UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

RYAN SOUZA DE ALMEIDA

ANÁLISE DE REABORDAGEM CIRÚRGICAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DE SERGIPE

LAGARTO - SE
2025

RYAN SOUZA DE ALMEIDA

ANÁLISE DE REABORDAGEM CIRÚRGICAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DE SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho.

Orientador: Prof. Dr. José Ronaldo Alves dos Santos
Co-orientador: Prof(a). Me. Ranya Sthephanie Nascimento Ribeiro

LAGARTO-SE
2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas
que fizeram parte da minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

A UFS pela excelência de ensino.

Ao Professor Dr. José Ronaldo Alves dos Santos, pela orientação segura.

A Prof(a). Me. Ranya Stephanie Nascimento Ribeiro pelas excelentes recomendações e sugestões.

A todos os mestres e professores que fizeram parte da minha formação, obrigado pelo ensinamento e exemplo ao longo dessa jornada.

Aos meus pais, Eliana e Moacir, que sempre acreditaram em mim.

Aos meus familiares, em especial minha avó, Terezinha, tias Aline e Amanda e tio, Pedro Roberto.

A minha companheira de caminhada, minha namorada, minha amiga, meu amor, Ísis.

Aos meus amigos conquistados durante toda a faculdade, e durante toda a minha vida.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição absoluta e percentual das variáveis sóciodemográficas…….28

Tabela 2: Distribuição absoluta e percentual das variáveis comodidades…….29

Tabela 3: Distribuição absoluta e percentual das variáveis clínicas…….31

Tabela 4: Distribuição absoluta e percentual das variáveis cirúrgicas…….33

Tabela 5: Curva de crescimento absoluto e percentual das reabordagens cirúrgicas……...34

Tabela 6: Expressão da morbidade absoluta e percentual das reensidivas pós cirúrgicas…….35

Tabela 7: Expressão da mortalidade absoluta e percentual das reensidivas pós cirúrgicas……...35

RESUMO

O presente estudo aborda a utilidade das reintervenções cirúrgicas como medidas de qualidade assistencial e segurança do paciente em um contexto de procedimentos cada vez mais complexos (que exigem novas tecnologias) e complicações perioperatórias. Seu objetivo foi avaliar as reoperações cirúrgicas realizadas entre 2020 e 2024 em um hospital universitário em Sergipe, considerando seu perfil, curva de crescimento e principais características clínicas e cirúrgicas. Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e observacional de coorte, realizado por meio de consulta secundária aos arquivos eletrônicos do Hospital Universitário(AGHU), que incluiu variáveis sociodemográficas; dados clínicos; comorbidades; tipo de procedimento; classificação de risco (CR); tamanho e complexidade da cirurgia, bem como tempo operatório, potencial de contaminação e desfecho. Estatísticas descritivas e inferenciais foram utilizadas para a análise dos dados. Os 612 pacientes (829 procedimentos) submetidos a reintervenções incluíam principalmente adultos entre 40 e 59 anos, homens e pessoas de raça parda com baixo nível de escolaridade. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus foram as comorbidades mais prevalentes. As especialidades mais comuns foram ortopedia, cirurgia geral e cirurgia vascular; houve uma proporção maior de cirurgias de urgência de pequena a média complexidade – principalmente de baixa/média complexidade, com duração ≤ 120 minutos. A proporção de cirurgias limpas foi maior, porém com uma porcentagem importante de procedimentos contaminados e infectados; o desfecho mais frequente foi a alta hospitalar, seguida de óbito e encaminhamento para outros serviços. Os resultados descrevem um perfil de reoperação focado em cirurgias menores, mas com influência significativa de comorbidades crônicas e risco de infecção, justificando estratégias de monitoramento, medidas de prevenção de complicações e otimização do cuidado perioperatório.

Descritores: Reabordagem cirúrgica; enfermagem cirúrgica; complicações pós operatórias.

