



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

GABRIEL SANTOS PINHEIRO CARVALHO

**EPIDEMIOLOGIA DE PACIENTES TRAUMATIZADOS SUBMETIDOS A
CIRURGIA ABDOMINAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ENTRE 2021 E
2023**

**LAGARTO-SE
2025**

GABRIEL SANTOS PINHEIRO CARVALHO

**EPIDEMIOLOGIA DE PACIENTES TRAUMATIZADOS SUBMETIDOS A
CIRURGIA ABDOMINAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ENTRE 2021 E
2023**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina de Lagarto, vinculado à Universidade Federal de Sergipe, como requisito para obtenção do diploma de Médico.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Vieira de Oliveira

LAGARTO

2025

GABRIEL SANTOS PINHEIRO CARVALHO

**EPIDEMIOLOGIA DE PACIENTES TRAUMATIZADOS SUBMETIDOS A
CIRURGIA ABDOMINAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ENTRE 2021 E
2023**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Medicina de Lagarto,
vinculado à Universidade Federal de Sergipe,
como requisito parcial para obtenção diploma de
Médico.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Orientador/Presidente: Prof. Dr. Daniel Vieira de Oliveira

Universidade Federal de Sergipe

Ana Bárbara de Jesus Chaves

Universidade Federal de Sergipe

Rita de Cássia Almeida Vieira

Universidade Federal de Sergipe

PARECER:

RESUMO

O trauma abdominal é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em pacientes submetidos a cirurgias de emergência, possuindo fatores sociodemográficos e regionais que influenciam sua frequência. No Brasil, nota-se a falta de dados epidemiológicos detalhados sobre essa população, o que dificulta o manejo e a prevenção desses casos. A partir disso, este estudo analisou o perfil epidemiológico dos pacientes traumatizados submetidos a cirurgia abdominal no Hospital Universitário de Lagarto (HUL) entre 2021 e 2023. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo, construído a partir da análise de 34 pacientes atendidos durante o período. Os dados foram coletados em prontuários eletrônicos e analisados através do software IBM SPSS *Statistics*, utilizando testes estatísticos como Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Durante o período analisado, houve uma predominância de pacientes do sexo masculino (85,29%), sem associação significativamente estatística com a mortalidade ($p = 0,084$). A média de idade apresentada pelos pacientes foi de 40,6 anos, com maioria oriunda do município de Lagarto (58,82%) e municípios vizinhos (41,18%), sem relação estatística com os desfechos clínicos ($p = 0,091$). A maior parte das admissões ocorreram durante a noite (61,76%), sem impacto na taxa de óbito ($p = 0,578$). O abdome agudo foi o diagnóstico mais frequente (58,82%), seguido por trauma por arma de fogo (14,7%). Desse modo, os achados deste estudo revelam a importância do estudo epidemiológico para um planejamento em saúde adequado com ênfase em estratégias preventivas e em obtenção de melhora no manejo clínico.

Palavras-chave: Epidemiologia; Hospital Universitário de Lagarto; Cirurgia abdominal; Cirurgia de urgência.

ABSTRACT

Abdominal trauma is one of the leading causes of morbidity and mortality in patients undergoing emergency surgeries, with sociodemographic and regional factors influencing its frequency. In Brazil, there is a lack of detailed epidemiological data on this population, which hinders the management and prevention of such cases. Based on this, the present study analyzed the epidemiological profile of trauma patients who underwent abdominal surgery at the University Hospital of Lagarto (HUL) between 2021 and 2023. This is a retrospective, descriptive, and quantitative study based on the analysis of 34 patients treated during the period. Data were collected from electronic medical records and analyzed using IBM SPSS Statistics software, employing statistical tests such as Pearson's Chi-Square, with a significance level of 5%. During the analyzed period, there was a predominance of male patients (85.29%), with no statistically significant association with mortality ($p = 0.084$). The patients' mean age was 40.6 years, with most originating from the municipality of Lagarto (58.82%) and neighboring municipalities (41.18%), with no statistical relationship with clinical outcomes ($p = 0.091$). Most admissions occurred at night (61.76%), without an impact on the mortality rate ($p = 0.578$). Acute abdomen was the most frequent diagnosis (58.82%), followed by firearm-related trauma (14.7%). Thus, the findings of this study highlight the importance of epidemiological research for adequate health planning, emphasizing preventive strategies and improvements in clinical management.

Keywords: Epidemiology; University Hospital of Lagarto; Abdominal surgery; Emergency surgery.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA	<i>American Society of Anesthesiology</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição
DM	Diabetes Mellitus
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUL	Hospital Universitário de Lagarto
ICS	Infecção da Circulação Sanguínea
IRA	Insuficiência Renal Aguda
ITU	Infecção do Trato Urinário
PAS	Pressão Arterial Sistólica
REDCAP	<i>Research Electronic Data Capture</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Ferramenta de tabulação de dados do SUS
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TVP	Trombose Venosa Profunda
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	9
2.1 OBJETIVO GERAL.....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
4. MATERIAIS E MÉTODOS	15
4.1 LOCAL DE ESTUDO	15
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	15
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO.....	15
4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO	16
4.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	17
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	17
4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS	18
5. RESULTADOS	19
6. DISCUSSÃO.....	25
7. CONCLUSÃO	27
8. REFERÊNCIAS.....	28
9. ANEXO/APÊNDICE	30

1 INTRODUÇÃO

A epidemiologia é uma disciplina amplamente discutida durante o curso de medicina, porque permite descobrir e compreender as causas, condições de saúde e como as doenças se distribuem, o que orienta estratégias de prevenção e intervenção. Com relação aos pacientes de trauma, essa disciplina pode fornecer informações sobre os fatores de risco observados, efetividade dos tratamentos propostos e diversas informações cruciais para um bom planejamento em saúde. O presente trabalho investigou a epidemiologia dos pacientes traumatizados que receberam cirurgia abdominal no Hospital Universitário de Lagarto (HUL), com expectativas de identificar padrões que ajudem no desenvolvimento de prevenções e melhorias no manejo dos pacientes. A compreensão desses padrões e fatores podem ajudar cirurgiões a adotar medidas que reduzam as complicações pós-operatórias (DHARAP *et al.*, 2022).

A importância desse estudo está na compreensão da epidemiologia como fator crucial para criação de ferramentas que previnam e reduzam os casos de trauma na cidade de Lagarto e no estado de Sergipe. Descobrir quais são os fatores de risco específicos e quais estratégias hospitalares e tratamentos são mais eficazes, além de também destrinchar fatores que pioram o desfecho, como por exemplo, avaliação das complicações cirúrgicas mais prevalentes, melhoram a eficiência das unidades hospitalares (DE LA PLAZA LLAMAS *et al.*, 2019), contribuem para a implementação de políticas de saúde mais assertivas e ajudam a capacitação dos profissionais.

O HUL é um centro de atendimento regional referência para o atendimento local, vinculado à Universidade Federal de Sergipe (UFS) e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sendo um importante campo de prática para os discentes da Universidade Federal de Sergipe (UFS). O hospital conta diversas especialidades, como cirurgia, trauma e cuidados intensivos (BRASIL, s.d.). Embora o HUL não seja considerado um centro de trauma de alta complexidade, é responsável pelo atendimento porta aberta para urgências e emergências da região Centro-Sul do estado, incluindo, além da própria cidade Lagarto, Simão Dias, Salgado, Riachão do Dantas, Poço Verde e Tobias Barreto.

Sendo assim, o HUL possui recursos para realizar intervenções cirúrgicas, como as laparotomias ou laparoscopias de urgência. Isso torna esse local um importante centro para a coleta de dados epidemiológicos que possam contemplar a realidade da região. Um estudo com ênfase nos pacientes traumatizados que foram submetidos a cirurgias abdominais neste nosocômio contribuirá para um melhor entendimento da população da região que necessita de atendimento cirúrgico de urgência e de suas características clínicas.

Através dessa pesquisa, espera-se contribuir para o conhecimento na área de

epidemiologia do trauma e também fornecer informações importantes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção de traumas abdominais. A melhora do conhecimento e do atendimento a esses pacientes pode otimizar recursos para o Hospital Universitário de Lagarto, objetivando melhorias na qualidade da assistência prestada.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil epidemiológico dos indivíduos traumatizados que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre a cavidade abdominal no Hospital Universitário de Lagarto (HUL) no período de 2021 a 2023.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a população estudada quanto às variáveis sociodemográficas;
2. Identificar os principais diagnósticos envolvidos no contexto de trauma da população atendida pelo Hospital Universitário de Lagarto;
3. Relacionar os fatores epidemiológicos com os desfechos clínicos obtidos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

As cirurgias de urgência e emergência correspondem a um relevante preditor de mortalidade, devido ao impacto logístico e à demanda profissional no centro cirúrgico. Além disso, há outros fatores, como o tempo, os materiais e insumos necessários à realização da intervenção que influenciam no desfecho, já que cada segundo desde a admissão até o pós-operatório pode implicar diretamente na sua sobrevivência (MOISÉS *et al.*, 2021).

Ademais, tais procedimentos cirúrgicos representam uma parcela substancial das intervenções em cirurgia geral, por exemplo, ocupando metade dos leitos no Reino Unido e 3 milhões nos EUA anualmente. Indivíduos submetidos às cirurgias de emergência, independentemente do tipo de intervenção cirúrgica, apresentam risco de mortalidade oito vezes maior do que em cirurgias eletivas, persistindo após a alta, especialmente entre idosos e pacientes com comorbidades (PHILIP, 2020; RAMSAY, 2021).

Quanto aos fatores que interferem no desfecho clínico dos pacientes, um estudo de comparação entre a transferência inter-hospitalar e a admissão direta associa piores desfechos a indivíduos que precisam do deslocamento entre hospitais, mesmo após ajustes para características do paciente e do hospital. Assim, pacientes transferidos têm maior probabilidade de complicações, o que requer custos mais elevados. Fatores como localização do hospital e dia da semana de admissão também influenciam os resultados. Essas descobertas destacam a necessidade de estratégias específicas para este grupo de pacientes, visando melhorar os desfechos dessa população (PHILIP, 2020).

Quanto à mortalidade pós-cirúrgica, dados apontam que a idade e o estado nutricional influenciam nas causas de óbito; em jovens, há maior incidência de autodano e de estilo de vida insatisfatório, com o abuso de substâncias, enquanto em idosos existem mais casos relacionados à comorbidades (diabetes mellitus e obesidade, por exemplo), a câncer, à demência e a patologias cardiorrespiratórias, o que sugere a necessidade de classificação de risco padronizada desde a admissão do paciente, para que haja otimização de cuidados (MOISÉS *et al.*, 2021; RAMSAY, 2021).

As cirurgias abdominais são as que possuem maior índice de mortalidade no pós-operatório, principalmente a laparotomia exploratória, que é uma cirurgia de grande porte que envolve uma incisão vertical em toda a extensão do abdome. Há também outros procedimentos cirúrgicos que fazem parte dessa categoria de maior número de óbitos: a apendicectomia, cirurgias relacionadas a trauma hepático e as gastrointestinais (MOISÉS *et al.*, 2021).

Com a pandemia de COVID-19, a importância da epidemiologia descritiva foi reforçada,

para que a humanidade pudesse responder adequadamente a essa crise sanitária. Algumas perguntas precisavam ser respondidas de modo que pudéssemos enfrentar a doença da melhor forma, como: Quem está sendo infectado, de acordo com idade, sexo, raça?; Onde as taxas de infecções estão maiores?; As taxas de infecção e mortalidade estão mudando? (FOX *et al.*, 2022).

As respostas a essas perguntas tinham o potencial de permitir que políticas públicas fossem criadas ou alinhadas para reduzir a transmissão e melhorar as taxas de sobrevivência mundial. Um exemplo é demonstrado quando as vacinas são direcionadas para locais em que são mais necessárias, utilizando o princípio da equidade descrito nos princípios SUS, da lei 8080/90. Visto isso, com a epidemiologia, o trabalho que deve ser realizado fica mais fácil de ser visualizado e alcançado (FOX *et al.*, 2022).

Sendo assim, é importante que a epidemiologia descritiva seja definida. Essa área busca caracterizar as distribuições de saúde, doenças e exposições em uma população, e as mudanças dessa distribuição ao longo do tempo. Além disso, procura investigar os dados, de forma que se entendam os motivos deles acontecerem e o contexto em que estão inseridos. A história e a teoria epidemiológica nos dizem que as distribuições atuais de saúde e doença são o resultado de décadas ou séculos de injustiças e iniquidades. A epidemiologia descritiva mal executada pode reforçar narrativas e estruturas de poder que levaram a desigualdades, por isso a importância de um bom trabalho epidemiológico, com dados e escolhas críticas (FOX *et al.*, 2022).

As análises descritivas dividem os resultados em descritores populacionais para avaliar as diferenças entre os grupos, ajudando a direcionar recursos e também a criação de protocolos para locais ou populações que mais necessitam (FOX *et al.*, 2022).

Em um trabalho feito com pacientes do Ambulatório de Avaliação Pré-Anestésica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), considerável parcela dos pacientes eram do sexo feminino, com idade entre 18-59 anos, com sobrepeso, prevalência de doenças associadas, classificadas em ASA II, porém, apresentam apenas o perfil de um cenário específico, dificultando a generalização. Esses achados ajudam no planejamento dos cuidados perioperatórios e também a equipe multidisciplinar, agregando no tratamento do paciente e aumentando sua chance de melhora (LUNA, *et al.* 2022).

Em um estudo feito nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) brasileiras, foram determinadas as características demográficas dos pacientes cirúrgicos internados, além dos fatores de riscos para complicações pós-operatórias e mortalidade em 28 dias, para padronizar o tempo de acompanhamento. Neste estudo, metade das UTIs eram da região Sudeste, seguido das regiões Sul, Centro-Oeste, Norte e Nordeste (SILVA, *et al.* 2020).

A partir dessa pesquisa, dados importantes foram avaliados. Descobriu-se que a

mortalidade pós-operatória foi de quase 10%, as complicações estavam em torno de 30%, com maiores ocorrências cardiovasculares, seguidas de renais, respiratórias e neurológicas, não sendo encontradas diferenças entre UTIs públicas e privadas, tanto para mortalidade quanto para complicações. Outrossim, as cirurgias abdominais, foco deste projeto em questão, foram relacionadas a maior risco de morte (SILVA, *et al.* 2020).

