Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

AVALIAÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA: DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

MARIA ANUNCIAÇÃO LOPES BALTAZAR

Coimbra, março de 2021

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

AVALIAÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA: DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

MARIA ANUNCIAÇÃO LOPES BALTAZAR

Orientadora: Mestre Isabel Maria Henriques Simões Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, março de 2021

”Conhecimento não é aquilo que você sabe,

mas o que você faz com aquilo que você sabe.”

Aldous Huxley

Ao meu filho,

André Alves

À minha filha ,

Joana Alves

E a ti,

@

AGRADECIMENTO

Um processo de investigação, apesar da sua essência individual, só é possível com a colaboração de um conjunto de pessoas, que através das mais diversas formas, contribuíram para a sua conclusão. Os agradecimentos nunca conseguem expressar por inteiro a dedicação, a disponibilidade, a tolerância e os múltiplos apoios e ajudas recebidos.

Ao Universo, que sempre conspirou para que eu realizasse os meus desejos.

À Professora Adjunta Isabel Maria Henriques Simões, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pela sua amizade, inestimável orientação, apoio, incentivo e exemplo profissional, sem o qual, certamente, este trabalho não teria sido possível. As suas críticas, sugestões e conselhos, reveladores do profundo conhecimento da Enfermagem, em muito contribuíram para a valorização deste trabalho, a minha sincera gratidão.

Aos “meus”, aqueles que iluminam e guiam os meus dias e que me fazem tanta falta.

A ti mãe, minha alma gémea, meu exemplo de força, coragem e determinação. Obrigada por acreditares nas minhas capacidades, mesmo sofrendo em silêncio com as minhas angústias e por me teres transmitido os valores basilares que me acompanham até hoje.

Aos meus filhos, o meu porto seguro. Obrigada por todos os incentivos, motivação, pela ajuda incansável e pela força nos momentos difíceis. Por todas as horas que me dedicaram e por darem luz aos meus dias sempre com aquele sorriso e cumplicidade, para continuar esta caminhada, por vezes um pouco atribulada de sentimentos e confusões.

À minha amiga, Zélia , pela amizade e carinho, assim como pela magnífica forma com que coadjuvou comigo, este trabalho.

Caló, há coisas que não precisam ser ditas para se saberem, seja esta uma delas um bem-haja por tudo……

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACHS- *The Australian Council on Healthcare Standards*

APNEP - Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

BMI - *Body Mass Index*

BCPNS - *British Columbia Provincial Nursing Skin*

CDC - *Center for Disease Control*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DE - Diagnóstico de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

ECDC - *European Centre for Disease Control and Prevention*

EUA – Estados Unidos da América

GENT - Grupo de Estudos de Nutrição para Todos

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICD-10 - *International Classification of Diseases*

ILC - Infeção do Local cirúrgico

IMC- Índice de Massa Corporal

NISS - *National Nosocomial Infections Surveillance*

NREM - *Nursing Role Effectiveness Model*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC - Processo de Enfermagem

PUSH - *Pressure Ulcer Scale for Healing*

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SPO2 - Saturação periférica de oxigênio

SPSS - *Statistical Packaje for the Social Sciences*

WC – *Wound Committee*

WHO – *World Health Organization*

WUWHS - *World Union of Wound Healing Societies*

RESUMO

As organizações de saúde exigem dos seus profissionais responsabilidade na prestação de cuidados, tendo em conta os padrões de garantia e melhoria contínua da qualidade. Os registos de enfermagem devem refletir a qualidade dos cuidados e traduzirem os cuidados prestados e a eficácia dos mesmos. A informação acerca da pessoa alvo dos cuidados, deve ser precisa, significativa e sintética e versar as diversas categorias de informação, tendo em conta as funções autónomas e interdependentes do enfermeiro de acordo com os princípios ético científicos que regem a profissão.

Partindo da questão de investigação "O que é valorizado pelos enfermeiros nos registos de avaliação da ferida cirúrgica na fase pré-deiscência nos doentes submetidos a cirurgia abdominal?" foi definido o objetivo geral analisar na documentação de enfermagem, prévia ao diagnostico de deiscência, que possa indiciar complicações da ferida cirúrgica em doentes submetidos a cirurgia abdominal e, os objetivos específicos caraterizar o perfil do doente que desenvolveu deiscência e identificar registos de sinais e sintomas sugestivos de complicação da ferida cirúrgica. Trata-se de um estudo misto, retrospetivo de base documental com amostra acidental, constituída por 70 registos de processos de utentes que desenvolveram deiscência de ferida cirúrgica abdominal, internados entre janeiro de 2015 a dezembro de 2017, num serviço de cirurgia geral de um hospital distrital do centro do país.

Análise documental de enfermagem mostrou-se escassez e pouco sistematizada, não refletindo a globalidade dos cuidados prestados. Contudo, foi possível identificar caraterísticas comuns do doente que desenvolveu deiscência e alguns sinais e sintomas sugestivos de complicações na ferida cirúrgica. Assim, a maioria dos doentes eram do sexo masculino (61,4%), com idade média de 71,21 anos, obesos ou com excesso de peso (60,1%). A maioria (58,6%) das deiscências ocorreram em doentes que fizeram cirurgia de urgência, 40% por patologia gastrintestinal e 37,1% oncológica. Na avaliação da dor, verificou-se que a dor média até ao dia da deiscência foi de (2,16) sendo ligeiramente superior á dor global que se fixou em (1,99). A temperatura global média dos doentes incluídos foi de 37,16ºC. Encontraram-se outros indicadores que podem traduzir complicação da ferida como: penso repassado, exsudato purulento ou hematopurulento, taquicardia, vómitos, complicações gastrointestinais, agitação/confusão e anemia. Embora os enfermeiros reconheçam a importância da comunicação escrita para a continuidade dos cuidados, observa-se na prática clínica, que esta é por vezes negligenciada, uma vez que os registos, quando realizados, são frequentemente escassos e incompletos não refletindo os cuidados prestados.

Palavras-chave: ferida, deiscência, documentação de enfermagem.

ABSTRACT

Health organizations demand responsibility from their professionals in providing care, considering standards of assurance and continuous quality improvement. Nursing records should reflect the quality of care and translate the care provided and the effectiveness of the care. The information about the person targeted for care must be precise, meaningful and synthetic and deal with the various categories of information, taking into account the autonomous and interdependent functions of the nurse according to the scientific ethical principles that govern the profession.

Starting from the research question “What is valued by nurses in the records of evaluation of the surgical wound in the pre-dehiscence phase in patients undergoing abdominal surgery?" the general objective was defined to analyze in the nursing documentation, prior to the diagnosis of dehiscence, which can indicate complications of the surgical wound in patients undergoing abdominal surgery and the specific objectives to characterize the profile of the patient who developed dehiscence and to identify records of signs and symptoms suggestive of complications in the surgical wound. This is a mixed, retrospective study of documentary basis with accidental sample, consisting in 70 records of processes on users who developed abdominal surgical wound dehiscence, hospitalized between January 2015 and December 2017, in a general surgery service of a district hospital in the center of the country.

Documental analysis of nursing proved to be scarcity and little systematized, not reflecting the overall care provided. However, it was possible to identify common characteristics of the patient who developed dehiscence and some signs and symptoms suggestive of complications in the surgical wound. Thus, most patients were male (61.4%), with a mean age of 71.21 years, obese or overweight (60.1%). The majority (58.6%) dehiscence’s occurred in patients who underwent emergency surgery, 40% due to gastrointestinal pathology and 37.1% oncologic. In the pain assessment, it was found that the mean pain up to the day of dehiscence was (2.16) being slightly higher than the overall pain that was fixed in (1.99). The average overall temperature of the patients included was 37.16ºC. Other indicators were found that can translate wound complications such as: exudate bandage, purulent or hematopurulent exudation, tachycardia, vomiting, gastrointestinal complications, agitation/confusion and anemia. Although nurses recognize the importance of written communication for continuity of care, it is observed in clinical practice that it is sometimes neglected, since records, when performed, are often scarce and incomplete, not reflecting the care provided.

Keywords: wound, dehiscence, nursing documentation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros por idade, categoria profissional e sexo nos anos em que reporta o estudo 53

Tabela 2 – Distribuição dos doentes com o diagnóstico de deiscência por idade e sexo (N=70) 54

Tabela 3 – Estatística de resumo dos dados antropométricos dos doentes com o diagnóstico de deiscência 55

Tabela 4 – Ocorrência de deiscência pelo tipo de cirurgia (N=70) 56

Tabela 5 –Diagnóstico médico que motivou a cirurgia (N=70) 56

Tabela 6 – Estatística de resumo das variáveis dias de internamento e dias de internamento até ao diagnóstico de deiscência 56

Tabela 7 – Estatística de resumo das variáveis temperatura à entrada, ao longo do internamento e no dia/turno do diagnóstico de deiscência 58

Tabela 8 – Resumo da estatística da variável dor ao longo do internamento 59

Tabela 9 – Matriz da análise de contéudo das “notas gerais” de enfermagem 62

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **19**

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO **25**

1 - FERIDA **27**

1.1 - INFEÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA 29

1.2 - DEISCÊNCIA DA FERIDA 31

2 – DOCUMENTAÇÃO EM ENFERMAGEM **35**

3 – TEORIA DA EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: MODELOS DE ANÁLISE **39**

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO **43**

4 - METODOLOGIA **45**

4.1 – TIPO DE ESTUDO 46

4.2 – QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO 48

4.3 – VARIÁVEIS EM ESTUDO 49

4.4 – POPULAÇAO E AMOSTRA 50

4.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 50

4.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 51

4.7 – TRATAMENTO DE DADOS 52

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS **53**

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS **65**

CONCLUSÃO **83**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **87**

APÊNDICES

APÊNDICE I- Grelha de extração de dados

APÊNDICE II – Pedido de autorização para Consulta de Processos Clínicos

APÊNDICE III- Pedido de autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração do Hospital onde o estudo se realizou

APÊNDICE IV - Pedido de parecer à Comissão de Ética

INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo as cirurgias vêm acompanhando a evolução dos meios técnico científicos. Estima-se que 5% a 10% da população mundial pode, anualmente, submeter-se a uma cirurgia e/ou anestesia (Menoita, 2015). Nesse contexto, a cirurgia abdominal representa uma prática importante dos cuidados de saúde.

O doente com ferida cirúrgica, requer uma abordagem multiprofissional que conduz à compreensão, evidenciada na avaliação e tratamento da mesma.

Segundo as *Guidelines for Assessment & Treatment of Surgical Wounds Healing by Primary and Secondary Intention in Adults & Children* (BCPNS & WC, 2011), a ferida cirúrgica, durante o processo de cicatrização, pode apresentar complicações como hematoma, infeção e deiscência.

A infeção de ferida cirúrgica é a complicação mais comum, manifesta-se comummente pela presença de conteúdo purulento na incisão cirúrgica. Segundo Rocha (2008), as principais infeções cirúrgicas, são as do próprio local cirúrgico, representando estas uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade, prolongando o tempo de internamento.

A infeção do local cirúrgico (ILC), consiste numa infeção que pode surgir no local da incisão cirúrgica, ou, na zona circundante durante os primeiros 30 dias após a cirurgia, ou durante um ano caso tenha sido colocado um implante. É classificada, de acordo com o grau de envolvimento em: incisional superficial, incisional profunda ou infeção de órgão e/ou espaço (DGS, 2013a).

A infeção do local cirúrgico é um dos principais alvos da vigilância epidemiológica nas instituições de saúde, representando, segundo a DGS (2013b), 18% das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) nos utentes internados.

Os dados epidemiológicos dos inquéritos de prevalência efetuados em Portugal no período de 2011 a 2016, relativamente à ILC na cirurgia do cólon, reto e biliar, revelaram resultados alarmantes (Ousey et al., 2018).

Entre 2011 e 2014 a taxa de ILC associada à cirurgia do cólon e reto e à artroplastia da anca e do joelho diminui de 20,73% para 17,20%, de 1,65% para 0,64% e de 3,41% para 1,26% respetivamente. Pelo contrário, a incidência de ILC associada à cirurgia biliar aumentou, nesse mesmo período, de 2,23% para 2,42% (DGS, 2015a).

De acordo com a WHO (2016) calcula-se que os custos económicos da ILC na Europa serão aproximadamente 1.47 a 19.1 mil milhões de euros, sendo que o tempo de internamento aumenta em media 6,5 dias e, que para tratar um doente infetado a despesa média será 3 vezes mais. Segundo a norma da DGS (2015b) verifica-se que cada ILC é responsável por 7 a 11 dias, adicionais de internamento e por um aumento do risco de morte de 2 a 11 vezes mais.

A deiscência de ferida cirúrgica é um problema significativo, que resulta frequentemente de ILC, afeta um grande número de doentes e frequentemente é subvalorizado. O impacto da deiscência da ferida cirúrgica pode ser considerável, nomeadamente: no aumento do tempo de internamento, na readmissão hospitalar, na necessidade de nova cirurgia, nas alterações da auto imagem e no compromisso do bem-estar psicossocial (Ousey et al., 2018).

Consequentemente, é imperativo aumentar a sensibilização dos profissionais de saúde para as situações de deiscência de feridas cirúrgicas, no sentido de as prevenir, da sua rápida identificação e da gestão das mesmas. Gestão esta, que requer uma abordagem holística, diminuído os fatores impeditivos de uma boa cicatrização, quer pela otimização do leito da ferida, quer pela utilização de modalidades de tratamento adequado ao encerramento da ferida.

A prevenção da deiscência de ferida cirúrgica, compreende a excelência na prática cirúrgica, a prevenção de infeção do local cirúrgico, reduzindo o risco de comprometimento da cicatrização.

Segundo Hurd (2017) como citado por Ousey et al. (2018), um estudo com 24678 doentes que apresentavam ferida cirúrgica, realizado no Canadá, revelou que 43,9% das feridas, tinham processos de cicatrização complexos e longos, o que levou a uma maior necessidade de cuidados de enfermagem, que se prolongaram no tempo entre 6 a 69 semanas.

É fundamental para uma correta prática de cuidados que o enfermeiro documente, nos seus registos de enfermagem, toda a informação sobre incisão, exsudado/líquido drenado, alterações das caraterísticas dos mesmos e tipo de tratamento efetuado (Potter & Perry, 2006). Os dados subjetivos, relativos ao doente com diagnóstico de ferida cirúrgica, relacionados com o nível de desconforto do doente devem também ser

registados, nomeadamente os referentes à dor, pois podem ser indicadores de alteração no processo normal de cicatrização.

A existência de um padrão de qualidade nos registos de enfermagem é um pré-requisito essencial para a evidência dos resultados em enfermagem. Os registos de enfermagem "devem respeitar a natureza dos cuidados, sob a pena de não uniformizarem as situações que pretendem descrever" (Hesbeen, 2013).

Para a OE (2009) os catálogos de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), são desenvolvidos para agruparem os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem relacionados com uma área particular de cuidados.

Segundo Rocha et al. (2015) os registos de enfermagem têm como finalidade: proporcionar comunicação; facilitar o planeamento e individualização dos cuidados; garantir a sua continuidade; avaliar a eficácia das intervenções/cuidados prestados; proporcionar segurança ao doente e à equipa multidisciplinar; permitir avaliar a qualidade dos mesmos e suportar a investigação.

Vários teóricos, salientam que a investigação em enfermagem, permite a criação de um corpo de conhecimentos próprio, que visam a sustentação da prática clínica e a delimitação do seu campo de intervenção, promovendo uma prática baseada na evidência (Gray, Grove & Sutherland, 2017).

O interesse pela temática é fruto de motivações e experiências pessoais e profissionais num serviço de cirurgia geral, uma vez que os casos de processos de cicatrização complexos e, nomeadamente deiscência de ferida cirúrgica, são cada vez mais frequentes. Verifica-se com alguma frequência reinternamentos inferiores a 72 horas após a alta, motivados por deiscência de ferida cirúrgica. Esta situação de reinternamento hospitalar, é vivida pelo doente, com sentimentos de ansiedade, stresse, raiva e desconforto, devida à perceção deste processo, como um retrocesso no binómio saúde/doença. Pelo que a análise do fenómeno da ferida cirúrgica, bem como, dos dados de documentação sobre a mesma, decorrentes da prestação direta de cuidados,é uma área de intervenção prioritária em enfermagem.

Neste sentido, pretende-se com este estudo analisar de que forma os registos de enfermagem, num contexto específico de um hospital distrital, documentam de forma antecipatória esta realidade, pelo que a questão de investigação que vai nortear o estudo será: "O que é valorizado pelos enfermeiros nos registos de avaliação da ferida cirúrgica na fase pré-deiscência da ferida cirúrgica em doentes submetidos a cirurgia abdominal?" Com base na questão de investigação, definimos como objetivo geral analisar na documentação de enfermagem prévia ao diganóstico de deiscência, que

possa indiciar complicações da ferida cirúrgica em doentes submetidos a cirurgia abdominal e, como objetivo específico caraterizar o perfil do doente que desenvolveu deiscência, identificar registos de sinais e sintomas sugestivos de complicação da ferida cirúrgica e conhecer a frequência com que os mesmos foram registados na documentação de enfermagem que antecedeu ao diagnóstico de deiscência em doentes submetidos a cirurgia abdominal. Acreditando que com a sinalização precoce, poder-se-á conseguir de forma atempada prevenir ou minimizar esta complicação.

Para a contextualização da temática foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL), que suportou toda a investigação centranda nos temas: avaliação da ferida cirúrgica e documentação em enfermagem. O objetivo principal, foi conhecer a evidência científica sobre o tema, de forma a estudar e esclarecer o problema (Dumas, Shurpin e Gallo, 1995 citado por Fortin, 2009). A pesquisa foi realizada nas bases de dados da PubMed, SCIELO das plataformas EBSCO, MEDLINE e RECAAP, com os seguintes descritores: *postoperative care*, *surgical site infection*, *surgical wound dehiscence*, *postoperative pain*, *documentation in nursing* e*nursing records*, ligadas pelos operadores boleanos AND ou OR. Com o propósito de direcionar a pesquisa para estudos recentes, foi definido o espaço temporal de publicação entre 2013 e 2018. Da pesquisa realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2018, resultaram 57 artigos, que após a leitura do resumo e do texto integral, foram eliminados 54 artigos, sendo o corpus de análise da RIL constituído por 3 estudos. Para além desta revisão, foi também consultada outra bibliografia considerada pertinente como documentos e normas de organismos nesta área do conhecimento.

O presente estudo é longitudinal, analítico-descritvo, retrospetivo, com abordagem mista de base documental. A amostra é constituída por 70 registos, relativos a pessoas diferentes que estiveram internadas entre janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2017, e que desenvolveram deiscência de ferida cirúrgica abdominal, num serviço de cirurgia geral de um hospital distrital da região centro. Para a recolha de dados recorreu-se à plataforma e aplicativo informático SClínico do hospital em causa, tendo sido criada uma grelha de extração de informação construída pela autora.

Este relatório, para além da presente introdução foi organizado em duas partes. Na primeira, enquadramento teórico, constituído por 3 capítulos onde apresentamos os principais referenciais teóricos que sustentam a temática. Na segunda parte, estudo empírico, é constituída por 3 capítulos. No primeiro capítulo, é feito o enquadramento metodológico, remetendo-nos para o tipo de estudo, questão de investigação e objetivos do estudo, contexto e amostra do estudo, procedimentos para a colheita de dados,

análise dos dados, procedimentos formais e éticos. No segundo capítulo, far-se-á apresentação e análise dos resultados tendo em conta a questão e os objetivos da investigação e, no terceiro capítulo, a discussão dos mesmos. O estudo termina com uma conclusão, onde é feita uma síntese das principais conclusões, apontando a sua significância para a prática clínica, assim como limitações do mesmo e sugestões para futuras investigações.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - FERIDA

Segundo Menoita (2015), desde o início da humanidade que uma das preocupações do homem estava relacionada com o aparecimento de feridas, pois colocavam em risco a integridade física da pessoa.

Nos últimos anos, a ferida foi alvo por parte dos profissionais de saúde de muita investigação, o que contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados, com implicações na redução da dor e do tempo de cicatrização e, consequentemente, na melhoria do conforto e satisfação do doente.

O tratamento de feridas é uma área complexa, que requer uma intervenção avançada, centrada numa abordagem holística da pessoa. Para isso, torna-se necessário haver por parte dos enfermeiros, uma prática baseada na evidência, com gestão integrada da ferida e um trabalho interdisciplinar (Menoita, 2015).

Ferida é qualquer interrupção na continuidade da pele, que afeta a sua integridade. Também é definida como uma deformidade ou lesão, que pode ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crónica (Menoita, 2015).

São feridas superficiais, quando limitadas à epiderme, derme e hipoderme e profundas quando outras estruturas são atingidas (fáscias, músculos, aponeuroses, articulações, cartilagens, tendões, ligamentos, ossos, vasos e órgãos cavitários) (Menoita, 2015).

Consideram-se fechadas quando a continuidade da pele e dos tecidos não é violada ou danificada, podendo ser superficiais ou profundas. Já nas feridas abertas, ocorre descontinuidade e rutura da barreira de proteção da pele, acentuando os riscos de infeção (Menoita, 2015).

Consideram-se feridas simples quando evoluem rapidamente para a cicatrização. Em contrapartida as complexas, têm evolução lenta e progressiva e tendem para a cronicidade, podem estar colonizadas ou mesmo infetadas, apresentarem tecidos desvitalizados, exsudato e odor característico.

Quanto ao tempo de demora do processo de cicatrização, podem ser agudas ou crónicas. As feridas agudas são feridas recentes, das camadas mais próximas à superfície, normalmente causadas por fatores externos, como traumas físicos, químicos ou biológicos, ou mesmo produzidas por cirurgias. Já as crónicas são produzidas por fatores internos, como doenças vasculares e metabólicas, infeções e neoplasias, cujos os processos de cicatrização são mais lentos e demorados (Menoita, 2015). No entanto, as feridas agudas se não tratadas corretamente podem evoluir para crónicas.

