

**LUIZ CARLOS MATTOS DOS SANTOS**

**ADERÊNCIAS INTESTINAIS PÓS-OPERATÓRIAS EM  
CRIANÇAS**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2009**

**LUIZ CARLOS MATTOS DOS SANTOS**

**ADERÊNCIAS INTESTINAIS PÓS-OPERATÓRIAS EM  
CRIANÇAS**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Coordenador do curso: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereira**

**Professor Orientador: Prof. Dr. José Antonio de Souza**

**Professor Co-orientador: Prof. Dr. Edevard José de Araújo**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2009**

Santos, Luiz Carlos M.

*Aderências intestinais pós-operatórias em crianças* / Luiz Carlos Mattos dos Santos. Florianópolis, 2009.

41 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Obstrução intestinal 2. Criança 3. Período pós-operatório

I. Título

## **DEDICATÓRIA**

À bravura daqueles que lutam pela vida.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Airody Pinheiro dos Santos, Lúcia Regina Gomes Mattos, Lúcia Francisca de Andrade e Jonas Guaraciaba Schultz**. Os primeiros por me darem o dom da vida e por me guiarem pelos tempos difíceis, dando-me a oportunidade de ser quem sou hoje. A terceira por sempre estar ao meu lado, apoiando-me como uma mãe. O último por ter nos propiciado paz e alegria, e por ser o grande homem que é.

Às minhas irmãs **Juliana Mattos dos Santos, Jéssica de Andrade e Renata Dalmaso**, por sempre estarem ao meu lado, e por serem os meus exemplos de perseverança.

Aos meus avós, **Erly Gomes Mattos e Luiz Carlos Mattos**, pelo exemplo de 50 anos de vida juntos, mostrando-me como é possível conviver ao lado de alguém por tanto tempo e ainda ter tanto amor e companheirismo.

Aos meus grandes amigos, meus irmãos de coração, **Bruno Adler Maccagnan Pinheiro Besen, Evandro Maccarini Manoel, Giovanni Enrico Dias Favretto, Guilherme Campos Angeloni, Guilherme Webster, Gustavo de Melo Gevaerd, Rafael Hoffmann e Roberto Kinchescki**. Uns por terem me ajudado a realizar meu grande sonho de ser médico, outros por terem trilhado este caminho ao meu lado.

À minha namorada, noiva e futura esposa, **Camila Nemoto de Mendonça**, por me mostrar a felicidade que cada dia pode ser ao seu lado. Pela paciência, pelo amor e pelo companheirismo.

Ao meu orientador, **José Antonio de Souza**, por toda paciência desses últimos meses e por ser O exemplo de médico e de pessoa que eu gostaria de ser.

À equipe da CIPE, por sempre estarem dispostos a compartilhar seus conhecimentos, estes indispensáveis para minha formação.

Aos funcionários do SAME, em especial a **Dolores** e o **Jair**, por fazerem minhas tardes intermináveis de pesquisa um pouco mais agradável.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma influenciaram a minha vida e me ajudaram a conquistar mais este passo. Muito obrigado a todos!

## RESUMO

**Objetivo:** analisar os casos de pacientes com aderências intestinais pós-operatórias internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) entre janeiro de 1998 e dezembro de 2008.

**Método:** estudo retrospectivo, descritivo e transversal dos prontuários de 50 pacientes admitidos no HIJG.

**Resultados:** a maioria dos pacientes com aderências intestinais pós-operatórias eram tinham mais de dois anos (82%). A mediana de idade à admissão foi 6,75 anos. Quanto à procedência, 80% dos pacientes eram da Grande Florianópolis. As manifestações mais freqüentes foram dor abdominal, náuseas e vômitos (34%). Quanto à operação primária, foram encontrados 50% de pacientes submetidos à apendicectomia; 14%, a operações na parede abdominal; 12%, a operações no intestino delgado; 8%, a operações no esôfago e estômago; 6%, a operações duodenais; 6%, a operações em intestino grosso; 4%, a outras operações. A mediana do tempo entre a operação primária e o início do quadro clínico foi de 5,5 meses. A presença de leucocitose foi verificada em 22% dos pacientes. O tratamento foi clínico em 26% dos pacientes, cirúrgico em 36% e clínico com posterior operação em 38%. Nesta casuística, 10% foram reinternados para tratamento clínico, 18% foram submetidos à nova operação abdominal e 72% obtiveram melhora definitiva.

**Conclusões:** a incidência de aderências intestinais pós-operatórias é maior em pacientes com mais de dois anos, com predomínio pelo sexo masculino. Dor abdominal, náuseas e vômitos são as manifestações mais freqüentes. A maioria dos casos está relacionada à apendicectomia e ocorrem no primeiro ano de pós-operatório. Leucocitose não foi relevante na decisão entre tratamento clínico ou cirúrgico.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze characteristics of patients with post-operative intestinal adhesion who underwent treatment at Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), from 1<sup>st</sup> January of 1998 to 31<sup>st</sup> December of 2008.

**Methods:** a retrospective, descriptive and cross-sectional survey, with 50 patients admitted on HIJG.

**Results:** the median age at admission was six years and nine months. Regarding the provenance, 80% of the patients were from Florianopolis metropolitan area, whereas the remainders (20%) were from the countryside. The most frequent manifestations were abdominal pain, nauseas, and vomits (34%). Concerning the place of previous surgery, 50% had been submitted to procedures in appendix; 14%, in abdominal wall; 12%, in small bowel; 8%, in esophagus and stomach; 6%, in duodenum; 6%, in colon; 4%, in other places. The median time between previous surgery and the onset of clinical condition was five months and fifteen days. Leukocytosis was present in 22% of patients. The treatment was clinical in 26%, chirurgical in 36%, and 38% of them required surgery after having been submitted to clinical treatment. Regarding the follow-up, 10% were re-admitted with the same issue, requiring clinical treatment, 18% required chirurgical treatment, and 72% had no further need for intervention.