O estudo em questão revela que a mortalidade e as complicações estão em taxa decrescente, sugerindo resultados melhores. Porém, também refere complicações elevadas, que determinam menor tempo de sobrevida. Algumas características chamaram a atenção, como a elevada idade, tempo cirúrgico prolongado e cirurgias emergenciais como fatores que predispõem a alta mortalidade e maior ocorrência de complicações pós-operatórias, revelando que se deve ter mais atenção para esses casos (SILVA, *et al.* 2020).

Uma pesquisa no Reino Unido em pacientes cirúrgicos, com taxa global de mortalidade perioperatória de 2%, demonstrou que 80% dessas mortes constituem apenas 12% da população cirúrgica, revelando que a morbidade e mortalidade tende a ocorrer em uma extensão relativamente pequena de pacientes cirúrgicos, sendo importante definir os pacientes de maior risco (SILVA, *et al.* 2020).

Ainda, quando nos referimos ao Brasil, um estudo ecológico, exploratório e de abordagem quantitativa foi descrito. De início, as mulheres são as mais submetidas às intervenções cirúrgicas e a região Sudeste lidera a realização de cirurgias, com procedimentos obstétricos sendo predominantes. Com relação aos homens, as cirurgias cardíacas são as dominantes (LUNA, *et al.* 2022).

O Brasil é um país que, anualmente, realiza um número expressivo de cirurgias. Em 2018 foram realizadas 2,4 milhões de cirurgias eletivas e, até outubro de 2019, cerca de 2 milhões de cirurgias. Essa quantidade é preocupante, pois o Centro Cirúrgico é um local de alto risco e as complicações cirúrgicas podem levar a danos temporários ou permanentes, e até à morte (LUNA, *et al.* 2022).

A perfuração de luvas, acidentes com pacientes por falha nos procedimentos, falhas do próprio serviço, falhas na prescrição, sobrecarga de trabalho e falhas na organização são algumas das principais causas de incidentes que ocorrem no Centro Cirúrgico (LUNA, *et al.* 2022).

Outrossim, a região Nordeste prevalece quando se avalia as cirurgias reparadoras e a região Norte possui o menor número de intervenções cirúrgicas. Além disso, as cirurgias de glândulas endócrinas e bucomaxilo-facial representam um número ínfimo quando comparado às demais cirurgias (LUNA, *et al.* 2022).

Uma grande quantidade de estudos apresenta uma “média de idade”, enquanto outros

quantificam por faixa etária e até mesmo por categorias, como adulto e idoso, tornando difícil categorizar a idade nos estudos epidemiológicos (LUNA, *et al.* 2022).

No entanto, ter conhecimento sobre a idade é um dado importante para a epidemiologia, pois, assim, é possível realizar uma assistência bem direcionada, já que o local que receberá aquela pessoa poderia se preparar, tendo conhecimento das doenças que mais acometem o indivíduo naquela idade e também sobre as mudanças do próprio envelhecimento e o impacto que elas vão acarretar na pessoa, no procedimento cirúrgico e nas possíveis complicações (LUNA, *et al.* 2022).

A população brasileira está envelhecendo e, assim, ocorre um impacto na epidemiologia, pois as doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e cardiopatias, tornam-se mais frequentes e levam as pessoas a graus de disfunções e dependências, tendo comprometimento direto em como será feito o procedimento cirúrgico e os cuidados que serão tomados para que as complicações não ocorram (LUNA, *et al.* 2022).

De acordo com os dados disponibilizados no TABNET, que são quantificados por regiões, o Sudeste foi o local com mais cirurgias de média complexidade, superando até as de alta complexidade, eletivas e de urgência em todas as outras regiões. Já a região Norte realizou menos cirurgias de alta complexidade, reafirmando a diferença em termos socioeconômicos para o Sul e o Sudeste, já que essas regiões possuem mais leitos e hospitais especializados. Sendo assim, também são detentoras de maior quantidade de artigos científicos publicados na área (LUNA, *et al.* 2022).

Ainda, o trabalho destacou a falta de linguagem padrão, informações clínicas do paciente submetido às cirurgias e dados da própria cirurgia, como complexidade e classificação do grau de urgência. Destarte, as regiões Norte e Nordeste possuem poucos estudos sobre a epidemiologia de pacientes cirúrgicos, limitando uma visão mais abrangente sobre o cenário brasileiro. O termo “outras cirurgias” é utilizado como categoria para mais de 3 milhões de procedimentos não identificados, limitando ainda mais o detalhamento do panorama nacional (LUNA, *et al.* 2022).

Em outro artigo, de 2019, avaliou a tendência de internações e mortalidades em procedimentos cirúrgicos no Brasil no período de 2008 a 2016. De acordo com este, o SUS realizou uma média de 4 milhões de cirurgias por ano, com tendência crescente dos procedimentos cirúrgicos realizados, mas inferior à meta internacional e com diferenças regionais no acesso, indo de encontro ao princípio da Universalidade do SUS (COVRE, E.R. *et al.* 2019).

No tempo do estudo, o volume cirúrgico foi de 2020 cirurgias por 100.000 habitantes/ano, sendo inferior ao recomendado pela meta internacional, de 5000 cirurgias anuais por 100.000 indivíduos até 2030, a qual foi definida pelo *Lancet Commission on Global Surgery*, em 2013, para que haja um suprimento adequado das necessidades em cuidados anestésicos e cirúrgicos

(COVRE, E.R. *et al.* 2019).

Quando analisamos a distribuição geográfica dos profissionais, o estado do Sudeste é um local de infraestrutura em saúde mais desenvolvida, recebendo residentes de diversos estados brasileiros, que costumam se estabelecer lá durante sua vida profissional, acentuando cada vez mais as disparidades regionais existentes entre essa região, e também a região Sul, das outras (COVRE, E.R. *et al.* 2019).

Um dos motivos dessa distribuição desigual entre os especialistas brasileiros pode ser a falta de incentivos para empregos em regiões mais escassas. Destarte, além da falta de incentivo, muitos profissionais relatam dificuldade em se trabalhar nesses locais por baixa qualidade ou até inexistência dos materiais necessários para que ocorra um cuidado da saúde adequado (COVRE, E.R. *et al.* 2019).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro, também conhecido como Hospital Universitário de Lagarto (HUL), no município de Lagarto, Sergipe, Brasil.

O Hospital Universitário de Lagarto é um dos hospitais universitários do nordeste brasileiro regidos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), servindo como ponto de referência da atenção à saúde secundária e terciária da região Centro-Sul do estado.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo de caráter transversal, descritivo e quantitativo, derivado do estudo guarda-chuva “Epidemiologia e fatores associados ao desfecho em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência – um estudo retrospectivo”. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados (ANEXO 1) com dados coletados dos prontuários dos indivíduos.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO

Amostra do tipo não-probabilística. Estudou-se a população de pacientes, vítimas de trauma, submetidos a procedimentos cirúrgicos com abertura da cavidade abdominal, no período de 01/01/2021 a 31/12/2023.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

4.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa os pacientes que responderem a todos os critérios: 1. Indivíduos que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos de urgência/emergência no HUL após trauma; 2. A internação dos indivíduos deve ter ocorrido entre 01/01/2021 a 31/12/2023; 3. O procedimento realizado deve ter ocorrido nas dependências do HUL; 4. Indivíduos cujos procedimentos foram dos tipos laparotomia ou laparoscopia da cavidade abdominal.

4.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa: 1. Indivíduos submetidos a procedimentos em que não houve abertura da cavidade abdominal; 2. Indivíduos que possuam transferência para tratamento cirúrgico em outras instituições de saúde; 3. Pacientes submetidos a procedimentos eletivos; 4. Pacientes que evadiram após o procedimento cirúrgico; 5. Pacientes cuja cirurgia abdominal de urgência/emergência seja de etiologia não traumática.

4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Abordagem cirúrgica: Variável dicotômica que identificou os casos em que houve registro em prontuário de ocorrência de procedimento cirúrgico.

Sexo biológico: variável categórica (feminino e masculino).

Idade: variável quantitativa considerada em anos.

Procedência: variável categórica que descreve o município de residência do participante.

Escolaridade: variável categórica que descreve em graus de escolaridade o tempo dedicado à alfabetização pelo participante. O mesmo foi dividido conforme a classificação brasileira em: analfabeto (não alfabetizado; ensino fundamental incompleto (cursou a escola até pelo menos o nono ano do ensino fundamental mas não a completou); ensino fundamental completo (cursou a escola até o nono ano do ensino fundamental e a completou); ensino médio incompleto (cursou a escola até o nono ano do ensino fundamental e ao menos o terceiro ano do ensino médio, entretanto não o completou); ensino médio completo (cursou o ensino fundamental e o ensino médio e os completou); superior incompleto (iniciou a graduação em uma instituição de nível superior porém não o completou); superior completo (iniciou e concluiu a graduação em uma instituição de nível superior); absteve-se (dedicada aos participantes que preferirem não-declarar).

CID-10: variável categórica que descreve o diagnóstico que motivou a realização de procedimento cirúrgico no participante. Será descrita de acordo com a Classificação internacional da Doenças, 10ª Edição.

Presença de comorbidade: variável dicotômica que descreve se o participante apresenta ou não alguma patologia associada.

Tipo de comorbidade: variável categórica que descreve a patologia associada apresentada pelo participante. serão enfatizadas as seguintes comorbidades: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melitus (DM), presença de neoplasia, insuficiência renal. Comorbidades diversas das citadas foram nomeadas como outras e especificadas em outra caixa de texto. Pacientes sem comorbidades serão nomeados como sem comorbidades.

Alta hospitalar: variável dicotômica que identificou os casos em que houve registro em prontuário de ocorrência de alta hospitalar.

Óbito: variável dicotômica que identificou os casos em que houve registro em prontuário de ocorrência de óbito.

4.6 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Uma vez identificado um caso de abordagem cirúrgica abdominal foi aplicado o instrumento de coleta de dados (ANEXO 1).

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2024 a novembro de 2024, mediante formulário estruturado (ANEXO 1). Foi realizado por meio da ferramenta de coleta REDCAP fornecida pela EBSEH (<https://redcap.ebserh.gov.br>).

Todas as informações coletadas foram armazenadas em banco de dados computadorizado construído com uso do software estatístico IBM SPSS *Statistics* 26 (Armonk, EUA). Este programa de computador também foi utilizado para realizar as provas estatísticas, conforme orientação de especialista na área.

Estatísticas descritivas foram realizadas para todas as variáveis visando à caracterização geral da amostra do estudo. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências absoluta e relativa. Para as variáveis quantitativas contínuas e discretas foram calculados a média, o desvio padrão e a mediana.

Para identificar associações entre as variáveis de interesse e os desfechos, foram realizadas comparações entre grupos de indivíduos que evoluíram ou não a óbito e entre os que evoluíram com alta hospitalar. Nessas comparações, foi aplicado o teste Qui-Quadrado de Pearson.

O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5%.

Por fim, essas medidas foram tabuladas e organizadas para serem apresentadas na forma de resultados. Ao final, o banco de dados servirá como subsídio para a confecção de teses de conclusão de curso.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o CAAE 79215624.6.0000.0217, conforme ANEXO 2. Durante toda a pesquisa, foram respeitadas as recomendações da resolução de nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de

Saúde e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018, Brasília/DF, com relação aos aspectos éticos de sigilo, privacidade e anonimato durante todas as fases da pesquisa, por isso, os instrumentos de coleta de dados foram identificados por codificação numeral crescente e não houve o preenchimento de nenhum dado de identificação pessoal dos indivíduos. Os dados serão mantidos arquivados junto ao pesquisador responsável por um tempo mínimo de 5 anos.

4.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

Sobre os benefícios: identifica-se a possibilidade de contribuição para o desenvolvimento de conhecimentos sobre a situação epidemiológica hospitalar; auxiliar no desenvolvimento das estratégias de planejamento setorial cirúrgico; viabilizar uma maior atenção dos gestores e profissionais para a população estudada; proporcionar uma ampliação do conhecimento acadêmico da condição estudada.

Sobre os riscos: identifica-se um risco mínimo à saúde do paciente. Há uma possibilidade mínima de vazamento de dados durante eventuais falhas de sistema ou método. Será tentado ao máximo impedir essas questões, comunicando ao TI quaisquer erros que venham a ocorrer no sistema do HUL. Ademais, pretende-se utilizar softwares de bancos de dados seguros e validados, visando impedir o vazamento de dados utilizados pelo pesquisador. Além desse fato, durante a execução da pesquisa, os pacientes terão o anonimato garantido pelo uso de código do número de prontuário do mesmo.

5 RESULTADOS

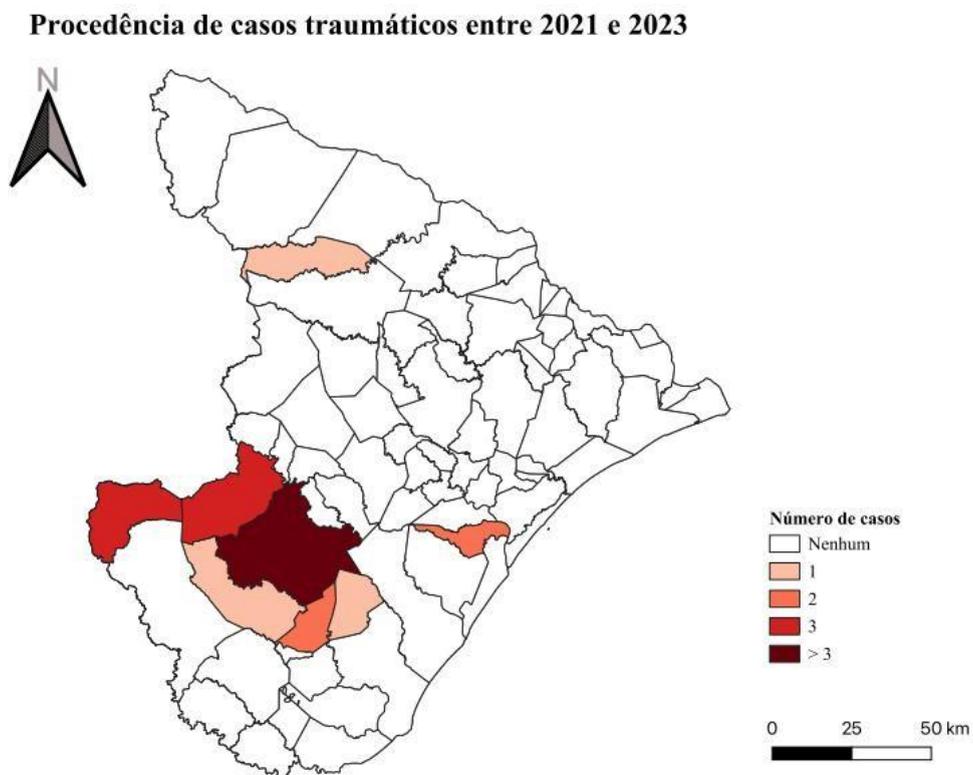


Figura 1. Procedência de pacientes traumáticos que receberam cirurgia abdominal no HUL entre 2021 e 2023.