No que se refere à ferida cirúrgica, esta é caraterizada por rutura intencional da integridade epitelial da pele e das estruturas subjacentes. Segundo Potter e Perry (2006) como citado por Espirito Santo et al. (2013), pode ocorrer cicatrização de feridas cirúrgicas por primeira, segunda e terceira intenção. Quando os bordos da incisão cirúrgica se mantêm unidos, em que a perda de tecido é mínima ou ausente e, que por isso, têm menor risco de desenvolver infeção, é considerada cicatrização por primeira intenção. A cicatrização por segunda intenção acompanha frequentemente as incisões traumáticas, com perda tecidular e bordos irregulares, onde o tecido de granulação vai preencher gradualmente a área lesada. Este processo é típico de uma grande intervenção cirúrgica com perda de tecido cutâneo (Potter & Perry, 2006 como citado por Espirito Santo et al., 2013). Já a cicatrização por terceira intensão, ocorre em feridas que permanecem abertas por tempo indeterminado. Existem fatores que levam a esta dificuldade na cicatrização, nomeadamente infeção. A ferida cirúrgica pode ser inicialmente encerrada por sutura, mas em situações de infeções difíceis de debelar, a ferida é deixada aberta para limpeza da mesma, através de processos de controlo da infeção e/ou desbridamento, em que a reaproximação dos bordos só é realizada posteriormente (Espirito Santo et al., 2013). A ferida cirúrgica, resultante do ato cirúrgico, pode tornar-se complexa, quando apresenta complicações locais como: seroma, hematoma, infeção e deiscência. Nestes casos, há aumento do período de tempo de cicatrização, que pode demorar algumas semanas até ao seu encerramento (Borges et al., 2016).

O objetivo do tratamento de ferida cirúrgica é o seu encerramento rápido, de forma a obter-se uma cicatriz funcional e satisfatória (Menoita, 2015). Pelo que no seu tratamento é fundamental identificar os principais processos celulares e moleculares da cicatrização, de forma a prestar um tratamento mais adequado. A cicatrização é o processo pelo qual um tecido lesado é substituído por tecido conjuntivo vascularizado, quer a lesão tenha sido traumática ou necrótica (Panobianco, Sampaio, Caetano, Inocenti & Gozzo, 2012). É um processo contínuo composto por uma série de estágios complexos, interdependentes e simultâneos (Baranoski & Ayello, 2005). O processo de

cicatrização de feridas cirúrgicas limpas, pode ser dividido em quatro fases distintas: hemóstase, inflamação, proliferação e remodelação (Menoita, 2015). A reepitelização de uma ferida cirúrgica fechada geralmente é concluída em 24 a 48 horas. Mesmo que a cicatrização progrida normalmente, os tecidos de uma incisão cirúrgica cicatrizada nunca recuperarão a tensão tecidual pré-cirúrgica.

A interrupção da cicatrização de uma ferida cirúrgica fechada pode ocorrer por várias razões e, pode ocorrer durante qualquer fase do processo de cicatrização. Em termos gerais, os fatores que podem levar a uma deficiente cicatrização da ferida podem ser divididos em fatores locais e fatores sistémicos. São fatores locais: hipoxia, tecido desvitalizado, infeção/contaminação, condições inflamatórias, ferida de maiores dimensões, stresse/ou trauma mecânico contínuo. Em utentes com incisões abdominais o stress mecanico também pode surgir de atividades que causem um aumento repentino na pressão intra-abdominal, exempo disso é o ato de vomitar, tossir, espirrar e levantar precoce. A pressão intra-abdominal elevada também pode ocorrer após a cirurgia abdominal e, se suficientemente alta, pode comprometer a função do órgão causando síndrome de compartimento, contribuindo para deiscência de ferida cirúrgica. São fatores sistémicos, os relacionados com o estado geral do indivíduo: idade avançada ou muito jovem, stresse psicológico, existência de doença crónica prévia (diabetes, obesidade, doença renal, doença hepática/icterícia, doença respiratória crónica, distúrbios do tecido conjuntivo e imunossupressão), terapêutica (corticosteroides, radioterapia, quimioterapia), abuso de substâncias (tabagismo, alcoolismo), desnutrição, e fraca adesão a planos terapêuticos. Importa realçar que estes fatores estão interligados, uma vez que os fatores sistémicos alteram os fatores locais e influenciam a capacidade de reparação tecidual. (Leal & Carvalho, 2014)

1.1 - INFEÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA

Quando um utente desenvolve uma infeção, que não estava presente ou em incubação, no momento da sua admissão no hospital, é denominada IACS (DGS, 2017b). Esta infeção é consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados ao doente, que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. No inquérito de prevalência das IACS realizado em Portugal em 2010, a ILC foi a 3ª mais frequente, representando 14,3% destas infeções (DGS, 2010a). Posteriormente, segundo os dados do inquérito de prevalência de 2012, que abrangeu 103 hospitais, revelou uma taxa global de prevalência IACS de 10,6%, sendo de 12,4% em homens e 8,8% em mulheres. Quanto à localização destas infeções, as das vias respiratórias

foram as mais frequentes (29,3%), seguidas das vias urinárias (21,1%) e das ILC (18%), sendo esta a infeção mais frequente nos serviços de cirurgia (DGS, 2013b).

A ILC é uma das complicações mais comuns na cirurgia abdominal, e uma das IACS mais frequentes (DGS, 2013a). Dados europeus estimam que a incidência pode chegar a 20%, dependendo do procedimento, dos critérios de vigilância utilizados e da qualidade dos dados obtidos. A *United States Center sof Disease Control National Nosocomial Infections Surveillance* (CDC NNIS) considera que a ILC representa 14 a 16% das infeções em utentes hospitalizados e 38% nos utentes cirúrgicos.

O *European Centre for Disease Controland Prevention* (ECDC) definiu critérios de classificação de ILC (DGS, 2017a). A ILC pode ser uma infeção incisional superficial, que surge durante os 30 dias posteriores à cirurgia, em que há envolvimento apenas da pele e do tecido celular subcutâneo no local da incisão. Para que seja considerada ILC, deve verificar-se pelo menos uma das seguintes especificações: drenagem purulenta, cultura positiva de fluidos/exsudados associados a sintomas de dor, calor ou eritema (DGS, 2013a).

Já a ILC incisional profunda, surge até aos 30 dias após a cirurgia, ou dentro de 365 dias, caso tenha sido colocado um implante. A infeção nesta situação está relacionada com o procedimento cirúrgico e envolve os tecidos moles profundos da incisão (fáscia e parede muscular). Neste caso, deve verificar-se pelo menos um dos seguintes critérios: drenagem purulenta da zona profunda da incisão, mas não de órgãos ou espaços, associada a febre > 38ºC e a dor (DGS, 2013a).

A infeção de órgão ou espaço é uma ILC quando surge nos 30 dias posteriores à cirurgia, e se houve a colocação de um implante o período estende-se até um ano. A infeção envolve qualquer parte do corpo distinta da incisão, órgãos e ou espaços, aberta ou manipulada durante uma cirurgia, estando presente pelo menos uma das seguintes especificações: drenagem purulenta, cultura positiva e observação de abcesso ou outra evidência de infeção que afeta um órgão ou espaço (DGS, 2013a).

Cada ILC é responsável por 7 a 11 dias adicionais de internamento e por um aumento do risco de morte de 2 a 11 vezes mais. Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis, desde que, se cumpram medidas preventivas, conhecidas como feixes de intervenções, que não são mais que um conjunto de recomendações orientadoras da prática clínica (DGS, 2012).

Um estudo realizado em 2015, que englobou 575 cirurgias, 46 desenvolveram ILC, o que perfaz uma taxa global de 8% (DGS, 2015a). No total das ILC estudadas, 63,0% foram diagnosticadas durante o internamento e 37,0% após a alta. Segundo o mesmo

estudo, o desenvolvimento de ILC aumentou em média o tempo de internamento dos doentes em 14 dias.

Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência,“feixes de intervenções“, de prevenção de infeção (DGS, 2015c). Apesar da existência de uma política, de implementação de medidas que visam reduzir a taxa de ILC, esta continua a ser uma das causas de morbilidade e mortalidade. A emergente resistência a antibióticos, o aumento do número de utentes idosos sujeitos a procedimentos cirúrgicos, muitos deles com comorbilidades variadas, nomeadamente doenças crónicas e auto imunes, assim como, a maior utilização de implantes protésicos e transplantação de órgãos, concorrem para o aumento destas infeções (DGS, 2015a).

1.2 - DEISCÊNCIA DA FERIDA

Quando os microrganismos presentes numa ferida proliferam até um nível elevado, produz-se uma resposta local e/ou sistémica. A infeção aumenta a produção de enzimas por células imunes e bactérias, que podem interromper a cicatrização e causar deiscência de ferida, esta associação entre ILC e deiscência, é apontada pelo CDC. No entanto, a infeção pode ser uma causa e um fator de risco para deiscência da ferida cirúrgica mas, algumas situações de deiscências de feridas não são causadas por infeção. Sabe-se que a ILC pode ocorrer antes ou depois da deiscência (Ousey et al., 2018). O conceito de deiscência de ferida cirúrgica nem sempre é consensual entre os profissionais de saúde. Para alguns, o termo deiscência é reservado exclusivamente para o grave evento de evisceração de conteúdo abdominal, que pode ocorrer após falha na técnica de encerramento de grandes incisões, como na cirúrgia abdominal. Mas para outros, o termo tem um significado mais amplo, abrangendo um espetro de problemas, que variam desde a separação superficial dos bordos da ferida, até à separação completa de toda a profundidade da incisão, com exposição de órgãos corporais e/ou implantes cirúrgicos (Ousey et al., 2018). Assim, existem sinónimos para deiscência de ferida cirúrgica, tais como: rutura de ferida, separação de ferida, abertura de ferida, quebra de feridas, falha na ferida, falha no local cirúrgico, deiscência de ferida pós-operatória, deiscência fascial (Ousey et al., 2018). Pelo que deiscência de ferida cirúrgica é a separação das margens de uma incisão cirúrgica fechada que foi produzida na pele, com ou sem exposição ou protusão do tecido, órgãos ou implantes subjacentes. Esta separação pode ocorrer em regiões únicas ou múltiplas, envolver todo o comprimento da incisão, e pode afetar algumas ou todas as camadas do tecido.

Entre as principais causas de deiscência da ferida cirúrgica, destacam-se: problemas técnicos no encerramento da incisão (ex: nós de sutura que se desfazem); aumento da pressão causadora de tensão nos tecidos da ferida, provocada pela tosse que pode causar rutura das suturas ou rutura da incisão cicatricial; comorbilidades ou tratamentos que dificultam a cicatrização; e/ou infeção do local cirúrgico. São também considerados fatores de riscos locais para complicações na ferida cirúrgica, os processos traumáticos da ferida no pós-operatório e a radioterapia. Entre os fatores intrínsecos ao doente, podem mencionar-se: idade, desnutrição, obesidade, tabagismo, comprometimento imunológico, doenças consumptivas associadas (perda de peso e massa muscular involuntário) e uso prolongado de medicamentos esteroides ou imunoterápicos. Também o tipo de cirurgia eletiva, urgente ou emergência, está associada a maior ou menor risco de complicações, sabe-se que toda a cirurgia de urgência ou de emergência aumenta a probabilidade de deiscência da ferida cirúrgica (Gupta et al., 2017). Nesse contexto, o tratamento da ferida cirúrgica, deve incluir a identificação de possíveis fatores críticos para a cicatrização, de forma a individualizar o cuidado e prevenir possíveis complicações.

A dificuldade de obter uma visão clara das taxas de ocorrência de deiscência de ferida cirúrgica é complexa, pelas variações na terminologia usada para descrever o termo deiscência de ferida cirúrgica , como já anteriormente referido. Por outro lado, é provável que a subnotificação de deiscência de ferida cirúrgica também ocorra por outros motivos, incluindo: as deiscências, particularmente no que respeita a pequenas áreas superficiais de uma ferida, podem ser reconhecidas e registadas como tal. Para além disso, muitas das vezes, a deiscência de ferida cirúrgica é registada apenas como infeção, mesmo em casos de extensas deiscências. Também a alta precoce do doente, em que a deiscência da ferida cirúrgica ocorre já na comunidade, pode contribuir para esta baixa notificação. Importa ainda realçar, que as implicações negativas tendo em conta o regresso e o acesso às instalações hospitalares podem desincentivar o registo e relato de complicações do local cirúrgico.

A deiscência de ferida cirúrgica pode ocorrer a qualquer momento após a cirurgia, entre o primeiro dia e o vigésimo dia após a cirurgia, mas frequentemente ela ocorre entre o quarto e o décimo quarto dia do pós-operatório.

A deiscência de uma ferida cirúrgica, tem impacto negativo na saúde mental e no funcionamento físico e social dos utentes, acarretando custos consideráveis para os sistemas de saúde, pois o seu tratamento não se restringe aos cuidados hospitalares em internamento, causando sobrecarga de recursos no ambulatório e na comunidade.

Segundo Ousey et al. (2018), a mortalidade pós deiscência de ferida cirúrgica esternal é muito alta (11% a 53%), sendo neste caso a infeção e a doença pulmonar obstrutiva crónica as principais causas. Também na deiscência de ferida cirúrgica abdominal a mortalidade é relevante, verificando-se variações entre 3% e 35% (Ousey et al., 2018).

Dados dos EUA ilustra também o aumento da morbimortalidade experimentada por utentes com deiscência de ferida cirúrgica. Em 2008 constatou-se que utentes com deiscência de ferida cirúrgica tinham, em comparação com os que não a desenvolveram, um adicional de 9,6% de mortalidade, sendo 9,4% de dias de prolongamento da hospitalização e 40.323 milhões de euros em despesas hospitalares (Ousey et al., 2018).

A *Veterans Health Administration* relatou, da análise de dados que efetuou entre 2003 e 2007, concluiu que os utentes com a deiscência de ferida cirúrgica tinham 61% de mais probabilidade de readmissão nos 30 dias após cirurgia, do que utentes que não tinham desenvolvido deiscência de ferida cirúrgica (Ousey et al., 2018).

A avaliação dos utentes com ferida cirúrgica, deve fornecer informações pertinentes que orientarão o tratamento, prevenindo complicações. É importante ainda, identificar na fase pré-operatória, fatores modificáveis que podem dificultar a cicatrização, assim como já na presença de ferida cirúrgica, qualquer sinal de infeção local ou sistémica. Os resultados da avaliação integral da pessoa que vai ser submetida a cirurgia, deve incluir todos os aspetos do estado de saúde e psicossocial anterior e atual do utente, e deve ser totalmente documentada, pois será como um guia orientador na gestão mais profunda do tratamento a seguir.

Alves e Vieira (2012) referem que no tratamento às feridas "*os profissionais de saúde devem ser educados para intervir positivamente no processo de prevenção e tratamento de feridas, (...) ter competências e habilidades, para avaliar o utente e gerir os recursos humanos e materiais necessários*" (p.8).

A atuação de enfermagem tem importante destaque no acompanhamento da evolução do processo de cicatrização das feridas, no entanto, há estudos que demonstram falhas e desconhecimento nesta área de intervenção, com impacto na qualidade dos cuidados (Gonçalves, Rabeh & Terçariol, 2015).

Há evidências acumuladas de grande escala de problemas de cicatrização de feridas cirúrgicas e, dos altos custos económicos e sociais que elas trazem para os sistemas de saúde e utentes. É necessária mais pesquisa, para esclarecer melhor o impacto económico da deiscência de ferida cirúrgica na saúde, incluindo incidência (associada ou não associada com infeção), dados sobre qualidade de vida, custos de gestão em

ambientes hospitalares e comunitários e o impacto das intervenções, na prevenção de deiscência de ferida cirúrgica.

2 – DOCUMENTAÇÃO EM ENFERMAGEM

A documentação de enfermagem, é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, pois ao incorporarem de forma sistemática as necessidades de cuidados, as intervenções de enfermagem e os resultados obtidos sensíveis à prática de enfermagem, facilitam a continuidade de cuidados e a eficácia das intervenções (OE, 2001).

É mediante os registos, que se garante a continuidade dos cuidados de enfermagem, que se conseguem dados para a avaliação dos mesmos e, que se avança no desafio de desenvolver e dar visibilidade à profissão de enfermagem (Leal, 2006).

A *World Health Organization* (WHO), refere que a documentação clínica, inclui todas as formas de documentação, elaboradas por todos os profissionais de saúde, que se relacionam com o cuidado ao utente. É a base para a comunicação entre os profissionais de saúde, informando sobre o tratamento, os cuidados planeados, os cuidados prestados e os resultados obtidos, numa base de continuidade dos cuidados (WHO, 2007).

Segundo Rocha et al. (2015) os registos de enfermagem têm como finalidade facilitar a comunicação, o planeamento, a individualização e a continuidade dos cuidados; avaliar a eficácia das intervenções/cuidados prestados; proporcionar segurança ao utente e à equipa de enfermagem. Permitem ainda, avaliar a qualidade dos cuidados e ser suporte da investigação na procura da melhor evidência.

Os registos de enfermagem, justificam e comprovam os cuidados que foram proporcionados aos utentes em qualquer situação clínica. São uma fonte de informação e um meio de comunicação, constituindo-se um instrumento de trabalho essencial para a prática clínica de enfermagem (OE, 2015). Devem servir os interesses da pessoa doente e respeitar alguns princípios, como ocorreram de forma cronológica, respeitar os requisitos legais; cumprirem as políticas de cuidados; e serem concisos, rigorosos e atualizados.

Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) surgem no sentido de facilitar a documentação, diminuindo assim, o tempo gasto em tarefas burocráticas, conferindo maior confiabilidade e exatidão na informação, bem como, uma maior legibilidade na informação e padronização de registos (Silvestre, 2012).

A avaliação e monitorização das feridas assume grande importância na prestação de cuidados de enfermagem, pois permite avaliar o estado inicial da ferida, que ainda não iniciou tratamento e o sucesso ou o insucesso do mesmo, através da análise da evolução do processo de cicatrização (Gouveia, 2009 como citado em Antunes, Carvalho, Freire, & Marques 2015).

Há várias décadas que se efetuam estudos, que relacionam os registos de enfermagem e evolução cicatricial das feridas, sendo que todos, de um modo geral, revelam que a documentação é insuficiente, resulta em alterações frequentes no tipo de tratamento, devido à perceção individual do enfermeiro que efetua o tratamento à ferida e à falta de compreensão do processo cicatricial da mesma (Espirito Santo et al., 2013 como citado por Antunes, Carvalho, Freire & Marques, 2015).

Os registos relativos à ferida devem incluir informação sobre: classificação; localização; dimensões e profundidade; caraterísticas do tecido presente no leito da ferida; presença ou não de exsudado, caraterísticas da pele circundante e dor. Devem também fazer parte da documentação, o registo fotográfico da ferida (Li & Korniewicz, 2013).

Num estudo realizado em 2014, sobre registos de feridas foi possível concluir que: havia avaliação inadequada da mesma, desrespeito pelas boas práticas, dificuldades de comunicação e de cooperação entre os profissionais e falta de liderança nos processos de tomada de decisão (Vieira, 2014).

A questão de pesquisa da RIL, feita neste âmbito, procura responder à questão:“A documentação realizada pelos profissionais de saúde sobre feridas cirúrgicas abdominais descreve de forma objetiva a evolução cicatricial da ferida?”

Os objetivos da revisão integrativa da literatura visaram explorar a evidência científica atual sobre documentação realizada pelos profissionais de saúde na monitorização de feridas cirúrgicas abdominais e analisar de que forma a documentação dos profissionais de saúde documentam a evolução cicatricial da ferida.

A metodologia utilizada para a RIL foi a pesquisa nos idiomas, português, espanhol e inglês, nas bases de dados PubMed, SCIELO e nas plataformas EBSCO, MEDLINE e RECAAP, com os seguintes descritores: *postoperative care*, *surgical site infection*, *surgical wound dehiscence*, *postoperative pain*, *documentation in nursing* e *nursing records*, ligadas pelos descritores boleanos AND ou OR. A pesquisa foi realizada,nos meses de novembro e dezembro de 2018, tendo resultado em 57 artigos. 54 dos artigos foram eliminados, 44 por o título não refletir a temática em estudo e/ou após leitura do resumo ou do texto integral, 10 artigos por se encontram repetidos nas bases de dados.

O corpus de análise é assim constituído apenas por 3 estudos, que se consideraram adequados para prosseguir a revisão, o que reflete a escassez de investigação na área.

Num estudo realizado por Antunes, Carvalho, Freire e Marques (2015) em Portugal, cujo objetivo foi evidenciar a importância dos registos de enfermagem na evolução cicatricial de ferida, os autores concluíram que a utilização de registos de enfermagem fiáveis, universais e bem documentados, são fundamentais para uma melhoria dos cuidados. Além de proporcionarem uma efetiva continuidade dos cuidados, permitem a reflexão por parte do profissional de forma a encontrarem as melhores soluções terapêuticas para cada tipo de ferida.

Marques, Almeida, Farias e Nascimento (2016), realizaram um estudo no Brasil, que objetivava conhecer o perfil do doente, com deiscência de ferida cirúrgica e descrever as condutas da equipa de saúde descritas nos registos dos processos clínicos dos utentes. Foi definido como critério de inclusão da presença do termo “deiscência” nos registos médicos e de enfermagem. Estes autores, exploraram os registos de 10 utentes com deiscências de ferida cirúrgica, em que a maioria ocorrerem em mulheres com histórico de doenças associadas. Concluíram que a maioria das deiscências ocorreram nas 96 horas de pós-operatório, sendo o local cirúrgico mais evidenciado, a região abdominal. Os resultados apontaram ainda, não haver uniformidade de condutas e cuidados nos registos de médicos e de enfermeiros, pelo que recomendam a utilização de protocolos específicos para feridas cirúrgicas, visando uma tomada de decisão clínica mais rigorosa.

González-Samartino et al. (2018), desenvolveram um estudo observacional em dois hospitais universitários na Catalunha (Espanha), cujo objetivo foi analisar a precisão e exaustividade do registo de eventos adversos, usando a terminologia da aplicação informática. Os autores incluíram no estudo 459 registos, tendo em conta a precisão dos mesmos, um total de 153 registos por cada diagnostico sobre: úlcera por pressão, infeção do local cirúrgica e pneumonia de aspiração. Foi avaliada a correspondência entre o evento descrito pelo médico e o problema documentado pelo enfermeiro. O registo foi considerado completo quando continha o diagnóstico, identificação do risco do evento, prescrição de cuidados e um registo acerca do progresso de evolução. Os resultados do estudo, permitiram concluir que as úlceras por pressão são o evento adverso registado por enfermeiros com maior precisão, que estes estão fortemente correlacionadas com o diagnóstico de enfermagem e dados clínicos. A precisão no registo de infeção do local cirúrgico, foi moderada e a aspiração com resultado de pneumonia é muito baixa.

