



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
CURSO DE ENFERMAGEM**

ANERINA SILVA PACHECO

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL
REGIONAL DE PORTO NACIONAL: Análise
Retrospectiva no ano de 2016 a 2017**

**PORTO NACIONAL- TO
2017**

ANERINA SILVA PACHECO

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL
REGIONAL DE PORTO NACIONAL: análise
Retrospectiva no ano de 2016 a 2017**

Projeto de Pesquisa submetido ao curso de Enfermagem do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – ITPAC Porto Nacional - TO, como requisito parcial para o processo avaliativo na disciplina de TCC I.

Orientador: Eliane Patrícia Lino Pereira Franchi.

.

PORTO NACIONAL- TO
2017

ANERINA SILVA PACHECO

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL
REGIONAL DE PORTO NACIONAL: Análise
Retrospectiva no ano de 2016 a 2017**

Projeto de Pesquisa submetido ao curso de Enfermagem do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial do processo avaliativo da disciplina de TCCI.

Projeto apresentado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Convidado
Inst. Toc. Presidente Antônio Carlos - Orientador

Prof. Convidado
Inst. Toc. Presidente Antônio Carlos - Orientador

Prof. Convidado
Inst. Toc. Presidente Antônio Carlos - Orientador

Prof. Convidado
Inst. Toc. Presidente Antônio Carlos - Orientador

PORTO NACIONAL - TO
2017

“Dedico este trabalho a primeiramente a Deus por ter me permitido a chegar até aqui e está concluindo mais uma etapa de minha vida.”

RESUMO

Introdução: A Apendicite Aguda (AA) é a principal causa mundial de abdome agudo cirúrgico, apresentando uma prevalência em torno de 7% na população geral. Apresenta maior incidência na adolescência, entre 10 e 14 anos no sexo feminino, e entre 15 e 19 anos no sexo masculino. O tratamento de escolha é a apendicectomia, pois permite o diagnóstico definitivo e reduz significativamente o risco de complicações. Estudos demonstram que a mortalidade em centros mais desenvolvidos é baixa (0.09% a 0,24%). Entretanto, em países de baixa renda, a mortalidade varia entre 1 a 4%, tornando-se um marcador útil da qualidade de assistência de saúde. **Objetivo:** descrever o perfil clínico-epidemiológico da AA em pacientes atendidos no Hospital Regional de Porto Nacional (HRPN) no ano de 2016/2017. **Metodologia:** trata-se de um estudo retrospectivo, observacional de abordagem quantitativa. Será realizado com pacientes diagnosticados com AA no HRPN, no período de 2016 a 2017. Os dados serão levantados através da análise de prontuário e fichas de cirurgia, serão analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, fase evolutiva, tempo de internação, diagnóstico anatomopatológico, uso de antibióticos, uso de dreno, complicações e mortalidade. Para a análise dos dados, será utilizado os softwares Epiinfo 7 e SPSS 20.

Palavras-chave: Apendicite Aguda. Apendicectomia. Apendicite. Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Acute appendicitis (AA) is the leading cause of acute abdomen worldwide, presenting a prevalence of around 7% in the general population. It presents a higher incidence in the adolescence, between 10 and 14 years in the female sex, and between 15 and 19 years in the male sex. The treatment of choice is appendectomy because it allows the definitive diagnosis and significantly reduces the risk of complications. Studies have shown that mortality in more developed centers is low (0.09% to 0.24%). However, in low-income countries, mortality ranges from 1 to 4%, making it a useful marker of quality of health care. **Objective:** to describe the clinical-epidemiological profile of AA in patients attended at the National Hospital of Porto Nacional (HRPN) in the year 2016/2017. **Methodology:** This is a retrospective, observational study with a quantitative approach. It will be performed with patients diagnosed with AA in the HRPN, from 2016 to 2017. The data will be collected through the analysis of medical charts and files, the following variables will be analyzed: gender, age, evolutionary phase, length of hospital stay, anatomopathological diagnosis, use of antibiotics, use of drainage, complications and mortality. For the analysis of the data, will be used the software Epiinfo 7 and SPSS 20.