**Conclusions:** most patients with post-operative intestinal adhesion were more than two years old (82%) and were males. Abdominal pain, nauseas and vomits were the main manifestation at the time of the onset of the condition. Most cases are related to appendectomy and happened on the first year of post-operatory. Leukocytosis was not relevant in the decision of whether surgical intervention was required.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo faixa etária e sexo, em número (n) e percentual (%).8

**Tabela 2** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo a mesorregião de procedência, em número (n) e percentual (%).9

**Tabela 3** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo o quadro clínico na admissão, em número (n) e percentual (%).9

**Tabela 4** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo local da operação primária, em número (n) e percentual (%).10

**Tabela 5** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo o tempo após operação primária, em número (n) e percentual (%).10

**Tabela 6** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo presença de leucocitose e tratamento, em número (n) e percentual (%).11



<b>Tabela 7</b> – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo tratamento realizado, em número (n) e percentual (%). .....	11
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO .....	i
FOLHA DE ROSTO .....	ii
DEDICATÓRIA .....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO .....	v
ABSTRACT .....	vi
LISTA DE TABELAS .....	vii
1. INTRODUÇÃO .....	1
2. OBJETIVO .....	4
3. MÉTODOS .....	5
3.1. Delineamento do estudo.....	5
3.2. Casuística .....	5
3.2.1 Critérios de inclusão.....	5
3.2.2 Critérios de exclusão .....	6
3.3 Definição das variáveis, categorização e valores de referência .....	6
3.4 Análise de dados .....	7
4. RESULTADOS.....	8
5. DISCUSSÃO .....	13
6. CONCLUSÕES .....	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
NORMAS ADOTADAS.....	19
Anexo I – Mesorregiões do estado de Santa Catarina .....	200
Anexo II-Distribuição dos municípios de Santa Catarina em micro e mesorregiões.....	211
Apêndice I – Protocolo de pesquisa .....	244
Apêndice II – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	255

Apêndice III - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão .....	266
FICHA DE AVALIAÇÃO.....	29

# 1. INTRODUÇÃO

O trauma abdominal desencadeia, no peritônio, uma cascata de eventos caracterizada por aumento de fluidos, neutrófilos e macrófagos. Os macrófagos, juntamente com as células mesoteliais, produzem citocinas e outros mediadores inflamatórios que estimulam a migração de células mesoteliais para as áreas afetadas, iniciando, desta forma, o processo de reepitelização. Como parte do processo de cicatrização, fibrina é depositada nestas áreas.<sup>1, 2</sup> Este processo, que culmina na formação das aderências, dura aproximadamente 5 dias.<sup>3</sup>

As aderências pós-operatórias são complicações de curto e de longo prazo que fazem parte da rotina do cirurgião e do clínico geral. Elas são responsáveis por variada morbidade, sendo um diagnóstico incerto e muitas vezes negligenciado.<sup>4, 5</sup>

Aderências pós-operatórias são “cicatrices internas” que se formam após mecanismos complexos de trauma, envolvendo trauma de tecidos e peritônio.<sup>6</sup> O mecanismo do trauma pode ser causado por infecção, exposição de tecidos ao conteúdo intestinal, isquemia de alças intestinais, presença de corpos estranhos (principalmente do talco das luvas, mas também fio de sutura e partículas de gazes), dissecação de estruturas anatómicas, aquecimento inadequado por lâmpadas ou irrigação.<sup>7</sup>

*Menzies et al.*<sup>8</sup> mostraram que aproximadamente 93% dos pacientes submetidos à operação abdominal apresentam aderências no pós-operatório, contudo, nem todas se manifestam clinicamente. *Grant et al.*<sup>9</sup> relataram que 1,1% dos pacientes com menos de 16 anos que sofreram operação abdominal foram readmitidos por problemas diretamente relacionados a aderências e 8,3% tiveram readmissões possivelmente relacionadas a aderências.

Em 2001, *Miler et al.*<sup>10</sup> realizaram um estudo de coorte com o objetivo de avaliar a etiologia e o desfecho clínico de pacientes readmitidos precocemente por obstrução intestinal após operação abdominal. Referiram que o início dos sintomas de obstrução intestinal ocorreu, em média, 18 horas após o procedimento, variando de 5 até 96 horas. Os pacientes que sofreram nova laparotomia tiveram maior tempo de internação hospitalar que os pacientes não reoperados.

Um estudo escocês, realizado pelo grupo SCAR (*Surgical and Clinical Adhesion Research*), mostrou que o custo do tratamento de complicações relacionadas a aderências foi

de mais de 6 milhões de libras no ano de 1994, o que corresponde a praticamente 2% de todos os gastos relacionados à saúde naquele país.<sup>9</sup>

As manifestações clínicas das aderências pós-operatórias dependem do local onde elas se formam, bem como do grau de acometimento do paciente. Este pode apresentar apenas um leve desconforto abdominal crônico, dor abdominal e vômitos. Em alguns casos mais graves, o paciente pode evoluir para um quadro de obstrução intestinal aguda, grave, que pode culminar com o óbito do mesmo.<sup>11</sup>

O diagnóstico é praticamente clínico, correlacionando os sinais e sintomas com a história mórbida pregressa de operação abdominal.<sup>5</sup>

Na radiografia simples de abdome, pode ser encontrada distensão de alças intestinais, de intensidade variável, na dependência da gravidade do quadro clínico. Exames contrastados, como o trânsito intestinal, podem mostrar segmentos intestinais distendidos, com dificuldade de progressão do meio de contraste.<sup>5</sup> Uma meta-análise,<sup>12</sup> em 2008, avaliou o uso de contraste hidrossolúvel e radiografias seriadas para prever tratamento conservador em pacientes com obstrução intestinal por aderências. Os autores concluíram que se o contraste chegar até o cólon em 24 horas, o tratamento deve ser conservador, com uma sensibilidade de 97% e uma especificidade de 96%.

Em princípio o tratamento clínico é realizado com sonda nasogástrica, para repouso intestinal, e suporte nutricional parenteral. O acompanhamento do paciente, com reavaliações freqüentes, decide a necessidade de tratamento cirúrgico antes que ocorram complicações, como necrose ou perfuração intestinal.<sup>13</sup> Um estudo avaliou quanto tempo o paciente com obstrução intestinal por aderências pode tolerar o tratamento conservador. Para isto, os autores realizaram um estudo retrospectivo com 155 pacientes e avaliaram diversos parâmetros, dentre os quais, hematócrito, leucocitose e febre. Desta forma, chegaram à conclusão de que a maioria dos pacientes sem sinais de alerta (leucocitose, febre alta e anemia) podem aguardar o tratamento clínico por 10 dias, devendo o procedimento cirúrgico ser considerado apenas após este período.<sup>14</sup>

O tratamento cirúrgico visa uma abordagem direta das aderências. Esta modalidade de tratamento pode ser realizada tanto por via aberta, como videolaparoscópica. *Szomstein et al.*<sup>15</sup> relataram as vantagens do procedimento laparoscópico em relação ao procedimento aberto. Assim, mostraram que o procedimento laparoscópico apresenta uma taxa de complicações, como pneumonia, eventrações e hérnias incisionais, menores do que o tratamento por via aberta. Além disto, o tempo de internação hospitalar também foi menor.