3 – TEORIA DA EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: MODELOS DE ANÁLISE

Os modelos de enfermagem, como modelos do cuidar, valorizam a relação interpessoal e a individualidade da pessoa humana. Para Phaneuf (2001), cada vez mais, espera-se que os enfermeiros demonstrem a sua contribuição para a obtenção de resultados em saúde, tendo como referencial o utente, com intensão de avaliar as suas práticas. A preocupação na obtenção de resultados, está relacionada com os próprios resultados que os profisionais podem obter com o que fazem.

Por isso, o conceito de resultados em saúde e, nomeadamente, o de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, está a aflorar com muita inteligência no sentido da necessidade, por algumas profissões em demonstrar o seu valor, pela autoridade do seu conhecimento e práticas, que acrescentam diariamente aos cuidados que prestam no seu dia-a-dia.

A eficácia da função de enfermagem defendida por Donabedian em 1966, como citado por Amaral (2014), fornece uma estrutura conceitual bem definida, para orientar a avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem. O modelo teórico para a prática de cuidados de enfermagem e, dado o âmbito da investigação, que consideramos mais adequado é o Modelo de Análise da Efetividade dos Cuidados.

Após a 2ª Guerra Mundial, pela necessidade da implementação de sistemas de controlo, escassez de recursos, pela exigência de qualificação, reorganização das empresas e incentivo ao desenvolvimento das instituições hospitalares, houve a necessidade de utilizar um modelo de avaliação da qualidade dos cuidados. O conjunto de três entidades, para avaliação dos serviços de saúde foi descrita por Avedis Donabedian, no ano de 1966, na qual analisou três conceitos: a estrutura, o processo e o resultado assistencial. O modelo Donabedian, incluiu a noção de resultado na investigação em saúde, sendo que as estruturas hospitalares e os processos envolvidos nos cuidados foram, inicialmente, os principais focos a ter em conta segundo Donabedian como citado em Amaral (2014). A mensuração de resultados surge mais tarde, em grande parte fundamentada nos fenómenos multidimensionais, onde se destacam os cuidados de saúde que são prestados numa diversidade de contextos, por múltiplos profissionais e influenciados por uma

pluralidade de variáveis ambientais e organizacionais, algumas delas difíceis de mensurar e operacionalizar. À medida que as instituições de saúde refinaram os padrões de garantia de qualidade, a responsabilidade dos prestadores de cuidados individuais intensificou-se. Neste contexto, a avaliação dos processos de qualidade não pode colocar de lado o processo, ou a forma com é feita a prestação de cuidados de saúde, seja na conceção técnico-relacional ou, através do processo observacional dos mesmos cuidados de saúde.

A questão da garantia da qualidade dos cuidados em saúde, nasceu interligada com a necessidade de demostrar resultados em saúde. Assim, a enfermagem tem vindo a preocupar-se com a questão dos resultados de enfermagem, pela necessidade de afirmação da profissão de forma a demonstrar que também tem um papel ativo na efetividade dos cuidados. Importa perceber que as intervenções de enfermagem e os seus resultados não aparecem de imediato, tendo em conta que, os sistemas de avaliação de cuidados era uma prática e um domínio da classe médica. Nestes últimos anos, surgiu uma inquietação que levou a enfermagem a ter um foco concreto, a qualidade dos cuidados de saúde prestados, pois o enfermeiro diariamente assume na prestação de cuidados, a responsabilidade de assegurar a excelência dos cuidados aos seus utentes, tendo em conta as suas intervenções autónomas e interdependentes (Amaral, 2014).

Segundo Donabedian (1988), a estrutura corresponde às caraterísticas relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos e condições organizacionais. O processo, corresponde à prestação da assistência segundo padrões estabelecidos e à utilização dos recursos nos seus aspetos quantitativos e qualitativos. A componente resultados, corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde ou pelo profissional, em termos de mudanças verificadas no estado de saúde das pessoas, tendo em conta a satisfação do utente e do profissional, ligada à aquisição e prestação dos cuidados. Na enfermagem, a necessidade de informações sobre os resultados na pessoa cuidada, aumenta de acordo com a reestruturação das organizações para melhorar a efetividade do cuidado.

O processo, baseia-se nas intervenções autónomas e ou interdependentes de enfermagem. A intervenção interdependente da enfermagem diz respeito às atividades e funções em que os enfermeiros se dedicam, parcial ou totalmente dependentes das funções de outros prestadores de cuidados de saúde. Os resultados que podem ser

afetos pelo papel interdependente da enfermagem nos cuidados de saúde incluem a qualidade da comunicação intra-equipa e interprofissional e de coordenação dos cuidados.

Na elaboração do processo de enfermagem, após a avaliação inicial do utente, o enfermeiro utiliza o seu conhecimento e experiência para estabelecer o diagnóstico de enfermagem (DE). De acordo com o *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM), a prestação de cuidados envolve um sistema que mobiliza um conjunto de prestadores, que interagem entre si e prestam cuidados, com vista a obter os resultados esperados. A contribuição dos profissionais nos resultados que os utentes podem obter, bem como seus custos, é orientada pelas funções que cada um assume nos cuidados. O modelo propõe relações entre os diferentes papéis que os enfermeiros assumem, nos cuidados de saúde e os resultados esperados pelos cuidados de enfermagem (Amaral, 2014; Doran, 2011).

As variáveis ligadas à forma de organização do serviço, a dotação de enfermeiros e à diversidade de competências da equipa de enfermagem, também podem influenciar essa relação. Neste âmbito, as variáveis estruturais ligadas à enfermagem, ao utente e ao sistema, podem ter um efeito direto nos resultados clínicos, funcionais, de satisfação e nos custos das dotações de profissionais.

Importa aqui vincular que os resultados, além do processo, só são possíveis de avaliar de forma eficaz através da documentação de enfermagem.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

4 - METODOLOGIA

Atendendo a que os dados obtidos numa pesquisa social não são indiferentes à sua forma de obtenção, devemos, acima de tudo, utilizar técnicas e procedimentos específicos para recolha, descrição e análise dos dados, para que um trabalho de investigação tenha rigor científico.

Fortin, Côte e Filion (2009), apelidam de procedimentos e técnicas, a que chamam metodologia, um conjunto de atividades que se humanizam com os diferentes fundamentos filosóficos e que suportam as preocupações e as orientações da investigação.

A investigação científica é um método através do qual se obtém novos conhecimentos. Através da investigação científica, o investigador vai procurar interpretar os fenómenos, visando dar resposta às questões que pretende indagar, sendo sempre um método sistemático e rigoroso (Fortin, Côte & Filion, 2009).

De uma forma global, a metodologia abrange todo o conjunto de métodos quantitativos, qualitativos e/ou mistos utilizados, técnicas de investigação, estrutura e organização, fundamentados devidamente.

A investigação documental inscreve-se num contexto de revisão de informação, que fornece o conhecimento sobre um determinado assunto e, neste contexto, propõe um processo lógico para a consulta das referências gerais.

Devemos pois, em qualquer trabalho, utilizar uma metodologia rigorosa e bem definida, que nos permita atingir os objetivos, sem esquecer que esta, é a parte mais complexa na redação de qualquer projeto ou relatório de investigação. Assim, abordaremos ao longo deste capítulo aspetos da metodologia científica utilizada no estudo, do qual faz parte: o tipo de estudo; a questão e objetivos de investigação; a população alvo e amostra; as variáveis em estudo; instrumentos de colheita de dados; tratamento dos dados, prodecimentos formais e éticos relativos ao processo de investigação.

4.1 – TIPO DE ESTUDO

As opções metodológicas selecionadas para um estudo de investigação, estão intimamente relacionadas com aquilo que o investigador pretende saber (Polit & Beck, 2011). O desenho de investigação traduz-se num plano lógico, criado pelo investigador, de forma a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011; Gray, Grove & Sutherland, 2017). Consideramos o nosso estudo, estruturalmente de índole misto. Trata-se de um estudo retrospetivo de base documental, de acordo com o preconizado pela literatura consultada.

Estudos de métodos mistos, precisam ter questões de pesquisa qualitativa e quantitativas, incluídas nos estudos, para restringir e focar os objetivos (Creswele, 2010).

A investigação qualitativa tem como foco estudar fenómenos relativos às ciências humanas e sociais. Nesta, o investigador interage diretamente com o ambiente no qual o fenómeno está inserido. Os estudos qualitativos permitem-nos circunscrever o problema e produzir informação sobre a população em estudo (Oliveira, 2014).

Segundo Martins e Theóphilo (2009), as investigações quantitativas são aquelas em que os dados e as evidências recolhidas, podem ser quantificados. Os autores relatam que, nesta abordagem, após a recolha de dados, o investigador deverá selecioná-los, organizá-los e codificá-los para submetê-los a técnicas e/ou testes estatísticos.

Malhotra (2012), comparou a abordagem qualitativa e a quantitativa, referindo que a abordagem qualitativa, permite uma melhor visão e compreensão dos problemas da investigação, enquanto a abordagem quantitativa, objetiva uma análise estatística dos dados recolhidos.

Na investigação qualitativa, imperam estudos descritivos, sendo estes transcritos como relatos, situações e acontecimentos, de forma a abranger um maior entendimento da realidade. Nesse método, não se procura provar evidências formuladas, mas sim opinar sobre a investigação, no sentido de descrever, compreender e interpretar os fatos, ao contrário de medi-los. Para Malhotra (2012), uma investigação com abordagem qualitativa, assegura uma melhor interpretação e compreensão dos problemas da investigação. Neste estudo, pela análise documental, procurar-se-á identificar na documentação de enfermagem, prévia ao diagnóstico de deiscência da ferida, possíveis indícios de complicação na ferida cirúrgica em doentes submetidos a cirurgia abdominal.

O estudo retrospetivo, é baseado em informação de períodos passados, a sua análise é feita tendo em conta a ocorrência do evento, ou seja, os dados já existem antes do

início do estudo. Os estudos retrospetivos, são mais sujeitos a erros, tais como dados omissos e dificuldade das pessoas em relembrar acontecimentos passados, por isso, têm tendência a produzirem dados de qualidade inferior, mas são menos dispendiosos e podem ser executados numa fração do tempo também inferior. O estudo retrospetivo pode ser ainda, caraterizado como estudo longitudinal, se os dados relativamente a um indivíduo ou indivíduos, foram observados durante um período de tempo, possivelmente com observações repetidas de alguns atributos (Oliveira, 2014). No presente estudo, será analisada a documentação de enfermagem, relativa a doentes que desenvolveram deiscência da ferida cirúrgica abdominal entre janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2017, relativa à avaliação da ferida cirúrgica, nomeadamente sinais ou sintomas que o doente possa apresentar, que segundo a literatura possam indiciar complicações na ferida como: desconforto/dor; estado febril/ febre; penso repassado, calor e rubor/eritema local, edema/endurecimento na ferida zona circundante; pus/exsudato purulento ou hematopurulento; e outras complicações de cariz gastrointestinal, cardiorrespiratórias e, ainda, alterações do comportamento.

Dado que a informação que se pertende recolher foi desenvolvida por um período longo, janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017, trata-se de um estudo longitudinal.

A pesquisa documental é um tipo de pesquisa que utiliza fontes primárias, isto é, dados e informações que ainda não foram tratados científica ou analiticamente, que podem ser ricos complementos à pesquisa bibliográfica. “A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc”. (Fonseca, 2002, p. 32). Os documentos analisados podem ser atuais ou antigos, e podem ser usados para contextualização histórica, cultural, social e econômica de um lugar ou grupo de pessoas, em determinado momento da história. Por essa razão, é um tipo de pesquisa bastante utilizado nas ciências sociais e humanas. Além disso, permite fazer análises qualitativas sobre determinado fenómeno, mas também é possível fazer análises quantitativas, quando se analisam bancos de dados com informações numéricas por exemplo.

Lakatos e Marconi (2007) fazem referência ao facto de a pesquisa documental, caracterizar-se por a fonte de recolha de dados ser restrita a documentos. Sá-Silva, de Almeida, e Guindani (2009), consideram que as “fontes primárias são dados originais, apartir dos quais se tem uma relação direta com os fatos a serem analisados, ou seja, é o pesquisador (a) que analisa” (p.6).

Segundo Yin (2010), a pesquisa documental é apropriada para casos em que o investigador necessita analisar longos períodos de tempo, como por exemplo, elaborar tendências e comportamentos de um fenómeno. Na investigação documental, existem três aspetos muito importantes, sendo que o primeiro refere-se à escolha dos documentos, que devem ter um propósito e conter informação que responda a inquietação do investigador. O segundo aspeto, que a escolha dessa documentação, deva ter acesso "facilitado" ao investigador. O terceiro aspeto, contempla a análise da informação, onde os integrantes do processo devem seguir criteriosamente um padrão analítico pré-estabelecido.

Segundo Gil (2007), a pesquisa descritiva é objetiva e caracteriza certo fenómeno, como por exemplo, descrever as caraterísticas de certa população e apresentar uma classificação quanto aos objetivos do estudo.

Assim, o presente trabalho pode ser considerado uma pesquisa documental, já que haverá análise de documentos específicos, desenvolvidos pela própria instituição através do SClínico, esta ferramenta é uma aplicação única, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde, centrada no utente e tem como objetivo uniformizar os registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação referente aos utentes. A base de dados do SONHO/V2, possuí, um conjunto informação, nomeadamente o PC (processo de enfermagem), onde constam focos/diagnósticos, intervenções e prescrições de enfermagem. Esta informação está organizada e, é passível de ser selecionada pelos enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados. Na presente investigação, pretende-se fazer análise documental no SClínico hospitalar, relativa aos utentes que desenvolveram deiscência de ferida cirúrgica após cirurgia abdominal na instituição onde foi realizado o estudo.

4.2 – QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação corresponde a um enunciado interrogativo, que precisa as variáveis e as relações que possam existir entre elas, especificando os aspetos a estudar (Fortin, Côté & Filion, 2009).

As questões de investigação em métodos mistos, devem incluir tanto componentes qualitativos quanto quantitativos em cada estudo. O modelo encontrado nos estudos mistos, envolve a redação das questões de pesquisa, como uma introdução a cada fase do estudo em vez de apresentá-las todas no começo do estudo (Creswele, 2010).

No sentido de delinear o caminho da investigação e compreender a problemática em estudo, foi elaborada a seguinte questão central investigação: O que é valorizado pelos enfermeiros nos registos de avaliação da ferida cirúrgica na fase pré-deiscência da ferida cirúrgica em doentes submetidos a cirurgia abdominal?

Os objetivos decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico ou conceptual, sendo determinantes para as outras etapas do processo de investigação (Fortin, 2009). Com base na questão de investigação, definimos como objetivo geral analisar na documentação de enfermagem prévia ao diganóstico de deiscência, que possa indiciar complicações da ferida cirúrgica em doentes submetidos a cirurgia abdominal e, como objetivo específico caraterizar o perfil do doente que desenvolveu deiscência e identificar registos de sinais e sintomas sugestivos de complicação da ferida cirúrgica.

4.3 – VARIÁVEIS EM ESTUDO

No contexto de uma investigação científica, os conceitos passam a ser variáveis (Polit & Beck, 2014). Segundo Fortin (2009), “as variáveis são qualidades, propriedades ou caraterísticas de objetos, pessoas ou situações estudadas numa investigação são observadas ou medidas” (p. 171).

Através da análise da documentação de enfermagem/registos dos processos dos utentes com deiscência, será possível recolher informação, sobre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo) e clínicas (peso, Índice de Massa Corporal (IMC)), tipo, natureza da cirurgia e momento em que ocorreu a deiscência),.que permitiram, embora de forma sumária, traçar o perfil do utente que desenvolveu deiscência.

Foram considerados sinais e sintomas de complicação da ferida cirúrgica, que eventualmente podem indiciar futura deiscência da ferida: aumento da temperatura (estado febril ou febre), dor ou desconforto na ferida ou região cirucundante, penso repassado, calor e rubor/eritema local, edema/endurecimento e pus/exsudato purulento ou hematopurulento. Foram consideradas ainda, outras complicações quer gastrointestinais, como cardiorrespiratórias e alterações do comportamento como: agitação, confusão/desorientação e comportamento desajustado, como possíveis manifestações de complicações da ferida cirúrgica.

Para a caraterização do perfil do doente com deiscência, iremos ter em conta as variáveis: idade, sexo, peso, IMC, natureza e tipo de cirurgia (urgente ou programada); e o momento em que desenvolveu a deiscência (internamento ou após a alta).

Para a caraterização socioprofissional dos enfermeiros, que constituem a equipa da unidade cirúrgica onde o estudo vai ser realizado, ter-se-á em conta as variáveis: idade, sexo e categoria profissional.

4.4 – POPULAÇAO E AMOSTRA

No planeamento de uma investigação torna-se necessário definir com precisão a população a ser estudada, isto é, a população alvo. A população considerada neste estudo é a documentação de enfermagem, prévia ao diagnóstico de deiscência de ferida cirúrgica em doentes submetidos a cirurgia abdominal.

Os critérios de elegibilidade correspondem às caraterísticas essenciais dos elementos da população (Fortin, 2009). Por isso, os critérios de inclusão preconizados para o referente estudo são: documentos de registo de enfermagem relativos a doentes que foram sujeitos a cirurgia abdominal e que desenvolveram deiscência de ferida cirúrgica, quer durante o internamento, quer após a alta e, que por isso, tiveram reinternamento. Por isso, foi selecionada toda a documentação de enfermagem relativa a doentes com deiscência da ferida cirúrgica abdominal, assim, o termo deiscência teve que constar pelo menos uma vez, nos registos referentes a cada um dos doentes.

Dada a impossibilidade de analisar toda a documentação de enfermagem referente a doentes que desenvolveram deiscência de ferida cirurgia abdominal, definiu-se como amostra toda a documentação de enfermagem, prévia ao diagnóstico de deiscência, de doentes que fizeram cirurgia abdominal, entre 1 de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2017, num serviço de cirurgia geral de um hospital distrital do centro do país, num total de 70 registos de enfermagem de doentes diferentes, pelo que será este o corpo de análise.

4.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A recolha de dados é uma etapa do trabalho de investigação, que permite obter os dados necessários para alcançar os objetivos do estudo. A escolha do instrumento teve em conta a questão, os objetivos e as variáveis em estudo.

Para a recolha de dados foi construída uma grelha de extração de dados (Apêndice I), que teve por base as particularidades do estudo e assente na pesquisa de sinais e sintomas sugestivos de complicação de ferida, apontados pela literatura. Assim, foi recolhida informação sobre as caraterísticas sociodemográficas dos doentes que

desenvolveram deiscência (sexo, idade) e dados clínicos relativos à cirurgia (tipo e tempo de internamento) e, ainda, informação sobre peso, altura, objetivando calcular o IMC. Recolheu-se também informação sobre o momento em que ocorreu a deiscência (durante o internamento ou após a alta), informação sobre a avaliação da ferida, nomeadamente: temperatura corporal, motivo de realização do tratamento à ferida, caraterísticas da ferida e área circundante, presença ou não de dor/desconforto e, presença ou não de exsudato e caraterísticas do mesmo e da drenagem (em feridas com drenos) e, ainda, registo de outras possíveis complicações como: alterações gastrointestinais e cardiorrespiratórias, agitação e/ou confusão.

4.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

De uma forma geral, os conceitos em estudo, os métodos de recolha de dados e a divulgação dos resultados de investigação, contribuiem para o avanço do conhecimento científico, mas podem colocar em causa os direitos fundamentais das pessoas envolvidas. Pelo que qualquer investigação efetuada em seres humanos levanta questões morais e éticas, que podem comprometer a dignidade e os princípios ético morais da pessoa (Streubert & Carpenter, 2013).

O próprio Código Deontológico dos Enfermeiros aponta para que estes devem adotar uma conduta responsável, jurídica, ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos (REPE, 2015).

McEvoy (1999) como citado por Leal (2006), refere que os registos são uma fonte de dados muito acessíveis para estudos quantitativos, mas alerta para o imperativo de assegurar a confidencialidade da identidade das pessoas. Neste sentido, é fundamental reforçar que neste estudo assegurou-se total anonimato dos doentes a quem se referia a documentação, assim como a identidade enfermeiros que realizaram esta documentação.

Tal como já referido, a colheita de informação foi realizada através de pesquisa documental no SClínico hospitalar, pelo que a participação de seres humanos foi indireta, dispensando-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Contudo, e como forma de cumprir os pressupostos formais e éticos, inerentes à realização do estudo, a investigadora antes de proceder à recolha de informação, pediu autorização para a realizar do mesmo. Assim, foram elaborados três documentos (Apêndice II, III, IV) com a finalidade de solicitar autorização ao Conselho de

Administração para a consulta e a recoha de dados e o pedido de parecer à Comissão de Ética do hospital onde o estudo foi realizado.

4.7 – TRATAMENTO DE DADOS

De acordo com Polit e Beck (2011), a recolha de informação no desenrolar da investigação não responde, em si e por si, às questões e objetivos de pesquisa, essa informação necessita de ser processada, analisada e interpretada à luz da evidência científica.

O tratamento estatístico é o método mais adequado para analisar e interpretar os dados colhidos, permitindo simplificar, resumir, organizar, interpretar e comunicar a informação obtida (Polit, Beck & Hungler, 2004).

No tratamento estatístico dos dados recolhidos foi utilizado o programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* - SPSS, IBM ®, versão 24.0.

Recorreu-se à estatística descritiva para análise exploratória dos dados, destacando os mais relevantes para o estudo. Foram calculadas as medidas de estatística descritiva, nomeadamente frequências, medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão).

Foi também efetuado análise do conteúdo dos registos realizados pelos enfermeiros do serviço em que o estudo foi realizado. A análise documental foi realizada através da técnica de análise de conteúdo da informação segundo a abordagem de Bardin. Esta técnica deve percorrer as seguintes fases: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados e a interpretação (Bardin, 2008). Estas últimas duas etapas implicam a codificação num sistema de categorias. Deste modo, e tendo por base o tipo de dados e a inexistência de um sistema de codificação à priori, as categorias foram alicerçadas nos dados sendo utilizado o processo indutivo para a criação das mesmas. A análise das categorias e respetivas subcategorias são apresentadas em quadros, com extratos dos textos, efetuados das transcrições das unidades de registo.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

De seguida, procederemos à análise dos resultados de acordo com a questão e objetivos formulados. Para facilitar a leitura e interpretação dos mesmo serão utilizadas tabelas para resumo dos resultados.