Key words: Acute appendicitis. Appendectomy. Appendicitis. Epidemiology

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	09
1.2 HIPÓTESE	10
1.3 JUSTIFICATIVA	10
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO PRIMARIO	11
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIO	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 EPIDEMIOLOGIA	12
3.2 FISIOPATOLOGIA	12
3.3 TRATAMENTO	14
3.4 CLASSIFICAÇÃO	15
4 METODOLOGIA	16
4.1 TIPO DE PESQUISA	16
4.2 LOCAL DA PESQUISA	16
4.3 POPULAÇÃO TOTAL	16
4.4 AMOSTRA	16
4.4.1 Critérios de Inclusão	16
4.4.2 Critério de Exclusão	16
4.5 PROCEDIMENTOS	17
4.5.1 Instrumento para coleta de dado	17
4.5.2 Variáveis	17
4.5.3 Análise dos dados	17
5 ASPECTOS ÉTICOS	19
5.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	17
6 DESFECHOS	20
6.1 DESFECHO PRIMÁRIO	20
6.2 DESFECHO SECUNDÁRIO	20
7 RISCOS E BENEFÍCIOS	21
8 CRONOGRAMA	22
9 ORÇAMENTO	23
10 PLANO DE TRABALHO	24
REFERÊNCIAS	25

APÊNDICE.....27
ANEXOS.....29

LISTA DE ABREVIATURAS

ITPAC Porto	Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Nacional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Tocantins
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada

1 INTRODUÇÃO

Entre as doenças do abdômen, a AA é a principal causa de cirurgia não eletiva, anualmente, ocorre em 250 000 casos dos pacientes diagnosticados, nos Estados Unidos (TEHRANI, 1999; SILVA, 2007; PRYSTOWSKY, 2005). Durante o decorrer da vida o risco do desenvolvimento de AA é cerca em 5 a 20%, com maior incidência em adolescentes e adultos jovens, entretanto, incomum antes dos cinco e após os 50 anos. O risco geral de apendicite é entre 1/35 em homens e 1/50 em mulheres (Addis, 1990). A partir dos 70 anos, este risco é de 1/1009 (FREITAS, 2009).

A principal causa de dor abdominal aguda é a apendicite aguda (AA), o que requer, na maior parte dos casos, intervenção cirúrgica. O diagnóstico precoce é fundamental para diminuir as complicações, a terapia antimicrobiana e o manejo cirúrgico têm contribuído para a diminuição significativa da mortalidade, embora ainda ocorra principalmente em idosos (MATOS et al., p2, 2011).

De acordo com Solomkin et al. (2010), os históricos e o exame físico clínico se mantêm como essenciais para o diagnóstico de AA, com precisão de 60 a 90%.

Considerando que a apendicite aguda se apresenta como uma das principais causas de cirurgias não eletivas e diante da alta prevalência da AA e das possibilidades de complicações deste quadro clínico, o objetivo deste estudo é descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes diagnosticados com AA no Hospital Regional de Porto Nacional (HRPN) no ano de 2016 e 2017.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Estudos demonstram que a baixa mortalidade, relacionada a AA, em centros mais desenvolvidos (0,09% a 0,24%). Entretanto, em países de renda média e baixa, a mortalidade varia entre 1 a 4%, tornando-se um marcador útil da qualidade de assistência de saúde. Diante da alta incidência de AA e da importância de se conhecer o perfil dos pacientes acometidos por essa patologia, esse estudo propõe responder a seguinte questão: Qual(is) características clínicas e epidemiológicas dos pacientes atendidos no HRPN, podem estar influenciando a morbidade e mortalidade por AA?

1.2 HIPÓTESE

Considerando o nível socioeconômico da região de Porto Nacional- TO, pressupomos que a morbidade e mortalidade por AA no Hospital Regional de Porto Nacional seja mais elevada.

1.3 JUSTIFICATIVA

Apesar da evolução da enfermagem e medicina, a morbidade e mortalidade relacionada a AA é preocupante e revelam a necessidade de melhoria na qualidade da assistência. Diante disso, para que ações/estratégias de melhoria sejam propostas faz-se necessário conhecer o perfil clínico e epidemiológico da população acometida por esse agravo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes diagnosticados com AA e atendidos no Hospital Regional de Porto Nacional no ano de 2016 2017.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Conhecer o perfil dos pacientes com AA atendidos no HRPN, no período estudado.
- Identificar fatores de risco relacionados ao tempo de internação, complicações e mortalidade dos pacientes com AA atendidos no HRPN, durante o período de estudo.
- Correlacionar o tempo de internação com a fase evolutiva da AA;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 EPIDEMIOLOGIA

SILVA aborda a AA como a principal etiologia de abdômen agudo cirúrgico mundialmente e a faixa etária de suas incidências:

AA é a principal etiologia de abdômen agudo cirúrgico mundialmente e a sua incidência ocorre na faixa etária entre 10-14 anos no sexo feminino e entre 15-19 anos no sexo masculino, e é incomum antes dos cinco e após os 50 anos. O risco de desenvolver a patologia no percurso da vida é estimado em 5 a 20%, sendo de 1/35 em homens e 1/50 em mulheres. A partir dos 70 anos, este risco é de 1/1009. Também é a causa mais comum de abdome agudo de tratamento cirúrgico. (SILVA, p. 5, 2014).