Tabela 1. Associação estatística entre procedência e desfechos de pacientes traumáticos que receberam cirurgia abdominal no HUL entre 2021 e 2023.

Procedência	Óbito		Total (n=34)	<i>p</i> -valor*
	Sim (n=5)	Não (n=29)		
Lagarto	3	17	20 (58,82%)	0,091
Simão Dias	0	3	3 (8,82%)	
Poço Verde	0	3	3 (8,82%)	
Nossa Senhora do Socorro	0	2	2 (5,88%)	
Boquim	0	2	2 (5,88%)	
Riachão do Dantas	0	1	1 (2,94%)	
Salgado	1	0	1 (2,94%)	
Monte Alegre de Sergipe	0	1	1 (2,94%)	
Paripiranga	1	0	1 (2,94%)	

* Teste qui-quadrado

A procedência dos pacientes traumatizados operados no Hospital Universitário de Lagarto revela que a maior parte é oriunda do município de Lagarto, representando 58,82% (20 pacientes). Os demais pacientes analisados são provenientes de municípios vizinhos, com destaque para Simão Dias (8,82%), Poço Verde (8,82%), Boquim (5,88%) e Nossa Senhora do Socorro (5,88%). Municípios como Monte Alegre de Sergipe, Riachão do Dantas, Salgado e Paripiranga apresentaram uma participação menor, cada um contribuindo com 2,94% dos casos. O *p*-valor de 0,091 sugere que não há uma associação estatisticamente significativa entre a cidade de procedência dos pacientes e os desfechos.

Tabela 2. Distribuição por sexo, idade e escolaridade dos pacientes traumáticos submetidos a cirurgia abdominal no HUL entre 2021 e 2023.

Sexo	Escolaridade	N	Média da idade	Desvio-padrão da idade	Idade mínima	Idade máxima	Mediana da idade
Feminino	Médio completo	2	37,00	3,00	34	40	37
Feminino	Não alfabetizado	1	49,00	N/A	49	49	49
Feminino	Não especificado	2	36,50	18,5	18	55	36
Masculino	Fundamental completo	1	41,00	N/A	41	41	41
Masculino	Fundamental incompleto	10	38,20	20,08	19	75	30
Masculino	Médio incompleto	3	33,33	7,40	25	43	32
Masculino	Não alfabetizado	3	35,33	13,09	20	52	34
Masculino	Não especificado	11	47,64	15,19	23	72	54
Masculino	Superior incompleto	1	33,00	N/A	33	33	33

A amostra foi composta por participantes do sexo masculino e feminino, com a maioria dos pacientes sendo do sexo masculino. Quanto à idade, a média de idade dos homens foi superior em comparação com as mulheres. Em relação à escolaridade, a categoria "Não especificado" foi a mais frequente, indicando que uma parcela significativa dos participantes não informou seu nível de escolaridade. Entre os indivíduos que forneceram essa informação, verificou-se que a maior parte possuía ensino fundamental incompleto ou médio completo. O nível de escolaridade superior completo foi o menos representado na amostra.

A dispersão dos dados, representada pelo desvio padrão, indicou uma variabilidade considerável na idade dos participantes dentro de cada categoria de escolaridade. Enquanto

algumas categorias apresentaram uma distribuição homogênea, outras mostraram uma grande amplitude nos valores de idade.

Tabela 3. Associação estatística entre sexo e desfechos de pacientes traumáticos que receberam cirurgia abdominal no HUL entre 2021 e 2023.

	Óbito			<i>p</i> -valor*
	Sim (n=5)	Não (n=29)	Total (n=34)	
Masculino	3	26	29 (85,29%)	0,084
Feminino	2	3	5 (14,71%)	

* Teste qui-quadrado

Inicialmente, é importante destacar que dentre os 34 pacientes submetidos a cirurgia abdominal devido a trauma no Hospital Universitário de Lagarto, no período entre 2021 e 2023, observou-se uma predominância significativa do sexo masculino, que correspondeu a 85,29% dos casos (29 pacientes). Por outro lado, apenas 14,71% dos pacientes (5 indivíduos) eram do sexo feminino, como observado na Tabela 3. O valor de $p = 0,084$ sugere que não há uma associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre o sexo dos pacientes e o desfecho óbito.

Tabela 4. Distribuição etária de pacientes traumáticos que receberam cirurgia abdominal no HUL entre 2021 e 2023.

Distribuição Etária	Valor
Média	40,6
Desvio-padrão	16,2
Mediana	38,5

A idade média dos pacientes foi de 40,6 anos (n=34), indicando uma população predominantemente adulta. O desvio-padrão das idades apresentadas pelos pacientes foi de 16,2 anos, indicando dispersão considerável na faixa etária acometida. A mediana, por sua vez, situou-se em 38,5 anos.



Figura 2. Distribuição de escolaridade de pacientes traumáticos que receberam cirurgia abdominal no HUL entre 2021 e 2023.

A escolaridade dos pacientes também foi analisada, conforme apresentado na Figura 2. Observou-se que a categoria "Não especificado" foi a mais prevalente, correspondendo a 38,2% (n=13) dos pacientes. Entre aqueles com informações registradas, a escolaridade mais frequente foi "Fundamental Incompleto", representando 29,4% (n=10) da amostra. Em seguida, destacaram-se os pacientes "Não alfabetizados", que corresponderam a 11,7% (n=5). Pacientes com "Médio Incompleto" somaram 8,8% (n=3), enquanto "Médio Completo" e "Superior Incompleto" apresentaram frequência semelhante, com 5,9% (n=2) e 2,9% (n=1), respectivamente. Apenas 2,9% (n=1) dos pacientes concluíram o Ensino Fundamental.

Tabela 5. Associação estatística entre turno das admissões e desfechos dos pacientes traumáticos que receberam cirurgia abdominal no HUL entre 2021 e 2023.

Turno	Óbito			p-valor*
	Sim (n=5)	Não (n=29)	Total (n=34)	
Noite	3	18	21 (61,76%)	0,578
Tarde	2	7	9 (26,47%)	
Manhã	0	4	4 (11,76%)	

* Teste qui-quadrado

As admissões dos pacientes neste trabalho foram mais ocorrentes no turno da noite, com 21 casos registrados (61,76%), enquanto que o turno da tarde ocupou o segundo lugar, com 9 casos

(26,47%) e o turno da manhã o terceiro, com 5 casos (11,76%). Com relação à associação entre óbito e turno de admissão, foi encontrado um p -valor de 0,578, o que indica que não há associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre essas variáveis.

Tabela 6. Diagnósticos dos pacientes traumáticos que receberam cirurgia abdominal no HUL entre 2021 e 2023.

Diagnóstico	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Abdome Agudo	20	58,82
Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou arma não especificada	5	14,7
Traumatismos múltiplos não especificados	3	8,82
Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante	2	5,88
Ferimento da parede abdominal	2	5,88
Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	1	2,94
Corpo estranho no ânus ou reto	1	2,94
Total	34	100

Ao analisar os diagnósticos, observa-se uma quantidade significativa de casos de abdome agudo, representando 20 dos registros, 58,82% do total. Em seguida, destaca-se disparos por arma de fogo ou arma não especificada, com 5 casos (14,7% do total). Os traumatismos múltiplos não especificados apareceram em 3 casos (8,82%), enquanto que a agressão por meio de objeto cortante ou penetrante e os ferimentos da parede abdominal em 2 cada (5,88%). Outros diagnósticos apareceram com menor frequência, como a lesão autoprovocada por objeto cortante ou penetrante e a presença de corpo estranho no ânus ou reto, com 1 caso cada (2,9%).

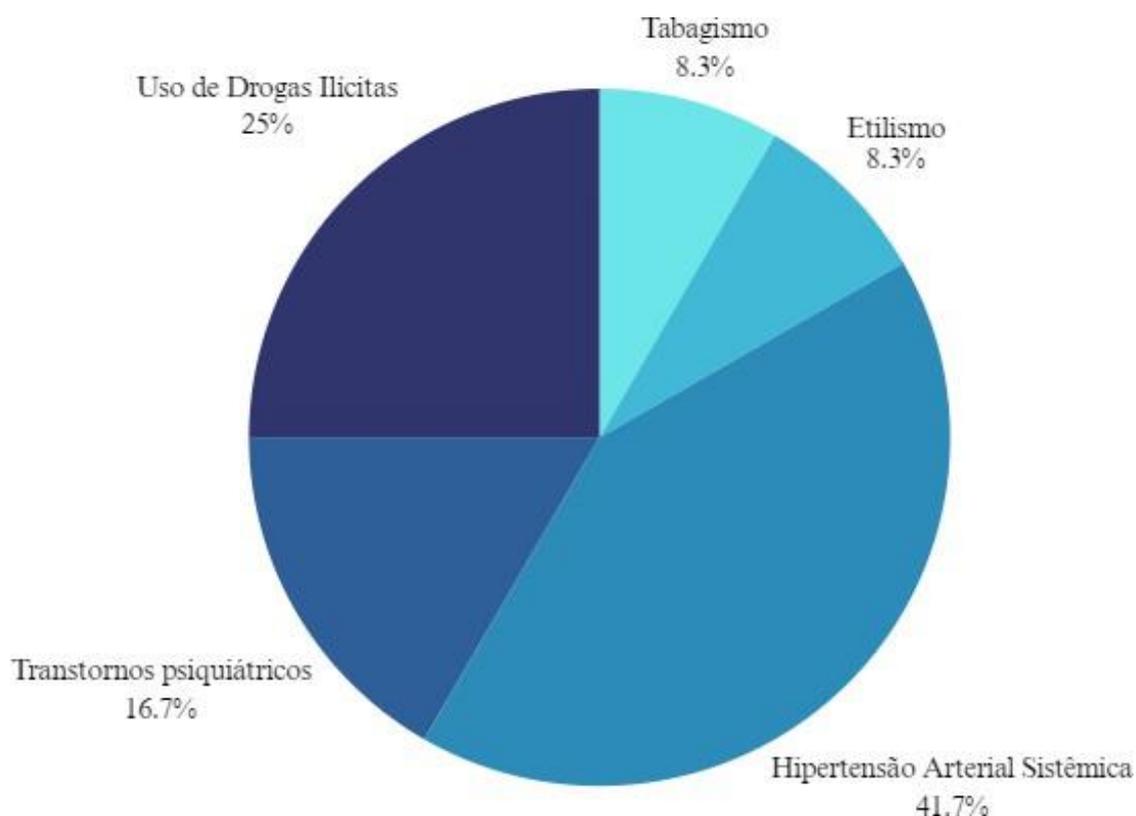


Figura 3. Comorbidades nos pacientes traumáticos que receberam cirurgia abdominal no HUL entre 2021 e 2023.

O estudo revela que, dentre os 34 pacientes avaliados, 8 (23,52%) apresentavam comorbidades, enquanto que a maioria (19 pacientes, 55,88%), não possuía condições associadas e 7 pacientes não tiveram esse dado especificado (20,58%).

A partir disso, ao analisar os pacientes com comorbidades na Figura 3, nota-se que a mais frequente foi hipertensão arterial sistêmica, presente em 5 pacientes (41,66%) do grupo com comorbidades. O uso de drogas ilícitas foi evidenciado em 3 pacientes (25%), seguido por transtornos psiquiátricos, presentes em 2 pacientes (16,66%). As comorbidades “etilismo” e “tabagismo” apareceram com menor frequência, em apenas 1 paciente cada (8,33%).

6 DISCUSSÃO

Observa-se uma discrepância acentuada entre o número de pacientes do sexo masculino e feminino submetidos a cirurgia abdominal por trauma no Hospital Universitário de Lagarto. Essa diferença entre os gêneros está em consonância com padrões epidemiológicos amplamente documentados na literatura, como demonstrado no trabalho de Fonseca, M. K. et al. (2020), que também apresenta maior prevalência de traumas em homens (91,3%; n=506). Este resultado reflete a necessidade de direcionar estratégias preventivas e educativas para este grupo, considerando a predominância masculina nos casos atendidos, especialmente em contextos de acidentes de trânsito, violência interpessoal e outras situações de risco frequentemente relacionadas a fatores ocupacionais ou comportamentais.

Outrossim, apesar de o Hospital Universitário estar localizado em Lagarto, pacientes de municípios vizinhos, que representaram 41,18% do total de atendimentos, são atendidos com certa frequência, incluindo um paciente proveniente da Bahia documentado neste estudo. Este panorama reflete o alcance regional do Hospital Universitário de Lagarto, que, além de atender à demanda local, também supre necessidades de saúde de municípios adjacentes. A diversidade de procedência destaca o papel e localização estratégica do hospital no suporte à saúde do estado.

Os resultados deste trabalho também sugerem que a população adulta jovem é particularmente vulnerável a traumas que necessitam de cirurgias abdominais, devido à idade média dos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico ser de 40,6 anos (n = 34). O desvio-padrão de aproximadamente 16,26 anos indica que as idades dos pacientes analisados apresentam uma variação significativa em torno da média. Ou seja, há uma dispersão considerável nas faixas etárias dos pacientes submetidos à cirurgia abdominal por trauma no HUL. A mediana de 38,5 anos, próxima à média, reforça a concentração de casos em adultos jovens. Este resultado está em consonância com o estudo de Aragão, D. A. et al. (2021), que demonstrou média de idade de 33,1 anos (n = 42). Embora ambos os estudos demonstrem uma concentração de traumas que necessitam de intervenção cirúrgica abdominal em adultos jovens, a média de idade encontrada em nosso estudo foi levemente superior à observada por Aragão et al. (2021), fato este que pode ser atribuído a diferenças nas características das populações estudadas ou nos critérios de inclusão.

Ademais, há uma predominância de baixa escolaridade entre os pacientes analisados, com destaque para ensino fundamental incompleto (29,4%) e não alfabetizados (14,7%), refletindo características socioeconômicas da população atendida. A menor frequência de pacientes com ensino médio completo ou superior (8,8%) corrobora estudos, como o de Møller, S. P. et al. (2019), que associam baixos índices educacionais a maiores chances de necessidade de laparotomias de

urgência. Isso decorre da limitada acessibilidade a informações preventivas e maior exposição a fatores de risco. Além disso, a elevada proporção de dados não especificados (35,3%) destaca a necessidade de melhorar o registro de informações nos prontuários hospitalares.