Embora a amostra do estudo não seja os enfermeiros, mas sim a documentação por eles produzida, no que respeita a doentes que vieram a desenvolver deiscência da ferida cirúrgica abdominal, consideramos ser importante a caraterização sumária socioprofissional dos enfermeiros responsáveis pela documentação de enfermagem em estudo. Assim, a Tabela 1 apresenta a distribuição dos mesmos segundo o grupo etário, categoria profissional e sexo. Podemos verificar que nos anos 2015 e 2016 houve uma proporção idêntica de 86,7% de enfermeiros generalistas e de 13,3% de enfermeiros especialistas, havendo um ligeiro aumento do número de enfermeiros em ambas as categorias no ano de 2017, pelo acréscimo de 2 enfermeiro na equipa. Segundo a análise a mesma tabela, podemos verificar que a maior parte dos enfermeiros tem entre os 36 e os 46 anos de idade nos anos 2015, 2016 e 2017 (46,7%, 46,7% e 52,9% respetivamente), pertencendo a maioria à categoria de enfermeiro (82,4%, 82,4% e 86,7%). Atendendo à distribuição dos enfermeiros pelo sexo, podemos verificar que prevalece o sexo feminino (86,7%, 86,7% e 82,4%),ao longo dos 3 anos em estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros por idade, categoria profissional e sexo nos anos a que reporta o estudo

Variáveis		**Ano**					
		2015 (n=15)		**2016 (n=15)**		**2017 (n=17)**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Grupos etários	[25-35]	2	13,3	2	13,3	2	11,8
	[36-46]	7	46,7	7	46,7	9	52,9
	[47-57]	6	40,0	6	40,0	5	29,4
	>57	0	0,0	0	0,0	1	5,9
Categoria	Enfermeiro	13	86,7	13	86,7	14	82,4
	Especialista	2	13,3	2	13,3	3	17,6
Sexo	Feminino	13	86,7	13	86,7	14	82,4
	Masculino	2	13,3	2	13,3	3	17,6

Passando agora a debruçarmo-nos sobre a informação encontrada na documentação de enfermagem, relativamente aos registo das caraterísticas socio demográficas e clínicas dos utentes que desenvolveram deiscência, que nos primitirá, embora de forma sucinta, definir o seu perfil e, assim, dar resposta ao primeiro objetivo do presente estudo. Da análise dos processos dos doentes internados no período a que se refere o estudo foram encontradas 70 referências a registos de deiscência, correspondentes a 70 utentes diferentes, sendo que em 4 deles houve dois episódios de deiscência, um que ocorreu durante o internamento e outro após a alta hospitalar. Podemos verificar que, de acordo com a Tabela 2, a idade média dos utentes rondou os 71,21 anos, com uma variação elevada (13,64), em que o mais jovem tinha 19 anos e o mais velho 94 anos. De acordo com a distribuição dos utentes por classes de idades, observa-se que a maior incidência situou-se entre os 65 e os 79 anos (54,3%), seguido dos indivíduos com 80 ou mais anos (22,9%).

Segundo a mesma tabela, concluímos que os doentes do sexo masculino foram mais preponderantes, num total de 61,4%, comparativamente com os do sexo feminino que representaram 38,6% da totalidade dos utentes.

Tabela 2 – Distribuição dos doentes com o diagnóstico de deiscência por idade e sexo (n=70)

Variáveis	**n (%)**		**Média**	**Mediana**	**Moda**	**Desvio padrão**	**Mínimo**	**Máximo**
	Válido	Omisso						
Idade	70	0	71,21	72,00	71	13,64	19	94
<20 anos	1 (1,4%)							
[20-35[	1 (1,4%)							
[35-50[	1 (1,4%)							
[50-65[	13 (18,6%)							
[65-80[	38 (54,3%)							
≥80 anos	16 (22,9%)							
Total	70 (100%)							
Sexo								
Feminino	27 (38,6%)							
Masculino	43 (61,4%)							
Total	100 (100%)							

No que se refere aos dados antropométricos dos doentes, importa realçar que não se encontrarm registos em todos os processos consultados, assim e segundo a Tabela 3, a média da altura encontrada nos registos 33 registos de doentes, situou-se nos 1,65m,

com uma variabilidade baixa (0,085), em que o mínimo foi 1,50m e o máximo 1,81m. No que concerne ao peso,também aqui apenas se encontraram 38 registos dos 70 processos analisados, obteve-se uma média de 74,26kg, com um mínimo de 38,70kg e um máximo de 113,00kg, revelando grande heterogeneidade no peso dos utentes (16,28).

A World Health Organization (WHO), considera que a obesidade e o sobre peso podem ser definidos pelo Body *Mass Index* (BMI), que é um índice simples de peso, que classifica a obesidade em adultos (WHO, 2020). Assim, e ainda segundo a tabela 3, o IMC foi possível calcular ou estava registado em apenas 35 doentes, apresentando estes desvios marcados (6,05), com uma média a situar-se nos 27,49 kg/m^2 ou seja sobrepeso, com um mínimo de 16,10 kg/m^2, baixo peso/magreza, e um máximo de 38,71kg/m^2, obesidade. Pela análise das categorias de IMC, podemos observar que só 10 (28,6%) doentes apresentam peso normal, 4 (11,4%) estavam em situação de baixo peso, a restante maioria 21 (60,1%) tinha excesso de peso, obesidade classe 1 e obesidade classe 2 (22,9%, 22,9% e 14,3% respetivamente).

Tabela 3 – Estatística de resumo dos dados antropométricos dos doentes com o diagnóstico de deiscência

Variáveis	**n (%)**		**Média**	**Mediana**	**Moda**	**Desvio padrão**	**Mínimo**	**Máximo**
	Válido	Omisso						
Altura	33	37	1,65	1,65	1,60	,085	1,50	1,81
Peso	38	32	74,26	75,00	75,00	16,28	38,70	113,00
IMC:	35	35	27,49	27,31	16,10	6,05	16,10	38,71
- Baixo Peso	4 (11,4%)							
- Peso Normal	10 (28,6%)							
- Excesso de Peso	8 (22,9%)							
- Obesidade Classe 1	8 (22,9%)							
- Obesidade Classe 2	5 (14,3%)							
Total	35 (100%)							

Pela Tabela 4, concluímos que o tipo de internamento e, consequentemente o tipo de cirurgia, programada ou de urgência, a maioria (58,6%) das cirurgias foram urgentes e 41,4% foram cirurgias programadas.

Tabela 4 – Ocorrência de deiscência pelo tipo de cirurgia (n=70)

Tipo de cirurgia	**n**	**%**
Programada	29	41,4
Urgente	41	58,6
Total	70	100,0

Relativamente ao diagnóstico médico, de acordo com a codificação ICD-10 (International Classification of Diseases), que esteve na base da cirurgia de urgência ou programada, podemos verificar na Tabela 5, que o diagnóstico mais comum foram as doenças do aparelho digestivo (40,0%), seguido das doenças neoplásicas (37,1%).

Tabela 5 –Diagnóstico médico que motivou a cirurgia (n=70)

Diagnósticos	**n**	**%**
Anomalias congénitas	1	1,4
Doenças do aparelho circulatório	1	1,4
Doenças do aparelho digestivo	28	40,0
Doenças neoplásicas	26	37,1
Lesões e/ou envenenamentos	11	15,7
Doenças do sistema endócrino	3	4,3
Total	70	100,0

Pela observação da Tabela 6, concluímos que em média os doentes tiveram 22,29 dias de internamento, mas com uma variabilidade grande (14,42), dado que houve situações com apenas 2 dias de internamento e outros em que o internamento se prolongou até 94 dias. Também o tempo que medeia entre o primeiro dia de internamento e a ocorrência de deiscência, teve um grande desvio (13,38), sendo a média 14,74 dias, o mínimo de 2 dias e o máximo de 84 dias.

Tabela 6 – Estatística de resumo das variáveis dias de internamento e dias de internamento até ao diagnóstico de deiscência

	n							
	Válido	Omisso	**Média**	**Mediana**	**Moda**	**Desvio padrão**	**Mínimo**	**Máximo**
Dias de internamento	70	0	22,29	20,00	11	14,42	2	94
Dias de internamento até à deiscência	62	8	14,74	10,00	8	13,38	2	84

Tal como referido na metodologia, procurou-se indentificar na documentação de enfermagem, que antecedeu ao diagnóstico de deiscência de ferida, o registo de sinais ou sintomas que podessem indiciar complicações no processo de cicatrização da ferida, respondendo assim, ao segundo e terceiro objetivo do estudo. Assim, pela análise da Tabela 7, podemos verificar que não foi avaliada a temperatura, a todos os utentes na admissão ao serviço de internamento de cirurgia geral, ou seja os registos remetem-nos apenas para 39 situações.

No global, considerando todas as avaliações realizadas durante todo o internamento, podemos observar na tabela 7, que a temperatura média dos doentes incluídos no estudo, que neste caso foram 62 doentes, se situou nos 37,16ºC, com um desvio padrão médio de 1,06ºC. Acresce dizer, que não houve avaliação da temperatura a 8 doentes no momento do internamento. Já a temperatura média no período que decorreu desde a admissão no serviço até ao diagnóstico de deiscência, situou-se nos 36,56ºC (desvio padrão de 4,69), um pouco inferior ao encontrado na temperatura global. Relativamente à temperatura mínima média, observada durante todo o intermanento foi de (35,63ºC), concluindo-se que foi inferior à temperatura mínima do período que decorreu até à deiscência (36,10ºC). No que concerne à temperatura máxima média, os valores observados, quer no global, quer até no momento da deiscência, são muito aproximados (38,40 versus 38,39), com variações também muito idênticas. A média da temperatura, quer à entrada (36,86ºC), como no dia/ turno em que foi feito o diagnóstico de deiscência (36,35C), não indicam a presença de febre, sendo a diferença média, entre o dia de diagnóstico de deiscência e a avaliação à entrada, de 0,21ºC, com um desvio padrão de 0,87. A análise do desvio padrão (5,07) indica-nos variações de temperatura muito maiores no dia do diagnóstico, face ao desvio padrão relativo à média no dia de admissão (0,52), indiciando a ocorrência de algumas situações de febre. Tal achado é reforçado pelo valor máximo encontrado no dia do diagnóstico (38,70ºC).

Importa ressalvar que o número de avaliações feito na admissão do utente no serviço é significativamente inferior ao número de avaliações feito no dia do dignóstico de deiscência, 39 e 51 respetivamente.

Tabela 7 – Estatística de resumo das variáveis temperatura à entrada, ao longo do internamento e no dia/turno do diagnóstico de deiscência

Períodos de avaliação da temperatura	**n**		**Média**	**Mediana**	**Moda**	**Desvio padrão**	**Mínimo**	**Máximo**
	Válido	Omisso						
Temperatura Média (Global)	62	8	37,16	37,17	36,44[a]	,32	36,44	37,89
Temperatura ao longo do internamento - desvio padrão	62	8	1,06	,52	,25[a]	4,13	,25	33,00
Temperatura - Mínima durante o internamento	62	8	35,63	36,10	36,00	3,46	33,10	36,70
Temperatura - Máxima durante o internamento	62	8	38,40	38,50	38,10[a]	,64	37,10	39,90
Temperatura Média (Até à Deiscência)	62	8	36,56	37,15	,33[a]	4,69	36,33	37,89
Temperatura - desvio padrão (Até à Deiscência)	62	8	1,11	,52	,25[a]	4,58	,25	36,60
Temperatura - Mínima (Até à Deiscência)	62	8	36,11	36,10	36,00	,48	33,70	37,90
Temperatura - Máxima (Até à Deiscência)	62	8	38,39	38,50	37,80[a]	,64	37,00	39,90
Temperatura à Entrada	39	31	36,86	36,90	37,00	,515	36,00	38,70
Temperatura no dia/turno do diagnóstico de Deiscência	51	19	36,35	37,00	37,00	5,07	35,60	38,70
Diferença entre Temperatura no dia da Deiscência e Temperatura à Entrada	33	37	,22	,20	-,50	,87	-1,20	1,60

a. Há várias modas. O menor valor é mostrado

No que se refere ao registo na documentação de enfermagem da presença ou ausência de dor ou desconforto, podemos concluir pela análise da Tabela 8, que a avaliação da dor ao longo do internamento, nem sempre foi registada nos 70 processos analisados. Identificaram-se apenas 46 registos de avaliação da dor no momento de admissão e 56 no dia em que foi diagnosticada a deiscência. Nos registos do SClínico, verificamos que estes podem não ser valorizados, pois não se encontram registos nem em SOS, que denotem uma avaliação sistematizada, tendo em conta a obrigatoriedade do registo deste sinal vital.

Tendo em conta os registos encontrados a dor média até ao dia da deiscência (2,16), é ligeiramente superior à dor global (1,99).

Relativamente à dor no dia de diagnóstico de deiscência, podemos observar a presença de uma média (2,66), aproximadamente 0,5 acima da média global de dor até ao momento da deiscência, mas com um desvio padrão significativamente superior (2,02) face ao global até esse momento (0,74). Deste modo, podemos observar uma maior

variação neste momento, potencialmente relacionada com a administração de analgesia, gerando esta maior variação e ocultação de dor potencialmente superior.

No que se refere à 2ª deiscência e, neste caso aquando da ida ao bloco operatório ainda durante o internamento, não se encontraram registos. Tendo em conta o horário prédefinido no serviço de cirurgia geral, de avaliação da dor, que se realiza em horário fixo, 7 e 19 horas, fora deste horário pode ter sido avaliada, mas não se encontrou qualquer registo, nem na opção SOS. Relativamente à diferença entre a dor média no dia da deiscência (2,66) face à dor observada e registada no dia da entrada (1,33), houve uma diferença média de 1,36.

Tabela 8 – Resumo da estatística da variável dor ao longo do internamento

Períodos/Momentos de Avaliação da Dor	**n**		**Média**	**Mediana**	**Moda**	**Desvio padrão**	**Mínimo**	**Máximo**
	Válido	Omisso						
Dor Média (global)	59	11	1,99	1,97	1,74	,61	1,00	3,84
Dor - desvio padrão (global)	59	11	1,62	1,64	,00[a]	,33	,00	2,43
Dor - Mínima (global)	59	11	,07	,00	0	,52	0	4
Dor - Máxima (global)	59	11	5,69	6,00	5	1,33	3	9
Dor Média (até à deiscência)	58	12	2,16	2,08	1,27[a]	,74	1,13	4,58
Dor - desvio padrão (até à deiscência)	58	12	1,63	1,62	,75[a]	,30	,75	2,43
Dor - Mínima (até à deiscência)	58	12	,07	,00	0	,37	0	2
Dor - Máxima (até à deiscência)	58	12	5,43	5,00	5	1,40	1	9
Dor à entrada	46	24	1,33	,00	0	1,86	0	9
Dor no dia e turno da deiscência	56	14	2,66	3,00	0	2,02	0	7
Diferença entre dor no dia da deiscência e dor à entrada no serviço	44	26	1,36	1,00	,00	2,54	-5,00	7,00

a. Há várias modas. O menor valor é mostrado

Relativamente aos registos de enfermagem onde se deveria estar descrito o motivo de realização do penso; caraterísticas do penso; caraterísticas da ferida e área circundante; presença ou não de exsudato e, se sim, caraterísticas do mesmo; e presença ou não de drenos, não foram encontradas alusão aos mesmos nas áreas correspondentes do sistema informático SClínico, que nos permitam caraterizar o penso ou mesmo a ferida, conforme era nossa intenção.

Verificámos que embora os diagnósticos de enfermagem, possíveis de serem selecionados no sistema informático que contemplam a ferida cirúrgica, dado serem um dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem e, por isso diagnósticos requeridos

institucionalmente, não foram encontrados registos. No registo do SClínico, foi possível constatar que não são inseridos os diagnósticos de enfermagem, os focos envolvidos e o *status* do diagnóstico, com recurso aos conteúdos parametrizados e à possibilidade de adicionar texto livre com prescrições das intervenções de enfermagem, que nos permitissem avaliar e caraterizar a ferida cirúrgica e o seu processo cicatricial. No entanto, foi possível nas "notas gerais de enfermagem" encontrar alguma informação relativa à ferida e caraterísticas do penso. Aqui, existem registos narrativos, que não constam na opção do sistema informático no campo dos diagnósticos e intervenções específicas de enfermagem. Esta opoção pode ser selecionada pelos enfermeiros para registarem a evolução da ferida cirúrgica do utente ao longo do internamento.

Através da análise da informação no campo "notas gerais", explorou-se os registos relativos ao motivo de realização do tratamento à ferida, caraterístiscas do penso (húmido, descolado, repassado), avaliação do processo cicatricial, identificação de sinais inflamatórios, presença ou ausência de exsudato e caraterísticas do mesmo; e ainda, presença ou ausência de drenos e caraterísticas da dremagem, sendo estas as categorias criadas para análise documental. Mas mais uma vez, importa referir que a informação encontrada foi escassa e pouco sistematizada.

Assim, a Tabela 9, apresenta as categorias e subcategorias criadas e as unidades de registo respetivas. Foram criadas 4 categorias: caraterísticas do penso, caraterísticas da ferida, drenagens e complicações.

Na categoria **caraterísticas do penso**, foram criadas 3 subcategorias consoante a descriminação ou não das características do penso, assim na subcategoria repassado sem descriminação do conteúdo houve 2 unidades de registo, que referem a necessidade de fazer o penso à ferida por o penso se encontrar repassado, sem caraterizar esse repassamento. Na subcategoria repassado com exsudato sero-hemático houve 6 registos e, na repassado com exsudato purulento com 5 unidades de registo.

Continuando a explorar a informação que consta na Tabela 9, na **categoria da caraterísticas da ferida** foram criadas 5 subcategorias: exsudato, hematoma ou drenagem hemática, rubor, fibrina e e sinais inflamatórios não descriminados. Assim, na subcategoria exsudato encontram-se 5 unidades de registos que traduzem a presença de exsudato seroso, mucoso, sero-hemático e hemático. Para a subcategoria hematoma ou drenagem hemática, encontraram-se 4 unidades de registos que referem a presença de equimose, hematoma, hemorragia e drenagem hemática espessa da ferida. Ainda categoria caraterísticas da ferida, na subcategoria rubor, identificaram-se

4 unidades de registos que descrevem rubor a nível da ferida ou zona circundante. Por último, nas subcategorias, fibrina e sinais inflamatórios não descriminados, houve um registo de ferida operatória com bastante fibrina no leito e 2 registo que traduzem inflamação da ferida cirúrgica.

Na **categoria drenagens** verifica-se um único registo de dreno não funcionante.

Na última categoria criada, **complicações**, foi considerada toda a informação recolhida, que embora não se refira propriamente à avaliação da ferida ou penso e drenagens, pode traduzir alterações sistémicas com implicações no processo de cicatrização ferida. Assim, esta categoria deu origem a 6 subcategorias: gastrointestinais, respiratórias, neurológicas, comportamentais, sinais vitais e risco de queda.

Na subcategoria complicações gastrointestinais os registos de evidenciam 15 referências a alterações na eliminação intestinal, vómitos e náuseas e aumento do volume abdominal.

Na subcategoria complicações respiratórias surgem 6 unidades de registos que evidenciam pneumonia, dificuldade respiratória, tosse, SPO2 baixa, tosse e expetoração. Na terceira subcategoria neurológicas, podemos observar que existem 3 unidades de registo com descrição de disfagia, sonolência e discurso incoerente.

Ainda na Tabela 9, na categoria complicações comportamentais estão presentes 13 unidades de registo, que traduzem alterações no comportamento como: agitação, desorientação, pouca colaboração, discurso incoerente, exteriorização de sonda nasogástrica e necessidade de contenção, que acreditamos poder dever-se a agitação e desorientação do doente.

Na subcategoria sinais vitais, forma recolhidas 2 unidades de registo que traduzem situações de hipotensão e taquicardia.

Por fim, na subcategoria outras alterações, identificam-se 2 unidades de registo, uma que aponta para sensação de peso no membro.”, que poderá eventualmente estar relacionada com o processo alargado inflamação ou infeção e, outra que evidencia anemia com as implicações subjamente conhecidas no processo de cicatrização.

Tabela 9 – Matriz da análise de conteúdo das “notas gerais” de enfermagem

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo
Caraterísticas do Penso	**Repassado sem descriminação do conteúdo**	“Executado penso por se apresentar ligeiramente repassado” “…necessidade de executar o penso cirúrgico por este se encontrar bastante repassado”
	Repassado com exsudado sero-hemático	“Executado penso por se apresentar repassado com conteúdo sero- hemático” “…penso repassado com conteúdo sero-hemático” “…penso ligeiramente repassado, apresentando saída de líquido sero-hemático” “…refeito o penso da sutura abdominal, por se encontrar repassado de conteúdo sero hemático” “…penso saturado de conteúdo serohemático” “Após levante penso apresentava repasse abundante de conteúdo hemático”
	Repassado com exsudado purulento	“muito repassado com exsudado purulento” “Executado penso por se apresentar repassado com conteúdo hemato-purulento” “Penso com compressas esverdeadas.” “…apresentava penso do abdómen central repassado de conteúdo hemato-purulento” “…penso da sutura operatória repassado de conteúdo purulento” “…penso repassado com conteúdo serohematopurulento”
Caraterísticas da Ferida	**Exsudado**	“Ferida apresentava na região inferior pequena drenagem serosa espessa” “apresentava exsudado mucoso” “conteúdo sero-hemático, espesso” “Sutura abdominal com bastante drenagem de líquido” “…encontrava-se a babar por entre os agrafes conteúdo hemático”
	Hematoma ou drenagem hemática	“…apresenta equimose extensa…” “…apresenta hematoma na região circundante” “Ferida mais limpa, embora muito sangrante e profunda” “…da de sutura operatória que apresentou drenagem hemática espessa nível da região umbilical”

	Rubor	"Ferida globalmente com rubor, em redor dos agrafos" "rubor circundante em relação à ferida operatória" "…zona de rubor ao redor da sutura" "…apresenta zona ruborizada no flanco inferior direito"
	Fibrina	"Ferida operatória com bastante fibrina no leito."
	Presença de sinais inflamatórios não descriminados	"…apresenta ferida operatória com sinais inflamatórios ligeiros" "…ferida cirúrgica que apresenta sinais inflamatórios"
Drenagens	**Drenos**	"Dreno não funcionante"
Complicações	**Gastrointestinais**	"teve várias dejeções esverdeadas e líquidas na cadeira arrastadeira; "Apresentou vómitos aquosos e não tolerou dieta ao jantar." "Apresentou um vómito de caraterísticas hemáticas" "referiu obstipação" "Distensão abdominal acentuada. "teve um vomito em jacto no início do turno" "…apresentou um vómito de estase…" "…apresentou náuseas e vómitos" "Apresentou uma dejeção líquida esverdeada." "Mantém SNG em drenagem livre com vestígios conteúdo acastanhado" "Utente referiu vómitos." "Mantem dejecções líquidas." "…teve tres dejecções moderadas durante o turno, com presença de sangue hematoquésias." "Abdómen distendido." "Teve grande dejecção diarreica de cor verde."
	Respiratórias	"Pneumonia à direita" "Apresentou quadro de dificuldade respiratória" "A spo começou a baixar…" "Apresenta episódios de tosse." "doente com tosse produtiva" "Apresenta expetoração amarelada"
	Neurológicas	"Apresenta disfagia para líquidos"

		"…doente que se apresentou muito sonolento" "Doente com períodos de discurso incoerente, que alterna com períodos de sonolência."
	Comportamentais	"…apresenta-se desorientado, com discurso incoerente e alguma agitação" "…apresentou quadro de agitação/desorientação" "…apresentou períodos de agitação/desorientação" "À chegada doente muito agitado" "Apresentou períodos de alguma desorientação" "Doente mantém desorientação." "Doente apresentou períodos de agitação" "…exteriorizou sonda nasogástrica por imprecaução." "Doente pouco colaborante" "Doente exteriorizou SNG." "Calmo, no entanto, permanece imobilizado a nível dos membros superiores" "Doente calmo, permanece imobilizado" "…foi necessário usar medidas de segurança de queda, foi imobilizado pelos membros inferiores e superiores"
	Sinais vitais	"…cerca das 4 h apresentou Fc = 126 bpm." "Doente apresenta-se hipotensa, mantem taquicardia"
	Outras alterações	"…refere sensação de peso no membro" "Fez análise e tem hemoglobolina baixa"

Ao examinar a matriz da análise de contéudo das "notas gerais" de enfermagem, conclui-se que embora não se consegui-se parametrizar a ferida cirúrgica, as notas de texto livre utilizadas pelos enfermeiros refletem, embora em quantidade e qualidade baixa, alguma informação sobre as caraterísticas da ferida, do penso, bem como, complicações apresentadas pelo doente, que podem traduzir cicatrização comprometida por processo infecioso da ferida cirúrgica abdominal com repercussões sitémicas.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Realizámos nos capítulos anteriores um percurso teórico sobre a temática em estudo, culminando na apresentação dos dados, resultantes da análise da documentação de enfermagem relativa à avaliação da ferida cirúrgica, prévia ao diagnóstico de deiscência. Após a expressão dos resultados passaremos a comentar e a comparar com a informação disponível na literatura. A interpretação e discussão dos resultados é um ciclo laborioso, que exige ao investigador um pensamento crítico (Fortin, 2009).