Segundo LIMA et al. (2016), a AA ocorre, habitualmente, em países industrializados com hábitos alimentares pobres em fibras. Numa pesquisa realizada em 1997, observou-se uma incidência anual de 1/1000 habitantes nos EUA e de 86/100.000 no mundo.

3.2 FISIOPATOLOGIA

MAAJ & KIRKWOOD falam sobre a configuração do apêndice:

A configuração própria do apêndice, de diâmetro pequeno e de comprimento longo, faz com que haja a predisposição para a obstrução em alça fechada. A oclusão da sua porção proximal ocasiona o aumento da secreção de muco pela mucosa apendicular distal à obstrução; seu lúmen reduzido levando à distensão da sua parede e a uma rápida elevação da pressão, podendo alcançar até 65 mmHg (MAA J, p.3 2008).

Com a elevação dessa pressão, segundo MCKAY (2007), ocorre uma distensão que estimula fibras nervosas aferentes, culminando dor abdominal difusa, geralmente periumbilical seguida de náuseas e vômitos, com progressiva pressão intraluminal, a drenagem venosa diminui, resultando na isquemia da mucosa. Seguidamente ocorre a trombose das pequenas vênulas e, ao continuar o fluxo arteriolar, a parede se torna cada vez mais edemaciada e a mucosa progressivamente isquêmica, ocasionando ulcerações, acarretando à quebra da barreira mucosa e à invasão da parede apendicular pela flora bacteriana intraluminal.

O processo da inflamação súbito acontece então, afetando a camada serosa, o peritônio parietal vizinho, gerando uma modificação na localização da dor, passando a ser relatada em quadrante inferior direito, associada à defesa localizada. Com a persistência da obstrução culmina, finalmente, à necrose e à perfuração do apêndice. Além disso, a estase intraluminal favorece para a proliferação bacteriana, fazendo que haja o espessamento do muco. Nos casos em que acontece a perfuração, desenvolve-se um abscesso bloqueado ou peritonite descoberta, podendo até evoluir para generalizada. O tempo transcorrido, desde o início da dor até os eventos de gangrena e perfuração, é indeterminado, porém, na maioria dos casos, encontra-se em torno de 48 horas para a necrose e 70 horas para a perfuração.

BENNION et al. (1990), descreveram que em alguns casos pode ocorrer regressão espontânea, ao invés de evolução da doença. Isso explica o fato de alguns pacientes operados com apendicite aguda, com involução completa ou quando o cirurgião, às vezes, se depara com um apêndice fibrosado e aderências antigas, revelando inflamação anterior. Numa análise de 1000 pacientes operados com apendicite aguda, 9% destes relatavam um episódio anterior idêntico e 4%, mais de uma crise prévia.

MCKAY (2007), fala sobre que obstrução da luz do apêndice é a regra para a evolução fisiopatológica da apendicite aguda, entretanto, em certas ocorrências, o apêndice removido, e visivelmente inflamado, não expressa um sítio de obstrução clara ou a presença de um fecalito. Estes achados corroboram a ideia da relevância da hiperplasia linfóide como o fator desencadeante mais habitual da moléstia, talvez seja por causa da reação dos folículos linfáticos a patógenos intestinais. Realmente, ocasionalmente, encontramos episódios de apendicite que sobrevivem imediatamente a quadros de infecções intestinais bem reconhecidas com mudança clara do quadro clínico.

Assim ROTHROCK (2007), cita que os sintomas da AA surgem com a dor abdominal inferior, em quadrante direito, iniciando próximo ao umbigo e prolonga-se para baixo e para a direita, sendo intensificada pelo movimento corporal, surgindo sensibilidade à palpação no abdômen, alterações do trânsito intestinal (diarreia ou prisão de ventre), vômitos, náuseas, febrícula, anorexia e sudorese intensa na zona abdominal.