Com relação ao turno em que os pacientes foram admitidos, nota-se uma grande concentração de pacientes no período noturno (61,76%). Esse dado pode estar relacionado a diversos fatores, como uma possível maior incidência de eventos traumáticos nesse período, por exemplo acidentes de trânsito ou episódios de violência, que possuem maior frequência noturna por conta da redução da visibilidade, além do maior consumo de álcool nesse período. Além disso, o próprio fluxo do sistema de saúde influencia nesse quesito, pois pacientes que foram atendidos em serviços de menor complexidade podem ter necessitado de transferência para um hospital terciário ao final do dia. Destaca-se, aqui, a necessidade de estratégias para alocar recursos hospitalares para esse horário de maior movimentação, com reforço das equipes e medidas preventivas, como campanhas para conscientização e redução de acidentes e casos de violência.

Ainda, é importante analisar os diagnósticos obtidos pelos pacientes desse estudo. Através dos resultados, nota-se uma grande prevalência de abdome agudo nos diagnósticos, o que reflete a gravidade de processos clínicos que envolvem inflamação, perfuração e outros quadros urgentes. Além disso, existe uma relevância dos casos relacionados a arma de fogo ou objetos cortantes, fato este que indica a necessidade de avaliar o impacto da violência urbana e doméstica na epidemiologia de intervenções cirúrgicas de urgência. Outrossim, os casos de traumatismos múltiplos e ferimentos diversos revelam a complexidade de alguns mecanismos de trauma. Com isso, é perceptível a diversidade de diagnósticos que o Hospital Universitário de Lagarto recebe, o que reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e de uma preparação da equipe médica para lidar com diferentes situações.

Os dados obtidos através da análise das comorbidades são importantes, pois condições como hipertensão arterial e utilização de substâncias psicotrópicas podem influenciar diretamente o prognóstico do paciente e as estratégias para seu cuidado perioperatório. Os transtornos psiquiátricos e o uso de substância (drogas ilícitas, tabagismo, etilismo) destacam a vulnerabilidade desse grupo de pacientes a eventos traumáticos, como agressões e acidentes. A associação entre o uso de substâncias e a maior exposição a trauma é documentada na literatura, fator destacado no estudo de Ferreira, E. B. et al. (2022), que relatou perfil social de risco em homens jovens com hábitos de utilizar substâncias psicoativas, sendo esse uma causa do aumento da complexidade do manejo desses pacientes. A ausência de comorbidades na maioria dos pacientes (55,88%) reflete o perfil de indivíduos encontrados no estudo, em sua maioria, adultos jovens.

7 CONCLUSÃO

Os pacientes analisados neste estudo foram predominantemente adultos do sexo masculino (85,29%), com média etária de 40,6 anos. Observou-se que a maioria dos indivíduos era residente no município de Lagarto (58,82%) ou municípios vizinhos (41,18%). Além disso, a baixa escolaridade é um fator relevante, destacando a vulnerabilidade dessa população atendida.

Os principais diagnósticos encontrados foram abdome agudo (58,82%) e traumas por arma de fogo (14,7%), seguidos de traumatismos múltiplos não especificados (8,82%) e agressão por meio de objeto cortante ou penetrante (5,88%).

O turno da admissão, o sexo do paciente e o município de residência não obtiveram impacto significativamente estatístico na taxa de óbito ($p = 0,578$; $p = 0,084$; $p = 0,091$, respectivamente).

8 REFERÊNCIAS

ARAGÃO, D. A. *et al.* (2021). Sobrevida e perfil de vítimas de trauma abdominal com ou sem politrauma avaliadas pelos métodos TRISS e TRISS-like atendidas em um hospital de urgência e emergência. **Research, Society and Development**, 10(6), e47610615990. <https://doi.org/10.33448/RSD-V10I6.15990>

BRASIL. **Portal de Dados Abertos**. Hospital Universitário de Lagarto - HUL-UFS. Disponível em: <https://dados.gov.br/dados/organizacoes/visualizar/hospital-universitario-de-lagarto-hul-ufs>. Acesso em: [31/12/2024].

COPEL, W. S.; SACCO, W. J.; SCHERMER, C. R. The Revised Trauma Score. Methodology and application. **Journal of Trauma**, v. 29, n. 5, p. 612-615, 1989. DOI: 10.1097/00005373-198905000-00012.

COVRE, E.R. *et al.* (2019). Tendência de internações e mortalidade por causas cirúrgicas no Brasil, 2008 a 2016. **Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, 46(1), e1979. <https://doi.org/10.1590/0100-6991E-20191979>

DHARAP, S. B.; BARBANIYA, P.; NAVGALE, S. Incidence and Risk Factors of Postoperative Complications in General Surgery Patients. **Cureus**, v. 14, n. 11, 1 nov. 2022.

FERREIRA, E. B. *et al.* (2022). Ocorrência da laparotomia de urgência e fatores de risco associados à relaparotomia. **Rev. Urug. Enferm**, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.33517/RUE2022V17N1A3>

FONSECA, M. K. *et al.* (2020). Avaliação dos escores de trauma em pacientes submetidos à laparotomia exploradora. **Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, 47, e20202529. <https://doi.org/10.1590/0100-6991E-20202529>

FOX, M. P. *et al.* (2022). On the Need to Revitalize Descriptive Epidemiology. **American Journal of Epidemiology**, 191(7), 1174. <https://doi.org/10.1093/AJE/KWAC056>

IBM CORP. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp., 2019.

LUNA, A. A. *et al.* (2022) Perfil epidemiológico do paciente cirúrgico no Brasil. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, 12(38), 32–41. <https://doi.org/10.24276/RRECIEN2022.12.38.32-41>

MOISÉS, G. *et al.* **Mortalidade no pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgias de emergência**. Uma revisão integrativa. 2021.

MØLLER, S. P., *et al.* (2019). Socio-economic disparity in risk of undergoing emergency laparotomy and postoperative mortality. **Sage Journals**. 48(3), 250–258.

<https://doi.org/10.1177/1403494819857619>

PHILIP, J. L. *et al.* Effect of transfer status on outcomes of emergency general surgery patients. **Surgery**, v. 168, n. 2, p. 280-286, 2020.

RAMSAY, G. *et al.* Causes of death after emergency general surgical admission: population cohort study of mortality. **BJS open**, v. 5, n. 2, 2021.

SILVA, J. M. *et al.* (2020). Epidemiologia e desfecho dos pacientes de alto risco cirúrgico admitidos em unidades de terapia intensiva no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 32(1), 17–27. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200005>

9 ANEXO/APÊNDICE

ANEXO I - Instrumento de coleta de dados

1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Vítima de trauma: () Sim () Não.

Data da admissão: _____/_____/_____

Data da alta: _____/_____/_____

Prontuário: _____

Idade: _____ () anos () meses () dias. Sexo Biológico: () M () F

Cor: () Branco(a) () Negro(a) () Amarelo(a). () Pardo(a). () Não informada

Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Outros () Não informada

Escolaridade: () não alfabetizado () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Não informada

Profissão: _____

Procedência (município): _____

CID: _____

2. DADOS CLÍNICOS:

FR: _____ IRPM

FC: _____ bat/min

PAS: _____ mmHg

Oximetria _____ SpO₂

Tax: _____ °C

ECGL: _____

Comorbidade: () Sim () Sem comorbidades.

Qual? () DM () HAS () Neoplasia () Insuficiência renal () Outro. Qual? _____

3. DADOS LABORATORIAIS:

Pré-operatório

Hb: _____ Leuco: _____ Cr: _____

_____ Alb: _____

2º Pós-operatório

Hb: _____ Leuco: _____ Cr: _____

_____ Alb: _____

7º Pós-operatório

Hb: _____ Leuco: _____ Cr: _____

_____ Alb: _____

4. DADOS REFERENTES À CIRURGIA E AO PÓS-OPERATÓRIO

Cirurgia: _____

Complicação pós-operatória: () Sim () Não.

Qual? () ITU () Pneumonia. () ICS. () TVP. () TEP () Infecção de sítio cirúrgico ()
fístula () Evisceração () Outros

Tempo para a complicação: _____ dias.

Reabordagem: () Sim () Não.

Tempo de internação: _____ dias.

5. ESCORES DE TRAUMA (PREENCHER APENAS PARA AS VÍTIMAS DE TRAUMA):

RTS: _____

6. DESFECHO:

() ALTA

() ÓBITO.

Pesquisador: _____

ANEXO II – Parecer de aprovação do CEP/UFS LAG HUL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EPIDEMIOLOGIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESFECHO EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA & UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Pesquisador: Daniel Vieira de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79215624.6.0000.0217

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto - Departamento de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.929.238

Apresentação do Projeto:

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2279917.pdf 12/06/2024 e PD_EPIDEMIOLOGIA_FATORES_ASSOCIADOS_DESFECHO_PACIENTES_SUBMETIDOS_PROCEDIMENTOS_CIRURGICOS_URGENCIA_EMERGENCIA_RETROSPECTIVO_MODIFICADO.docx> postado em 12/06/2024).

APRESENTAÇÃO:

As cirurgias de urgência e emergência correspondem a um relevante preditor de mortalidade, devido ao impacto logístico e à demanda profissional

no centro cirúrgico. Além disso, há outros fatores, como o tempo, os materiais e insumos necessários à realização da intervenção que influenciam no

desfecho, já que cada segundo desde a admissão até o pós-operatório pode implicar diretamente na sua sobrevida (MOISÉS; SILVEIRA, 2021).

As cirurgias, sejam elas de urgência, emergência ou eletivas, não são isentas de complicações pós-operatórias, constituindo uma área de

preocupação e afetando a qualidade da assistência cirúrgica e a segurança do paciente. Essas

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

complicações podem ser menores, que se resolvem sem danos ao paciente, ou incidentes graves que podem trazer ameaça à vida e precisar de múltiplas intervenções. Dentre as mais comuns, estão as infecções de sítio cirúrgico, a sepse e a descompensação dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal e neurológico e, em caso de cirurgias abdominais, as fístulas intestinais, o íleo paralítico e as coleções intra-abdominais também são frequentes (DHARAP et al., 2022; FERREIRA et al., 2021; MOISÉS; SILVEIRA, 2021).

As complicações são variadas, podendo afetar diversos sistemas do corpo ou serem específicas da cirurgia, da comorbidade, da anestesia, dentre outros. Dessa forma, é importante para o atendimento do paciente que as complicações sejam minimizadas, os fatores de risco sejam bem esclarecidos e compreendidos pelos cirurgiões. (DHARAP et al., 2022).

Ademais, tais procedimentos cirúrgicos representam uma parcela substancial das intervenções em Cirurgia Geral, ocupando metade dos leitos no Reino Unido e 3 milhões nos EUA anualmente. Indivíduos submetidos à cirurgia de emergência, independentemente do tipo de intervenção cirúrgica, enfrentam um risco de mortalidade oito vezes maior do que em cirurgias eletivas, persistindo após a alta, especialmente, entre idosos e pacientes com comorbidades (PHILIP, 2020; RAMSAY, 2021).

A estimativa da gravidade do traumatismo é uma preocupação constante da equipe que atende essas vítimas, uma vez que a adequada definição da gravidade e pode prever o desfecho do paciente. Para tanto, os índices de trauma foram criados para uniformizar a linguagem no traumatismo, analisar a qualidade do atendimento prestado, quantificar e avaliar a gravidade das lesões anatômicas. O Revised Trauma Score (RTS) é calculado pela soma dos produtos de coeficiente atribuído a Escala de Coma de Glasgow, a frequência respiratória e a pressão arterial sistólica. Para cada variável é dada uma pontuação, que varia de zero a quatro pontos. Calculado na admissão hospitalar, o escore do RTS pode variar de zero a 7,8408. Quanto maior o valor, menor a gravidade do traumatismo (Balogh et al., 2003; Baker et al., 1974; Dijkland et al., 2020; Domingues et al., 2011; Osler, Baker e Long, 1997).

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cephulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

Abbreviated Injury Scale (AIS) ainda é utilizado como meio de quantificar a gravidade das lesões corpóreas. A codificação AIS varia de 1 (gravidade mínima) a 6 (lesões incompatíveis com a vida) (Haasper et al., 2010).

O Injury Severity Score (ISS) foi desenvolvido por Baker, O'Neil, Haddon e Long em 1974, pautado na fragilidade do AIS em estimar a gravidade e

a mortalidade das vítimas de traumatismos. Permite estabelecer uma medida prognóstica para vítimas com múltiplas lesões ao analisar seis regiões

corpóreas e é considerado padrão-ouro para a estratificação de gravidade do traumatismo. Consiste na soma dos quadrados dos três maiores

escores AIS de três regiões corpóreas distintas. Para este cálculo, o corpo humano é dividido em seis regiões corpóreas: cabeça e pescoço, face,

tórax, abdome e conteúdo pélvico, extremidades e cintura pélvica, superfície externa¹⁹. O ISS tem sido considerado um dos melhores índices de

gravidade por mais de 20 anos, além de ser amplamente utilizado em pesquisas de seguimento de trauma em todo o mundo, mesmo apresentando

a limitação de não considerar mais de uma lesão por segmento corpóreo, o que, para alguns autores, diminui a sua acurácia em estimar a gravidade

do traumatismo (Baker et al., 1974).

Levando em consideração as limitações do ISS, o New Injury Severity Score (NISS) foi criado a partir da identificação de falhas no cálculo do ISS

que resultavam em subestimativa da gravidade global do paciente. O NISS é calculado a partir das somas dos quadrados dos 3 maiores escores

AIS, independentemente da localização²⁵. Entretanto, nenhum estudo demonstrou superioridade do NISS como preditor de mortalidade²⁶. Outros

trabalhos mostram o NISS como melhor preditor de tempo de hospitalização e de tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em

vítimas de TCE moderado e grave, sendo mais acurado em identificar alto risco de internação hospitalar prolongada e tempo de permanência

prolongado em UTI (Balogh et al., 2003).

O Trauma and Injury Severity Score (TRISS) estima a probabilidade de sobrevivência da vítima de traumatismos. Para o cálculo considera-se o indicador

anatômico (ISS), o indicador fisiológico (RTS) e estima-se a reserva funcional do paciente pela idade. Seu cálculo é derivado da razão entre 1 sobre

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

1 mais a constante neperiana elevada ao inverso de b, havendo um valor de b para traumatismo contuso e um valor de b para traumatismo penetrante (Champion et al., 1990).