Salientamos que nos deparámos com a exígua bibliografia sobre a temática do estudo, principalmente no que diz respeito a artigos científicos primários e, por isso, a análise assenta em apenas 3 estudos científicos concretizados noutros países com espaços e ambientes socioculturais diferentes.

Observámos neste estudo, um número reduzido de registos de enfermagem/ documentação, ou seja, nalgumas situações existe ausência de registos, o que leva a que as conclusões se refiram apenas ao contexto e momento em que o estudo foi realizado.

Os registos analisados neste estudo, foram realizados por uma equipa de enfermagem, em que a maioria tinha a categoria de enfermeiro nos três anos a que se refere o estudo, 82,4% em 2015 e 2016 e um pequeno aumentado em 2017 (86,7%). De realçar que apenas 13,3% tinha a categoria de enfermeiro especialista, tanto em 2015 como em 2016, com um aumento (17,6%) em 2017. A maioria era do sexo feminino (86,7%), com idades entre os 36 e os 46 anos. Estes resultados refletem o facto de historicamente a profissão de enfermagem estar associada a mulheres e assemelham-se aos encontrados nos estudos de Fernandes et al. (2010), em que dos 10 participantes enfemeiros 9 eram do sexo feminino, e de Martins, Kobayashi, Ayoub e Leite (2006), em que 92% eram mulheres. Também os resultados do estudo de Peres e Ciampone (2013) corroboram esta realidade, revelando que a percentagem de enfermeiros do género feminino é habitualmente superior à do género masculino.

Os dados encontrados relativos à categoria profissional estão em linha com os publicados pela OE (2020), que afirma que até 31 de dezembro de 2019 existiam 56046 enfermeiros de cuidados gerais e 20003 enfermeiros especialistas em Portugal.

A mesma fonte aponta que do universo dos enfermeiros de cuidados gerais, 25976 eram do sexo feminino e apenas 5557 do sexo masculino, referindo ainda, que dos 20003 enfermeiros especialistas 19369 eram mulheres e 634 homens.

Há autores que referem que a categoria profissional e, consequentemente a formação, são muitas vezes operacionalizadas como indicadores do conhecimento e da competência dos enfermeiros, indicando uma relação positiva entre estas variáveis e a prevenção de complicações, bem como, na qualidade dos cuidados com impacto positivo nos resultados observados nos doentes (Aiken et al., 2003; Doran, 2011).

Existem poucos estudos que relacionam a qualificação dos profissionais de saúde com os resultados em saúde, embora nos últimos anos tenha havido um crescendo da evidência científica a este nível. O *European Surgical Outcomes Study* (Pearse et al., 2012) aponta um estudo efetuado nos E.U.A. por Aiken, Clarke, Cheung, Sloane e Silber (2003), que demonstrou que os cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros que apresentam um maior nível de formação, independentemente da experiência profissional, estão associados a uma menor taxa de mortalidade cirúrgica, durante os primeiros 30 dias após a admissão. Outros estudos, concluiram ainda, que independentemente do rácio enfermeiro/doente, um maior nível de formação académica dos enfermeiros conduz a um decréscimo da mortalidade, sendo esta diminuição tão mais significativa quanto maior o número de enfermeiros para uma mesma lotação (Aiken et al., 2014; Kutney-Lee,Sloane & Aiken, 2013; Va den Heede et al., 2009). O Enfermeiro Especialista (EE) tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Ao EE são esperados níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2019).

No serviço onde foi desenvolvido o estudo, é notória a escassez de EE, o que pode corroborar com a caraterização das suas competências na execução dos cuidados e dos registos. A prática do EE deve ser baseada nas mais recentes evidências, orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (OE, 2018).

Na tentativa de identificar o perfil do doente que desenvolveu deiscência da ferida cirúrgica e, pela análise da informação, conclui-se que maioritariamente são do sexo masculino (61,4%), dado que apenas 38,6% são mulheres. No entanto, importa salientar que se desconhece o número total de cirurgias abdominais, realizadas no período em

que se desenvolveu o estudo e qual a sua descriminação por sexo. O facto de ter havido neste espaço temporal a transição do registo manuscrito para a informatização do processo clínico, não permitiu a recolha deste dados.

No que diz respeito ao grupo etário, no global a média de idades dos doentes que desenvolveram deiscência é 71,21 anos, situando-se a maioria entre os 65 e os 79 anos. A idade mínima foi de 19 anos e a máxima de 94 anos. Num estudo retrospetivo realizado num Centro Clínico da Universidade de Sarajevo, no período de 1 de janeiro de 2013 a 1 de janeiro de 2016, que incluiu todos os doentes com deiscência da ferida de cirurgia abdominal, verificou-se que a maioria tinha entre 71 a 80 anos e que 61% dos utentes apresentaram infeção da ferida cirúrgica abdominal. Concluiram ainda, que a deiscência de ferida cirúrgica ocorreu maioritariamente em doentes com doença oncológica, anemia e operados em situação de emergência (Aksamija, Mulabdic, Rasic & Aksamija, 2016). Também a Sociedade Americana de Anestesiologia em 2018 apontou a idade superior a 65 anos e a cirurgia de urgência, como fatores de risco major para o desenvolvimento de infeção da ferida cirúrgica (WUWHS, 2018). Outros estudos americanos identificaram vários fatores de risco associados ao desenvolvimento de deiscência da ferida abdominal, tais como: idade superior a 65 anos, sexo masculino, obesidade, anemia, doença oncológica, infeção e cirurgia de emergência (Marques, Almeida, Farias & Nascimento, 2016).

O atraso do processo de cicatrização está relacionado com diversos fatores sistémicos e locais, lentificando-se uma ou mais fases do processo de cicatrização que concorre para o aumento ILC, pois interfere no metabolismo do colagénio e prolonga a fase inflamatória, impedindo assim a epitelização. Além destes aspetos, a deiscência é um processo complexo influenciado por fatores locais e sistémicos, associados também à cirurgia em si quer na fase pré, intra ou pós-operatória, sendo a taxa de ILC o elemento preditor mais importante para a deiscência da ferida abdominal (Kenig et al., 2014; Shanmugam et al., 2015).

Dos fatores que aumentam a incidência de infeção da ferida cirúrgica, destacando-se os relacionados com a cirurgia propriamente dita e com o doente. Entre os da cirúrgica, consideram-se a infeção local, falhas na técnica cirúrgica, tensão excessiva dos bordos da ferida e baixa perfusão sanguínea na área circundante da ferida cirúrgica. Relativamente aos referentes ao doente, consideram-se: tabagismo, comprometimento imunológico, doenças consumptivas associadas, uso crónico de medicamentos esteroides ou imunoterápicos, idade e desnutrição (WUWHS, 2018).

Atendento à média de idades dos doentes que no presente estudo desenvolveram deiscência, a maioria tal como foi já referido são idosos. Sabe-se que o envelhecimento é um fator de risco para a desnutrição, devido às mudanças na composição corporal, doenças crónicas, menores exigências de energia, diminuição da ingestão de alimentos, imobilidade, alterações de humor e transtornos cognitivos (Yeh & Schuster, 2006).Os idosos apresentam essencialmente três tipos de problemas nutricionais: a obesidade, os défices em micronutrientes e a desnutrição. A desnutrição é favorecida por diversos fatores associados ao envelhecimento, como sociais, económicos, físicos, psíquicos e funcionais, com repercussões significativamente a morbilidade e mortalidade (APNEP, 2017).

Na análise da documentação de enfermagem, realizada neste estudo identificaram-se comorbidades (hipertensão, diabetes) Gomes de Lima et al. (2014), que podem intensificarem-se durante o internamento, atrasando o processo de cicatrização, pelo qual deve ser monitorizado e controlado os sinais vitais, pela equipa multidisciplinar durante todo o peri-operatório (Tavares, 2007).

A OMS classifica o estado nutricional do adulto, através do IMC que corresponde à relação entre o peso em quilogramas e a altura em metros e define sobrepeso quando o IMC é igual ou superior a 25 e obesidade se superior a 30.

No presente estudo, importa referir que nem sempre se encontraram registos da altura, peso e IMC dos doentes, apenas metade dos 70 tinham registo no processo clínico do IMC, pelo que os dados apresentados se reportam apenas a 35 doentes. Destes 11,4% tinham baixo peso, 28,6% apresentavam peso normal e 22,9% apresentavam excesso de peso e destes 22,9% tinham obesidade classe 1 e 14,3% obesidade classe 2. Segundo Grant e Jaffer (2009) o processo normal de encerramento de feridas e de cicatrização é dificultado em pessoas obesas devido a excesso de tecido adiposo.

Em Portugal, segundo dados de 2015 do *Nutrition Day*, 46% dos indivíduos hospitalizados encontravam-se em risco nutricional, apresentando perda de peso não intencional nos últimos três meses (APNEP, 2017). A Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP) e o GENT(Grupo de Estudos de Nutrição para Todos), referem em vários estudos, o impacto negativo da desnutrição em utentes hospitalizados (incluindo infeções), quando comparado com utentes bem nutridos, sendo o risco de complicações de 30,6% para 11,3%. Acrescentando ainda, que aumenta em 30% os dias de internamento e que é responsável pelo aumento em 15% do número de readmissões hospitalares (APNEP, 2017).

O estudo multicentrico EuroOOPS realizado em 12 países em 2012, maioritariamente europeus incuindo Portugal, com doentes do foro cirúrgico, oncológico, gastrenterológico, em cuidados intensivos e medicina interna, demonstrou que 32% dos doentes na admissão hospitalar encontravam-se em risco nutricional (APNEP, 2017). Também um estudo prospetivo conduzido num serviço de cirurgia de um hospital de Lisboa em 2013, identificou que 61% e 66% dos doentes cirúrgicos estavam malnutridos ou em risco de desnutrição aquando da admissão e, que doentes desnutridos ou com perda acentuada de peso, tinham internamento mais prolongado que os com peso normal. O mesmo estudo, identificou fatores que mais contribuíam para a perda de peso durante a hospitalização, nomeadamente: resposta ao stresse catabólico pós-cirúrgico, doença subjacente, ingestão oral insuficiente por anorexia, função cognitiva deteriorada ou insatisfação do doente com as refeições hospitalares e cuidado nutricional desadequado no período peri-operatório (APNEP, 2017).

Em fevereiro de 2017 a APNEP publicou um estudo que envolveu mais de 30 hospitais nacionais, com o objetivo de avaliar o nutricional dos doentes no momento de admissão nas unidades de intermamento. Numa amostra de 150 doentes, cuja mediana de idades foi 80 anos, em que cerca de metade da amostra apresentava pelo menos um internamento hospitalar no último ano, 50% apresentaram risco de desnutrição elevado, 48% encontravam-se em risco de desnutrição ou moderadamente desnutridos e 27% desta estava gravemente desnutridos (APNEP, 2017). Também em 2017, dos 10.292 doentes rastreados no Centro Hospitalar de São João no Porto, 21% estavam desnutridos, 33.7% estavam em risco de desnutrição e 45,3% bem nutridos. O mesmo estudo concluiu que a probabilidade de risco de desnutrição era maior nas mulheres e nos doentes mais velhos (APNEP, 2017).

Já em 2010 um estudo realizado com 471 doentes de um hospital português, para determinação da incidência da infeção do local cirúrgico, a avaliação antropométrica revelou uma prevalência de obesidade (IMC≥30kg/m2) bastante expressiva, correspondendo a cerca de 26% da amostra, enquanto que a desnutrição (IMC<18,5kg/m2) apresentou valores muito menos representativos com 0,7% de prevalência (Gomes de Lima et al., 2014).

Estima-se que 40-60% dos idosos hospitalizados estão desnutridos, fator este que impede ou retarda a recuperação dos atos cirúrgicos (Chiang, Gerten & Miller, 2007).

A infecção de sítio cirúrgico é um evento indesejável, que interfere na recuperação do doente, podendo representar risco de vida de acordo com a sua gravidade, com

implicações nos custos em saúde, pelo prolongamento do tempo de internamento e necessidade reinternamentos e de novas cirurgias (Aga et al., 2015).

Todos os doentes submetidos a cirurgia têm risco de complicações, mas os doentes mais envelhecidos têm em maior risco em comparação com doentes mais jovens, pela influência de fatores fisiológicos e neuropsiquiátricos relacionados com a idade, como já referido anteriormente. A literatura aponta para que as fragilidade dos doentes cirúrgicos idosos pode variar entre 4,1% a 50,3%, por falha fisiológica de vários sistemas ou órgãos, com repercussões no aumento do risco de mortalidade e morbidade (Partridge, Karari & Dhesi, 2012). Cerca de 10% dos adultos mais velhos têm anemia, com implicações diretas na redução da capacidade para combater a infeção e cicatrização de feridas, provavelmente pela disfunção das células que medeiam a inflamação (Griffiths et al.,2014). Também o estudo realizado por Rafter et al. (2017) sobre registos de enfermagem relativos à ferida cirúrgica, dos 153 doentes 24,8% apresentaram anemia.

Invesigadores que realizaram um estudo com doentes idosos, submetidos a cirurgia abdominal, concluiram pelos dados obtidos pela aplicação da Escala de Braden (instrumento de avaliação comumente avaliar o risco de úlceras por pressão) haver risco de complicações cirúrgicas nomeadamente infeção da ferida cirúrgica (Cohen et al., 2012).

O presente estudo, revelou que a maioria (58,6%) das cirurgias foram cirurgias de urgentes. Ersan (2015) concluiu que os doentes mais velhos, mesmo aqueles com 90 anos, podem tolerar bem a cirurgia eletiva, se os cuidados forem rigorosamente planeados e prestados peri-operatório. No entanto, sabe-se que os doentes mais velhos, são mais vulneráveis a cirurgias de emergência, devido à sua diminuição da capacidade de se adaptar ao estresse físico e psicológico, tornando-os mais susceptíveis a infeções, por alterações do sistema imunitário e dificuldade na sua deteção precoce, por não apresentarem muitas das vezes sintomatologia específica. Vários autores acrescentam ainda que a cirurgia realizada de emergência aumenta a probabilidade de deiscência da ferida cirúrgica (Gupta et al.,2017).

Segundo Milne (2016) nos EUA, cerca de 25% de todos os procedimentos cirúrgicos resultaram em deiscência de ferida cirúrgica. Um estudo realizado, no mesmo país em 2008, estimou valores de deiscência de 3,4% nas cirurgias abdominais e pélvicas, reforçando que esta complicação, prolonga em média 9,5 dias o tempo de internamento e é motivo de reinternamento hospitalar, com implicações nos custos em saúde (Shanmugam et al., 2015). A infeção da ferida cirúrgica abdominal incisional retarda a

cicarização e enfraquece o tecido recém-formado, tornando-a suscetível à deiscência (Fusco et al., 2016).

O resultado desejado de prevenção e gestão de deiscência da ferida e evisceração, passa por diminuir as graves consequências desta complicação pós-operatória potencialmente fatal. A deiscência pós-operatória abdominal não é apenas uma questão estética pelo desenvolvimento de cicatrizes maiores, mas é também um risco de infeção e de evisceração, associado muitas vezes a quardos de peritonite e choque séptico (Marcarelli, Trovato, Novarese, Riccio, & Graziano, 2017). A deiscência por laparotomia exploradora, ocorre em 0,25-3% dos casos, levando a reintervenção cirúrgica, com taxas de mortalidade 20% mais elevadas (Spiliotis et al., 2009). A prevenção de infeção do local cirúrgico, parece ser uma das estratégias mais importantes para a prevenção de deiscência da ferida (Johnson et al., 2010).

Um estudo realizado com 153 doentes em 2015, em dois hospitais universitários da Catalunha (Espanha), que teve por base análise documental de registos de enfermagem, com o objetivo de analisar os registos de enfermagem relativos a ferida cirúrgica. Da totalidade dos doentes em estudo, 19% fizeram cirurgia urgente e 81% programada, sendo a média do tempo de internamento de 33,2 dias. Os resultados obtidos mostraram que 75% dos registos eram referentes a complicações de ferida cirúrgica e, destes, 57% evidenciavam especificações de ferida infetada e 18% de ferida contaminada. O mesmo estudo revelou ainda que 53,4% dos registos nas notas de evolução referiam-se a complicações da ferida cirúrgica, sendo que na grande maioria das situações (98%) o diagnóstico infeção do local cirúrgico estava também formulado no plano de cuidados, havendo em média 1 a 3 prescrições que visavam o tratamento da ferida. A precisão do registo de complicações relativas à infeção de local cirúrgico foi considerada moderada, em relação à exaustividade dos mesmos foram apreciados como notáveis (Rafter et al., 2017).

No sentido de conhecer de forma mais aproximada as caraterísticas comuns aos doentes ou circunstâncias em que ocorreu a cirurgia, foram recolhidos dados relativos ao diagnóstico médico que que levou à cirurgia abdominal. Após codificação dos mesmos, de acordo com o ICD-10, verificou-se que a doença primária mais frequente que levou à cirurgia, foram as doenças do aparelho digestivo (42,4%), seguida das doenças neoplásicas (33,3%). Outros diagnósticos estiveram presentes, mas com menor expressão, lesões e/ou envenenamentos (16,7%), doenças do sistema endócrino (4,5%) e anomalias congénitas e doenças do aparelho circulatório (1,5%).

Segundo Riou, Cohen e Johnson (1992) que estudou uma amostra de 2761 cirurgias por laparotomia exploradora e cirurgia de urgência, identificaram como fatores associados a deiscência da ferida, a idade superior a 65 anos e as doenças neoplásicas.

Em síntese, e face aos resultados encontrados, podemos traçar o perfil dos 70 doentes que desenvolveram deiscência, tendo em conta as caraterísticas mais comuns e responder ao primeiro objetivo traçado para este estudo. Assim, foram marioritariamente doentes envelhecidos, 67 tinham mais de 50 anos, com maior prevalência na faixa etária entre os 65 e 80 anos e com média de idade de 71,21 anos. Os resultados do estudo apontaram ser no sexo masculino a maior prevalência de deiscências (61,4%).

A grande maioria dos doentes apresentava excesso de peso e mesmo obesidade, embora estes dados só se reportem a 35 doentes, dado não haver registo dos restantes, que permitisse calcular o IMC como referido anteriormente.

Mais de metade (58,6%) dos doentes que desenvolveram deiscência de ferida resultou de cirurgia de urgência. Foi possível também determinar, quais as patologias mais frequentes que levaram à cirurgia abdominal, 42,4% foram devidas a doenças gastrointestinais e 33,3% a doenças oncológicas.

Procurou-se também saber qual o tempo que mediou entre o dia da cirurgia e o diagnóstico de deiscência. Como já referido, 4 dos 70 doentes tiveram duas deiscências, tendo a segunda ocorrido já no período pós-alta hospitalar, por deiscência da parede abdominal ou secundárias a deiscência da anastomose intestinal. Assim, o tempo decorrido desde a cirurgia até ao dia do diagnóstico de deiscência, quer seja a primeira ou segunda deiscência, foi muito alargado, que vai desde o 2º dia até ao 84º dia de pós-operatório (pós-alta hospitalar). Pode-se contudo precisar, que metade das deiscências aconteceram nos 10 primeiros dias de pós-operatório, com uma média de no 14º dia pós-cirurgia. As complicações associadas ao processo de recuperação cirúrgica e de cicatrização da ferida, tiveram repercussões nos dias de internamento, sendo a média de 22,9 dias, mas com grande variabilidade(14,42), pois estenderam-se entre 2 a 94 dias.

Dados relativos a um estudo realizado em 2013, num serviço de cirurgia geral de um hospital no Brasil, revelaram que dos 10 casos de deiscências de ferida operatória, a maioria ocorreu nas 96 horas de pós-operatório de cirurgia abdominal, em doentes em mulheres com histórico de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (Marques, Almeida, Farias & Nascimento, 2016).