Dentre as causas do AA, PAPANDRIA et al. (2013) coloca que o desenvolvimento de obstrução luminal é a mais importante, e sua etiologia está relacionada com a faixa etária. Em pacientes menores de 20 anos a hiperplasia linfóide é o fator mais comum, enquanto nos idosos é a obstrução por fecalito. A obstrução também pode ocorrer por corpo estranho ou tumor.

MONTANDON et al. (2007), descreveram complicações prováveis ocasionadas em decorrência da AA que são a disseminação da infecção para a parede abdominal, obstrução ureteral, trombose venosa (sistema portal) e abscessos hepáticos.

3.3 TRATAMENTO

O manejo da AA baseia-se, especialmente, em três abordagens: antibioticoterapia, antibioticoterapia com apendicectomia tardia, ou apendicectomia precoce (MILLAS, et al., p. 6, 2013).

LIMA et al. (2006), descreveram que o tratamento cirúrgico equivale à retirada do apêndice utilizando técnica aberta, cirurgia explorada (MCBURNEY, 1894), ou através da apendicectomia laparoscópica, descrita por Semm em 1983. Sendo a apendicectomia o tratamento de escolha, em razão de permitir o diagnóstico definitivo, além de minimizar, significativamente, o risco de complicações, entre elas: perfuração, sepse e óbito.

Assim ROTHROCK (2007) fala sobre o procedimento de intervenção cirúrgica de remoção:

A apendicectomia é uma intervenção cirúrgica destinada a proceder à remoção do apêndice vermicular (também designado de ileocecal), uma pequena estrutura tubular, que se constitui como um pequeno prolongamento do ceco medindo aproximadamente 10 cm de comprimento, localizado na porção inicial do intestino grosso. Esta intervenção surge em sequência do surgimento de uma apendicite (ROTHROCK, p.5, 2007).

RIBEIRO et al. (2010), classificam a cirurgia como curativa, por possuir a finalidade de conter a doença, e possivelmente contaminada, por causa da flora bacteriana natural. Sendo o tratamento cirúrgico a ser realizado entre 24 e 48 horas, contudo, podendo ser uma conduta de emergência, caso tenha acontecido o rompimento do apêndice. Devendo ter uma duração de até 2 horas, portanto, sendo considerada uma cirurgia de porte I.

Gomes aborda dois tipos de tratamentos:

O tratamento cirúrgico seja por laparotomia ou laparoscopia possibilita uma visão ampla da cavidade abdominal e do apêndice, proporciona imagens “in situ” de vísceras, processos inflamatórios e secreções purulentas com mínimos traumatismos, e é capaz de identificar as fases clínico-cirúrgicas da apendicite aguda, com base no processo inflamatório que envolve o apêndice ou toda a cavidade abdominal (GOMES, p. 2, 2006).

3.4 CLASSIFICAÇÃO

A classificação de doenças conforme o estágio de evolução é primordial para a avaliação da gravidade e o prognóstico, além disso, de permitir a elaboração de protocolos para orientação terapêutica e de pesquisa (MOORE, p. 4, 2010).

A apendicite pode ser classificada em aguda, crônica e recorrente. Segundo BRASILEIRO FILHO (2006), a apendicite crônica acontece quando há manifestações clínicas recorrentes de comprometimento do apêndice, todavia sem sinais de inflamação aguda, comum em apêndices removidos algumas semanas após a crise aguda, onde a parede mostra-se espessada e com infiltrado de células mononucleares.

ROCHA et al. (2001), fala que o critério para o diagnóstico de apendicite recorrente é definido pela apresentação de crises seguidas de dor na parte inferior direito do abdômen podendo ou não haver outros sintomas e sinais que apontem para a apendicite aguda, e que culminaram em apendicectomia, pela histopatologia, que demonstrou processo inflamatório agudo do apêndice e pelo desaparecimento dos sintomas após a cirurgia.

ROBBINS (2005), explica que a apendicite aguda é quando ocorre exsudação neutrofílica escassa por toda mucosa, submucosa e muscular; migração neutrofílica perivascular e apendicite aguda avançada (apendicite supurativa aguda). Em caso de infiltração neutrofílica mais grave ocorre exsudato seroso fibrino-purulento, formação de abscessos luminiais com ulceração e necrose supurativa.