O presente estudo visa investigar a associação entre os diferentes tipos de operações abdominais e a ocorrência de aderências no pós-operatório, com o intuito de direcionar medidas de prevenção e tratamento desta complicação.

## **2. OBJETIVO**

Estudar os casos de pacientes com aderências intestinais pós-operatórias internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de janeiro de 1998 até dezembro de 2008.

## **3. MÉTODOS**

### **3.1. Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo clínico, observacional, com delineamento transversal e de coleta retrospectiva dos dados.

O estudo foi delineado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão (Projeto n° 056/2008).

### **3.2. Casuística**

Neste estudo identificaram-se pacientes com aderências intestinais pós-operatórias atendidos e operados no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), no período de 1° de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008. Os pacientes foram selecionados a partir da busca pelo diagnóstico de aderências intestinais, suboclusão intestinal e obstrução intestinal nos registros de internação do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME). Foi também utilizado o livro de controle do Centro Cirúrgico, onde foram procuradas as operações de lise de aderência, obstrução intestinal por aderências e abdome agudo obstrutivo. Ao final desta pesquisa, chegou-se ao número de 157 prontuários, os quais foram revisados e submetidos aos critérios de inclusão e exclusão.

#### **3.2.1 Critérios de inclusão**

Pacientes com diagnóstico de obstrução intestinal e suboclusão intestinal, pós-operatórias, por meio de diagnóstico clínico, por imagem ou trans-operatório. Os exames de imagem utilizados para a inclusão foram radiografias simples de abdome e ultrassonografia de abdome, ambos mostrando sinais de obstrução intestinal.



### 3.2.2 Critérios de exclusão

Paciente com obstrução intestinal comprovadamente por outra causa, falta de dados nos prontuários, cirurgia primária realizada em outro serviço e ausência de seguimento pós-operatório no HIJG.

### 3.3 Definição das variáveis, categorização e valores de referência

As variáveis analisadas foram (Ficha de coleta de dados – apêndice I): número de registro do prontuário, identificação (iniciais), sexo, data de nascimento, idade ao diagnóstico da aderência intestinal, procedência, cirurgias prévias realizadas, tempo decorrido entre a operação inicial e o quadro clínico de aderência, apresentação clínica, desfecho cirúrgico e/ou clínico, complicações pós-operatórias e hemogramas pré e pós-operatórios.

Em relação à distribuição dos pacientes quanto à faixa etária, foi utilizada a classificação descrita por *Marcondes et al.*<sup>16</sup> (Quadro 1).

**Quadro 1** – Classificação por faixa etária segundo *Marcondes et al.*<sup>16</sup>

Período neonatal	0 a 28 dias
Lactente	29 dias a 2 anos
Pré-escolar	2 a 6 anos
Escolar	6 a 10 anos
Adolescência	10 a 20 anos

Neste trabalho, o termo criança abrange todas as faixas etárias acima.

Quanto à procedência, a distribuição dos pacientes se deu de acordo com as mesorregiões de Santa Catarina proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Anexo I) de acordo com o município de origem (Anexo II).<sup>17</sup>

Quanto à apresentação clínica, foi observado se o paciente apresentava dor abdominal, náuseas, vômitos, distensão abdominal, parada da eliminação de gases e fezes, febre ou outros achados clínicos.

Em relação ao local da operação inicial, os pacientes foram distribuídos em procedimentos realizados no esôfago e estômago, duodeno, intestino delgado, intestino grosso, apendicite aguda e parede abdominal. Como procedimentos na parede abdominal, foram incluídos os defeitos de parede, como gastrosquise e onfalocele, e laparotomias exploratórias.

Com relação ao tempo decorrido entre a primeira operação e o início dos sintomas, os pacientes foram distribuídos em grupos que iniciaram com sintomas no primeiro mês, do primeiro mês ao sexto mês, do sexto mês ao primeiro ano, do primeiro ano ao terceiro ano, do terceiro ano ao quinto ano e após o quinto ano.

No hemograma, avaliou-se a presença ou não de leucocitose. Leucocitose foi considerada quando os leucócitos estavam acima de  $15000 \text{ por mm}^3$ .<sup>14</sup>

O tratamento foi avaliado como sendo apenas clínico, apenas cirúrgico ou se iniciou com tratamento clínico e posteriormente foi operado. O tempo de tratamento também foi avaliado.

Quanto ao seguimento, foi verificado se o paciente apresentou melhora definitiva da sintomatologia, se o mesmo necessitou ou não de reinternações ou reoperações posteriores por motivo de obstrução intestinal, ou se evoluiu para óbito.

### **3.4 Análise de dados**

Todos os dados obtidos a partir dos prontuários foram organizados, colocados em uma base de dados e posteriormente analisados com o auxílio do SEstatNET®. Os procedimentos estatísticos utilizados foram média e mediana. Os dados foram apresentados em número e percentual.

## 4. RESULTADOS

Os dados de 64 pacientes foram analisados durante o período de estudo, de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008. Cinco pacientes foram excluídos por apresentarem bridas congênitas. Sete pacientes foram excluídos por apresentarem obstrução ou suboclusão intestinal por outros motivos que não aderências ou bridas intestinais. Dois foram excluídos por terem realizado cirurgias prévias em outro serviço. A casuística final foi composta de 50 pacientes.

**Tabela 1** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo faixa etária e sexo, em número (n) e percentual (%).

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Neonatal	3	8,82	1	6,25	4	8,00
Lactente	5	14,71	1	6,25	6	12,00
Pré-escolar	11	32,35	3	18,75	14	28,00
Escolar	5	14,71	6	37,50	12	24,00
Adolescente	10	29,41	5	31,25	15	30,00
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

FONTE: SAME - HIJG, 1998-2008.

A idade dos pacientes à admissão hospitalar foi em média 6 anos e 10 meses, com mediana de 6 anos e 9 meses, variando de 1 mês a 14 anos e 9 meses. Trinta e quatro (68%) pacientes eram do sexo masculino e dezesseis (32%) eram do sexo feminino.

**Tabela 2** - Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo a mesorregião de procedência, em número (n) e percentual (%).

<b>Procedência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Grande Florianópolis	40	80,00
Norte Catarinense	2	4,00
Oeste Catarinense	0	0,00
Serrana	1	2,00
Sul Catarinense	3	6,00
Vale do Itajaí	4	8,00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

FONTE: SAME - HIJG, 1998-2008.

**Tabela 3** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo o quadro clínico na admissão, em número (n) e percentual (%).

<b>Quadro clínico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dor abdominal	34	68,00
Náuseas/vômitos	32	64,00
Parada da eliminação de gases e fezes	10	20,00
Outros	17	34,00

FONTE: SAME - HIJG, 1998-2008.