Tendo em conta a questão de investigação do presente estudo: O que é valorizado pelos enfermeiros nos registos de avaliação da ferida cirúrgica na fase pré-deiscência da

ferida cirúrgica em doentes submetidos a cirurgia abdominal? Procurou-se explorar na documentação de enfermagem o registo de alterações da temperatura corporal dos doentes que desenvolveram deiscência da ferida. Sabe-se que o aumento da temperatura corporal num doente cirúrgico, é um importante indicador que pode e deve alertar para possíveis complicações da ferida cirúrgica, pelo que deve ser avaliada de forma sistemática. Os resultados do presente estudo mostram que nem sempre esta foi mensurada ou registada de forma metódica. Assim, e tendo por base os dados recolhidos, a temperatura corporal média global dos doentes situou-se nos 37,16ºC. No entanto, importa realçar que apenas em 39 doentes foi registada a temperatura aquando da sua admissão no serviço, quer esta fosse programada ou de urgência, pelos dados recolhidos dos 39 doentes, a temperatura variou entre 36^0 e $38,7^0$C. Também o registo da temperatura corporal no dia da deiscência, apenas ocorreu em 51 dos 70 doentes, revelando uma média de $36,3^0$C com valores que variaram entre $35,6^0$ e os $38,7^0$C. Foi ainda possível determinar, a temperatura média do período que decorreu desde a admissão até ao diagnóstico de deiscência que rondou os 36,56ºC. Concluimos que a temperatura máxima média foi de 38,40ºC durante o internamento e a temperatura máxima até ao momento em que ocorre a deiscência de ferida cirúrgica abdominal foi de 38,39º C. Evidenciamos que a diferença de mais ou menos 0,5ºC, dificulta identificar a temperatura média como preditora da deiscência. Quando comparamos com a temperatura mínima 36,10ºC este facto indica que, apesar de no global a temperatura média ter sido inferior, a temperatura mínima é mais elevada, ou seja, é provável que temperaturas mais elevadas (mesmo que não indicativas de febre), possam indiciar complicações no processo de cicatrização da ferida, que eventualmente levaram à ocorrência de deiscência.

A Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) em 2013, recomendou que nos critérios de deiscência total ou parcial da parede abdominal por ferida cirúrgica, deveriam ser considerados os planos superficial e profundo, bem como, sinais ou sintomas como a temperatura corporal axilar superior a 37,8ºC e dor ou aumento da sensibilidade local. Também Kenig, Richter, Lasek, Zbierska e Zurawska (2014), apontam como critérios da ILC na deiscência parcial ou total da parede ou na abertura da ferida pelo cirurgião, a existência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: temperatura axilar superior a 37,8ºC, dor ou aumento da sensibilidade local, excetuando-se se a cultura microbiológica da ferida for negativa.

Não foi possível analisar no presente estudo a relação entre hipotermia intraoperatória e complicações pós-operatórias, por não haver registro de mensuração da temperatura na sala de operações e no momento de regresso do doente à unidade de internamento.

No entanto, Brady e Hogue (2013) apontam vários estudos que demonstraram esta associação.

A literatura alerta para que a dor na ferida cirúrgica, possa traduzir uma complicação na mesma, pelo que deve ser despistada a sua presença, através de da sua avaliação rigorosa com instrumentos válidos e seguros (Lima, 2017). Existem diversos instrumentos para a mensuração da dor, como a escala numérica, escala qualitativa, escala de faces e escalas para avaliação da dor em doentes críticos e idosos (Gélinas, Chanque & Puntillo, 2014).

No serviço onde o presente estudo foi realizado, a avaliação deste sinal vital é feita com recurso a escala numérica (0-10). No entanto, também aqui, os registos foram escassos, só em 46 dos 70 doentes a dor foi avaliada e registada na admissão do doente, tendo esta variado entre ausência de dor até dor severa, sendo a média dor muito ligeira (1,33). No dia do diagnóstico de deiscência, só foram encontrados registos em 56 doentes, tendo a dor variado entre dor ligeira e dor intensa, com uma média de 2,66, correspondente a dor ligeira. Os registos permitiram determinar, nos doentes em que foi avaliada, a dor mínima (2 - dor ligeira) e máxima (9 - dor muito forte) desde a admissão até ao dia do diganóstico de deiscência.

Desde 2003 que a DGS, através de circular normativa, definiu a dor como 5º sinal vital e emitiu orientações específicas para a sua avaliação, através de escalas validadas e a necessidade do seu registo no processo do doente. Salientando ainda, que a avaliação e registo da intensidade da dor, devem ser feitos de forma contínua e regular pelos profissionais de saúde (DGS, 2003). No entando, segundo dados publicados pela mesma fonte em 2010, em 69,2% das instituições não existe uma avaliação regular e registo sitemático da dor nos processos clínicos, o que se traduz em défices na qualidade dos cuidados (DGS, 2010b).

Um estudo desenvolvido em Portugal em 2012, com 141 doentes internados num hospital privado da zona centro do país, sobre a prevalência e caraterísticas da dor, revelou uma maior prevalência (69,8%) de dor nos doentes cirúrgicos, sendo que 52,5% tinha dor ligeira a moderada e 28,8% dor intensa. O mesmo estudo apurou que a dor era maioritariamente musculoesquelética e que os doentes esperavam em média 10 minutos pela administração de um analgésico (Silva & Dixe, 2013). Também Caixeta, Stival e Lima (2012) afirmam que em contexto hospitalar, a dor aguda de maior prevalência é a do pós-operatório de cirurgias extensas (torácicas, abdominais, renais e ortopédicas), comumente associada a dano teciduale e que em 40% dos doentes a dor era intensa e 60% referiam-na como moderada.

Segundo Gélinas, Chanques e Puntillo (2014) a dor em doentes cirúrgicos, com controlo inadequado, acarreta complicações e grande desconforto para quem dela sofre. Outros estudos partilham esta ideia de que a dor no pós-operatório aumenta em 3,7 vezes mais a probabilidade de atraso na recuperação cirúrgica retardada do doente, constituindo-se por isso, um indicador precoce de complicações com impacto negativo na qualidade de vida dos doentes (Berg, Kjellgren, Unosson & Aretedt, 2012). Ao que Lambert (2012) acrescenta maior tempo de internamento e de convalescença, pelo que a dor deve ser abordada de forma multidisciplinar. Nesta linha, vários estudos realçam a necessidade de mais formação dos enfermeiros na área da dor (Nascimento & Kreling, 2010; Manwere, Chipfuwa, Mukwamba & Chironda, 2015). De facto, os resultados deste estudo revelam as fragilidades neste âmbito, acreditando que dor foi avaliada de forma regular, não terá sido registada conforme as orientações de boa prática.

Foi explorado na documentação de enfermagem, informação sobre a avaliação da ferida cirúrgica. Após análise de conteúdo dos registos efetuados pelos enfermeiros no campo "Notas Gerais" do sistema informático SClínico, foi possível encontrar referências, embora escassas e por vezes vagas, sobre o motivo da realização do penso e caraterísticas do mesmo, avaliação da ferida, caraterísticas das drenagens e registo de sinais e sintomas que direta ou indiretamente pudessem indiciar alterações no processo de cicatrização ou implicações no mesmo.

A evidência aponta vários sinais e sintomas de complicação da ferida cirúrgica, que podem traduzir risco ou mesmo deiscência da ferida, que vão desde aumento da temperatura (estado febril ou febre), dor ou desconforto na ferida ou região ciruncundante, penso repassado, calor e rubor local, edema local, hematoma incisional ou seroma, pus/exsudato purulento ou hematopurulento e taquicardia, até outras situações que podem ter repercussões no processo de cicatrização como vómito, tosse e espirro pelo aumento da pressão intra-abdominal ou intra-toracica (Harris et al., 2020).

Os achados encontrados nas "notas gerais" dos enfermeiros, prévios ao diagnóstico de deiscência de ferida cirúrgica abdominal, foram categorizados em 4 categorias: caraterísticas do penso, caraterísticas da ferida, drenagens e complicações.

As caraterísticas do penso podem refletir o estado da ferida, para isso deve ser rigorosamente avaliado e registado, assim, como o motivo de realização do mesmo foram encontradas referências, muitas das vezes pouco específicas, como o penso estando repassado, mas sem descriminação do tipo de repassamento: *"Executado penso por se apresentar ligeiramente repassado"* e *"…necessidade de executar o penso cirúrgico por este se encontrar bastante repassado"*.

A avaliação da ferida cirúrgica é um cuidado que deve ser feito e registado de forma criteriosa e sistemática pelos enfermeiros, os dados recolhidos dessa avaliação são fundamentais para a avaliação do processo de cicatrização e deteção precoce de alterações do mesmo. Na avaliação de uma ferida é fundamental a sua mensuração, caraterização dos tecidos presentes na ferida, identificação da presença ou ausência de exsudato, avaliar a coloração e odor da ferida, assim como, o material utilizado no seu encerramento. De um modo geral, podemos afirmar que os registos de avaliação da ferida encontrados na documentação de enfermagem, não demostram uma avaliação rigorosa da ferida, nem são feitos de forma continuada. Contudo, foi possível identificar referências a que o processo de cicatrização se encontrava alterado, muito pela presença de exsudato: "*Ferida apresentava na região inferior pequena drenagem serosa espessa", "apresentava exsudado mucoso", "conteúdo sero-hemático, espesso", "Sutura abdominal com bastante drenagem de líquido"* e *"…encontrava-se a babar por entre os agrafes conteúdo hemático"* e "*sutura operatória que apresentou drenagem hemática espessa nível da região umbilical".*

A Sociedade Americana de Anestesiologia considera fatores de risco para deiscência de ferida cirúrgica ou outras complicações, os distúrbios hemorrágicos, o seroma e o hematoma, nomeadamente em cirurgia abdominal (Diáz et al., 2014). O exsudato numa ferida pode contribuir para o desenvolvimento de deiscência, a sua presença pode ser um sinal de cicatrização comprometida, quando persiste para além do 4º dia de pós-cirurgia. Consoante as suas caraterísticas e pode ser classificado em sanguíneo, seroso, purulento e hematopurulento (WUWHS, 2007).

Foram também identificadas referências relacionadas com presença de hematoma ou drenagem hemática *"…apresenta equimose extensa…", "…apresenta hematoma na região circundante", "Ferida mais limpa, embora muito sangrante e profunda"* e *"…sutura operatória que apresentou drenagem hemática espessa nível da região umbilical".* O hematoma é um fator de risco para infeção do local cirúrgico e aumenta o risco de deiscência de ferida cirúrgica, a sua formação em ferida cirúrgicas compromete a cicatrização (Doyle, Lysaght & Reynolds, 2009).

Num estudo cujo objetivo foi identifcar as complicações pós-cirúrgicas em doentes submetidas a cirurgia de histerectomia, a ocorrência de sepsis devido a hematoma da ferida cirúrgica, ocorreu em quatro doentes das 98 submetidas a cirurgia (Freitas et al., 2016).

O atraso no processo de cicatrização está relacionado com diversos fatores sistémicos e locais, que lentificam uma ou mais fases do processo de cicatrização, interferindo no

metabolismo do colágeno, prolongando a fase inflamatória, impedindo assim, a epitelização e criando condições para ILC (Shanmugam et al., 2015).

Foram evidentes na documentação de enfermagem a referência a indicadores de infeção da ferida: "*ferida cirúrgica que apresenta sinais inflamatórios necessidade de executar o penso cirúrgico por este se encontrar bastante repassado", "Executado penso por se apresentar repassado com conteúdo hemato-purulento"* e *"…penso repassado com conteúdo serohematopurulento*". Além destas, foram documentados sinais de prolongamento da fase inflamatória: "*Ferida globalmente com rubor, em redor dos agrafos"*, *"rubor circundante em relação à ferida operatória"*, *"…zona de rubor ao redor da sutura"* e *"…apresenta zona ruborizada no flanco inferior direito",* ou mesmo, a presença de tecido responsável por atrasos na epitelização *"Ferida operatória com bastante fibrina no leito".*

A deiscência de ferida cirúrgica pode ocorrer devido a problemas técnicos no encerramento da sutura da incisão. O material de sutura e a técnica mais adequada para uma incisão cirúrgica, depende de uma ampla variedade de fatores, incluindo o número de camadas de tecido a serem encerradas, a localização anatómica da incisão e a condição do doente. A deiscência de ferida cirúrgica pode ocorrer se o método de encerramento incisional falhar, ou não for resistente para manter os bordos da ferida unidos. Também pode surgir deiscência de ferida cirúrgica, quando os nós de sutura deslizam ou rompem, ou mesmo destroem os tecidos na incisão, basta para isso, estarem sob tensão (WUWHS, 2016). Um estudo retrospetivo realizado com 363 doentes com deiscência de ferida cirúrgica após laparotomia, atribuiu 8% das deiscência da ferida a rutura de suturas e 4% por perda de nó do fio de sutura (Van Rambshorst et al., 2010).

Tão importante como a avaliação da ferida propriamente dita, importa avaliar a funcionalidade das drenagens e as caraterísticas do conteúdo drenado, no entanto no presente investigação apenas idententificada uma alusão a "*o dreno não estava funcionante"*, mas sem qualquer registo da intervenção consequente.

Para além da complicações locais, na ferida ou nos sistemas de drenagem, importa avaliar e registar outras manifestações muitas delas sistémicas, que podem comprometer a boa evolução cicatricial da ferida, nomeadamente a presença de vómitos, aumento do volume abdominal e tosse responsáveis, pelo aumento da pressão intra-abdominal ou torácica, que podem provocar afastamento dos bordos da incisão ou rutura da sutura. Assim, foram identificadas referências que ilustram estas situações: *"Apresentou um vómito de características hemáticas",* "*Distensão abdominal*

acentuada", "*teve um vomito em jacto no início do turno"*, *"Apresenta tosse produtiva", "apresentou um vómito de estase…"* e *"…apresentou náuseas e vómitos".*

Em doentes com incisões abdominais, a deiscência pode ser consequência de um episódio de vómitos ou tosse, em que muitas das vezes os doentes descrevem sensação de puxamento ou tensão na área da incisão (WUWHS, 2018). De facto, as náuseas e vómitos persistentes são eventos frequentes, com incidência de 50% e 30% respetivamente, que causam grande desconforto e podem levar a complicações da ferida cirúrgica, que quando não controlados podem prolongam o tempo de permanência do doente na unidade pós-anestésica (Gan et al., 2014).

A WUWHS (2018) descreve outros fatores de risco para aparecimento de deiscência de ferida de cirurgia abdominal e intestinal ou do trato biliar, como problemas pulmonares associados a tosse e pneumonia.

Foi possível encontrar pela análise da documentação constante nos processos analisados, referências a complicações respiratórias, nomeadamente a tosse *"Apresenta episódios de tosse." e "doente com tosse produtiva"*. Além de situações clínicas que podem prejudicar a oxigenação celular e, por isso, comprometer a cicatrização: *"Pneumonia à direita"*, *"Apresentou quadro de dificuldade respiratória"*, *"A spo começou a baixar…*" e *"Apresenta expetoração amarelada"*, assim como*"valores de hemoglobina baixo*s".

A literatura aponta que a anemia e a hipoalbuminemia são fotores de risco moderado para deiscência da ferida cirúrgica (Subramaniam et al., 2014; Avila et al., 2012). Doentes com hipoalbuminemia (<3,5 g/dl) têm maior predisposição para infeção do local cirúrgico e pneumonia, resultando em maior tempo de internamento e readmissões hospitalares (Bohl, Shen, Mayupov & Della Valle, 2016). Ao que Akšamija et al., (2016) acrescenta como fatores de risco de deiscência da ferida cirúrgica a hipoproteinemia, anemia e peritonite.

Foram também identificadas referências a alterações neurológicas e comportamentais que podem traduzir alterações na oxigenação por aumentarem a tensão na zona intervencionada: "*apresenta-se desorientado, com discurso incoerente e alguma agitação*", *"apresentou quadro de agitação/desorientação", "À chegada doente muito agitado"*, *"Apresentou períodos de alguma desorientação"* e *"doente com períodos de discurso incoerente, que alterna com períodos de sonolência"*. O caraterizado por estado de confusão mental, é uma intercorrência frequente, no período imediato à cirurgia, que se traduz numa experiência stressante para o próprio doente, família, equipa e para os demais doentes internados na mesma unidade, com consequências

graves pelo risco adicional de movimentos bruscos ou mesmo quedas. O comprometimento cognitivo em pessoas com doença grave torna-as particularmente vulneráveis ao delirium durante o internamento hospitalar (Godfrey et al., 2013). A própria presença de infeção pode ser compreendida como um fator de risco modificável para o desenvolvimento desta situação clínica (Ocádiz-Carrasco et al., 2013). Nesta linha, foram procuradas referências nos registos de enfermagem, que de alguma forma traduzissem estas alterações de comportamento, assim, foi possível reconhecer expressões como: "*Doente mantém desorientação"*, *"foi necessário usar medidas de segurança de queda"*e "*foi imobilizado pelos membros inferiores e superiores"*.

Vários autores realçam que os resultados cirúrgicos indesejados. afetam a qualidade de vida do doente, além do impato direto no aumento dos custos hospitalares e na redução do número de camas disponíveis para outras situações de doença (Krell, Girotti & Dimick, 2014; Ricci et al., 2015).

A complicação da ferida operatória comumente apontada é a deiscência, que apesar dos avanços nos cuidados cirúrgicos contínua a ser relatada, e esta prolonga o internamento hospitalar e está associada a um índice de mortalidade até 40% (Shanmugam et al., 2015). Mas para além da deiscência outras complicações na ferida têm sido apontadas como infeção do local cirúrgico, seroma, hematoma, atraso na cicatrização, má qualidade ou formação de cicatriz anormal e hérnia incisional (WUWHS, 2018).

Num estudo feito em Portugal em 2015, realizado por Antunes, Carvalho, Freire, e Marques (2015), sobre registos de enfermagem e evolução cicatricial de feridas, os autores constataram a existência de barreiras à implementação de boas práticas no tratamento de feridas, nomeadamente: registos/sistemas de informação insuficientes e inadequados, avaliação inadequada do doente com ferida, má aplicação de boas práticas, dificuldades de comunicação e cooperação entre profissionais e falta de liderança na tomada de decisão. Reconheceram ainda, que a realizaçãode registos de enfermagem fiáveis, universais e bem documentados são fundamentais para uma melhoria dos cuidados, dado que proporcionam uma efetiva continuidade dos cuidados e permitem a reflexão entre profissionais, no sentido de se encontrarem as melhores soluções para cada tipo de ferida. Concluíram também, que ao executar o tratamento à ferida, o profissional de saúde (médico ou enfermeiro) deve realizar uma avaliação rigorosa da ferida cirúrgica que deve incluir área perilesional, estado dos bordos da ferida, integridade das suturas, presença ou ausência de calor, rubor edema e dor e, ainda, drenagens da ferida.

Num outro estudo, que analisou os registos de enfermagem, os autores concluíram que os mesmos se caraterizaram por serem raros, com frequente recurso a uma linguagem destruturada, pouco formais e com falhas ortográficas (Danielsson-Ojala, Lundgren-Laine & Salanterä, 2012).

Os registos sobre feridas devem incluir: classificação da ferida; localização; dimensões (largura, comprimento e profundidade); caraterísticas do tecido presente no leito da ferida, do exsudado e da pele circundante; presença ou não de dor e, sempre que possível, com fotografia da lesão associada (Li & Korniewicz, 2013). Considera-se que os registos eletrónicos apresentam vantagens sobre os registos escritos, pois, os registos digitais contribuem para a clareza e objetividade das informações sobre a ferida, evolução cicatricial e tratamento da mesma (Faria & Peres, 2009).

A avaliação da ferida deve ter por base dados objetivos, sempre que possível com recurso a escalas e/ou instrumento, que facilitem não só a elaboração do registo, como a sua interpretação posterior e facilidade na consulta (Antunes et al., 2015). O instrumento PUSH (*Pressure Ulcer Scale for Healing*) permite de forma objetiva acompanhar o processo de cicatrização da lesão, através da mensuração do comprimento versus largura, quantidade de exsudado e tipo de tecido existente na ferida, favorecendo assim, a escolha do apósito ideal para cada fase de cicatrização (Espirito Santo et al., 2013).

Ficou evidenciado neste estudo, que os registos de enfermagem não tinham uniformidade de condutas, além de serem escassos e pouco específicos e, por isso, dificultarem a continuidade dos cuidados e a sua análise à priori com intuitos investigativos, importa por isso, refletir sobre a segurança no cuidado ao doente e a responsabilidade do enfermeiro.

Também Marques, Almeida, Farias e Nascimento (2016) no estudo realizado no Brasil, evidenciaram não haver uniformidade de condutas e cuidados nos registos de médicos e de enfermeiros, recomendando a utilização de protocolos específicos para feridas cirúrgicas, visando direcionar a tomada de decisão clínica mais adequada.

Um dos objetivos da presente investigação era conhecer a frequência com que sinais e sintomas de alterações no processo cicatricial eram registados, mas não foi possível. Constatou-se que nas “notas de enfermagem”, cada enfermeiro elabora o registo não obedecendo a num critério pre-estabelecido que oriente para o que deve registar, pelo que dependem do entendimento de cada um ao executá-lo, condicionado ainda pela observação pessoal muitas vezes pouco precisa da ferida. Para além disso, não se identificou uma linguagem padronizada na documentação, que permitisse a clareza dos

conceitos. As próprias orientações dos responsáveis pelo sistema informático de registos de enfermagem no SClínico®, no espaço “notas gerais”, preconiza que neste campo devem apenas serem referidas situações excepcionais, que não estejam contempladas nos campos obrigatórios do sistema informático, referente ao processo de enfermagem.

A utilização de uma linguagem padronizada, que traduza fielmente a observação clínica dos enfermeiros, contribui para visibilidade e valorização do seu trabalho, para a continuidade de cuidados prestados ao doente, para além, de se constituir uma importante fonte de informação fundamental para a investigação em enfermagem e, consequentemente, para a melhoria das práticas clínicas em que a pessoa doente é a sua maior beneficiária.

CONCLUSÃO

É por todos reconhecido a importância da avaliação e registo da ferida cirúrgica e o estado geral do doente, pois se não devidamente registados põem em causa a continuidade dos cuidados e, consequentemente, a qualidade dos mesmos. Globalmente os resultados encontrados na presente investigação, revelaram com clareza, que os cuidados à pessoa com ferida nem sempre são documentados, o que pode ter implicações gravosas na recuperação do doente cirúrgico.