Segundo a classificação revisada por Gomes et al. (2006), podemos classificar a apendicite aguda de 0 à IV. Sendo 0 e I, classificados como não complicada e os graus II, III e IV, AA complicada. O Grau 0 seria o apêndice normal, quando o paciente tem o diagnóstico clínico de apendicite, mas o apêndice tem aparência, macroscopicamente, normal. Já o Grau I, seria o apêndice inflamado, com presença de hiperemia e edema, com ou sem exsudato fibrinoso, enquanto que o grau II é representado pela presença de necrose, o grau III pela apendicite perfurada com

tumor inflamatório localizado e o grau IV pela apendicite perforada com peritonite difusa.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional e retrospectivo.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo será realizado no Hospital Regional de Porto Nacional – TO.

4.3 POPULAÇÃO TOTAL

O estudo será realizado com pacientes diagnosticados com apendicite aguda e atendidos no HRPN.

4.4 AMOSTRA

A amostra será formada por indivíduos que se enquadrarem nos critérios de inclusão e exclusão, e assinarem o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em cooperar/participar da pesquisa. Ou seja, será constituída por volta de 120 pacientes diagnosticados com AA no HRPN, no período de junho de 2016 ao julho de 2017.

4.4.1 Critérios de Inclusão

- Pacientes diagnosticados com AA no HRPN durante o período de estudo;

4.4.2 Critérios de Exclusão

- Pacientes sem diagnóstico confirmado de AA,

- Diagnosticados fora do período estudado e que tenham informações insuficientes sobre o histórico clínico;

4.5 PROCEDIMENTOS

Os dados serão coletados através da análise dos prontuários de pacientes diagnosticados com AA, no período delimitado do estudo. Além dos prontuários, também, serão utilizadas as fichas de cirurgia, no caso daqueles pacientes que realizaram tal procedimento. Todas as informações serão organizadas em planilhas de Microsoft Excel, para posterior análise dos dados.

Para a classificação da fase evolutiva, será considerado a fase 0: apêndice normal; fase I: apêndice com hiperemia e edema; fase II: necrose; fase III: apêndice perfurado (tumor inflamatório); e fase IV: apendicite perfurado (peritonite difusa). As fases serão estratificadas em apendicite complicada (II, III e IV) e não-complicada (0 e I).

4.5.1 Instrumento para coleta de dados

As informações serão coletadas utilizando-se o instrumento de coleta disposto no **Apêndice A**.

4.5.2 Variáveis

Serão coletadas as seguintes informações: idade, gênero, raça, procedência, ocupação, escolaridade, fase evolutiva, tempo de internação, diagnóstico anatomopatológico, uso de antibióticos, uso de drenos, complicações e mortalidade.

4.5.3 Análise dos dados

Para a coleta de dados e análise univariada será utilizado o software EPI-INFO for Windows, versão 7 (© Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA). Para comparação entre as variáveis categóricas serão realizados testes

não-paramétricos para proporção: χ^2 e Teste Exato de Fischer (quando recomendável). Variáveis contínuas serão comparadas através do Teste T de Student e teste U de Mann Whitney. A análise multivariada será realizada em SPSS 20 (IBM, Armonk, NY, USA). Será considerado significativo $p < 0,05$.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Com objetivo de garantir os princípios éticos, a pesquisadora submeterá o Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos para apreciação e aprovação do mesmo, acatando todos os princípios que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecido pela resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Anteriormente, será solicitada a anuência do HRPN para a realização da pesquisa e análise de prontuários.

A resolução nº 510/16 explicita que os dados manejados, informações ou materiais biológicos de seres humanos, de forma individual ou coletivamente, em sua totalidade ou parte dele, direta ou indiretamente, devem ser gerenciados conforme os princípios da autonomia, não maledicência, beneficência, justiça, equidade, entre outros, visando assegurar os direitos e deveres em relação aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

O projeto só iniciará após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

6 DESFECHOS

6.1 DESFECHO PRIMÁRIO

Descrever o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes que realizaram com AA no HRPN no período de junho 2016 e julho de 2017.

6.2 DESFECHO SECUNDÁRIO

Identificar características/variáveis associadas ao maior tempo de internação desses pacientes. Apresentar os resultados em congressos específicos da área e publicar um artigo com os resultados desse estudo.

7 RISCOS E BENEFÍCIOS

A realização dessa pesquisa oferece riscos mínimos ao paciente, pois serão utilizadas apenas informações já coletadas, previamente, durante a passagem dos pacientes pelo hospital. No decorrer da divulgação dos dados, a pesquisadora terá a sensatez de garantir o sigilo, a privacidade, a proteção da imagem e a não divulgação dos envolvidos na pesquisa, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros, como estabelecido pela resolução nº 466/12.