O sintoma isoladamente mais presente foi vômito (10%), seguido por dor abdominal (8%). A associação de dor com náuseas e vômitos ocorreu em 17 (34%) pacientes. A presença de outros sintomas, também, foi frequente, sendo a distensão abdominal (18%) o mais comum. Quatro pacientes estavam internados no pós-operatório de suas cirurgias primárias, com sonda nasogástrica, e permaneceram com alto débito além do tempo esperado. Este fato levantou a suspeita de suboclusão ou oclusão intestinal por aderências, o que levou esses pacientes a serem reoperados.

**Tabela 4** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo local da operação primária, em número (n) e percentual (%).

<b>Local da operação primária</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Esôfago e estômago	4	8,00
Duodeno	3	6,00
Intestino delgado	6	12,00
Intestino grosso	3	6,00
Apendicectomia	25	50,00
Parede abdominal	7	14,00
Outros	2	4,00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

FONTE: SAME - HIJG, 1998-2008.

Das operações de parede abdominal, a gastrosquise foi responsável por 71,4%. Outras operações primárias incluíram: correção de atresia duodeno e jejuno e tratamento cirúrgico de anomalias ano-retais (colostomia).

**Tabela 5** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internado no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo o tempo após operação primária, em número (n) e percentual (%).

<b>Tempo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
< 1m*	17	34,00
1m - 6m	10	20,00
6m† - 1a†	4	8,00
1a† - 3a	5	10,00
3a† - 5a	7	14,00
>5a	7	14,00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

FONTE: SAME - HIJG, 1998-2008. \*<sup>‡</sup>: mês †: ano

O início dos sintomas nos primeiros 6 meses após a primeira operação foi de 54%.

**Tabela 6** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo presença de leucocitose e tratamento, em número (n) e percentual (%).

Leucocitose	Clínico		Cirúrgico		Clínico/Cirúrgico	
	n	%	N	%	n	%
Sim	5	38,46	7	38,89	4	21,05
Não	8	61,54	11	61,11	15	78,95
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,00</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>19</b>	<b>100,00</b>

FONTE: SAME - HIJG, 1998-2008.

**Tabela 7** – Distribuição dos pacientes portadores de aderências intestinais internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2008, segundo tratamento realizado, em número (n) e percentual (%).

Tratamento	n	%
Clínico	13	26,00
Clínico/Cirúrgico	19	38,00
Cirúrgico	18	36,00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

FONTE: SAME - HIJG, 1998-2008.

Os pacientes submetidos ao tratamento clínico tiveram um tempo médio de internação de 6,53 dias, variando de 4 a 16 dias e com mediana de 5 dias. Os com tratamento cirúrgico ficaram internados em média 9,83 dias, variando de 5 a 20 dias e com mediana de 8 dias. Os pacientes submetidos aos tratamentos clínico e cirúrgico tiveram uma média de tempo de internação pré-operatória de 6,31 dias, variando de 2 a 14 dias e mediana de 6 dias. O tempo médio de internação desses pacientes foi de 18,68 dias, variando de 8 a 39 dias e mediana de 14 dias.

Dos cinquenta pacientes, cinco (10%) foram reinternados por quadro clínico semelhante, sendo submetidos apenas ao tratamento clínico; nove (18%) pacientes

necessitaram ser reoperados e 36 (72%) apresentaram melhora definitiva dos sintomas, até o momento da coleta dos dados.

## 5. DISCUSSÃO

As aderências intestinais são uma importante causa de obstrução intestinal pós-operatória de curto e longo prazo. *Menzies et al.*<sup>8</sup> mostraram que aproximadamente 93% dos pacientes submetidos à operação abdominal apresentam formação de aderências. Foi relatado que apenas 1,1% dos pacientes comprovadamente apresentam manifestações clínicas.<sup>9</sup> Estas manifestações podem ser desconforto abdominal, dor abdominal crônica, náuseas, vômitos e, nos pacientes do sexo feminino, são uma das principais causas de infertilidade.<sup>11</sup>

Na literatura pesquisada,<sup>6, 9, 18, 19</sup> há poucos dados sobre faixa etária de ocorrência da obstrução intestinal causada por aderências intestinais, bem como do sexo em que predomina. Neste trabalho, encontrou-se uma incidência maior em crianças acima de dois anos (82%) (Tabela 1). Isto provavelmente foi observado pelo menor número de operação abdominais realizadas em idade precoce. Outro fato, que possivelmente contribuiu, foi o grande número de pós-operatórios de apendicectomias (50% da casuística), a qual acomete pacientes com uma média de idade de 11 anos.<sup>4, 20</sup>

Em relação ao sexo, observou-se uma incidência maior no sexo masculino, numa proporção de 2,13:1. Esta predominância pelo sexo masculino provavelmente pode estar associada ao maior número de meninos acometidos pela apendicite aguda.<sup>4, 20</sup>

Quanto à procedência, a maioria dos pacientes era da Grande Florianópolis. Somente dez casos eram de outras mesorregiões (Tabela 2). O fato do tratamento das aderências intestinais não complicadas ser relativamente simples, provavelmente é o motivo por que não foram observados muitos pacientes das outras mesorregiões.

Os estudos relacionados às aderências intestinais costumam focar na procura de fatores de risco e manejo dos pacientes.<sup>7, 9, 18, 19, 20</sup> Desta forma, dão pouca importância ao quadro clínico inicial das aderências.<sup>21</sup> Neste estudo, no entanto, observou-se que o principal sintoma encontrado no momento da admissão foi dor abdominal (68%) (Tabela 3). Porém, a presença isolada deste sintoma foi encontrada em apenas 8% dos pacientes. Os sintomas que predominantemente estavam presentes no momento da admissão foram dor abdominal associada a náuseas e vômitos, em 34% das crianças. A própria fisiopatologia da obstrução intestinal justifica estes sintomas, uma vez que a obstrução intestinal causa retenção de conteúdo do sistema gastrintestinal, causando principalmente dor abdominal, náuseas e/ou vômitos e, num próximo passo, a parada de eliminação de gases e fezes.<sup>22</sup>



Quanto ao local da operação primária, estudos mostraram que operações realizadas em íleo, como ileostomia, apresentam maior incidência de obstrução intestinal por formação de aderências, enquanto que a apendicectomia tem uma das menores taxas observadas.<sup>6, 9, 10, 11, 13</sup> Apesar deste fato, *Grant et al.*<sup>9</sup> encontraram uma incidência de apendicectomias como causa de formação de aderências em aproximadamente 84%. Neste estudo, observou-se que 25 pacientes (50%) estavam em pós-operatório de apendicectomia (Tabela 4), semelhante à literatura. Isto se deve provavelmente ao fato de que o número absoluto de apendicectomias realizadas no serviço de cirurgia pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão é muito superior aos de qualquer outra operação abdominal.