ABSTRACT

This study addresses the usefulness of surgical reinterventions as measures of quality of care and patient safety in a context of increasingly complex procedures (requiring new technologies) and perioperative complications. Its objective was to evaluate surgical reoperations performed between 2020 and 2024 at a university hospital in Sergipe, considering their profile, growth curve, and main clinical and surgical characteristics. Methods: This is a quantitative, retrospective, and observational cohort study, conducted through secondary consultation of the electronic archives of the University Hospital (AGHU), which included sociodemographic variables; clinical data; comorbidities; type of procedure; risk classification (RC); size and complexity of the surgery, as well as operative time, contamination potential, and outcome. Descriptive and inferential statistics were used for data analysis. The 612 patients (829 procedures) who underwent reinterventions mainly included adults between 40 and 59 years old, men, and people of mixed race with low levels of education. Systemic arterial hypertension and diabetes mellitus were the most prevalent comorbidities. The most common specialties were orthopedics, general surgery, and vascular surgery; there was a higher proportion of emergency surgeries of low to medium complexity – mainly low/medium complexity, lasting ≤ 120 minutes. The proportion of clean surgeries was higher, but with a significant percentage of contaminated and infected procedures; the most frequent outcome was hospital discharge, followed by death and referral to other services. The results describe a reoperation profile focused on minor surgeries, but with a significant influence of chronic comorbidities and risk of infection, justifying monitoring strategies, complication prevention measures, and optimization of perioperative care.

Descriptors: Surgical re-intervention; surgical nursing; postoperative complications.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO……..9
2 OBJETIVOS……..…10
2.1 Objetivo Geral…….....10
2.2 Objetivos Específicos……..…..…10
3 REVISÃO DA LITERATURA……11
3.1 Cirurgias...……...……11
3.2 Mortalidade Cirúrgica……..…13
3.3 Reabordagens Cirúrgicas.....……....15
3.4 Enfermagem Cirúrgica na Promoção da Saúde.....……..…17
4 MATERIAIS E MÉTODOS……...……...21
4.1 Tipo e local de pesquisa……..……...……...……..……21
4.2 População……...……...…...21
4.3 Fontes de Dados……..……..……....21
4.4 Variáveis de Interesse……...……..……..21
4.5 Procedimento de Coleta de Dados…….……..……..…….22
4.6 Análise estatística…….……...……...23
4.7 Riscos e Benefícios……23
4.8 Critérios de Encerramento ou Suspensão……..……24
4.9 Resultados e Divulgação …….……25
4.10 Critérios de Inclusão e Exclusão ……..……25
4.11 Aspectos éticos e legais de estudo ……..26
5 RESULTADO…….....……..…...27
6 DISCUSSÃO.....36
7 CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS…….....…...39
REFERÊNCIAS……...……41
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS……48
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE USOS DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA……50
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP……..51

1. INTRODUÇÃO

A cirurgia apresenta grande importância no manejo e controle de diversas condições que afetam a saúde (Covre et al, 2019; Miles, 2020). Ao redor do mundo, mais de 330 milhões de procedimentos cirúrgicos são realizados, entretanto 4,8 bilhões de pessoas ainda não têm acesso a tratamentos cirúrgicos seguros, e que pelo menos 143 milhões de procedimentos adicionais são necessários a cada ano (FOWLER et al, 2022; MARTIN, 2016).

Devido à complexidade e heterogeneidade dos procedimentos cirúrgicos, complicações como infecções, condições cardiovasculares, complicações pulmonares pós-operatórias, insuficiência renal e assim por diante podem ocorrer. A busca por conhecimento para compreender os fatores que predispõem à incidência de reabordagens cirúrgicas é fundamental para que se possam desenvolver ações de vigilância visando à melhoria da qualidade da assistência prestada e permitindo a identificação de pontos críticos no cuidado perioperatório (FOROULS et al, 2014; THOMPSON et al, 2003; KASSAHUN; MEHDORN; WAGNER, 2019).