A realização desse estudo servirá para o conhecimento do perfil de pacientes diagnosticados com AA no hospital HRPN. Essas informações contribuirão para que medidas e ações de melhoria na assistência a esses pacientes sejam planejadas e aplicadas pela instituição de saúde em estudo.

8 CRONOGRAMA

QUADRO 1 – Cronograma do projeto de pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA NO ANO DE 2016 A 2017 do curso de enfermagem do ITPAC Porto Nacional - TO: do período de agosto de 2017 a junho de 2018

EVENTO	Ano 2017					Ano de 2018					
	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Seleção de professor orientador	x										
Escolha do tema do projeto de pesquisa	x										
Levantamento bibliográfico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Construção do projeto de pesquisa	x	x	x	x	x						
Apresentação do projeto de pesquisa à banca avaliadora do ITPAC Porto Nacional				x							
Envio do projeto de pesquisa ao comitê de ética					x	x					
Coleta de Dados								x	x		
Análise e Discussão dos Dados									x	x	
Elaboração do artigo						x	x	x	x	x	x
Conclusão dos dados								x	x	x	x
Redação final								x	x	x	x

*número de meses após a aprovação do projeto pelo CEP/CONEP

9 ORÇAMENTO

QUADRO 2 – Orçamento do projeto: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA NO ANO DE 2016 A 2017.

Itens	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Resma de folha A4 Chamex Office 500 folhas	2	15,00	30,00
Recarga de cartucho para impressora-cor preta	1	25,00	25,00
Subtotal 1			55,00
Categoria: gastos com recursos humanos			
Itens	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Combustível	45 LT	3,99	179,55
Alimentação (lanches)	06/semana	(3,00*01)	18,00
Subtotal 2			197,55
Financiamento total da pesquisa			
CATEGORIAS			Valor total (R\$)
Gastos com Recursos Materiais			55,00
Gastos com Recursos Humanos			197,55
TOTAL GERAL DO INVESTIMENTO			252,55

10 PLANO DE TRABALHO

QUADRO 3 – Planejamento de trabalho do projeto: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA NO ANO DE 2016 A 2017.

TAREFA	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO
Escolha do tema	Anerina Silva Pacheco e Eliane Patricia Lino Pereira Franchi	Agosto de 2017
Pesquisa Bibliográfica	Anerina Silva Pacheco e Eliane Patricia Lino Pereira Franchi	Agosto de 2017 a dezembro de 2018
Construção do projeto	Anerina Silva Pacheco e Eliane Patricia Lino Pereira Franchi	Agosto a novembro de 2017
Apresentação do projeto para banca de avaliação ITPAC Porto Nacional	Anerina Silva Pacheco e Eliane Patricia Lino Pereira Franchi	Novembro de 2017
Submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)	Anerina Silva Pacheco e Eliane Patricia Lino Pereira Franchi	Novembro de 2017 a janeiro de 2018
Revisão Bibliográfica	Anerina Silva Pacheco e Eliane Patricia Lino Pereira Franchi	Agosto de 2017 a agosto de 2018
Coleta dos dados	Anerina Silva Pacheco e Eliane Patricia Lino Pereira Franchi	Fevereiro de 2018
Análise e discussão dos dados	Anerina Silva Pacheco e Eliane Patricia Lino Pereira Franchi	Fevereiro a agosto de 2018
Elaboração do artigo	Anerina Silva Pacheco e Eliane Patricia Lino Pereira Franchi	Janeiro a agosto de 2018
Conclusão dos dados	Anerina Silva Pacheco e Eliane Patricia Lino Pereira Franchi	Fevereiro a março de 2018
Redação final	Anerina Silva Pacheco e Eliane Patricia Lino Pereira Franchi	Fevereiro a agosto de 2018