Tem sido relatado que a maioria dos pacientes apresenta manifestações clínicas de obstrução intestinal no primeiro ano de pós-operatório.<sup>6, 13, 23</sup> Neste estudo, também se encontrou uma alta incidência de manifestações clínicas neste período (62%) (Tabela 5). Provavelmente este fato está relacionado com o tempo de formação das aderências intestinais, processo este que inicia nos primeiros dias após a operação abdominal e tem sua fase mais aguda nos primeiros meses após o procedimento.<sup>2</sup>

A melhor abordagem aos pacientes com quadro clínico de obstrução intestinal por aderências intestinais ainda é um desafio. A presença de sinais de alerta, como febre e leucocitose, pode ser um indicativo de que alguma complicação esteja ocorrendo.<sup>14</sup> Contudo, nem sempre estes sinais estão presentes. *Shih et al.*<sup>14</sup> referiram que a leucocitose estava presente em 74% dos pacientes com obstrução intestinal complicada, não ocorrendo na obstrução não-complicada. Neste trabalho, a presença de leucocitose não foi relevante na decisão entre o tratamento clínico e cirúrgico (Tabela 6). Isso possivelmente pode ser explicado pelo pequeno tamanho da amostra.

*Shih et al.*<sup>14</sup> referiram que aproximadamente 30% dos pacientes com obstrução intestinal por aderências são submetidos ao tratamento cirúrgico, enquanto que os 70% restantes são submetidos apenas ao tratamento clínico. Neste estudo, considerando-se apenas os pacientes que inicialmente foram submetidos ao tratamento clínico (32 pacientes), treze (40,6%) deles evoluíram para a resolução, enquanto que o restante foi submetido ao tratamento cirúrgico.

*Shih et al.*<sup>14</sup> relataram que os pacientes submetidos ao tratamento clínico permaneceram internados por uma média de 6,9 dias. Os que receberam tratamento cirúrgico apresentaram um período de observação pré-operatório de 5,4 dias. Estes autores mostraram também que o número de pacientes tratados clinicamente foi aproximadamente três vezes maior em relação aos que foram submetidos ao tratamento cirúrgico. Neste trabalho,

verificou-se uma distribuição quase homogênea entre os tratamentos propostos (Tabela 7), contudo, com diferença no tempo de internação hospitalar. Pacientes submetidos apenas ao tratamento clínico permaneceram internados por um tempo menor do que os operados, com uma mediana de 5 dias. Os pacientes operados no momento da admissão tiveram uma mediana de tempo de oito dias. Por fim, os pacientes que estavam recebendo tratamento clínico e necessitaram de intervenção cirúrgica foram os que mais tempo permaneceram internados, com uma mediana de 14 dias. Estes resultados foram observados possivelmente porque o tratamento clínico exclusivo foi realizado em pacientes com quadro de suboclusão ou oclusão intestinal mais leves, com menor repercussão sistêmica. Os pacientes que necessitaram ser submetidos à operação abdominal sofreram um trauma maior, necessitando de maior tempo para a recuperação.<sup>14</sup>

*Willian et al.*<sup>24</sup> mostraram que a recorrência do quadro clínico de aderências intestinais em pacientes que foram submetidos apenas ao tratamento clínico foi de 40,5%, enquanto que nos tratados cirurgicamente foi de 26,8%. Neste trabalho, houve recorrência no tratamento clínico em 10%, enquanto que no tratamento cirúrgico foi de 18%. O restante da casuística apresentou melhora definitiva até o momento do fim da coleta de dados. Possivelmente a diferença entre os dados ocorreu pelo pequeno tamanho da amostra deste trabalho. É possível que o pequeno número de pacientes, neste estudo, tenha ocorrido porque crianças com quadros clínicos mais brandos não tenham sido registradas como tendo suboclusão ou obstrução intestinal por aderências.

O presente estudo pretendeu chamar a atenção dos médicos para o diagnóstico de aderências intestinais pós-operatórias, mostrando a associação entre as operações prévias e o tempo de surgimento das aderências, bem como o quadro clínico mais frequente.

## 6. CONCLUSÕES

Após análise dos casos de pacientes com aderências intestinais pós-operatórias internadas no hospital Infantil Joana de Gusmão, sugere-se que:

1. A incidência é maior em pacientes com mais de dois anos, tendo predomínio pelo sexo masculino.
2. Dor abdominal, náuseas e vômitos são as manifestações mais frequentes.
3. A maioria dos casos está relacionada à apendicectomia.
4. A maioria dos casos ocorre no primeiro ano de pós-operatório.
5. Leucocitose não foi relevante na decisão entre o tratamento clínico e cirúrgico.