Considerando a importância da assistência cirúrgica no contexto da saúde pública mundial, avaliar e caracterizar resultados cirúrgicos pode aumentar a conscientização sobre complicações e erros cirúrgicos e auxiliar na elaboração de estratégias para melhorar os resultados cirúrgicos (LI et al, 2020). Assim, o presente trabalho tem como objetivo analisar o perfil, a curva de crescimento e as causas das reabordagens cirúrgicas de 2020 a 2024 em um hospital Universitário do Estado de Sergipe.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Avaliar as reabordagens cirúrgicas de 2020 a 2024 em um hospital Universitário do Estado de Sergipe.

2.2. Objetivos Específicos

- Determinar quantitativamente o perfil das reabordagens cirúrgicas;
- Determinar a curva de crescimento das reabordagens cirúrgicas;
- Caracterizar os procedimentos em baixa, média e alta complexidade;
- Classificar as cirurgias de acordo com o atendimento, emergência, urgência e eletiva;
- Classificar de acordo com a finalidade do tratamento;
- Classificar quanto o porte cirúrgico;
- Classificar de acordo com o tempo de duração;
- Classificar quanto o potencial de contaminação;
- Avaliar a expressão da taxa de morbi-mortalidade das reensidivais pós cirúrgicas;
- Avaliar indicadores clínicos e sociodemográficos dos pacientes em reensidivas cirúrgicas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Cirurgias

A cirurgia minimamente invasiva liderou uma revolução na área cirúrgica nos últimos tempos. Este procedimento envolve a utilização de pequenos cortes e instrumentos especializados no lugar dos instrumentos cirúrgicos tradicionais. A cirurgia minimamente invasiva está associada a uma série de benefícios, incluindo redução da dor, menor tempo de internação hospitalar e taxas de recuperação mais rápidas para os pacientes. Recentemente, houve avanços significativos na tecnologia e nos métodos utilizados em cirurgia minimamente invasiva, incluindo a utilização de robôs e imagens avançadas. No entanto, apesar dessas melhorias, ainda existem problemas, incluindo a seleção dos pacientes e os cuidados pós-operatórios que eles recebem (RONCHI, et al., 2023).

E também, o uso profilático de antibióticos durante cirurgias gerais é uma medida importante para prevenir infecções do sítio cirúrgico (ISCs), uma das complicações mais comuns de cirurgias invasivas. O uso adequado de antibióticos profiláticos visa reduzir a carga bacteriana durante a cirurgia e proteger os pacientes de complicações infecciosas que podem prolongar a recuperação, aumentar o tempo de internação e os custos hospitalares. Além disso, o uso profilático de antibióticos é crucial para manter a eficácia dos antibióticos e prevenir o desenvolvimento de resistência bacteriana (TEIXEIRA et al., 2024)

Durante intervenções laparóscopicas acredita-se que esta série de casos pode promover a pesquisa e a inovação em cuidados intervencionistas assistidos por IA, demonstrando a viabilidade técnica e o potencial valor clínico da obtenção de feedback intraoperatório em tempo real de vários modelos de IA (MASCAGNI et al., 2022).

A cirurgia moderna está passando por uma transformação significativa impulsionada pelos avanços tecnológicos, e a realidade aumentada (RA) é uma inovação proeminente. A integração da RA à prática cirúrgica representa uma mudança de paradigma, abrindo novas oportunidades e desafios que moldarão o futuro da medicina (CALEGARI, 2024)

Graças à tecnologia avançada utilizada no diagnóstico e tratamento de doenças, os médicos conseguem fazer diagnósticos mais precisos e rápidos, o que permite tratamentos mais eficazes. Esses avanços aumentaram a segurança e a precisão do procedimento, tornando-o ainda mais eficaz (DE OLIVEIRA et al., 2024).