Levando-se em consideração a mesma observação em relação ao ISS feita por Osler (Osler, Baker e Long, 1997), foi proposto inicialmente um novo cálculo do TRISS tendo como base a mesma fórmula, com a substituição do valor do ISS pelo NISS. Em virtude da dificuldade de cálculo do RTS,

alterado pela intervenção dos serviços de atendimento pré-hospitalar (APH), a saturação periférica de oxigênio (SaO₂) ganhou lugar como parâmetro respiratório em situações de emergência, pois permite avaliar a qualidade da perfusão tecidual em pacientes traumatizados e é rápida e fácil de medir. Em relação ao Escore na Escala de Coma de Glasgow (ECGI), a literatura propõe substituir o escore total da escala pelo valor do item

Melhor Resposta Motora (MRM). Estes novos modelos demonstraram precisão acima de 89,0% e semelhança de desempenho entre si. Além disso, eles exibiram capacidade discriminatória semelhante à do original e do TRISS ajustado para a população do estudo. Por fim, para o cálculo do New Trauma and Injury Severity Score (NTRISS), autores propuseram ajustes ao TRISS, o que resultou em três novos modelos: NTRISS-like, TRISS SpO₂ e NTRISS-like SpO₂ (Domingues et al., 2011).

No que concerne a fatores que interferem no desfecho clínico dos pacientes, um estudo de comparação entre a transferência inter-hospitalar e a admissão direta associa piores desfechos a indivíduos que precisam do deslocamento entre hospitais, mesmo após ajustes para características do paciente e do hospital. Assim, pacientes transferidos têm maior probabilidade de complicações, o que requer custos mais elevados. Fatores como localização do hospital e dia da semana de admissão também influenciam os resultados. Essas descobertas destacam a necessidade de estratégias específicas para esse grupo de pacientes, visando melhorar os seus desfechos (PHILIP, 2020).

Além disso, outro fator que pode influenciar no desfecho das cirurgias é a anemia. Anemia é uma síndrome clínica que corresponde à diminuição da hemoglobina sérica, geralmente assintomática, mas podendo cursar com astenia, dispneia, palpitações, palidez ou cianose. Considera-se anemia

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cephulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

indivíduos com níveis séricos de hemoglobina menores que 12 g/dL para mulheres, 11 g/dL para gestantes e 13 g/dL para homens. A anemia é uma alteração comum em pacientes cirúrgicos, seja no pré-operatório e por deficiência de ferro, perda de sangue ou inflamações e ou no pós-operatório, por disabsorção, perda sanguínea perioperatória, dentre outras causas. Requer investigação etiológica, a partir da solicitação de exames laboratoriais, como hemograma, contagem de reticulócitos, ferro sérico, capacidade total de ligação de ferro, ferritina, vitamina B12 e níveis de folato. E deve ser realizada também a investigação de hepatopatias e de esplenomegalia e devem ser solicitados exames pélvicos e retais. Atualmente, há vários estudos sobre a correlação entre anemia, transfusão sanguínea, infusão de ferro e eritropoetina pré-operatórias com os desfechos, complicações pós-cirúrgicas, como atraso na cicatrização de feridas e mortalidade. Porém, os relatos ainda são díspares. Portanto, o tratamento pré-operatório e o manejo da anemia são apropriados para um paciente portador de anemia (DE SANTIS, 2019; FOWLER, 2015; SABISTON, 2021). A American Association of Blood Banks (AABB) desenvolveu uma diretriz que fornece recomendações clínicas para intervenção de pacientes anêmicos. Em geral, não deve-se intervir em pacientes assintomáticos e sem sinais de hemorragias ativas, com contagem de hemoglobina sérica maior que 10 g/dL. A faixa considerada para transfusão é de 7 g/dL a 8 g/dL. Em pacientes adultos e pediátricos internados em UTI, a transfusão deve ser realizada com valores iguais ou inferiores a 7 g/dL. No entanto, pacientes no pós-operatório devem ser considerados à transfusão com valores séricos iguais ou abaixo de 8 g/dL ou que apresentem sintomas como dor torácica, hipotensão ortostática, taquicardia persistente à ressuscitação volêmica. Já para pacientes com isquemia em curso, deve-se considerar o valor de 10 g/dL. Além disso, em casos de perda sanguínea a partir de 30%, a transfusão sanguínea também deve ser considerada, havendo indicação para perdas a partir de 40% (SABISTON, 2021). Ademais, há outras questões que influenciam na ocorrência de complicações, como a duração da permanência do paciente no pré-operatório, o

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

tempo cirúrgico, a presença de infecções coexistentes, a classificação ASA elevada, o preparo do paciente em relação à antissepsia do sítio cirúrgico, a realização inadequada de técnicas assépticas, como higienização insuficiente das mãos, o uso de ventilação mecânica, as iatrogenias e os fatores associados ao ambiente, como a abertura de portas e a distração na sala de operação (MOISÉS; SILVEIRA, 2021).

Uma complicação cirúrgica que pode ocorrer é a infecção do sítio cirúrgico, que representa um risco à segurança do paciente. A sua incidência varia entre 2% a 27% na cirurgia geral, com ocorrência elevada em países em desenvolvimento, o que resulta em taxas de infecção de duas a cinco

vezes maiores do que em países desenvolvidos. Um estudo evidencia que fatores, como níveis de contaminação da ferida, gênero masculino, malignidade e duração da profilaxia antibiótica perioperatória, influenciam nas taxas de infecção do sítio cirúrgico (ALP et al., 2014). Existem outros fatores de risco para a complicação, como o tipo de procedimento cirúrgico, a experiência do cirurgião, o tempo de permanência pré-operatório, os procedimentos gastrointestinais inferiores e as cirurgias que foram realizadas na modalidade de emergência. Estratégias para controlar fatores modificáveis parecem melhorar os resultados do pós-operatório (ISIK et al., 2015).

Além disso, após laparotomias recentes, eviscerações intestinais podem ocorrer em deiscência de ferida operatória. A evisceração consiste na separação da pele e músculo de forma aguda no pós-operatório de forma não intencional por falha no fechamento da incisão; logo, é considerada

uma complicação do fechamento primário de incisão laparotômica. A incidência de deiscência fascial varia entre 0,5 a 5 % de todas laparotomias. Os

órgãos que mais sofrem evisceração são intestino delgado (70 %), intestino grosso (26 %) e estômago (3%). Envolve alta morbidade, que varia entre

25 a 45 %, com permanência hospitalar prolongada associada a custos elevados. Ademais, a evisceração pode evoluir com outras complicações,

como a perda de domínio abdominal, que corresponde a um defeito na parede abdominal de tal extensão em que há retração dos músculos

abdominais e não é possível acomodar as vísceras, de forma que ocorre protrusão fora da parede abdominal (ROCHA et al., 2023; SHABHAY et al.,

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cephulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

2022).

É importante destacar também como importante complicação decorrente de cirurgia abdominal a lesão renal aguda, visto que, além de aumentar o

tempo de internação e o risco de morte no pós-operatório, pode tornar o paciente doente renal crônico e aumentar a chance de sua mortalidade a

longo prazo. Na literatura, há inúmeros estudos comparando a lesão renal aguda com as cirurgias cardíacas, mas novos estudos mostraram que a

cirurgia abdominal é um fator relevante também. O risco de morte é 12,6 x maior no paciente submetido a procedimento cirúrgico no abdome

quando apresenta no pós-operatório a lesão renal aguda (O'CONNOR; KIRWAN; PEARSE; PROWLE, 2015).

Os critérios de KDIGO para a lesão renal aguda usam como base o aumento da creatinina sérica de 26,5 μ mol/L durante 48 horas ou um aumento

de 50% da creatinina sérica basal, caso tenha ocorrido durante 7 dias, e/ou débito urinário menor que 0,5 mL/kg/h durante 6 horas. Ademais, o

estadiamento é baseado na creatinina sérica basal e no débito urinário e nas suas mudanças ao longo do tempo (LONG; HELGASON;

HELGADOTTIR et al., 2016).

Um estudo realizado no Hospital Universitário da Islândia seguindo os critérios KDIGO mostrou a incidência de LRA após cirurgia abdominal com

base nos procedimentos feitos. A cirurgia do esôfago foi a principal responsável por tornar o paciente estágio I dos critérios de KDIGO. Em relação

ao estágio II, a laparotomia exploratória foi a principal causa. Por fim, as cirurgias pancreáticas foram as principais para levar o paciente ao estágio

III. A maioria dos pacientes preencheu os critérios de LRA nos primeiros 3 dias pós-operatórios (LONG; HELGASON; HELGADOTTIR et al., 2016).

Existem fatores de risco específicos que aumentam a chance de uma cirurgia no aparelho abdominal levar a uma injúria renal, sendo eles:

insuficiência renal prévia, hipertensão intra-abdominal, transfusão de sangue, preparo intestinal, desidratação perioperatória, uso de agentes de

contraste e drogas nefrotóxicas. Dentre esses, o fator de risco mais importante é a insuficiência renal pré-operatória, visto que a maioria dos

pacientes podem estar assintomáticos antes da intervenção cirúrgica. Por isso, é importante

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000

UF: SE **Município:** LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cephulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

identificar fatores característicos (obesidade, tabagismo e abuso de álcool), doenças comuns (diabetes, hipertensão e doença vascular periférica) associados à doença renal crônica e avaliar a taxa de filtração glomerular pré-operatória (AN; SHEN; YE, 2017).

Outrossim, caso o paciente desenvolva complicações cirúrgicas e precise de internação para melhora clínica, pode ocorrer uma complicação secundária bem comum: a pneumonia hospitalar. Essa doença pode acometer indivíduos hospitalizados por mais de 48 h, causando morbidade e mortalidade significativas, devido à dificuldade de diagnóstico, por amplo diagnóstico diferencial para pacientes com necessidades crescentes de oxigênio, leucocitose e em contato com secreções hospitalares (MODI; KOVACS, 2020).

Quanto à mortalidade pós-cirúrgica, dados apontam que a idade e o estado nutricional influenciam nas causas de óbito; em jovens, há maior incidência de autodano e de estilo de vida insatisfatório, com o abuso de substâncias, enquanto em idosos, existem mais casos relacionados a comorbidades (diabetes mellitus e obesidade, por exemplo), a câncer, a demências e a patologias cardiorrespiratórias, o que sugere a necessidade de classificação de risco padronizada desde a admissão do paciente, para que haja otimização de cuidados (MOISÉS; SILVEIRA, 2021; RAMSAY, 2021).

Sendo assim, as cirurgias abdominais são as que possuem maior índice de mortalidade no pós-operatório, principalmente, a laparotomia exploratória, que é uma cirurgia de grande porte que envolve uma incisão vertical em toda a extensão do abdome. Há também outros procedimentos cirúrgicos que fazem parte dessa categoria de maior número de óbitos: a apendicectomia, cirurgias relacionadas a trauma hepático e as gastrointestinais (MOISÉS; SILVEIRA, 2021).

Hipótese:

Diante da situação exposta, identifica-se um extenso impacto no âmbito de saúde dos pacientes internados submetidos a procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência, visto que as chances de complicações são reais e, conhecendo os riscos, modificam-se os desfechos dos pacientes.

Além disso, é verificado também que o conhecimento que há de ser criado no âmbito do

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

Hospital Universitário de Lagarto (HUL) pode ajudar no aprimoramento de protocolos e de fluxogramas para assistência à saúde na urgência e emergência, bem como de fatores epidemiológicos associados aos desfechos e à qualidade de vida dos pacientes. Esse cenário reforça a necessidade de uma análise ampla dos principais aspectos relacionados às cirurgias de urgência e emergência buscando promover um melhor ambiente de saúde para os pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o perfil epidemiológico, as complicações mais frequentes, a mortalidade e os fatores associados aos desfechos em indivíduos que foram

submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre a cavidade abdominal no Hospital Universitário de Lagarto (HUL).

Objetivo Secundário:

Subgrupo dos indivíduos vítimas de trauma submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre a cavidade abdominal: Relatar o perfil epidemiológico

destes indivíduos; Conhecer as complicações mais frequentes em indivíduos vítimas de trauma que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos

sobre a cavidade abdominal no HUL; Identificar os fatores associados à mortalidade e às complicações em indivíduos vítimas de traumatismos que

foram submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre a cavidade abdominal; Descrever as vísceras abdominais mais acometidas; Calcular os escores

de trauma dos indivíduos que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre a cavidade abdominal no Hospital Universitário de Lagarto (HUL);

Comparar o desempenho do RTS, ISS, NISS, TRISS e NTRISS como preditor prognóstico para o óbito e para complicações em indivíduos que

foram submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre a cavidade abdominal no Hospital Universitário de Lagarto (HUL). Comparar o desempenho dos

achados clínicos e dos exames laboratoriais como preditores prognósticos para o óbito e para complicações em indivíduos vítimas de trauma que

foram submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre a cavidade abdominal no Hospital Universitário de Lagarto (HUL). Identificar a acurácia na

predição de mortalidade em indivíduos vítimas de traumatismos que foram submetidos a

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cephulag@ufla.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

procedimentos cirúrgicos sobre a cavidade abdominal;

Observar se os escores prognósticos apresentam bom desempenho na predição às complicações em indivíduos vítimas de traumatismos que foram

submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre a cavidade abdominal;

Subgrupo dos indivíduos submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre a cavidade abdominal de causas não traumáticas: Descrever o perfil

epidemiológico destes indivíduos; Conhecer as complicações mais frequentes em indivíduos que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre

a cavidade abdominal no HUL por causas não-traumáticas; Identificar os fatores associados à mortalidade e às complicações dos indivíduos que

foram submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre a cavidade abdominal de etiologia não-traumática;

Comparar os achados de sinais vitais e de

exames laboratoriais como preditores prognósticos para o óbito e para as complicações em indivíduos que foram submetidos a procedimentos

cirúrgicos sobre a cavidade abdominal de origem não-traumática no Hospital Universitário de Lagarto (HUL);

Relatar as patologias com maior

frequência.

Objetivo acadêmico: Criar um banco de dados que servirá de subsídio para teses de conclusão do curso de Medicina da Universidade Federal de

Sergipe, campus Antônio Garcia Filho em Lagarto/SE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Sobre os riscos: não se identifica risco à saúde do participante do estudo por se tratar de estudo retrospectivo, com dados secundários. Há uma

possibilidade mínima de vazamento de dados durante a execução do estudo, para isso serão utilizadas medidas de proteção ao sigilo,

confidencialidade e anonimato dos prontuários dos participantes, como a utilização de pendrives com arquivos protegidos por senha para

armazenamento das informações coletadas e armazenados por cinco anos. Ademais, utilizar-se-ão softwares de bancos de dados seguros para

análise estatística, visando impedir o vazamento de quaisquer dados utilizados pelo pesquisador. Caso haja a necessidade do uso do Instrumento

de Coleta de Dados físico, os dados coletados serão convertidos em arquivo digital em até 24h

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cephulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

e o Instrumento de Coleta de Dados físico será destruído por fragmentadora de papel após a conversão em arquivo digital salvo em pendrive e armazenado por cinco anos.