Foi objetivo deste estudo analisar a documentação de enfermagem, no sentido de explorar sinais e sintomas que pudessem indiciar complicações no processo de cicatrização da ferida, concretamente o risco de deiscência de ferida cirúrgica abdominal, permitindo assim, aos responsáveis pelos cuidados à ferida o despiste precoce de alterações no processo cicatricial. Dada a escassez de informação na documentação de enfermagem analisada, a concretização deste objetivo foi difícil pela dificuldade de identificar de forma sistemática, manifestações no doente que fossem indiciadoras dessas alterações, pelo que consideramos que os resultados da investigação põem a descoberto e alertam para uma área lacunar dos cuidados prestados ao doente e, especificamente ao doente cirúrgico. De facto os registos encontrados no SClínico, nem sempre refletem as necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem e, consequentemente, os cuidados sensíveis a essas necessidades.

Este estudo traduziu uma preocupação da investigadora, a importância no rigor na documentação em enfermagem, pois acreditamos que com ela podemos prevenir e minimizar complicações associadas à cicatrização de feridas cirúrgicas, nomeadamente no diagnóstico de deiscência de ferida.

No entanto e tendo em conta os registos referentes aos 70 doentes que desenvolveram deiscência, identificaram-se algumas caraterísticas comuns a esses doentes, que permitiram de forma sumária definir o perfil do doente, que naquele contexto desenvolveu deiscência. Assim, são doentes maioritariamente idosos, com idades acima dos 65 anos, do sexo masculino, com maior prevalência nos diagnósticos médicos de doenças do aparelho digestivo e oncológicas, em que a maioria fez cirurgia de urgência e

tiveram em média 22,9. Eram maioritariamente (dos 35 em que havia registos de peso e altura) doentes com alterações no estado nutricional, apenas 28,6% apresentavam peso normal à admissão no serviço de cirurgia, havendo casos de doentes emagrecidos, com excesso de peso e mesmo com obesidade classe 1 e 2. Ainda, relativamente a avaliação do estado nutricional dos doentes, constatámos ausência de avaliação inicial, em muito deles e, não foi patente a sua monotorização e reavaliação, desde a admissão até a alta, bem como, a instituição de medidas corretoras da alteração do estado nutricional quando identificadas na fase pré-cirurgia aquando da primeira avaliação do estado nutricional. Importa contudo reconhecer, que a maioria das cirurgias resultaram de cirurgias de urgência, onde esta avaliação pré-cirúrgica é dificultada.

A informação recolhida na documentação de enfermagem relativa à avaliação da ferida, quer fosse o motivo de realização do tratamento à ferida e suas cataterísticas, quer a avaliação propriamente dita da ferida e zona circundante foi escassa. Também a avaliação e, respetivo registo, da funcionalidade das drenagens e caraterísticas, foi também diminuta e na sua maioria sem grande rigor. No entanto, no que se refere ao motivo e caraterísticas do penso foram encontrados registo que justificavam a sua realização e referiam as suas caraterísticas, marioritariamente referências a repassado, embora nem sempre a caraterização do mesmo fosse evidente.

No que concerne à avaliação da ferida, foi possível identificar referências a que a ferida apresentava exsudato purulento, hemato-purulento, calor, rubor e edema na área perilesional, incidiadoras de infeção da ferida. No entanto, também aqui, não foi possível identificar com exatidão as medidas instituidas face à avaliação . Encontraram-se ainda, alusões a hematomas e exsudato hemático na feridas, também elas escassas e sem continuidade na sua avaliação.

A avaliação das drenagens, sempre que a ferida apresente drenos, é fundamental, pois pode constituir um bom indicador de alterações no processo de cicatrização, nomeadamente existência de infeção. Contudo dos 70 processos analisados, apenas num doente e num único momento, foi feita referência a que o dreno não estaria funcionante, sabendo que a maioria das feridas cirúrgicas abdominais têm sistemas de drenagem, esta situação sugere alguma estranheza.

Outros indicadores como dor e temperatura corporal, são de primordial importância, para que se possa avaliar a evolução da ferida. A dor e a temperatura corporal, devem ser monotorizados, avaliados e registados, utilizando protocolo dirigido ao doente submetido a cirurgia, bem como a mensuração da temperatura no intra-operatório. Mas também aqui, os registos encontrados na documentação de enfermagem revelaram não

serem sistemáticos, tornando-se difícil retirar ilações, realçando mais uma vez, a desvalorização no registo de indicadores fundamentais na avaliação da pessoa com ferida.

Procurou-se na documentação analisada, explorar registos de outras complicações sistémicas, que pudessem traduzir deficiente cicatrização ou que tivessem implicações no processo cicatricial, como: vótimos, tosse, espirros e abdomén distendido, pelo aumento da pressão intrabdominal, com possíveis repercussões na ferida. Além de alterações neurológicas e comportamentais geradoras de situações risco, como quedas, que em muitas situações provocam tensão na ferida e deiscência da mesma. As referências encontradas traduzem estas situações (náuseas/vómitos, tosse e espirros), embora em número muito reduzido, e sem continuidade dos mesmos nem o registo de implementação de medidas corretivas, ou alguma referência que correlaciona-se estes sinais e sintomas com a possibilidade de deiscência da ferida cirúrgica abdominal. Também registos a sonolência, agitação/desorientação, discurso incoerente e necessidade de contenção física, foram assinaladas na documentação de enfermagem, mas sem referência ao risco que estas situações acarretarretam ao processo de cicatrização.

Foi possível encontrar nas “notas gerais” alguns registos de evolução do estado de saúde da pessoa, não identificados sob forma de diagnósticos de enfermagem, mas muitas vezes sem descrição de intervenções de enfermagem.

Podemos assim concluir, que na sua maioria os registos revelaram-se vagos e pouco objetivos, concretos e concisos, não demonstrando qualquer padronização na linguagem utilizada nem uma linha orientadora para a sua construção, pelo que o seu contributo foi escasso para a realização deste estudo, tendo em conta a questão e os objetivos de investigação.

Existe muita informação que o enfermeiro detém, mas não a regista nas especificações do Sistema informático SClínico dos diagnósticos, concretamente no diagnóstico de enfermagem de ferida cirúrgica. Acreditamos e sabemos, pela nossa experiência profissional, que diariamente os cuidados de enfermagem são prestados, mas infelizmente nem sempre são documentados. O que torna difícil o conhecimento do desenvolvimento do processo cicatricial das feridas. Importa que esta realidade seja alterada, pela influência que tem na qualidade de cuidados e na avaliação dos resultados desses cuidados, para além de dificultar a investigação em enfermagem nesta área.

Entre as principais limitações do estudo, é possível citar a qualidade da fonte de informação, documentação de enfermagem, uma vez que existe ausência ou escassez de registos clínicos relativamente à avaliação da ferida e a alguns sinais e sintomas, indiciadores de possível deiscência e/ou complicação no processo de cicatrização da ferida, constiuindo-se por isso uma forte limitação, a consistência e a qualidade da documentação. Para além desta limitação, podemos considerar o tamanho reduzida da amostra, bem como a mudança do processo clínico em papel para o sistema informatizado no serviço onde se realizou o estudo, onde se perdeu alguma informação pertinente para a investigação. Foi igualmente difícil encontrar estudos realizados nesta área, que permitissem comparações, uma vez que existe um número muito reduzido de estudos primários, ao que acresce o facto desses mesmos estudos, não terem objetivos idênticos e, por isso, variáveis diferentes das analisada no presente estudo.

Os registos de enfermagem assumem um importante papel na definição de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Pelo que é necessário que os enfermeiros documentem os cuidados que prestam, que identifiquem os focos/diagnósticos, as prescrições/intervenções e os resultados obtidos, com recurso a linguagem padronizada, para que seja possível evidenciar a qualidade dos cuidados prestados ao utente do foro cirúrgico.

.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aga, E., Keinan-Boker, L., Eithan, A., Mais, T., Rabinovich, A., & Nassar, F. (2015). Surgical site infections after abdominal surgery: incidence and risk factors. A prospective cohort study. *Infectious Diseasees, 47* (11), 761-767. doi: 10.3109/23744235.2015.1055587.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2017). *Medidas de Prevenção de Infeção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Recuperado de http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%AAncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6b16dab3-6d0c-4399-9d84-141d2e81c809.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., & Silber, J.H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA, 290* (12), 1617-1623. doi: 10.1001/jama.290.12.1617.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., … Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet, 383* (9931),1824-1830. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.

Aksamija, G., Mulabdic, A., Rasic, I., & Aksamija, L. (2016). Evaluation of risk factors of surgical wound dehiscence in adults after laparotomy. *MedArch*, *70* (5), 369-372.

Alves, P., & Vieira, M. (2012). Ensino em feridas: formação pré-graduada em enfermagem. *Journal of Tissue Regeneration & Healing*, 4-9.

Amaral, A.F.S. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade* (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Portugal.

Antunes, J., Carvalho, P., Freire, T., & Marques, F. (2015). Nursing records and wound healing evolution*. Journal of Aging & Inovation*, *4* (2), 3-10.

Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica. (2017). GENT – Grupo de estudos de nutrição para todos. *APNEP – Saúde, 3-8.*

Avila, C., Bhangoo, R., Figueroa, R., Santorelli, J., Ogburn, P., & Desan, P.H. (2012). Association of smoking with wound complications after cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med., 25* (8), 1250-1253 doi: 10.3109/14767058.2011.636462.

Baranoski, S., & Ayello, E.A. (2005). *O essencial sobre o tratamento de feridas*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições 70.

Berg, K., Kjellgren, K., Unosson, M., & Arestedt, K. (2012). Postoperative recovery and its association with health-related quality of life among day surgery patients. *BMC Nurs*, *11* (1), 24. doi: 10.1186/1472-6955-11-24.

Bohl, D.D., Shen, M.R., Kayupov, E., & Della Valle, C.J. (2016). Hypoalbuminemia independently predicts surgical site infection, pneumonia, length of stay, and readmission after total joint arthroplasty. *Journal Arthroplasty, 31* (1), 5-21. doi: 10.1016/j.arth.2015.08.028.

Borges, E. L., Pires, J. F., Abreu, M. N. S., Lima, V. L. A., Silva, P. A. B., & Soares, S.M. (2016). Factors associated with the healingof complex surgical wounds in the breast and abdomen: retrospective cohort study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24.* Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02811.pdf.

Brady, K., & Hogue, C.W. (2013). Intraoperative hypotension and patient outcome: does "one size fit all?". *Anesthesiology, 119* (3), 495-497. doi: 10.1097/ALN.0b013e3182a10cce.

British Columbia Provincial Nursing Skin & Wound Committee (2011*). Guideline: assessment and treatment of pressure injuries in adults & childre*n. Recuperado de https://www.clwk.ca/buddydrive/file/guideline-surgical-wounds-primary-secondary-intention/

Caixeta, L., Stival, M., & Lima, L. (2012). Dor aguda: julgamento clínico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Mineira de Enfermagem*, *16* (3), 400-409.

Cohen, R.R., Lagoo-Deenadayalan, S.A., Heflin, M.T., Sloane, R., Eisen, I., Thacker, J.M., & Whitson, H.E. (2012). Exploring predictors of complication in older surgical patients: a deficit accumulation index and the Braden Scale. *J Am Geriatr Soc., 60* (9), 1609-1615. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04109.x.

Chiang, S., Gerten, K.A., & Miller, K.L. (2007). Optimizing outcomes of surgery in advanced age--perioperative factors to consider. *Clin Obstet Gynecol., 50* (3), 813-825. doi: 10.1097/GRF.0b013e3180de46c0.

Creswele, J.W. (2010). *Métodos De Pesquisa, Projeto de Pesquisa. Métodos qualitativos, quantitativo e misto* (2ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Danielsson-Ojala, R., Lundgren-Laine, H., & Salanterä, S. (2012). Describing the sublanguage of wound care in an adult ICU. *Stud Health Technol Inform, 180*, 1093-1095. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22874364/.

Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro. Diário da República n.º 229/2013, Série II. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Díaz, C.J.G., Cladera, P.R., Soto, S.N., Rosas, J.M.H., Aufroy, A.L., Vioque, S.M., & Cantarín, C.C. (2014). Validation of abdominal wound dehiscence's risk model. *Cirugía Española*, *92* (2), 114-119.

Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://nocs.pt/registo-sistematico-intensidade-dor/.

Direção-Geral da Saúde. (2010a). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde & European Centre For Disease Control and Prevention 2010.* Inquérito de prevalência de infecções associadas aos cuidados de saúde e utilização de antimicrobianos nos hospitais de agudos na europa: Protocolo 4.2: Manual de códigos. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2010b). *Relatório de atividades de Janeiro a Julho de 2010 comissão nacional para o controlo da dor*. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Organização das unidades funcionais de dor aguda*. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2013a). Norma nº 024/2013 de 23/12/2013: Prevenção da infeção do local cirúrgico. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevenc%CC%A7a%CC%83o-da-Infec%CC%A7a%CC%83o-do-Local-Ciru%CC%81rgico.pdfr

Direção-Geral da Saúde. (2013b). Norma nº 029/2012 de 21/02/2013 atualizada a 31/10/2013: *Precauções Básicas do Controlo da Infeção* (PBCI). Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx.

Direção-Geral da Saúde. (2015a). Norma nº 004/2013 de 21/02/2013 atualizada a 13/11/2015: *Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/normas.aspx.

Direção-Geral da Saúde. (2015b). Norma nº 018/2014 de 09/12/2014 atualizada a 27/04/2015: *Prevenção e controlo de colonização e infeção por Staphylococcusaureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014.aspx.

Direção-Geral da Saúde. (2015c). Norma nº 13/2014 de 25/08/2014 atualizada a 07/08/2015: *Uso e gestão de luvas nas unidades de saúde*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132014-de-25082014.aspx.

Direção-Geral da Saúde. (2016a). *Controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos em números - 2015.* Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2016b). Despacho n.º 3844-A/2016, de 15 de março. *Determina a criação de um grupo de trabalho interinstitucional, que integra a Direção-Geral da Saúde, o Instituto Ricardo Jorge, o Infarmed e a Administração Central do Sistema de Saúde, no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/73865550/details/maximized?serie=II&print_preview=print-preview&dreId=73865548.

Direção-Geral da Saúde. (2016c). *Modelo de governação a 2020 do plano nacional de saúde e programas de saúde prioritários*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/modelo-de-governacao-a-2020-do-plano-nacional-de-saude-e-programas-de-saude-prioritarios-pdf.aspx.

Direção-Geral da Saúde. (2016d). *Recomendação: prevenção da transmissão de enterobacteriaceae resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos.* Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-

antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.aspx.

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *A saúde dos portugueses. Perspetiva 2016*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https:// www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de--informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-842723-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de vigilância epidemiológica nas UCI* (Helics Cirurgia /PPCIRA 2017). Lisboa, Portugal: Autor.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. *Journal of the American Medical Association*, 260 (12), 1743-1748.

Doran, D. M. (2011). *Nursing outcomes: State of the science*. United States of América: Jones & Bartlett learning.

Doyle, S.L., Lysaght, J., Reynolds, J.V. (2009). Obesity and post-operative complications in patients undergoing non-bariatric surgery. *Obes Rev*., 11 (12), 875-886. doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00700.x.

Ersan, T. (2015). Perioperative management of the geriatric patient. *Medscape*. Recuperado de https://emedicine.medscape.com/article/285433-overview.

Espirito Santo, P., Almeida, S., Silveira, M., Salomé, G. & Ferreira, L. (2013). Uso da ferramenta PressureUlcerScale for Healing para avaliar a cicatrização de úlcera crónica de perna. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, *28*, 113-141. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/23.

European Centre for Disease Prevention and Control. *(2016). Surgical site infections - Annual Epidemiological Report 2016 [2014 data].* Recuperado de https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/surgical-site-infections-annual-epidemiological-report-2016-2014-data.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2017). *Summary of the latest data on antibiotic consumption in the European Union. ESAC-Net Surveillance data. November 2017*. 14. ECDC: Surveillance report: Surveillance of Antimicrobial resistance in Europe, 2016. AnnualreportoftheEuropeanAntimicorbialResistance.

Faria, N.G.F., & Peres, H.H.C. (2009). Análise da produção científica sobre a documentação fotográfica de feridas em enfermagem. *Revista Electrônica de*

Enfermagem, *11* (3), 700-707. Recuperado de http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/v11n3a31.htm

Fernandes, M.C., Barros, A.S., Silva, L.M.S., Nóbrega, M.F.B., Silva, M.R.F., & Torres, R.A.M. (2010). Análise de atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem, 63* (1), 11-15.

Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Freitas, C.B, Gomes, N.P., Campos, L.M., Estrela, F.M., Cordeiro, K.C.C., & Santos, R.M. (2016). Complicações pós-cirúrgicas da histerectomia: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem, 30* (2), 1-11. Recuperado de http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15660.

Fusco, S.F.B., Massarico, N.M., Alves, M.V.M.F.F., Fortaleza, C.M.C.B., Pavan, É.C.P., Palhares, V.C., … Nitsche, M.J.T. (2016). Surgical site infection and its risk factors in colon surgeries. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *50* (1), 43-49. Recuperado de https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100006.

Gan, T.J., Diemunsch, P., Habib, A.S., Kovac, A., Kranke, P., Meyer, T.A., … Tramèr, M.R. (2014). Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg., 118*(1), 85-113. doi: 10.1213/ANE.0000000000000002.

Gélinas, C., Chanques, G., & Puntillo, K. (2014). In pursuit of pain: recent advances and future directions in pain assessment in the ICU. *Intensive Care Med, 40* (7), 1009-1014. doi: 10.1007/s00134-014-3299-3.

Gil, A.C. (2007). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Atlas.

Godfrey, M., Smith, J., Green, J., Cheater, F., Inouye, S.K., & Young, J.B. (2013). Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study. *BMC Health Services Research, 13*, 341 https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-341.

Gomes de Lima, K.V., Gomes de Lima, L., Bernardo, E.M.Q.V., Caraciolo de Almeida, P.A., Santos, E.M.C., & Prado, L.V.P. (2014). Relação entre o instrumento de triagem nutricional (NRS-2002) e os métodos de avaliação nutricional objetiva em pacientes

cirúrgicos do Recife (Pernambuco, Brasil). *Revista Nutrción Clínica y Dietética Hospitalaria, 34* (3), 72-79 doi: 10.12873/343gomesdelima.

Gonçalves, M. B. B., Rabeh, S. A. N., & Terçariol, C. A. S. (2015). The contribution of distance learning to the knowledge of nursing lecturers regarding assessment of chronic wounds. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *23* (1), 122-129. Recuperado de http://www. scielo.br/pdf/rlae/v23n1/0104-1169-rlae-23-01-00122.

González-Samartino, M., Delgado-Hito, P., Adamuz-Tomás, J., Cano, M. V., Creus, M. C., & Juvé-Udina, M. (2018). Accuracy and completeness of records of adverse events through interface terminology. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 52.* Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017011203306.

Grant, P.J, & Jaffer, A.K. (2009). Preoperative assessment and care of the surgical patient. *ACP Medicine*, 1-11.

Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *Burns and grove's the practice of nursing research* (8th ed.). EUA: Elsevier.

Griffiths, R., Beech, F., Brown, A., Dhesi, J., Foo, I., Goodall, J., … White, S. (2014). Association of anesthetists of great britain and ireland. peri-operative care of the elderly 2014: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia., 69* (1), 81-98. doi: 10.1111/anae.12524. PMID: 24303864.

Gupta, S., Andersen, C., Black, J., Leon, J., Fife, C., Lantis Ii, J. C., … Silverman, R. P. (2017). Management of chronic wounds: diagnosis, preparation, treatment, and followup*.* *Wounds*, *29* (9), 19-36. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28862980.

Harris, C.L., Kuhnke, J., Haley, J., Cross, K., Somayaji, R., Dubois, J., … Lewis, K. (2020). *Best practice recommendations for the prevention and management of surgical wound complications*. In: Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management. A supplement of Wound Care Canada; 2017. 66 pp. Retrieved from: www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/555-bpr-prevention-and-management-of-surgical-wound-complications-v2/file.

Hesbeen, W. (2013). *Dizer e escrever a prática do cuidar do quotidiano: à descoberta do sentido do cuidado.* Loures, Portugal: Lusociência.

Johnson, O.N., Sidawy, A.N., Scanlon, J.M., Walcott, R., Arora, S., Macsata, R.A., Amdur, R.L., & Henderson, W.G. (2010). Impact of obesity on outcomes after open

surgical and endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *Journal of the American College of Surgeons, 210* (2), 166-177. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2009.10.011.

Kenig, J., Richter, P., Lasek, A., Zbierska, K., & Zurawska, S. (2014). *The efficacy of risk scores for predicting abdominal wound dehiscence:* a case-controlled validation study. *BMC Surgery*, 14, 65.

Krell, R.W., Girotti, M.E., & Dimick, J.B. (2014). Extended length of stay after surgery: complications, inefficient practice, or sick patients? *JAMA Surg., 149* (8), 815-820. doi: 10.1001/jamasurg.2014.629.

Kutney-Lee, A., Sloane, D.M., & Aiken, L.H. (2013). An increase in the number of nurses with baccalaureate degrees is linked to lower rates of postsurgery mortality. *Health Affairs*, *32* (3), 579–586. Recuperado de https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0504.

Lakatos, E.M., & Marconi, M.A. (2007). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliografia, projeto e relatório, publicações e trabalhos científico* (7ª ed.). São Paulo, Brasil: Atlas.

Lambert, L. (2012). Postoperative pain. *BMC Health Serv Res*., *12* (77).

Leal, E. C. & Carvalho, E. (2014). Cicatrização de feridas: o fisiológico e o patológico. *Revista Portuguesa de Diabetes*, *9* (3), 133-143.

Leal, M. T. (2006). *A CIPE e a visibilidade em enfermagem: mitos e realidades*. Loures, Portugal: Lusociência.

Li, D., & Korniewicz, D.M. (2013). Determination of effectiveness of electronic health records to document pressure ulcers*. Medsurg Nursing*, *22* (1),17-25. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469495.

Lima, L.A. (2017). *A avaliação da dor, um desafio para a enfermagem pediátrica*. (Monografia de Especialização). Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis.

Malhotra, N. K. (2012). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada* (6ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Bookman Editora.

Manwere, A., Chipfuwa, T., Mukwamba, M.M., & Chironda, G. (2015). Knowledge and attitudes of registered nurses towards pain management of adult medical patients: a case of bindura hospital. *Health Science Journal*, *9* (4).

Marcarelli, M., Trovato, L., Novarese, E., Riccio, M., & Graziano, A. (2017). Rigenera protocol in the treatment of surgical wound dehiscence. *Int Wound J.,14* (1), 277-281. doi: 10.1111/iwj.12601.