REFERÊNCIAS

- BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo. **Patologia**. 7ª ed. Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, 2006.
- BENNION RS, THOMPSON JE Jr. BARON EJ, FINEGOLD SM. **Gangrenous and perforated appendicitis with peritonitis: treatment and bacteriology**. ClinmTher. 1990; 12:31-44.
- FREITAS RG, PITOMBO MB, MAYA MCA, LEAL PRF. **Apendicite aguda**. Rev. do Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2009; 8(1): 38-51.
- GOMES, et al. **Classificação laparoscópica da apendicite aguda: correlação entre graus da doença e as variáveis perioperatórias**. Rio de Janeiro: Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 33, n.5, p.289-293, 2006.
- LIMA, et al. **Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos**. Rio de Janeiro: Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v.43, n.4, 2016.
- MAA J, Kirkwood K. The appendix. In **Sabiston Principles of Surgery - The Biological Basis of Modern Surgical Practice**, (18º Ed.) 2008, p 1333-134918)
- MATOS B, SANTANA C, SOUZA D, RODRIGUES E, GONÇALVES E, DIAS F, et al. **Apendicite aguda**. Rev Med Minas Gerais. 2011;21(2 Supl 4):S1-S113.
- MCKAY R, Shepherd J. The use of the clinical scoring system by Alvarado **in the decision to perform computed tomography for the acute appendicitis in the ED**. Am J Med. 2007;25:489-93.
- MILLAS SG, WRAY CJ, KAO LS, TSAO K, KO TC. Acute Appendicitis: Controversies in **Diagnosis and Management**. Current Problems in Surgery. 2013; 50(2): 54–86.
- MOORE EE, MOORE FA. **American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Scaling: 50th anniversary review article of the Journal of Trauma**. J Trauma. 2010;69(6):1600- 1.
- MONTANDON, et al. **Apendicite aguda: achados na tomografia computadorizadaensaio iconográfico**. Goiânia: Revista de Radiologia Brasileira, v. 40, n.3, p. 193- 199, 2007.
- PAPANDRIA, et al. **Risk of perforation increases with delay in recognition and surgery for acute appendicitis**. Journal of Surgical Research, v.184, n.2, p.723-729, 2013.
- PRYSTOWSKY JB, PUGH CM, NAGLE AP. **Appendicitis**. CurrProbl Surg. 2005; 42(10): 688-742.
- RIBEIRO, et al. **Diagnóstico de enfermagem em crianças de pós-operatório de apendicectomia**. Fortaleza: Revista Mineira de Enfermagem, v.11, n.1, p.1-8, 2010.
- ROBBINS, S. L. et al. **Patologia: Bases patológicas das doenças**. 7ªed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2005.

ROCHA, et al. **Apendicite crônica e apendicite recorrente.** Artigo de revisão e apresentação de casuística. Revista Acta Cirúrgica Brasileira, v.16, n.1, p.1-6, 2001.

ROTHROCK, C. J. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p.427-428. 2007.

SILVA SM, ALMEIDA SB, LIMA OAT, GUIMARÃES GMN, SILVA ACC, SOARES AF. **Fatores de Risco para as Complicações após Apendicectomias em Adultos.** Rev bras Coloproct. 2007;27(1): 31-6.

SILVA, Matheus Menezes Maron e. **Classificação cirúrgica da apendicite aguda: revisão sistemática.** (Salvador, Bahia), 2014.

SOLOMKIN JS, MAZUSKI JE, BRADLEY JS, RODVOLD KA, GOLDSTEIN EJ, BARON EJ, O'NEILL PJ, CHOW AW, DELLINGER EP, EACHEMPATI SR, GORBACH S, HILFIKER M, MAY AK, NATHENS AB, SAWYER RG, BARTLETT JG. **Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines** by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. ClinInfectDis. 2010;50(2):133–64.

TEHRANI HY, PETROS JG, KUMAR RR, CHU Q. **Markers of severe appendicitis.** AmSurg. 1999;65(5):453-5.

APÊNDICES



APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Período de Internação: de ____/____/2016 à ____/____/2017

Sexo:

() Masculino[1] () Feminino[2] () não consta[3]

Estado Civil:

() Casado [4] () Solteiro[5] () Divorciado[6] () Viúvo[7]

() União Estável/Companheiro[8] () não consta[9]

Idade: _____

() < 18 anos[10] () 18 a 29 anos[11] () 30 a 49 anos[12] () 50 a 64 anos[13]

() 65 a 79 anos[14] () ≥ 80 anos[15] () não consta[16]

Raça:

() Branca[17] () Parda[18] () Negro[19] () Índio[20] () Amarelo[21] () não consta[22]

Origem do paciente:

() Porto Nacional[23]

() Outro Município Referenciado à Porto Nacional [24]

() Município fora da referência de Porto Nacional[25]

() Outro Estado[26]

Escolaridade:

() Analfabeto/Assina o nome[27] () Fundamental Incompleto [28] () Fundamental Completo [29]