É importante ressaltar que por se tratar de um estudo retrospectivo, não haverá a coleta de dados relativos à situação vivenciada pelo indivíduo do prontuário, contato com o participante de pesquisa ou qualquer tipo de intervenção ao participante. Nosso estudo é retrospectivo, com dados secundários em banco de dados, esta pesquisa não tem como objetivo investigar a situação vivenciada que teria ocasionado o trauma físico, mas sim os dados epidemiológicos relacionados à realização de procedimentos cirúrgicos, sejam estes de causa traumática ou não-traumática.

Benefícios:

Sobre os benefícios: identifica-se a possibilidade de contribuição para o desenvolvimento de conhecimentos sobre a situação epidemiológica hospitalar; fomentar a tomada de decisão e implementação de recursos públicos; auxiliar no desenvolvimento das estratégias de planejamento setorial cirúrgico; viabilizar uma maior atenção dos gestores e profissionais para a população estudada; proporcionar uma ampliação do conhecimento acadêmico da condição estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa: <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2279917.pdf 12/06/2024 e PD_EPIDEMIOLOGIA_FATORES_ASSOCIADOS_DESFECHO_PACIENTES_SUBMETIDOS_PROCEDIMENTOS_CIRURGICOS_URGENCIA_EMERGENCIA_RETROSPECTIVO_MODIFICADO.docx> postado em 12/06/2024).

TIPO DE ESTUDO:

5.1. Local de realização da pesquisa

O estudo retrospectivo, secundário com análise de dados dos prontuários dar-se-á nas instalações do Hospital Universitário de Lagarto (HUL). O HUL é um hospital que atende ao contingente populacional da região Centro-Sul de Sergipe, possui 97 leitos de internação, centro cirúrgico composto por 4 salas de cirurgia e CME, além de 10 leitos de UTI geral (EBSERH, 2022). A pesquisa se dará após a autorização do hospital para acessar o sistema de banco de dados e dos prontuários físicos os pesquisadores conferirão e/ou realizarão a

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cephulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

anonimização dos dados dos prontuários para preenchimento do instrumento de coleta de dados.

5.2 Amostra e população a ser estudada

Amostra do tipo não probabilística. Deseja-se estudar a população de pacientes, vítimas de trauma ou não, submetidos a procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência em que houve abertura da cavidade abdominal. Estima-se que no período entre 01/01/2016 a 31/12/2023 a amostra do estudo será de aproximadamente 1.200 (mil e duzentos) prontuários analisados.

5.3. Critérios de inclusão e exclusão

Serão incluídos na pesquisa os pacientes que responderem a todos os critérios: 1. Indivíduos que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos de urgência/emergência do HUL; 2. A internação dos indivíduos deve ter ocorrido entre 01/01/2016 e 31/12/2023; 3. O procedimento realizado deve ter ocorrido nas dependências do HUL; 4. Indivíduos cujos procedimentos forem dos tipos laparotomia ou laparoscopia da cavidade abdominal

Serão excluídos da pesquisa: 1. Indivíduos que não foram submetidos a procedimentos cirúrgicos; 2. Indivíduos submetidos a procedimentos em que não houve abertura da cavidade abdominal; 3. Indivíduos que possuam transferência para tratamento cirúrgico em outras instituições de saúde; 4. A internação dos indivíduos não deve ter ocorrido entre 01/01/2016 a 31/12/2023; 5. Pacientes submetidos a procedimentos eletivos.

5.4. Método a ser utilizado:

Trata-se de um estudo de caráter transversal, descritivo e quantitativo. Pretende-se utilizar o instrumento de coleta de dados (ANEXO 1) com dados coletados dos prontuários dos indivíduos. Essa análise será realizada de forma retrospectiva. Uma vez identificado um caso de abordagem cirúrgica abdominal será aplicado o instrumento (ANEXO 1).

Todas as informações coletadas serão armazenadas em banco de dados computadorizado construído com uso do software estatístico. Este programa de computador também será utilizado para realizar as provas estatísticas, conforme orientação de especialista na área.

Estatísticas descritivas serão realizadas para todas as variáveis visando à caracterização geral da amostra do estudo. As variáveis qualitativas serão descritas por meio de frequências absoluta e relativa. Para as variáveis quantitativas contínuas e discretas serão calculados a

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

média, o desvio padrão, a mediana e sua variação.

Para identificar associações entre as variáveis de interesse e os desfechos, serão realizadas comparações entre grupos de indivíduos que apresentaram ou não com complicações e entre grupos de indivíduos que evoluíram à óbito e entre os que evoluíram com alta hospitalar. Nessas comparações, podem ser aplicados os testes Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, teste t-Student para duas amostras, teste de Wilcoxon-Mann Whitney e teste de Brunner-Munzel.

Nos escores obtidos pelo ISS, NISS, RTS, TRISS e NTRISS nos indivíduos será verificado o desempenho do índice prognóstico pela área sob a curva da Receiver Operating Characteristic Curve (ROC). Uma área sob a curva (AUC) $\geq 0,5$ indica que o modelo apresenta baixo poder discriminatório, enquanto AUC $\geq 0,8$ indica que o modelo apresenta boa discriminação para prever o desfecho. Para cada um dos desfechos analisados foram identificados sensibilidade, especificidade, intervalo de confiança, valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e acurácia. Para análise da acurácia foi realizado o teste de coeficiente de Kappa. O ponto de corte para cada índice foi estabelecido pelo índice J de Youden, que considerou a melhor especificidade e sensibilidade, concomitantemente à variável analisada.

O nível de significância adotado em todas as análises será de 5%.

Por fim, essas medidas serão tabuladas e organizadas para serem apresentadas na forma de resultados. Ao final, o banco de dados servirá como subsídio para a confecção de teses de conclusão de curso.

5.5 Variáveis do estudo

5.5.1. Variável dependente

Abordagem cirúrgica: Variável dicotômica que identificou os casos em que houve registro em prontuário de ocorrência de procedimento cirúrgico.

5.5.2. Variáveis Independentes

5.5.2.1. Variáveis sociodemográficas

Sexo biológico: variável categórica (feminino e masculino).

Idade: variável quantitativa considerada em anos.

Procedência: variável categórica que descreve o município de residência do participante.

Profissão: variável categórica que descreve a atividade laborativa do participante.

Escolaridade: variável categórica que descreve em graus de escolaridade o tempo dedicado à

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

alfabetização pelo participante. O mesmo foi dividido conforme a classificação brasileira em: analfabeto (não alfabetizado; ensino fundamental incompleto (cursou a escola até pelo menos o nono ano do ensino fundamental mas não a completou); ensino fundamental completo (cursou a escola até o nono ano do ensino fundamental e a completou); ensino médio incompleto (cursou a escola até o nono ano do ensino fundamental e ao menos o terceiro ano do ensino médio, entretanto não o completou); ensino médio completo (cursou o ensino fundamental e o ensino médio e os completou); superior incompleto (iniciou a graduação em uma instituição de nível superior porém não o completou); superior completo (iniciou e concluiu a graduação em uma instituição de nível superior); absteve-se (dedicada aos participantes que preferirem não-declarar).

CID-10: variável categórica que descreve o diagnóstico que motivou a realização de procedimento cirúrgico no participante. Será descrita de acordo com a Classificação internacional da Doenças, 10ª Edição.

5.5.2.2. Variáveis clínico-laboratoriais

Frequência respiratória (FR): variável quantitativa discreta expressa em incursões respiratórias por minuto ζ IRPM, que permite definir se o participante apresenta no pós-operatório bradipneia, frequência respiratória normal ou taquipneia. Nas análises de associação, as vítimas foram agrupadas segundo FR normal (12 a 20 IRPM) e FR alterada (<12 ou >20 IRPM), apresentando bradipneia os participantes com FR <12 IRPM e taquipneia os participantes com FR >20 IRPM.

Frequência cardíaca (FC): variável quantitativa discreta, expressa em batimentos por minuto (bat/min) que permite definir se o participante apresenta no pós-operatório bradicardia, frequência cardíaca normal ou taquicardia. Bradicardia foi definida como FC <50 bat/min. Frequência cardíaca normal foi definida como 50 bat/min ζ FC ζ 100 bat/min. Taquicardia foi definida como FC >100 bat/min.

Pressão arterial sistólica (PAS): variável quantitativa contínua, apresentada em milímetros de mercúrio (mmHg) que auxiliará no cálculo dos escores de trauma.

Oximetria de pulso: variável quantitativa discreta, expressa em porcentagem, verificada através de oxímetro de pulso, que permite definir se o participante apresenta no pós-operatório hipóxia ou oximetria normal. Hipóxia foi definida como valores menores que 90%. Valores encontrados acima de 90% foram considerados oximetria normal.

Temperatura axilar: variável quantitativa discreta, expressa em graus Celsius, verificada por

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cephulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

termômetro, que permite definir se participante apresenta-se com hipotermia, afebril ou febril. A temperatura axilar normal foi definida como uma faixa entre 35°C e 37.8°C, classificando, portanto, valores acima dessa faixa como febril e abaixo deste intervalo como hipotermia.

Escore na escala de coma de Glasgow: variável categórica que descreve o estado mental do participante com base na orientação no tempo e espaço. Pode ser mensurado por meio da Escala de Coma de Glasgow que avalia abertura ocular, resposta verbal e melhor resposta motora do indivíduo.

Presença de comorbidade: variável dicotômica que descreve se o participante apresenta ou não alguma patologia associada.

Comorbidade: variável categórica que descreve a patologia associada apresentada pelo participante. serão enfatizadas as seguintes comorbidades: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melitus (DM), presença de neoplasia, insuficiência renal. Comorbidades diversas das citadas serão nomeadas como outras. Pacientes sem comorbidades serão nomeados como sem comorbidades.

Hemoglobina: variável quantitativa contínua, apresentada em miligramas por decilitro (mg/dl) que apresenta o nível sérico de hemoglobina que o participante apresentou em exame complementar solicitado durante a internação. O presente estudo levará em consideração as coletas realizadas no pré-operatório, no segundo dia de pós-operatório e no sétimo dia de pós-operatório.

Leucograma: variável quantitativa contínua, apresentada em milhares de células por decilitro (mm/dl) que apresenta a contagem de leucócitos que o participante apresentou em exame complementar solicitado durante a internação. O presente estudo levará em consideração as coletas realizadas no pré-operatório, no segundo dia de pós-operatório e no sétimo dia de pós-operatório.

Creatinemia: variável quantitativa contínua, apresentada em miligramas por decilitro (mg/dl) que apresenta o nível sérico de hemoglobina que o participante apresentou em exame complementar solicitado durante a internação. O presente estudo levará em consideração as coletas realizadas no pré-operatório, no segundo dia de pós-operatório e no sétimo dia de pós-operatório.

Albuminemia: variável quantitativa contínua, apresentada em miligramas por decilitro (mg/dl) que apresenta o nível sérico de albumina que o participante apresentou em exame complementar solicitado durante a internação. O presente estudo levará em consideração as coletas realizadas no pré-operatório, no segundo dia de pós-operatório e no sétimo dia de pós-

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

operatório.

Cirurgia realizada: variável categórica que descreve o procedimento cirúrgico pelo qual o participante foi submetido.

Presença de complicação pós-operatória: variável dicotômica que descreve se houve complicação durante o período pós-operatório.

Tipo de complicação pós-operatória: variável categórica que descreve a complicação encontrada durante o pós-operatório, serão enfatizadas as seguintes complicações: infecção do trato urinário (ITU), pneumonia nosocomial, infecção de corrente sanguínea (ICS), trombose venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), infecção de sítio cirúrgico, fistula, evisceração. Complicações diversas das citadas serão nomeadas como outras.

Tempo de pós-operatório em que ocorreu complicação: variável quantitativa discreta que descreve em dias o período entre a abordagem cirúrgica inicial e a complicação pós-operatória.

Reabordagem cirúrgica: variável dicotômica que descreve se houve ou não nova abordagem cirúrgica sobre a cavidade abdominal durante a internação.

Tempo de internação: variável quantitativa discreta considerada em dias.

5.5.2.3. Escores de trauma:

RTS: variável quantitativa discreta que estimou a gravidade fisiológica do traumatismo. O RTS foi calculado pela soma dos valores da pressão arterial sistólica, frequência respiratória e ECGI observados na admissão hospitalar para identificar a probabilidade de sobrevivência dos pacientes. A pontuação do RTS pode variar de 0 a 7,8408, sendo os escores mais altos associados a maior probabilidade de sobrevivência (Champion et al., 1989).

ISS: variável quantitativa discreta que estima a gravidade global do traumatismo. A pontuação do ISS varia de 1 a 75. Para seu cálculo é realizada a soma dos quadrados de três maiores escores AIS, sendo cada um de uma região corpórea (Baker et al., 1974).

NISS: variável quantitativa discreta que estima a gravidade global do traumatismo. O NISS é uma modificação do ISS que objetiva sanar falhas apontadas no ISS em vítimas com múltiplas lesões localizadas na mesma região corpórea. Para seu cálculo é realizada a soma dos quadrados de três maiores escores AIS. A pontuação do NISS pode variar de 1 a 75; entretanto, seu cálculo não requer a separação das lesões conforme as regiões corpóreas, simplificando a estimativa do índice em relação ao ISS (Osler, Baker e Long, 1997).

TRISS: variável quantitativa discreta que estimou a gravidade fisiológica e a gravidade global do traumatismo. Para o cálculo do TRISS, considerou-se o valor do RTS da admissão do paciente na emergência, o ISS, a idade da vítima e o tipo de traumatismo (contuso ou

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

penetrante). O cálculo do TRISS foi realizado de acordo com a equação:

$$Ps = 1/(1+ e^{-b})$$

Onde Ps é a probabilidade de sobrevivida. Para o traumatismo contuso, $b = (-0,4499) + [0,8085 (RTS)] + [-0,0835 (ISS)] + [-1,7430 (idade)]$. O valor da idade foi considerado 0 (zero), quando o paciente apresentou 55 anos, e foi considerado 1, quando o paciente possuía idade superior a 55 anos. A letra e na equação acima faz menção ao número neperiano 2,718282, que não apresenta variações, independentemente do índice a ser calculado (Champion et al., 1990).

