Implantação do Programa Cirurgia Segura em um Hospital de Ensino [dissertação]. Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná; 2012.

- 21 Amico EC, Alves JR, João SA, Guimarães PLFC, Medeiros JAC, Barreto EJSS. Complicações imediatas após 88 hepatectomias - Série consecutiva brasileira. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2016; 29 (3): 180-184.
- 22 Coelho ARCP. Complicações pós-operatórias em cirurgia colo-rectal estudo aplicado ao internamento nos hospitais públicos de Portugal continental [trabalho de conclusão de especialização]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2014.
- 23 Silva CG, Crosseti MGO. Curativos para Tratamento de Feridas Operatórias Abdominais: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33 (3): 182-189.
- 24 Brazolino MAN, Jacob Júnior C, Cardoso IM, Batista Júnior JL, Maia TC, Debom TG et al. Postoperative complications of suction drain in patients submitted to 1-level lumbar arthrodesis. *Coluna/Columna.* 2017; 16 (4): 314-7.
- 25 Martins AL, Preto Neto AS, Goldoni BD, Netto R, Ely PB. Mastectomia com preservação do Complexo Areolopapilar: fatores associados à isquemia do Complexo Areolopapilar. *Arquivos Catarinenses de Medicina.* 2014; 43 (1): 42-44.
- 26 Bittencourt R, Moreira GHG, Bachtold GA, Zarpellon AT, Gus IO. Experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Cajuru em Reconstrução de Membro Inferior com Retalho Solear nos Últimos 8 anos. *Arquivos Catarinenses de Medicina.* 2015; 44 (1): 126-130.
- 27 Hanna KR, Tilt A, Holland M, Colen D, Bowen, B, Stovall M et al. Reducing Infectious Complications in Implant Based Breast Reconstruction: Impact of Early Expansion and Prolonged Drain Use. *Ann Plast Surg.* 2016; 76 (4): 312-5.
- 28 Auersvald A, Auersvald LA. Rede Hemostática: uma alternativa para a prevenção de hematoma em ritidoplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2012; 27 (1): 22-30.
- 29 Rubert CP, Higa RA, Farias FVB. Comparação entre colecistectomia eletiva aberta e laparoscópica em idosos, em um hospital escola. *Rev. Col. Bras.* 2016. 43(1): 002-5.
- 30 Souza RP. Caracterização do Perfil de Pacientes no Período Pós-operatório de Laparotomia em Clínica Cirúrgica [monografia]. Ceilândia: Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia; 2013.
- 31 D'Acampora AJ, Ely JB, Russi RF, Oliveira SCV, Sgrott SM. Dreno na cavidade abdominal: uso ou não uso? *Rev. Med. Res.* 2013; 15 (2): 115-119.
- 32 Meszaros MJ, Castelani MA, Dantas, SRPE. Fatores de risco para deiscência em cirurgias cardíacas pediátricas. *Simpósio centro-oeste de estomaterapia; 2016 Sep 15-18; Brasília.*
- 33 Pereira HO, Rezende EM, Couto BRG. Length of preoperative hospital stay: a risk factor for reducing surgical infection in femoral fracture cases. *Rev. Bras. Ortop.* 2015; 50 (6): 638–646.
- 34 Aguiar PV, Gomes ET, Santos IN, Cavalcanti ATA. Pacientes submetidos a cirurgias bariátricas. *Rev. Sobecc.* 2018; 23 (1): 28-35.

ANEXO – A

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 57917316.4.0000.5182, Número do Parecer: 1.718.517 intitulado: **COMPLICAÇÕES DE FERIDAS OPERATÓRIAS EM PACIENTES CIRÚRGICOS.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

Daniel Ferreira Gonçalves de Oliveira
Daniel Ferreira Gonçalves de Oliveira
Coordenador CEP/ HUAC

Campina Grande - PB, 17 de Outubro de 2016.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br

13.1-Limpa	13.2- Potencialmente Contaminada	13.3 – Contaminada	13.4-Infectada	
14. APRESENTOU COMPLICAÇÃO 14.1-Sim 14.2-Não				
15. TIPOS DE COMPLICAÇÕES (Colocar o tempo de pós-operatório que foi registrado)				
15.1-Infecção	15.2-Seroma	15.3-Hematoma	15.4-Necrose	15.5-Hemorragia
15.6-Dor	15.7-Deiscência	15.8-Evisceração	15.9. Outra: _____	
16. TEMPO QUE FICOU HOSPITALIZADO(A)?				
16.1 – Pré-operatório: _____ horas _____ dias				
16.2 Pós-operatório:				
16.2.1- Menos de 01 dia	16.2.2- De 01 a 02 dias	16.2.3 – De 02 a 03 dias	16.2.4 – 03 dias a	
1mês: _____ dias	16.2.5-De 01 à 02 meses	16.2.6 – De 03 à 04 meses	16.2.6 – > 4 meses:	
17. LOCALIZAÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA				
17.1 – Cabeça	17.2 – Pescoço	17.3 – Face	17.4 -Tórax	17.5– Dorso
17.7– Região pubiana		17.8 – Região anorretal	17.9 - MMSS	17.6 – Abdômen
18. PREPARO DA PELE NO PRÉ-OPERATÓRIO				
18.1. Banho ()		Uso de degermante: Clorexidina 2% () Outro: _____		
18.2. Tricotomia sim () Não()		Clínica () tempo antes da cirurgia: _____ Bloco ()		
19. CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO GRAU DO ODORE DA FERIDA CIRÚRGICA				
19.1 – Sem odor	19.2 - Característico	19.3 – Fétido	19.4 – Pútrido	
20. QUANTIDADE DO EXUDATO DA FERIDA CIRÚRGICA				
20.1 – Ausente	20.2- Pouco	20.3 – Moderado	20.4 – Muito	20.5 – Trocas ao dia ()
21. TRATAMENTO 21.1-Sim 21.2-Não				
22. TIPO DE TRATAMENTO				
22.1 – Reabordagem Cirúrgica 22.2 - Farmacológico 22.3-Não Farmacológico: _____				
23. PRODUTOS UTILIZADOS NA FERIDA				
23.1 – AGE	23.2 – Carvão ativado com prata	23.3 – Alginato de Cálcio		
23.4 – Placa de hidrocoloide	23.5 – Sulfadiazina de prata 1%	23.6- Cadoxomer Iodo		
23.7 – PHMB	23.8 – Espumas de poliuretano	23.9 – Gaze rayon com petrolatum		
23.10 – Gaze rayon com AGE 23.11 – Outros: _____				
24. PRESENÇA DE DRENO 24.1-Sim 24.2-Não				
25. TIPO DE DRENO				
25.1 – Selo d’água	25.2- Penrose	25.3 – Tubo-laminar	25.4 – Sucção	25.5 – Kehr
25.6 – Jackson Pratt				
26. PERÍODO DE COLOCAÇÃO DO DRENO				
26.1 – Dia da cirurgia		26.2 – Outro (especificar) _____		
27. PERÍODO DE RETIRADA DO DRENO				
Especificar: _____				
28. PRESENÇA DE COMPLICAÇÃO NO DRENO				
28.1 – Sim _____			28.2 – Não	
29. CONDUTA NA COMPLICAÇÃO DO DRENO (Se houver)				
Especificar: _____				
30. DESFECHO DO PACIENTE:				
30.1- Alta	30.2 – Readmissão e alta	30.3 – Óbito	30.4 – Readmissão e óbito	

31. Outras Observações:

APÊNDICE B
SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO 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