() Médio Incompleto[30] () Médio Completo[31] () Superior Incompleto[32]

() Superior Completo ou acima[33]

Ocupação: _____

Classificação da apendicite:

() Apendicite Aguda[36]

Tempo da cirurgia: _____

Tipo de cirurgia:

() laparotomia[39] () laparoscopia [40]

Classificação da AA:

() não classificada[41] () Grau 0 - normal[42] () Grau 1- hiperemia e edema[43] () Grau 2- exsudato fibrinoso [44] () Grau 3 – necrose e abscesso [45] () Grau 4 – apendicite perfurada [46]

Tempo da internação ao início do procedimento cirúrgico: _____

Tempo e uso de antibióticos: _____

Resultado anatomopatológico: _____

Uso de drenos:

()sim[47] ()não [48] Especificar: _____

Complicações pós-operatórias de apendicectomia:

()Deiscência [49]()Evisceração[50] ()Infecção de sítio cirúrgico superficial[51]

()Infecção de sítio cirúrgico profundo[52] () Infecção de sítio cirúrgico de órgão ou cavidade[53]

()Atelectasia pulmonar[54] ()Pneumonia[55] ()Íleo paralítico[56]

()Abscesso hepático[57] () Trombose venosa profunda[58] ()Embolia pulmonar[59]

()Constipação[60] ()Complicações pós anestésicas[61]

()Outras. Especificar: _____ [62]

Evolução:

()alta [63]() encaminhado à outro serviço [64]()morte[65]

ANEXOS

ANEXO 1 – CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADORA

Eliane Patricia Lino Pereira Franchi

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5843076554127595>
- Última atualização do currículo em 26/09/2017

ANEXO 2 – CURRICULO LATTES DA PESQUISADORA



CARTA DE RESPONSABILIDADE

Declaro conhecer e estar de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA NO ANO DE 2016 A 2017”.

Declaro ainda, conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a resolução CNS 466/12. Estou ciente de minhas responsabilidades como responsável do projeto de pesquisa e de meu compromisso no resguardo da segurança das informações levantadas, assegurando o sigilo, a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e não estigmatização dos envolvidos da pesquisa, assegurando a utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, de prestígio, e/ou aspectos econômico-financeiros. Caso seja configurado algum tipo de dano e/ou despesas aos envolvidos no estudo, mesmo sendo um estudo qualitativo, baseado em dados de questionários, será garantida a indenização diante desses eventuais prejuízos.

Porto Nacional, _____ de outubro de 2017;

Pesquisador responsável



CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO D PESQUISA AO COMITE DE ÉTICA

Eu, Eliane Patricia Lino Pereira Franchi, portador do CPF nº311.596.628-86 docente do curso de enfermagem da FACULDADE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS- FAPAC ITPAC PORTO, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA NO ANO DE 2016 A 2017.”, para apreciação neste Comitê de Ética em Pesquisa indicado pela Plataforma Brasil.

Porto Nacional, _____ de outubro de 2017;

Pesquisador responsável



DECLARAÇÃO SOBRE OS RESULTADOS DE PESQUISA

Eu, Eliane Patricia Lino Pereira Franchi, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA NO ANO DE 2016 A 2017”, declaro que os resultados da pesquisa serão publicados sendo favoráveis ou não. Vale ressaltar que o sujeito de pesquisa tornará conhecimento dos dados da pesquisa anteriormente a publicação da mesma.

Porto Nacional, _____ de outubro de 2017;

Pesquisador responsável



DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PREPONENTE

Ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP),

Declaro conhecer e estar de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA NO ANO DE 2016 A 2017”, sob a responsabilidade da pesquisadora Eliane Patricia Lino Pereira Franchi, a ser realizado no FAPAC – ITPAC PORTO.

Declaro ainda, conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a nº 466/2012. Esta instituição PREPONETE do mesmo projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos dela recrutados. Responsabilizarmo-nos pelas etapas a serem realizadas pela pesquisadora e que os dados coletados serão analisados dentro dos princípios éticos.

Estou ciente de que a pesquisa só será iniciada APÓS a aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa).

Porto Nacional, _____ de outubro de 2017;

Pesquisador responsável



TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Eliane Patricia Lino Pereira Franchi, RG 42.512.027-2, SSP/SP comprometo-me a garantir e preservar as informações colhidas dos participantes garantindo total confidencialidade. Concordo ainda que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto de pesquisa descrito acima. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Nacional, _____ de outubro de 2017;

Pesquisador responsável