NTRISS: variável quantitativa discreta que estimou a gravidade fisiológica e a gravidade global do traumatismo. O cálculo do NTRISS tem como base a mesma fórmula do TRISS, com a substituição do valor do ISS pelo NISS. O cálculo do NTRISS foi realizado de acordo com a equação:

$$Ps = 1/(1+ e^{-b})$$

Onde Ps é a probabilidade de sobrevivida. Para o traumatismo contuso, $b = (-0,4499) + [0,8085 (RTS)] + [-0,0835 (NISS)] + [-1,7430 (idade)]$. O valor da idade foi considerado 0 (zero), quando o paciente apresentou 55 anos, e foi considerado 1, quando o paciente possuía idade superior a 55 anos. A letra e na equação acima faz menção ao número neperiano 2,718282, que não apresenta variações, independentemente do índice a ser calculado (Domingues et al., 2018).

5.5.3. Desfechos

Alta hospitalar: variável dicotômica que identificou os casos em que houve registro em prontuário de ocorrência de alta hospitalar.

Óbito: variável dicotômica que identificou os casos em que houve registro em prontuário de ocorrência de óbito.

5.6. Produção de dados

A coleta de dados será realizada conforme cronograma após aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e do Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS/Lag/HU), mediante formulário estruturado (ANEXO 1). Será realizada por meio do aplicativo de gerenciamento de pesquisas da Google (Google Forms), no domínio

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfK-l8P3isgJUv9kbin_EaH4v1KdxYHvqx2JTyE9PJrR8Vd6w/viewform?usp=sf_link Tal ferramenta se destinará à coleta de dados clínicos. Os dados coletados serão armazenados em computadores locais/particulares, sendo apagado qualquer registro de plataformas virtuais, armazenamento compartilhado ou nuvem. Será mantido o anonimato aos pacientes. Os dados serão indexados a uma planilha, para possibilitar análises qualitativas dos resultados.

5.7. Garantias éticas aos participantes

Este projeto está submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e do Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS/Lag/HU), registrado sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 79215624.6.0000.0217 em conformidade com as diretrizes e normas estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual versa sobre pesquisas com seres humanos e a Resolução Nº 738, de 01 de fevereiro de 2024 relacionados à constituição, gerenciamento e uso de banco de dados com finalidade de pesquisa científica.

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) define anonimização como a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis no momento do tratamento, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo. Dessa forma, de acordo com essa definição e amparada na LGPD, o pesquisador pode efetuar a retirada de dados sensíveis que possibilitem a sua identificação, não mais sendo possível referenciar a quem aqueles dados correspondem. Para que essa técnica seja eficiente, ela tem que tornar *impossível* a identificação do titular daqueles dados. (Ferreira et al., 2022)

Dessa forma, em nosso estudo serão utilizadas como estratégias para proteção e mitigação frente aos riscos de identificação do prontuário do participante de pesquisa: 1- Anonimização dos dados retirados dos prontuários: não constarão dados de identificação de pacientes nos dados inseridos tanto no instrumento de coleta de dados como no banco de dados. Para a anonimização dados será utilizada a técnica de supressão de atributo (Ferreira et al., 2022), onde os prontuários serão identificados por números ordinais sequenciais iniciando pelo numeral 1 (um). 2- Tanto os instrumentos de coleta de dados quanto o banco de dados serão armazenados em mídia física que estará sob posse do pesquisador responsável em local seguro, com acesso restrito. Os dados serão armazenados por um período de cinco anos conforme consta na resolução 466/2012 e toda privacidade e inviolabilidade da intimidade serão preservados. 3- A divulgação dos resultados ou de qualquer excerto do estudo ou da

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

pesquisa em nenhuma hipótese revelará dados pessoais dos prontuários participantes da pesquisa. Devolutivas acerca das discussões e dos resultados da pesquisa, uma vez dada sua conclusão, serão realizadas por meio de publicação(ões) científica(s), participação em evento(s) científico(s) e/ou outras vias, respeitadas questões de sigilo, confidencialidade e demais preceitos éticos. Caso seja aprovada, deverá ser seguido o que consta na Justificativa para Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II). É importante ressaltar, que a solicitação de dispensa do TCLE dar-se-á pela indisponibilidade de contactar os 1.200 participantes da pesquisa, admitidos no período de 2016 a 2023, sendo que uma parte dos prontuários era físico e os dados dos prontuários podem estar incompletos ou desatualizados, o que impossibilita a execução do estudo em tempo hábil. Reforça-se que os dados dos participantes serão mantidos em sigilo e anonimato.

5.7.1. Anonização

A anonimização dos dados será realizada pelo pesquisador Gabriel Santos Pinheiro Carvalho.

O processo de anonimização será realizado pela técnica de supressão de atributos (Ferreira et al., 2022) para a anonimização, seguirá a Resolução Nº 738, de 01 de fevereiro de 2024 e a LGPD. Os dados sensíveis referentes à identificação do participante de pesquisa como nome, registro geral (RG), cadastro de pessoa física (CPF), data de nascimento e endereço residencial não serão coletados. Os prontuários inseridos serão identificados por números ordinais sequenciais iniciando pelo numeral 1 (um).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1-Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; cadastro CEP UFS-Lag/HUL, projeto completo, orçamento financeiro, cronograma. - Sim
- 2-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil. - sim
- 3- O(A) Pesquisador(a) solicitou a dispensa do TCLE. - SIM
- 4- O modelo do TCLE foi apresentado pelo(a) pesquisador(a). - Não
- 5- O modelo de questionário está anexado. - Não se aplica.

Recomendações:

RECOMENDAÇÃO 1- O parecer do CEP UFS-Lag/HUL é fortemente baseado nos textos do

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

protocolo encaminhado pelos pesquisadores e pode conter, inclusive, trechos transcritos literalmente do projeto ou de outras partes do protocolo. Trata-se, ainda assim, de uma interpretação do protocolo. Caso algum trecho do parecer não corresponda ao que efetivamente foi proposto no protocolo, os pesquisadores devem se manifestar sobre esta discrepância. A não manifestação dos pesquisadores será interpretada como concordância com a fidedignidade do texto do parecer no tocante à proposta do protocolo.

RECOMENDAÇÃO 2- Destaca-se que o parecer consubstanciado é o documento oficial de aprovação do sistema CEP/CONEP, disponibilizado apenas por meio da Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 3- É obrigação do pesquisador desenvolver o projeto de pesquisa em completa conformidade com a proposta apresentada ao CEP. Mudanças que venham a ser necessárias após a aprovação pelo CEP devem ser comunicadas na forma de emendas ao protocolo por meio da Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 4- O CEP informa que a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil. Os pesquisadores devem informar e justificar ao CEP a eventual necessidade de suspensão temporária ou suspensão definitiva da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 5- Os pesquisadores devem manter os arquivos de fichas, termos, dados e amostras sob sua guarda por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 6- Intercorrências e eventos adversos devem ser relatados ao CEP UFS Lag/HUL por meio de notificação enviada pela Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 7- Se na pesquisa for necessário gravar algum procedimento (exemplos: entrevistas, grupos focais), o CEP UFS-Lag/HUL recomenda que as gravações sejam feitas em aparelhos a serem utilizados única e exclusivamente para a pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 8- Os pesquisadores deverão tomar todos os cuidados necessários relacionados à coleta dos dados, assim como, ao armazenamento dos mesmos, a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações relacionadas aos participantes da

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 9- Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

RECOMENDAÇÃO 10- Se a coleta de dados for realizada em ambiente virtual, solicitamos que sigam as orientações contidas no OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, disponível para leitura em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A p ó s a a n á l i s e d a s r e s p o s t a s n o arquivo:"CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_CEP_LAG_12_06_24_assinado.docx", postado na Plataforma Brasil em 12/06/2024, ao Parecer Consubstanciado nº 6.859.037 emitido em 31/05/2024, não foram observados óbices éticos, desse modo nos posicionamos por parecer favorável. Assim, de acordo com as Resoluções e Normativas do Conselho Nacional de Saúde vigentes, dentre elas a Resolução 466/12, Resolução 510/16 e a Norma Operacional 01/2003, segue nosso parecer:

PENDÊNCIA 1: Pedido de dispensa de TCLE: Considerando a relevância da pesquisa é solicitada uma melhor fundamentação para o pedido de isenção do TCLE, de modo que justifique o pedido. As Resoluções 466/2012 e 510/2016 permitem a solicitação de dispensa de TCLE, a partir de algumas situações, contudo é preciso que se faça uma justificativa plausível, de acordo com os objetivos e estratégias metodológicas que a partir deles fique inviável a obtenção de consentimento. Solicitamos adequação.

Será anexado algum documento para a pendência 1? (X) sim () não

PD_EPIDEMIOLOGIA_FATORES_ASSOCIADOS_DESFECHO_PACIENTES_SUBMETIDOS_PROCEDIM
ENTOS_CIRURGICOS_URGENCIA_EMERGENCIA_RETROSPECTIVO_MODIFICADO

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

PB_EPIDEMIOLOGIA_FATORES_ASSOCIADOS_DESFECHO_PACIENTES_SUBMETIDOS_PROCEDIM
ENTOS_CIRURGICOS_URGENCIA_EMERGENCIA_RETROSPECTIVO_MODIFICADO

JUSTIFICATIVA_AUSENCIA_TCLE_MODIFICADO

Resposta da pendência 1: Realizadas as devidas adequações conforme solicitação. Tanto no projeto detalhado, bem como no projeto brochura e no termo de justificativa de ausência de TCLE agora se lê Trata-se de estudo retrospectivo que contempla o uso de informações disponíveis em prontuários da instituição onde se dará a pesquisa (Hospital Universitário de Lagarto Monsenhor José de Carvalho Dalto), com amostra estimada em 1200 (mil e duzentos) prontuários. Destaco que em boa parte destes não será possível realizar o contato com o indivíduo ou o responsável legal por informações ausentes ou não atualizadas no prontuário. Ressalvo ainda que o presente estudo será executado por recursos próprios, não havendo previsão nem em orçamento nem em cronograma para contatos telefônicos. Reitero que a análise de dados realizar-se-á de forma anônima, com anonimização definida no projeto de pesquisa e ainda tendo sido firmado o compromisso com a instituição pela preservação do anonimato, através do TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE. Reitero que os resultados serão apresentados de forma agregada, não se coletando nem se permitindo a divulgação dos dados de identificação que constem nos prontuários selecionados para a pesquisa. Destaco que os prontuários serão codificados em banco de dados físico que estará sob minha guarda pelo período de 5 (cinco) anos, em conformidade ao descrito no item IV.8 da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como do Art. 14 da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Reforço que caso esta pesquisa seja aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os indivíduos dos prontuários terão o anonimato garantido pelo processo de anonimização por supressão. Ainda assim, caso haja possibilidade de contato com o indivíduo ou o responsável legal, a equipe de pesquisa realizará a aplicação do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Análise da Resposta a pendência 1-: Esclareço que a ressalva de execução por recursos próprios, ausência de previsão cronograma ou orçamentária para contatos telefônicos não justificou a liberação da pendência, uma vez que a justificativa construída deu força parca argumentativa ao pedido, todavia considerando as adequações realizadas para a anonimização por supressão dos dados pessoais que identificam os participantes de pesquisa e

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

impossibilidade de contato em função do tamanho da amostral da pesquisa, foram consideradas adequadas. Análise da Pendência: Atendida.

PENDÊNCIA 2-GARANTIAS ÉTICAS: Não foi possível identificar no texto uma propositiva plausível de garantias éticas, uma vez que o referido texto apresenta os tópicos que não resultam na descrição de estratégias de proteção e mitigação frente aos possíveis riscos da pesquisa e desconfortos que estas podem proporcionar ao paciente, considerando que dentre estes podem existir eventos traumáticos (acidentes, violências etc.), de forma que este deverá ser reestruturado. No texto das garantias éticas consta que: ... Este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e do Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS/Lag/HU), sob diretrizes e normas estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual versa sobre pesquisas com seres humanos. Devolutivas acerca das discussões e dos resultados da pesquisa, uma vez dada sua conclusão, serão realizadas por meio de publicação(ões) científica(s), participação em evento(s) científico(s) e/ou outras vias, respeitadas questões de sigilo e demais compromissos éticos. Além disso, os dados obtidos não serão eliminados ao final do estudo. Caso seja aprovada, deverá ser seguido o que consta na Justificativa para Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1I). Reforça-se que os dados dos participantes serão mantidos em anonimato. Os dados obtidos não serão eliminados ao final do estudo. A anonimização dos dados será realizada pelo pesquisador Gabriel Santos Pinheiro Carvalho

Será anexado algum documento para a pendência 2? sim não

PD_EPIDEMIOLOGIA_FATORES_ASSOCIADOS_DESFECHO_PACIENTES_SUBMETIDOS_PROCEDIM
ENTOS_CIRURGICOS_URGENCIA_EMERGENCIA_RETROSPECTIVO_MODIFICADO

PB_EPIDEMIOLOGIA_FATORES_ASSOCIADOS_DESFECHO_PACIENTES_SUBMETIDOS_PROCEDIM
ENTOS_CIRURGICOS_URGENCIA_EMERGENCIA_RETROSPECTIVO_MODIFICADO

Resposta da pendência 2: Adequações realizadas conforme solicitação. Na página 12 do projeto detalhado, no item Local de realização da pesquisa, foi acrescentado O estudo retrospectivo, secundário com análise de dados dos prontuários dar-se-á nas instalações do Hospital Universitário de Lagarto (HUL)... A pesquisa se dará após a autorização do hospital para acessar o sistema de banco de dados e dos prontuários físicos os pesquisadores conferirão e/ou