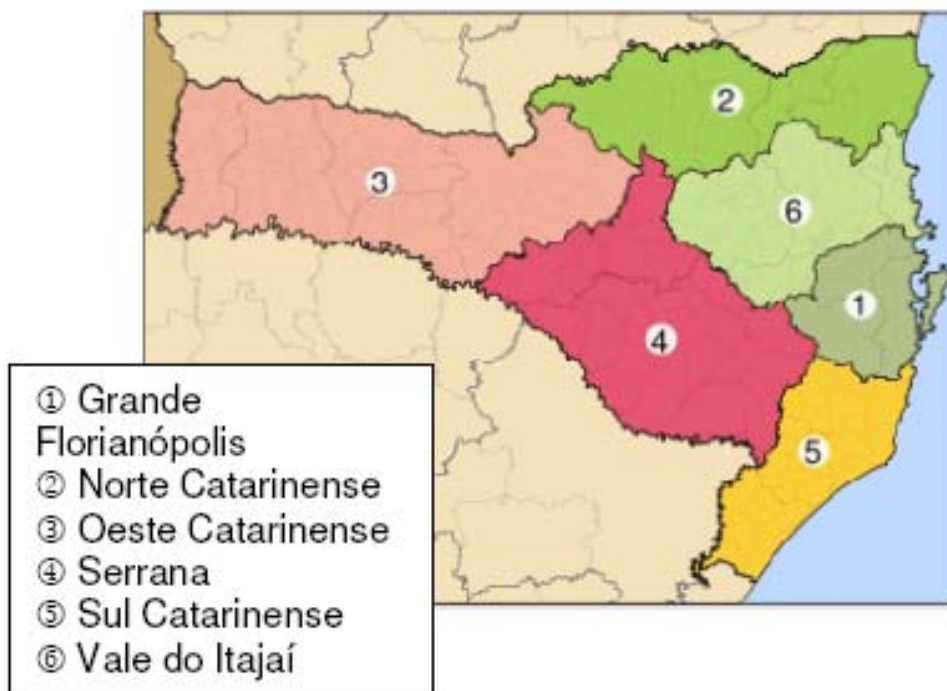
## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foley-Comer AJ, Herrick SE, Al-Mishlab T, Prêle CM, Laurent GJ, Mutsaers SE. Evidence for incorporation of free-floating mesothelial cells as a mechanism of serosal healing. *J Cell Sci.* 2002 Apr: 1383-9.
2. Holmdahl L. The role of fibrinolysis in adhesion formation. *Eur J Surg Suppl.* 1997: 52-62.
3. Liakakos T, Thomakos N, Fine PM, Dervenis C, Young RL. Peritoneal Adhesions: Etiology, Pathophysiology, and Clinical Significance. *Dig Surg.* 2001: 260-73.
4. Tsao KJ, Peter SD, Valusek PA, Keckler SJ, Sharp S, Holcomb III GW, et al. Adhesive small bowel obstruction after appendectomy in children: comparison between the laparoscopic and open approach. *J Pediatr Surg.* 2007 Jun: 939-42.
5. Sandrasegaran K, Maglinte DD. Imaging of small bowel-related complications following major abdominal surgery. *Eur J Radiol.* 2005 Mar: 374-86.
6. Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, Parker MC, Wilson MS, Menzies D, et al. Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study. *Lancet.* 1999 May: 1476-80.
7. Holmdahl L, Risberg B, Beck DE, Burns JW, Chegini N, diZerega GS, et al. Adhesions: pathogenesis and prevention-panel discussion and summary. *Eur J Surg Suppl.* 1997: 56-62.
8. Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions--how big is the problem? *Ann R Coll Surg Engl.* 1990 Jan: 60-3.
9. Grant HW, Parker MC, Wilson MS, Menzies D, Sunderland G, Thompson JN, et al. Adhesions after abdominal surgery in children. *J Pediatr Surg.* 2008 Jan: 152-7.
10. Miller G, Boman J, Shrier I, Philip GH. Readmission for small-bowel obstruction in the early postoperative period: etiology and outcome. *Can J Surg.* 2002 Aug: 255-8.
11. Trew G. Postoperative adhesions and their prevention. In Vyas S, Baker P, editors. *Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice.*: Elsevier; 2006. 47-56.
12. Abbas S, Bisset IP, Parry BR. Oral water soluble contrast for the management of adhesive small bowel obstruction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul; 18(3).
13. Choudhry MS, Grant HW. Small bowel obstruction due to adhesions following neonatal laparotomy. *Pediatr Surg Int.* 2006 Sep: 729-32.
14. Shih SC, Jeng KS, Lin SC, Kao CR, Chou SY, Wong HY, et al. Adhesive small bowel

- obstruction: How long can patients tolerate conservative treatment. *World J Gastroenterol.* 2003 Sep: 603-5.
15. Szomstein S, Menzo E, Simpfendorfer C, Zundel N, Rosenthal RJ. Laparoscopic Lysis of Adhesions. *World J Surg.* 2006 Mar: 535-40.
  16. Marcondes E, Vaz F, Ramos J, Okay Y. *Pediatria Geral e Neonatal.* In Marcondes E, Vaz F, Ramos J, Okay Y. *Pediatria Básica.* São Paulo: Sarvier; 2002. 29-35.
  17. Divisão do território com indicações das mesorregiões e microrregiões geográficas e municípios de Santa Catarina. In *Divisão de Pesquisa de Santa Catarina.*: IBGE 2005.
  18. Duron JJ, Motcel ST, Berger A, Muscari F, Hennes H, Veyrieres M, et al. Prevalence and risk factors of mortality and morbidity after operation for adhesive postoperative small bowel obstruction. *Am J Surg.* 2008 Jun: 726-34.
  19. Duron JJ, Silva NJ, Montcel ST, Bergger A, Muscari F, Hennes H, et al. Adhesive Postoperative Small Bowel Obstruction: Incidence and Risk Factors of Recurrence After Surgical Treatment: A Multicenter Prospective Study. *Ann Surg.* 2006 Nov: 750-7.
  20. Andersson REB. Small bowel obstruction after appendectomy. *Br J Surg.* 2001 Oct: 1387-91.
  21. Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. *Eur J Surg Suppl.* 1997: 5-9.
  22. Silem W. Acute Intestinal Obstruction. In Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson L. *Harrison's Principles of Internal Medicine.*: McGraw-Hill Professional; 2004. 1892-4.
  23. Eijck FC, Wijnen RM, Goor Hv. The incidence and morbidity of adhesions after treatment of neonates with gastroschisis and omphalocele: a 30-year review. *J Pediatr Surg.* 2008 Mar: 479-83.
  24. Williams SB, Greenspon J, Young HA, Orkin BA. Small Bowel Obstruction: Conservative vs. Surgical Management. *Dis Colon Rectum.* 2005 Jun: 1140-6.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