Marques, G., Almeida P., Farias L., & Nascimento, D. (2016). Estudo preliminar sobre registros de deiscência de ferida operatória em um hospital universitário. *Revista HUPE, 15* (4), 312-319.

Martins, C., Kobayashi, R. M., Ayoub, A. C., & Leite, M. M. J. (2006). Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto & Contexto em Enfermagem, 15* (3), 472-478.

Martins, G. A., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo, Brasil: Atlas.

McEvoy, P. (1999). Using patients records as a source of data*. Nursing Standard*, *13* (36), 33-36 doi: 10.7748/ns1999.05.13.36.33.c2606.

Nascimento, L.A., & Kreling,k M.C.G.D. (2010). Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.*, 24 (1), 50-54.

Menoita, E. C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures, Portugal: Lusodidática.

Milne, J. (2016). Managing surgical wound care: review of leukomed control dressings. *Br J Nurs.*, 25 (6), 34-43 doi: 10.12968/bjon.2016.25.6.S34.

Ocádiz-Carrasco, J., Gutiérrez-Padilla, R.A., Páramo-Rivas, F., Tovas-Serrano, A., & Hernándes-Ortega, J.L. (2013). Preventive program for postoperative delirium in the elderly. *Cirugía y Cirujanos*, *81* (3), 181-186. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc133b.pdf

Oliveira, A. (2014). *Bioestatistica descodificada: bioestatistica, epidemiologia e investigação* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2009) – *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2015) – *Parecer do conselho jurisdicional* 196/2014. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2018) - *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico -cirúrgica na área de enfermagem à*

pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 429/2018). Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2019) – *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa, Portugal:* Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2020) – *Anuário estatístico 2019*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ousey, K., Djohan, R., Dowsett, C., Ferreira, F., Hurd, T., Romanelli, M., & Sandy-Hodgetts, K. (2018). *Surgical wound dehiscence: Improving prevention and outcomes*. (World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document). Wounds UK. Recuperado de https://huddersfield.box.com/s/gw7grmclaxctndsuan3aydwt2qdkoown

Panobianco, M. S., Sampaio, B. A. L., Caetano, E. A., Inocenti, A., & Gozzo, T.O. (2012). Comparação da cicatrização pós-mastectomia entre mulheres portadoras e não-portadoras de diabetes mellitus*. Rev Rene*, *11*, 15-22. Recuperado de http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4651.

Partridge, J.S., Harari, D., & Dhesi, J.K. (2012). Frailty in the older surgical patient: a review. *Age and Ageing, 41* (2), 142-147. doi: 10.1093/ageing/afr182.

Pearse, R.M., Moreno, R.P., Bauer, P., Pelosi, P., Metnitz, P., Spies, C., … Rhodes, A. (2012). Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet*, *380*, 1059-1065. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61148-9.

Peres, A. M., & Ciampone, M. H. (2013). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto e Contexto - Enfermagem*, *15* (3), 492-499.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado.* Coimbra, Portugal: Quarteto.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem (7*ª Ed*.)*. Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health /Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociencia.

Rafter, N., Hickey, A., Conroy, R.M., Condell, S., O'Connor, P., Vaughan, D., … Williams, D.J. (2017). The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals-a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf., 26* (2), 111-119 doi: 10.1136/bmjqs-2015-004828.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) aprovado pelo Decreto-lei nº 161/96, alterado e republicado pela Lei nº 156/2015, de 16 de setembro.

Ricci, W.M., Brandt, A., McAndrew, C., & Gardner, M. J. (2015). Factors affecting delay to surgery and length of stay for patients with hip fracture. *Jounal Orthopaedic Trauma, 29* (3), 109-114. doi: 10.1097/BOT.0000000000000221.

Riou, J.P., Cohen, J.R., & Johnson, H. (1992). Factors influencing wound dehiscence. *Am J Surg.,163* (3), 324-30. doi: 10.1016/0002-9610(92)90014-i.

Rocha, A., Almeida, A. P., Machado, A., Peças, D., Neto, F., & Franco, H. (2015). *Norma de procedimento geral 1041 - Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem* (SAPE). Hospital Garcia de Orta.

Rocha, J. (2008). Fundamentos em clínica cirúrgica. infeção em cirurgia e cirurgia das infeções. *Medicina (Ribeirão Preto), 41* (4), 487-490. Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2783913/mod_resource/content/1/SIMP_7Infecao_em_cirurgia.pdf.

Sá-Silva, J. R., de Almeida, C. D., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, 1* (1), 1-15.

Shanmugam, V.K., Fernandez, S.J., Evans, K.K., McNish, S., Banerjee, A.N., Couch, … Shara, N. (2015). Postoperative wound dehiscence: Predictors and associations. *Wound Rep and Reg.*, *23,* 184-190. Recuperado de https://doi.org/10.1111/wrr.12268.

Silva, E., & Dixe, M. (2013). Prevalência e carateristicas de dor em pacientes internados em hospital português. *Revista Dor, 14* (4), 245-250. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180600132013000400003&script=sci_abstract&tlng=pt

Silvestre, M. (2012). *Os registos de enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas.* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Spiliotis, J., Tsiveriotis, K., Datsis, A.D., Vaxevanidou, A., Zacharis, G., Giafis, K., … Rogdakis, A. (2009). Wound dehiscence: is still a problem in the 21th century: a retrospective study. *World J Emerg Surg., 4*, 12.

Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2013). *Investigaçao qualitativa em enfermagem - avançando o imperativo humanista* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.

Subramaniam, A., Jauk, V.C., Figueroa, D., Biggio, J.R., Owen, J., Tita, A.T. (2014). Risk factors for wound disruption following cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*., *27* (12), 1237-1240 doi: 10.3109/14767058.2013.850487.

Tavares, M. (2007). Sarcomas de partes moles, revisão de literatura a propósito de um caso. *Revista Científica do Centro Universitário de Volta Redonda*, 88-96. Recuperado de https://livrozilla.com/doc/1739952/sarcomas-de-partes-moles--revis%C3%A3o-de-literatura-a.

Van den Heede, K., Sermeus, W., Diya, L., Clarke, S.P., Lesaffre, E., Vleugels, A., & Aiken, L.H. (2009). Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: cross-sectional analysis of administrative data. *Int J Nurs Stud, 46* (7), 928-939. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.05.007.

Van Ramshorst, G.H., Nieuwenhuizen, J., Hop, W.C., Arends, P., Boom, J., Jeekel, J., & Lange, J.F. (2010). Abdominal wound dehiscence in adults: development and validation of a risk model. *World J Surg., 34* (1), 20-27 doi: 10.1007/s00268-009-0277-y.

Vieira,I. (2014). Pressure ulcers. *Journal of Legal nursing consulting*. Recuperado de http://www.aalnc.org/page/the-journal-of-legal-nurse-consulting.

World Health Organization. (2007)**.** Guidelines for medical record and clinical. Recuperado de https://occupationaltherapy2012.files.wordpress.com/2012/03/2007_guidelines_for_clinical_doc.pdf

World Health Organization. (2016*). Global guidelines on the prevention of surgical site infection*. Recuperado de https://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/.

World Health Organization. (2020). *Obesity and overweight*. Recuperado de https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-andoverweight#:~:text=%2Fm2).,Adults,than%20or%20equal%20to%2030.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2007). Consensus Document. *Principles of best practice: Wound exudate and the role of dressings*. London, England: MEP Ltd.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2016). *Closed surgical incision management: understanding the role of NPWT.* London, England: Wounds International.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2018). Consensus Document. *Surgical wound dehiscence: improving prevention and outcomes.* London, England: Wounds International.

Yeh, S.S., Schuster, M.W. (2006) *Epidemiology of malnutrition in the elderly*. In: Mantovani G. et al. (eds) Cachexia and Wasting: A Modern Approach. Springer, Milano. https://doi.org/10.1007/978-88-470-0552-5_35

Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (4ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Bookman.

APÊNDICES

APÊNDICE I

BDados - Deiscencia de Ferida Operatoria Externa (+Informação Feridas) - Microsoft Excel

ND	NLD	Processo	Sexo	Idade	Altura	Peso	IM Corporal	INT. Epis.	INT. Prog./Urg.	INT. Data Admissao	INT. Data Alta	DI	Data/Hora (Monitorização)	Operatório (Dias)	Febre (Classificação)	Monitorização Temperatura (Valor)	Monitorização Dor (Valor)	Dia (Monitorização)	(Monitorização)	(Monitorização)	BO: 1.ª IC Epis.	BO: 1.ª IC Prog./Urg.	BO: 1.ª IC Data	BO: 1.ª IC Hora	BO: 1.ª IC Patolgia	BO: 1.ª IC Procedimento	BO: 2.ª IC Epis.	BO: 2.ª IC Prog./Urg.
1	1	17000625	M	94	1,6	97	37,89	17004972	Urgente	05-11-2017	11-11-2017	6	05-11-2017 20:46		Febre Leve	37,2		05-11-2017	20:46	[16 24[	17005040	Urgente	05-11-2017	17:15	Infeccao/Reac	Incisao Com Dren	17005078	Urgente
1	2	17000625	M	94	1,6	97	37,89	17004972	Urgente	05-11-2017	11-11-2017	6	06-11-2017 07:15	P1	Normal	36,5	Sem Registo - Mo	06-11-2017	7:15	[00 08[	17005040	Urgente	05-11-2017	17:15	Infeccao/Reaccac	Incisao Com Drenagem D	17005078	Urgente
1	3	17000625	M	94	1,6	97	37,89	17004972	Urgente	05-11-2017	11-11-2017	6	06-11-2017 21:02	P1	Febre Moderada	37,5	Sem Registo - Mo	06-11-2017	21:02	[16 24[	17005040	Urgente	05-11-2017	17:15	Infeccao/Reaccac	Incisao Com Drenagem D	17005078	Urgente
1	4	17000625	M	94	1,6	97	37,89	17004972	Urgente	05-11-2017	11-11-2017	6	07-11-2017 09:04	P2	Febre Leve	36,6	Sem Registo - Mo	07-11-2017	9:04	[08 16[	17005040	Urgente	05-11-2017	17:15	Infeccao/Reaccac	Incisao Com Drenagem D	17005078	Urgente
1	5	17000625	M	94	1,6	97	37,89	17004972	Urgente	05-11-2017	11-11-2017	6	07-11-2017 20:29	P2	Febre Moderada	37,7	Sem Registo - Mo	07-11-2017	20:29	[16 24[	17005040	Urgente	05-11-2017	17:15	Infeccao/Reaccac	Incisao Com Drenagem D	17005078	Urgente
1	6	17000625	M	94	1,6	97	37,89	17004972	Urgente	05-11-2017	11-11-2017	6	08-11-2017 20:58	P3	Normal	36,5	Sem Registo - Mo	08-11-2017	20:58	[16 24[	17005040	Urgente	05-11-2017	17:15	Infeccao/Reaccac	Incisao Com Drenagem D	17005078	Urgente
1	7	17000625	M	94	1,6	97	37,89	17004972	Urgente	05-11-2017	11-11-2017	6	09-11-2017 07:00	P4	Febre Leve	36,6	Sem Registo - Mo	09-11-2017	7:00	[00 08[	17005040	Urgente	05-11-2017	17:15	Infeccao/Reaccac	Incisao Com Drenagem D	17005078	Urgente
1	8	17000625	M	94	1,6	97	37,89	17004972	Urgente	05-11-2017	11-11-2017	6	09-11-2017 19:00	P4	Febre Leve	36,9	Sem Registo - Mo	09-11-2017	19:00	[16 24[	17005040	Urgente	05-11-2017	17:15	Infeccao/Reaccac	Incisao Com Drenagem D	17005078	Urgente
1	9	17000625	M	94	1,6	97	37,89	17004972	Urgente	05-11-2017	11-11-2017	6	10-11-2017 07:00	P5	Febre Leve	36,7	Sem Registo - Mo	10-11-2017	7:00	[00 08[	17005040	Urgente	05-11-2017	17:15	Infeccao/Reaccac	Incisao Com Drenagem D	17005078	Urgente
1	10	17000625	M	94	1,6	97	37,89	17004972	Urgente	05-11-2017	11-11-2017	6	10-11-2017 19:00	P5	Febre Leve	36,8	Sem Registo - Mo	10-11-2017	19:00	[16 24[	17005040	Urgente	05-11-2017	17:15	Infeccao/Reaccac	Incisao Com Drenagem D	17005078	Urgente
1	11	17000625	M	94	1,6	97	37,89	17004972	Urgente	05-11-2017	11-11-2017	6	11-11-2017 07:00	P6	Febre Leve	36,6	Sem Registo - Mo	11-11-2017	7:00	[00 08[	17005040	Urgente	05-11-2017	17:15	Infeccao/Reaccac	Incisao Com Drenagem D	17005078	Urgente
	12																											
2	13	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	11-02-2015 20:08		Febre Leve	37,2	2	11-02-2015	20:08	[16 24[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Malig	Gastrectomia Par	15000708	Urgente
2	14	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	12-02-2015 07:45		Febre Leve	37	2	12-02-2015	7:45	[00 08[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	15	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	12-02-2015 13:27				5	12-02-2015	13:27	[08 16[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	16	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	12-02-2015 21:03		Febre Moderada	37,5	3	12-02-2015	21:03	[16 24[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	17	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	13-02-2015 07:35	P1	Febre Leve	37	0	13-02-2015	7:35	[00 08[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	18	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	13-02-2015 13:19	P1			2	13-02-2015	13:19	[08 16[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	19	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	13-02-2015 21:51	P1	Normal	36,2	3	13-02-2015	21:51	[16 24[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	20	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	14-02-2015 07:30	P2	Febre Leve	36,7	4	14-02-2015	7:30	[00 08[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	21	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	14-02-2015 14:01	P2			0	14-02-2015	14:01	[08 16[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	22	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	14-02-2015 23:21	P2	Febre Leve	36,8	5	14-02-2015	23:21	[16 24[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	23	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	15-02-2015 07:48	P3	Febre Leve	36,6	4	15-02-2015	7:48	[00 08[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	24	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	15-02-2015 15:28	P3			4	15-02-2015	15:28	[08 16[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	25	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	15-02-2015 21:15	P3	Febre Leve	36,9	2	15-02-2015	21:15	[16 24[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	26	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	16-02-2015 07:40	P4	Febre Leve	37	2	16-02-2015	7:40	[00 08[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	27	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	16-02-2015 12:48	P4			5	16-02-2015	12:48	[08 16[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	28	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	16-02-2015 21:24	P4	Febre Leve	37,1	6	16-02-2015	21:24	[16 24[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	29	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	17-02-2015 07:31	P5	Normal	36,5	0	17-02-2015	7:31	[00 08[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	30	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	17-02-2015 13:40	P5			3	17-02-2015	13:40	[08 16[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	31	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	17-02-2015 20:52	P5	Normal	36,4	2	17-02-2015	20:52	[16 24[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	32	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	18-02-2015 07:50	P6	Normal	36	0	18-02-2015	7:50	[00 08[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
2	33	14002359	M	85	n.d	n.d	n.d	15000815	Programada	11-02-2015	18-02-2015	7	18-02-2015 15:06	P6			3	18-02-2015	15:06	[08 16[	15000585	Programada	12-02-2015	9:55	Neoplasia Maligna	Gastrectomia Parcial Co	15000708	Urgente
	34																											
3	35	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	07-01-2016 07:00	P1	Febre Leve	36,7		07-01-2016	7:00	[00 08[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intesti	Resseccao De Ce	16000235	Urgente
3	36	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	07-01-2016 12:59	P1			4	07-01-2016	12:59	[08 16[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	37	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	07-01-2016 19:00	P1	Febre Leve	37	3	07-01-2016	19:00	[16 24[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	38	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	08-01-2016 02:00	P2	Febre Leve	37,3		08-01-2016	2:00	[00 08[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	39	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	08-01-2016 12:45	P2			6	08-01-2016	12:45	[08 16[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	40	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	08-01-2016 19:00	P2	Febre Leve	37,3	2	08-01-2016	19:00	[16 24[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	41	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	09-01-2016 06:00	P3	Febre Leve	36,8		09-01-2016	6:00	[00 08[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	42	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	09-01-2016 13:07	P3			0	09-01-2016	13:07	[08 16[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	43	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	09-01-2016 17:00	P3	Febre Moderada	38	0	09-01-2016	17:00	[16 24[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	44	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	10-01-2016 06:00	P4	Febre Leve	37,2		10-01-2016	6:00	[00 08[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	45	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	10-01-2016 14:28	P4			0	10-01-2016	14:28	[08 16[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	46	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	10-01-2016 17:00	P4	Febre Moderada	37,5	3	10-01-2016	17:00	[16 24[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	47	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	11-01-2016 07:00	P5	Febre Leve	37,3		11-01-2016	7:00	[00 08[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	48	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	11-01-2016 13:19	P5			0	11-01-2016	13:19	[08 16[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	49	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	11-01-2016 17:00	P5	Febre Moderada	37,9	2	11-01-2016	17:00	[16 24[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	50	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	11-01-2016 23:55	P5	Febre Leve	36,7	2	11-01-2016	23:55	[16 24[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	51	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	12-01-2016 07:00	P6	Febre Leve	37		12-01-2016	7:00	[00 08[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	52	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	12-01-2016 12:42	P6			3	12-01-2016	12:42	[08 16[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	53	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	12-01-2016 19:00	P6	Febre Moderada	37,8	0	12-01-2016	19:00	[16 24[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	54	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	13-01-2016 07:00	P7	Febre Leve	37,1		13-01-2016	7:00	[00 08[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	55	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	13-01-2016 13:52	P7			0	13-01-2016	13:52	[08 16[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	56	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	13-01-2016 19:00	P7	Febre Moderada	37,6	2	13-01-2016	19:00	[16 24[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	57	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	14-01-2016 07:00	P8	Febre Leve	37,1		14-01-2016	7:00	[00 08[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente
3	58	10000276	M	81	n.d	n.d	n.d	16000098	Urgente	06-01-2016	17-01-2016	11	14-01-2016 09:00	P8			0	14-01-2016	9:00	[08 16[	16000087	Urgente	06-01-2016	23:50	Oclusao Intestinal	Resseccao De Cego	16000235	Urgente

BDados-Deiscencia Ferida 55Dtes | BDados-Notas Gerais | BO-Deiscencia (Dtes-Processo) | Avaliar Ferida Cirurgica

APÊNDICE II

CIRURGIA GERAL

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração

Assunto; Consulta de processos clínicos
Data : 8 de outubro de 2018

Maria da Anunciação Lopes Baltazar, Enfermeira com o número mecanográfico nº864, a exercer funções no serviço de Cirurgia Geral da Instituição acima referenciada vem nestes termos solicitar a Vossa Exª a citar;
A Requerente acima identificada, é estudante com o número nº21716012, do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica ano Letivo 2017/2018 – 2018/2019, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
Neste âmbito encontra-se a frequentar o 1º ano, segundo semestre, e no contexto da Unidade Curricular – Projeto de Investigação, propôs-se elaborar um trabalho na área cirúrgica.

Assim, vem muito respeitosamente, solicitar a Vossa Exª., autorização para a consulta de processos clínicos, respeitantes a Utentes que estiveram internados durante o ano civil de 2017, no serviço de cirurgia geral do referido Hospital.

A consulta dos processos, visa perceber se existe correlação entre "deiscência de sutura" no âmbito da cirurgia abdominal e o quinto sinal vital "Dor", em função dos registos de Enfermagem, no processo individual do Utente, num estudo retrospetivo.

Deste interesse, foi dado conhecimento de uma forma formal á Diretora de Serviço de Cirurgia e á Enfermeira Responsável do respetivo serviço, na pessoa da; Senhora Dra. Lucília Conceição e Senhora Enfermeira Rosário Cavaleiro, que acederam prontamente na sua autorização.

Sem outro assunto,

Aguardo deferimento,

Maria da Anunciação Lopes Baltazar

APÊNDICE III

Requerimento para autorização de realização de um estudo de investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração

[redacted]

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEIRA DE DADOS

Eu, Maria da Anunciação Lopes Baltazar enfermeira e estudante,do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Vem por este meio, solicitar a Vossa Exª, autorização paraefetuar colheita de informação nos processos dos doentes que estiveram internados no Serviço de Cirurgia Geral, comobjetivos unicamente académicos, no âmbito da dissertação intitulada“Avaliação da ferida cirúrgica num serviço de cirurgia geral: documentação de enfermagem”, sob orientação da Professora Adjunta Isabel Maria Henriques Simões.

Pretende realizar um estudo de natureza quantitativo, do tipo retrospetivo de base documental, que tem como objetivo; analisar os registos de enfermagem que antecederam o diagnóstico de deiscência de ferida cirúrgica, nos doentes submetidos a cirurgia abdominal.

Prevê-se que o processo de colheita de dados tenha lugar entre abril e junho de 2019, os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, osparticipantes são identificados, acrescento ainda sob compromisso dehonra que o funcionamento do serviço não será posto em causa.

Saliento, que este estudo não constituirá encargos financeiros adicionais ao hospital.

Desde já agradeço a atenção concedida.

Coimbra, fevereiro de 2019

O Mestrando — A Professora Orientadora

(Maria da Anunciação Baltazar) — (Isabel Maria Henriques Simões)

APÊNDICE IV

Pedido de parecer à Comissãode Ética do Hospital

EXM. SRº PRESIDENTE

DA COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEIRA DE DADOS

Eu, Maria da Anunciação Lopes Baltazar a exercer funções de enfermeira e estudante,do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Vem por este meio, solicitar a Vossa Exª, autorização paraefetuar colheita de informação nos processos dos doentes, que estiveram internadosno Serviço de Cirurgia Geral, comobjetivos unicamente académicos, no âmbito da investigação intitulada"Avaliação da ferida cirúrgica num serviço de cirurgia geral: documentação de enfermagem",sob orientação da Professora Adjunta Isabel Maria Henriques Simões.

Pretende realizar um estudo de natureza quantitativo, do tipo retrospetivo de base documental, que tem como objetivo; analisar os registos de enfermagem que antecederam o diagnóstico de deiscência de ferida cirúrgica, nos doentes submetidos a cirurgia abdominal.

Prevê-se que o processo de colheita de dados tenha lugar entre abril e junho de 2019, os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, osparticipantes são identificados, acrescento ainda sob compromisso dehonra que o funcionamento do serviço não será posto em causa.

Saliento, que este estudo não constituirá encargos financeiros adicionais ao hospital.

Desde já agradeço a atenção concedida.

Coimbra, fevereiro de 2019

A Mestranda — A Professora Orientadora

(Maria da Anunciação Baltazar) — (Isabel Maria Henriques Simões)