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

realizarão a anonimização dos dados dos prontuários para preenchimento do instrumento de coleta de dados. Na mesma página, no item “Amostra e população a ser estudada”, acrescentou-se “Estima-se que no período entre 01/01/2016 a 31/12/2023 a amostra do estudo será de aproximadamente 1200 (mil e duzentos) prontuários analisados. Na página 19 do projeto detalhado, no item “Garantias éticas aos participantes”, agora lê-se: “Este projeto está submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e do Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS/Lag/HU), registrado sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 79215624.6.0000.0217 em conformidade com as diretrizes e normas estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual versa sobre pesquisas com seres humanos e a Resolução Nº 738, de 01 de fevereiro de 2024 relacionados à constituição, gerenciamento e uso de banco de dados com finalidade de pesquisa científica. A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) define anonimização como a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis no momento do tratamento, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo. Dessa forma, de acordo com essa definição e amparada na LGPD, o pesquisador pode efetuar a retirada de dados sensíveis que possibilitem a sua identificação, não mais sendo possível referenciar a quem aqueles dados correspondem. Para que essa técnica seja eficiente, ela tem que tornar “impossível” a identificação do titular daqueles dados. (Ferreira et al., 2022) Dessa forma, em nosso estudo serão utilizadas como estratégias para proteção e mitigação frente aos riscos de identificação do prontuário do participante de pesquisa: 1- Anonimização dos dados retirados dos prontuários: não constarão dados de identificação de pacientes nos dados inseridos tanto no instrumento de coleta de dados como no banco de dados. Para a anonimização dados será utilizada a técnica de supressão de atributo (Ferreira et al., 2022), onde os prontuários serão identificados por números ordinais sequenciais iniciando pelo numeral 1 (um). 2- Tanto os instrumentos de coleta de dados quanto o banco de dados serão armazenados em mídia física que estará sob posse do pesquisador responsável em local seguro, com acesso restrito. Os dados serão armazenados por um período de cinco anos conforme consta na resolução 466/2012 e toda privacidade e inviolabilidade da intimidade serão preservados. 3- A divulgação dos resultados ou de qualquer excerto do estudo ou da pesquisa em nenhuma hipótese revelará dados pessoais dos prontuários participantes da pesquisa. Devolutivas acerca das discussões e dos resultados da pesquisa, uma vez dada sua conclusão, serão realizadas por meio de publicação(ões) científica(s), participação em evento(s) científico(s) e/ou outras vias, respeitadas questões de sigilo, confidencialidade e demais

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

preceitos éticos. Caso seja aprovada, deverá ser seguido o que consta na Justificativa para Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II). É importante ressaltar, que a solicitação de dispensa do TCLE dar-se-á pela indisponibilidade de contactar os 1.200 participantes da pesquisa, admitidos no período de 2016 a 2023, sendo que uma parte dos prontuários era físico e os dados dos prontuários podem estar incompletos ou desatualizados, o que impossibilita a execução do estudo em tempo hábil. Reforça-se que os dados dos participantes serão mantidos em sigilo e anonimato. Ainda na mesma página, no item Anonimização acrescentou-se O processo de anonimização será realizado pela técnica de supressão de atributos (Ferreira et al., 2022) para a anonimização, seguirá a Resolução Nº 738, de 01 de fevereiro de 2024 e a LGPD. Os dados sensíveis referentes à identificação do participante de pesquisa como nome, registro geral (RG), cadastro de pessoa física (CPF), data de nascimento e endereço residencial não serão coletados. Os prontuários inseridos serão identificados por números ordinais sequenciais iniciando pelo numeral 1 (um).

Análise da Resposta a pendência 2:- A estratégia de anonimização dos dados, conforme proposto no projeto revisado foi considerada adequada, portanto foi atendida a pendência. Análise da Pendência: Atendida.

PENDÊNCIA 3- RISCOS E BENEFÍCIOS quanto ao tópico do projeto brochura e Informações Básicas da Pesquisa, os riscos cabe ponderar sobre os riscos relativos a situação vivenciada que teria ocasionado o trauma físico, a evocação do evento que pode ter natureza traumática do ponto de vista psíquico, então estes riscos devem ser considerados na construção textual do projeto e no anexo Declaração de responsabilidade pelo suporte assistencial... : Excerto: 12. Riscos e Benefícios Sobre os benefícios: identifica-se a possibilidade de contribuição para o desenvolvimento de conhecimentos sobre a situação epidemiológica hospitalar; auxiliar no desenvolvimento das estratégias de planejamento setorial cirúrgico; viabilizar uma maior atenção dos gestores e profissionais para a população estudada; proporcionar uma ampliação do conhecimento acadêmico da condição estudada. Sobre os riscos: identifica-se um risco mínimo à saúde do paciente. Há uma possibilidade mínima de vazamento de dados durante eventuais falhas de sistema ou método. Será tentado ao máximo impedir essas questões, comunicando ao TI quaisquer erros que venham a ocorrer no sistema do HUL. Ademais, pretende-se utilizar softwares de bancos de dados seguros e validados, visando impedir o vazamento de dados utilizados pelo pesquisador. Além desse fato, durante a execução da

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cephulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

pesquisa, os pacientes terão o anonimato garantido por pelo uso de código do número de prontuário do mesmo.....
Declaração de responsabilidade pelo suporte assistencial...:Declaro para os devidos fins, que o(a) pesquisador(a) DANIEL VIEIRA DE OLIVEIRA, portador(a) do RG n° t.234.483 SSP/SE, CPF 983.347.9A5- 68, e demais membros da equipe de pesquisa estão autorizados a encaminhar para a HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MONSENHOR JOÃO BATISTA DE CARVALHO DALTRÓ os participantes da pesquisa EPIDEMIOLOGIA G DESFECHO DE PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE URGÊNCIA EMERGENCIA E UM ESTUDO RETROSPECTIVO, que apresentarem os seguintes riscos da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psicológica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente. Com a finalidade de realizar um SUPORTE CLÍNICO, PSICOLÓGICO E SE ASSIM CONSENTIREM, TEREM SEUS DADOS CLÍNICOS RETIRADOS DA PESQUISA, BEM COMO SOMENHAR INDENIZAÇÃO, CONFORME DESCRITO NA LEI 10.406/2002, Artigos 927 a 954 do Código Civil e Resolução CNS nº S10 de 2016, Artigo 19).

Será anexado algum documento para a pendência 3? sim não

PD_EPIDEMIOLOGIA_FATORES_ASSOCIADOS_DESFECHO_PACIENTES_SUBMETIDOS_PROCEDIMENTOS_CIRURGICOS_URGENCIA_EMERGENCIA_RETROSPECTIVO_MODIFICADO

DECLARACAO_RESPONSABILIDADE_CEP_MODIFICADO

Resposta da pendência 3: Adequações realizadas conforme solicitação. O documento DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELO SUPORTE ASSISTENCIAL [INSTITUCIONAL OU/E PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA PARA INTERCORRÊNCIAS ADVINDAS E/OU IDENTIFICADAS NA PESQUISA] foi corrigido. No mesmo agora se lê "...não se identifica risco à saúde do participante do estudo por se tratar de estudo retrospectivo, com dados secundários. Há uma possibilidade mínima de vazamento de dados durante a execução do estudo, para isso serão utilizadas medidas de proteção ao sigilo, confidencialidade e anonimato dos prontuários dos participantes, como a utilização de pendrives com arquivos protegidos por senha para armazenamento das informações coletadas e armazenados por cinco anos. Ademais, utilizar-se-ão softwares de bancos de dados seguros para análise estatística, visando impedir o vazamento de quaisquer dados utilizados pelo pesquisador. Caso haja a necessidade do uso do Instrumento de Coleta de Dados físico, os dados coletados serão convertidos em arquivo digital em até 24h e o Instrumento de Coleta de Dados físico será destruído por fragmentadora de

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

papel após a conversão em arquivo digital salvo em pendrive e armazenado por cinco anos. É importante ressaltar que por se tratar de um estudo retrospectivo, não haverá a coleta de dados relativos à situação vivenciada pelo indivíduo do prontuário, contato com o participante de pesquisa ou qualquer tipo de intervenção ao participante. Nosso estudo é retrospectivo, utilizando dados secundários de um banco de dados. Esta pesquisa não tem como objetivo investigar as circunstâncias que ocasionaram o trauma físico, mas sim os dados epidemiológicos relacionados à realização de procedimentos cirúrgicos, sejam eles de causa traumática ou não-traumática. Caso o participante do prontuário incluído na pesquisa relate danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural em qualquer etapa da pesquisa, os participantes serão encaminhados ao especialista para receber suporte clínico e psicológico. Além disso, os participantes dos prontuários incluídos poderão solicitar a exclusão de seus dados clínicos da pesquisa. Na página 20 do projeto detalhado, no item “Riscos e Benefícios” acrescentou-se “... não se identifica risco à saúde do paciente por se tratar de estudo retrospectivo... para isso serão utilizadas medidas de proteção ao sigilo, confidencialidade e anonimato dos prontuários dos participantes, como a utilização de pendrives com arquivos protegidos por senha para armazenamento das informações coletadas e armazenados por cinco anos. Ademais, utilizar-se-ão softwares de bancos de dados seguros para análise estatística, visando impedir o vazamento de quaisquer dados utilizados pelo pesquisador. Caso haja a necessidade do uso do Instrumento de Coleta de Dados físico, os dados coletados serão convertidos em arquivo digital em até 24h e o Instrumento de Coleta de Dados físico será destruído por fragmentadora de papel após a conversão em arquivo digital salvo em pendrive e armazenado por cinco anos. É importante ressaltar que por se tratar de um estudo retrospectivo, não haverá a coleta de dados relativos à situação vivenciada pelo indivíduo do prontuário, contato com o participante de pesquisa ou qualquer tipo de intervenção ao participante. Nosso estudo é retrospectivo, com dados secundários em banco de dados, esta pesquisa não tem como objetivo investigar a situação vivenciada que teria ocasionado o trauma físico, mas sim os dados epidemiológicos relacionados à realização de procedimentos cirúrgicos, sejam estes de causa traumática ou não-traumática.”

Análise da Resposta a pendência 3:- Foi considerada satisfatório o ajuste realizado no projeto. Análise da Pendência: Atendida.

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP UFS Lag/HUL, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se por aprovar a emissão de seu parecer final.

Ainda de acordo com Resolução 466/2012, em seu item IX.1 A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. E cabe ao pesquisador (Item IX.2): a. apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; c. desenvolver o projeto conforme delineado; d. elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e. apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2279917.pdf	12/06/2024 13:36:03		Aceito
Outros	CRONOGRAMA_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	12/06/2024 13:35:04	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_CEP_LAG_12_06_24assinado.docx	12/06/2024 13:33:46	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2279917.pdf	12/06/2024 00:32:35		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_CEP_LAG_12_06_24.docx	12/06/2024 00:31:56	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_CEP_LAG_12_06_24.docx	12/06/2024 00:31:56	Daniel Vieira de Oliveira	Recusado
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_CEP_LAG_12_06_24assinado.pdf	12/06/2024 00:28:55	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_CEP_LAG_12_06_24assinado.pdf	12/06/2024 00:28:55	Daniel Vieira de Oliveira	Recusado
Outros	DECLARACAO_RESPONSABILIDADE_CEP_MODIFICADOassinado.pdf	12/06/2024 00:26:17	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	JUSTIFICATIVA_AUSENCIA_TCLE_MODIFICADOassinado.pdf	12/06/2024 00:24:17	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA_AUSENCIA_TCLE_MODIFICADO assinado.pdf	12/06/2024 00:24:17	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PD_EPIDEMIOLOGIA_FATORES_ASSOCIADOS_DESFECHO_PACIENTES_SUBMETIDOS_PROCEDIMENTOS_CIRURGICOS_URGÊNCIA_EMERGENCIA_RETROSPECTIVO MODIFICADO.doc	12/06/2024 00:23:42	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PD_EPIDEMIOLOGIA_FATORES_ASSOCIADOS_DESFECHO_PACIENTES_SUBMETIDOS_PROCEDIMENTOS_CIRURGICOS_URGÊNCIA_EMERGENCIA_RETROSPECTIVO MODIFICADO.doc	12/06/2024 00:23:42	Daniel Vieira de Oliveira	Postado
Brochura Pesquisa	PB_EPIDEMIOLOGIA_FATORES_ASSOCIADOS_DESFECHO_PACIENTES_SUBMETIDOS_PROCEDIMENTOS_CIRURGICOS_URGÊNCIA_EMERGENCIA_RETROSPECTIVO MODIFICADO.doc	12/06/2024 00:22:47	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Brochura Pesquisa	PB_EPIDEMIOLOGIA_FATORES_ASSOCIADOS_DESFECHO_PACIENTES_SUBMETIDOS_PROCEDIMENTOS_CIRURGICOS_URGÊNCIA_EMERGENCIA_RETROSPECTIVO MODIFICADO.doc	12/06/2024 00:22:47	Daniel Vieira de Oliveira	Postado
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE RAFAELLY.pdf	20/04/2024 13:28:46	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE JULIA.pdf	20/04/2024 13:28:24	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE EMANUEL.pdf	20/04/2024 13:27:57	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE PESQUISADORES.pdf	20/04/2024 13:27:36	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE AMANDA.pdf	20/04/2024 13:27:11	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE GABRIEL.pdf	19/04/2024 10:33:47	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CEP.pdf	19/04/2024 00:59:56	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_EXISTENCIA_INFRAESTRUTURA UFS.pdf	14/04/2024 20:59:29	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	DECLARACAO_ANUENCIA_HUL.pdf	14/04/2024 20:58:21	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_UFS_assinado.pdf	14/04/2024 20:55:00	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE RAFAELLY assinado.pdf	14/04/2024 19:11:28	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE JULIA GIGLIO.pdf	14/04/2024 19:11:06	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE AMANDA.pdf	14/04/2024 19:11:06	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cephulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

Outros	IALIDADE_EMANUEL_assinado.pdf	19:10:43	Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE_GABRIEL_assinado.pdf	14/04/2024 19:10:08	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE_AMANDA_assinado.pdf	14/04/2024 19:09:37	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CEP.pdf	08/04/2024 21:47:26	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE_DANIEL_assinado.pdf	08/04/2024 21:45:20	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_HUL.pdf	08/04/2024 21:07:01	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TCUD_EBSERH.pdf	18/03/2024 15:33:54	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Declaração de concordância	SEI_Carta_Anuencia_SEI.pdf	18/03/2024 15:32:04	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	SEI_23817003464_2024_54_Autorizacao_setor.pdf	18/03/2024 15:31:13	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_USO_ARQUIVOS_DADOS_PESQUISA.pdf	18/03/2024 15:27:31	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_E_AUTORIZACAO_PARA_UTILIZACAO_DE_INFRAESTRUTURA_HUL.pdf	18/03/2024 15:24:57	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Epidemiologia_Fatores_Associados_Retrospectivo.pdf	07/03/2024 22:19:09	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	SOLICITACAO_ACESSO_DADOS_SECUNDARIOS.pdf	25/02/2024 20:18:53	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE_HUL.pdf	25/02/2024 20:18:08	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	TCUD_Epidemio_Desfecho_Retrospectivo.pdf	18/02/2024 14:44:27	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	01/02/2024 21:34:00	EMANUEL BARRETO SANTOS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	29/01/2024 11:23:14	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	29/01/2024 11:21:49	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_e_confidencialidade_assinado.pdf	28/01/2024 15:10:36	Daniel Vieira de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.929.238

LAGARTO, 03 de Julho de 2024

Assinado por:
Júlia Guimarães Reis da Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