**ANEXO I – Mesorregiões do estado de Santa Catarina**

FONTE: IBGE

**ANEXO II – Distribuição dos municípios de Santa Catarina em micro e mesorregiões**

<b>Mesorregião</b>	<b>Microrregião</b>	<b>Municípios</b>	
<b>Mesorregião da Grande Florianópolis</b>	<b>Microrregião de Florianópolis</b>	Antônio Carlos Biguaçu Florianópolis, capital Governador Celso Ramos Palhoça	Paulo Lopes Santo Amaro da Imperatriz São João Batista São José São Pedro de Alcântara
	<b>Microrregião do Tabuleiro</b>	Águas Mornas Alfredo Wagner Antópolis	Rancho Queimado São Bonifácio
	<b>Microrregião de Tijucas</b>	Angelina Canelinha Leoberto Leal	Major Gercino Nova Trento São João Batista Tijucas
<b>Mesorregião do Norte Catarinense</b>	<b>Microrregião de Canoinhas</b>	Bela Vista do Toldo Canoinhas Irineópolis Itaiópolis Mafra Major Vieira	Morte Castelo Papanduva Porto União Santa Terezinha Timbó Grande Três Barras
	<b>Microrregião de Joinville</b>	Araquari Balneário Barra do Sul Corupá Garuva Guaramirim Itapoá	Jaraguá do Sul Joinville Massaranduba São Francisco do Sul Schroeder
	<b>Microrregião de São Bento do Sul</b>	Campo Alegre Rio Negrinho São Bento do Sul	
<b>Mesorregião do Oeste Catarinense</b>	<b>Microrregião de Chapecó</b>	Águas de Chapecó Águas Frias Dom Jesus do Oeste Caibí Campo Erê Caxambu do Sul Chapecó Cordilheira Alta Coronel Freitas Cunha Porã Cunhataí Hor do Sertão Formosa do Sul Guatambu Iraceminha Iratí Jardirópolis Maravilha Modelo	Nova Erechim Nova Itaberaba Novo Horizonte Palmitos Pinhalzinho Planalto Alegre Quilombo Saltinho Santa Terezinha do Progresso Santiago do Sul São Bernardino São Carlos São Lourenço do Oeste São Miguel da Boa Vista Saudades Serra Alta Sul Brasil Tigrinhos União do Oeste
	<b>Microrregião de Concórdia</b>	Alto Bela Vista Arabitã Arvoredo Concórdia Ipira Ipumirim Iranilândia	Linoópolis do Sul Paial Peritiba Piratuba Presidente Castelo Branco Seara Xavantina
	<b>Microrregião de Joaçaba</b>	Água Doce Arroio Trinta Caçador Calmon Capinzal Catanduvas Erval Velho Fraiburgo Herval d'Oeste Ibiam Ibicaré Iomerê Jaborá Joaçaba	Lacerdópolis Lebon Régis Luzerna Macieira Matos Costa Ouro Pinheiro Preto Rio das Antas Salto Veloso Tangará Treze Tilias Vargem Bonita Videira



	<b>Microrregião de São Miguel do Oeste</b>	Archieta Bandeirante Barra Bonita Belmonte Descanso Dionísio Cerqueira Guaraciaba Guarujá do Sul Iporá do Oeste Itapiranga Mondai	Palma Sola Paraíso Princesa Riqueza Rommelândia Santa Helena São João do Oeste São José do Cedro São Miguel do Oeste Tunápolis
	<b>Microrregião de Xanxerê</b>	Abelardo Luz Bom Jesus Coronel Martins Entre Rios Faxinal dos Guedes Galvão Ipuçu Jupiá Lajeado Grande	Marema Ouro Verde Passos Maia Ponte Serrada São Domingos Vargeão Xanxerê Xaxim
<b>Mesorregião do Sul Catarinense</b>	<b>Microrregião de Araranguá</b>	Araranguá Balneário Arroio do Silva Balneário Gaivota Ermo Jacinto Machado Maracajá Meleiro Morro Grande	Passo de Torres Praia Grande Santa Rosa do Sul São João do Sul Sombrio Timbé do Sul Turvo
	<b>Microrregião de Criciúma</b>	Cocal do Sul Criciúma Forquilha Içara Lauro Muller	Morro da Fumaça Nova Veneza Siderópolis Treviso Urussanga
	<b>Microrregião de Tubarão</b>	Amazém Braço do Norte Capivari de Baixo Garopaba Grão Pará Gravatal Imaruí Imbituba Jaguaruna Laguna	Orleans Pedras Grandes Rio Fortuna Sangão Santa Rosa de Lima São Ludgero São Martinho Tubarão Treze de Maio
<b>Mesorregião do Vale do Itajaí</b>	<b>Microrregião de Blumenau</b>	Apúna Ascurra Benedito Novo Blumenau Bctuverá Brsque Doutor Pedrinho Gaspar	Guabiruba Indaial Luiz Alves Pomerode Rio dos Cedros Rodeio Timbó
	<b>Microrregião de Itajaí</b>	Balneário Camboriú Barra Velha Bombrinhas Camboriú Ilhota Itajaí	Itapema Navegantes Penha Pижarras Porto Belo São João do Itaperiú
	<b>Microrregião de Ituporanga</b>	Agrolândia Atalanta Chapadão do Lageado Imbuia	Ituporanga Petrolândia Vidal Ramos
	<b>Microrregião de Rio do Sul</b>	Agromônica Aurora Braço do Trombudo Dona Emma Ibirama José Boiteux Laurentino Lontras Mirim Doce Pouso Redondo	Presidente Getúlio Presidente Nereu Rio do Campo Rio do Oeste Rio do Sul Salete Taió Trombudo Central Vitor Meireles Wilmarsum

<b>Mesorregião de Serrana</b>	<b>Microrregião de Campos de Lages</b>	Anita Garibaldi Bocaina do Sul Bom Jardim da Serra Bom Retiro Campo Belo do Sul Capão Alto Celso Ramos Cerro Negro Correia Pinto	Lages Otacílio Costa Painel Palmeira Rio Rufino São Joaquim São José do Cerrito Urubici Urupema
	<b>Microrregião de Curitiba</b>	Abdon Batista Brunópolis Campos Novos Curitibanos Frei Rogério Monte Carlo	Ponte Alta Ponte Alta do Norte Santa Cecília São Cristóvão do Sul Vargem Zortéa

FONTE: IBGE

## Apêndice I – Protocolo de Pesquisa

### Aderência Intestinais Pós-Operatórias em Crianças

1. Número de registro do prontuário:
2. Identificação (iniciais do paciente):
3. Data de nascimento:
4. Idade ao diagnóstico:
5. Procedência:
6. Apresentação clínica:
  - Dor abdominal  Parou de eliminar gases e fezes
  - Náuseas / vômitos
  - Outros. Citar:
7. Cirurgias prévias:
  - Parede abdominal  Esôfago e estômago
  - Duodeno  Intestino Delgado \_\_\_\_\_
  - Intestino Grosso: \_\_\_\_\_  Apendicite Aguda
  - Outros
8. Exames complementares:
  - Radiografia simples de abdome  TC de abdome e pelve
  - US de abdome  Ressonância nuclear magnética
9. Desfecho:
  - Cirúrgico  Clínico. Quanto tempo? \_\_\_\_\_
  - Clínico e cirúrgico
10. Complicações Pós-operatórias: \_\_\_\_\_
11. Seguimento:
  - Reinternações Posteriores  Relaparotomia
  - Melhora definitiva
12. Hemograma no momento da internação.
13. Hemograma antes da alta hospitalar.

## Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Senhores Pais:**

**Por Favor, leiam atentamente as instruções abaixo antes de decidir com seu (sua) filho (a) se ele (a) deseja participar do estudo e se o Senhor (a) concorda com que ele (a) participe do presente estudo. Se possível, discuta esse assunto com seu (sua) filho (a) para que seja uma decisão em conjunto.**

Meu nome é Luiz Carlos Mattos dos Santos e estou desenvolvendo a pesquisa sobre *aderências pós-operatórias em Crianças*.

Este termo de consentimento e sua assinatura são indispensáveis para a inclusão de seus dados no estudo. Esta pesquisa é necessária para fazer uma avaliação do tratamento realizado em pacientes portadores de aderências pós-operatórias no HIJG.

O Hospital Infantil Joana de Gusmão também está interessado no presente estudo e já deu a permissão por escrito para que esta pesquisa seja realizada. Porém, minha participação e a de seu filho no estudo não implicará em nenhum benefício ou restrição de qualquer ordem para seu filho.

Não existe qualquer risco para os participantes da pesquisa, já que o estudo será realizado apenas com dados obtidos dos prontuários. Esperamos que o trabalho possa enriquecer o conhecimento a respeito do tema analisado para um melhoramento futuro.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 9962-9080. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa *Aderências Pós-Operatórias em Crianças*, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

HIJG, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Data)

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

(pais ou responsável pelo paciente)

**Em caso de dúvidas relacionadas aos procedimentos éticos da pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pelo telefone (48) 3251-9092.**

## Apêndice III - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão



Hospital Infantil Joana de Gusmão  
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER Nº 071/2008

NOME DO PROJETO: ADERÊNCIAS PÓS-OPERATÓRIAS EM CRIANÇAS	
PESQUISADOR: LUIZ CARLOS MATTOS DOS SANTOS	
ORIENTADOR: JOSÉ ANTÔNIO DE SOUZA	
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: HIJG	
DATA DO PARECER: 14/10/08	REGISTRO NO CEP: 056/2008
GRUPO E ÁREA TEMÁTICA: Grupo III – 4.01	

DOCUMENTOS SOLICITADOS	SITUAÇÃO
1.FOLHA DE ROSTO	OK
2.PROJETO DE PESQUISA	OK
3.CURRÍCULO DO PESQUISADOR	OK
4.CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP	OK
5.TERMO DE COMPROMISSO ÉTICO	OK
6.CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO	OK
7.DECLARAÇÃO ASSINADA PELA DIREÇÃO DO HIJG	OK
9. FÓRMULÁRIO DE AVALIAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA	ISENTO
10. DECLARAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO E RELATÓRIO FINAL	OK

### OBJETIVOS

Estudar os casos de pacientes com aderências pós-operatórias internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de janeiro de 1998 até dezembro de 2008.

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152  
Bairro Agronômica, Florianópolis, Santa Catarina  
Fone: (48) 32519092  
Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005.  
e-mail: [cephijg@saude.sc.gov.br](mailto:cephijg@saude.sc.gov.br)

### SUMÁRIO DO PROJETO

Estudo clínico, observacional, transversal, com coleta retrospectiva dos dados.  
 Amostra de conveniência, sendo incluídos todos os pacientes com diagnóstico de aderências intestinais atendidos e operados no HIJG, no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2008. Dados serão coletados por meio da análise de prontuários, selecionados a partir do livro de registro de operações do Centro Cirúrgico, que tenham os CID 10: K56.5, K56.6, K66.0, K91.3, N99.4. Serão excluídos os prontuários com dados incompletos ou ilegíveis, bem como os pacientes que não tenham seguimento clínico após a cirurgia. Serão coletados dados sócio-demográficos, clínicos e radiológicos. Os pacientes serão distribuídos de acordo com a faixa etária, sítio da operação inicial e tempo entre a primeira cirurgia e início dos sintomas.

### JUSTIFICATIVA

As informações obtidas pela análise dos dados coletados permitiram a verificação de quais cirurgias estão mais relacionadas com o desenvolvimento de aderências pós-operatórias, orientando novas estratégias e técnicas visando a diminuição desta complicação.

### METODOLOGIA

- 1.DELINEAMENTO – clínico, observacional, transversal e retrospectivo.
- 2.CÁLCULO E TAMANHO DA AMOSTRA – de conveniência
- 3.PARTICIPANTES DE GRUPOS ESPECIAIS – crianças
4. RECRUTAMENTO – análise de prontuários selecionados de acordo com o registro de cirurgias
- 5.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO / EXCLUSÃO – incluídos todos os pacientes atendidos ou operados por aderências pós-operatórias no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2008. Excluídos os pacientes com dados incompletos ou ilegíveis, ou que não tenham tido seguimento clínico.
- 6.PONDERAÇÃO ENTRE RISCOS – BENEFÍCIOS – não apresenta riscos.
- 7.USO DE PLACEBO OU WASH-OUT - não
- 8.MONITORAMENTO E SEGURANÇA DOS DADOS – adequados
- 11.AVALIAÇÃO DOS DADOS – não detalhada
- 12.PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE – adequados
- 13.PREOCUPAÇÃO COM OS ASPECTOS ÉTICOS – sim

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152  
 Bairro Agronômica, Florianópolis, Santa Catarina  
 Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005.  
 e-mail: [cephijg@saude.sc.gov.br](mailto:cephijg@saude.sc.gov.br)

14. CRONOGRAMA – adequado  
 15. PROTOCOLO DE PESQUISA - adequado  
 16. ORÇAMENTO – adequado

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)**

**Comentários:** os pesquisadores solicitam a liberação para coleta do TCLE dos pacientes com coleta retrospectiva dos dados. Será solicitada a assinatura do TCLE dos pacientes atendidos a partir da data de início da coleta de dados. Este termo apresenta-se adequado, sugere-se apenas a inserção do nome da criança no mesmo.

**PARECER FINAL**

**APROVADO**

- Informamos que o presente parecer foi analisado e aprovado em reunião deste comitê, na data de 14/10/2008.
- Conforme Resolução 196/92, capítulo III.2.h, o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios periódicos sobre o andamento da pesquisa e relatório final. No site: [www.saude.sc.gov.br/hijg/CEP.htm](http://www.saude.sc.gov.br/hijg/CEP.htm), está disponibilizado modelo. Seu primeiro relatório está previsto para abril de 2009 ou para quando do encerramento da mesma.



JUCÉLIA MARIA GUEDERT

*Jucélia Maria Guedert*  
 Coordenadora do CEP-HIJG

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas - HIJG.

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152  
 Bairro Agrônômica, Florianópolis, Santa Catarina  
 Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005.  
 e-mail: [cephijg@saude.sc.gov.br](mailto:cephijg@saude.sc.gov.br)

## FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: \_\_\_\_\_

ALUNO: \_\_\_\_\_

PROFESSOR: \_\_\_\_\_

NOTA

1. FORMA .....

2. CONTEÚDO .....

3. APRESENTAÇÃO ORAL .....

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO .....

MÉDIA: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Assinatura: \_\_\_\_\_