Atualmente, a frequência de procedimentos cirúrgicos em pacientes idosos tem aumentado significativamente, devido ao crescimento populacional significativo nas últimas décadas, o que levou a um aumento no número de condições de longo prazo que requerem cirurgia. Apesar do fato reconhecido de que um número significativo de idosos envelhece de forma saudável e pode tolerar a cirurgia sem apresentar complicações significativas, também se sabe que a mortalidade e a morbidade associadas à cirurgia são maiores em idosos e necessitam de cuidados mais extensos naqueles com comorbidades. Como resultado, a avaliação préoperatória deve envolver uma análise abrangente de todo o histórico clínico do paciente, que inclua medidas para prevenir lesões, evitar complicações causadas por ações iatrogênicas, desenvolver critérios que identifiquem risco aumentado e ter uma abordagem multidisciplinar (VENDITES et al., 2010).

Nos últimos anos, a anestesia regional, parte integrante da medicina perioperatória, está crescendo em popularidade devido aos avanços tecnológicos, à adição de novos medicamentos e à administração de novas técnicas, bem como ao desenvolvimento de estratégias personalizáveis de controle da dor (DE SOUZA et al.,, 2023).

A IA tem um impacto significativo na anestesia regional, cujos componentes mecânicos são cruciais para a qualidade das imagens de ultrassom. Este método utiliza ultrassom em tempo real para visualizar a injeção de anestésico local em partes específicas do corpo. A IA facilita essa abordagem, fornecendo suporte adicional na interpretação de imagens de ultrassom e no processo de tomada de decisão clínica. Ao combinar IA com anestesia regional baseada em ultrassom, os anestesiologistas podem aproveitar a assistência confiável e objetiva fornecida pela IA, o que resulta em um maior grau de precisão, redução de erros e aumento da qualidade do atendimento aos pacientes. Além disso, a IA permite a análise de grandes conjuntos de dados, o que facilita a pesquisa e o desenvolvimento contínuo da técnica, o que leva a avanços significativos na prática da anestesia (RODRIGUES et al., 2022).

3.2 Mortalidade Cirúrgica

Hoje, a cirurgia é um componente comum da assistência médica em todo o mundo, com aproximadamente 234 milhões de procedimentos realizados anualmente. Complicações durante cirurgias são comuns e poderiam ser prevenidas. Por exemplo, uma pesquisa sobre a implementação de uma lista de verificação de segurança cirúrgica demonstrou uma melhoria na comunicação e a consistência da equipe, além de reduzir a incidência de complicações e fatalidades relacionadas à cirurgia (HAYNES et al, 2009).

Além disso, um estudo sobre o número de procedimentos cirúrgicos realizados no Brasil entre 2008 e 2016 mostrou que foram realizados 37.565.785 procedimentos. Esses dados demonstram o aumento significativo no número de procedimentos cirúrgicos realizados e na taxa de mortalidade a eles associada (COVRE et al., 2019).

Outra pesquisa demonstrou que a taxa de mortalidade cirúrgica no Brasil foi de 1,64%, houve diferenças regionais neste país, a maior taxa foi no Sul (2,0%), seguida pelo Sudeste (1,8%), Centro-Oeste (1,50%), Nordeste (1,33%) e a menor taxa foi no Norte (1,15%). As taxas de mortalidade associadas à cirurgia mudaram significativamente em todas as regiões do país. As regiões Nordeste e Sul tiveram um único ponto de aumento seguido de uma diminuição, ou vice-versa, um padrão que se assemelha a todo o cenário brasileiro. A única região do país que apresentou uma tendência positiva foi o Norte. No entanto, as regiões Sudeste e Centro-Oeste ainda foram consistentes. No entanto, isso não é o ideal para um país maior que o Brasil, que tem o Sistema Único de Saúde (SUS), como resultado, apesar do atraso no atendimento, sem ele, uma grande parcela da população não seria capaz de participar dos procedimentos (CANHOVATTI et al., 2020).

O resultado cirúrgico é o resultado de uma combinação de fatores pertencentes ao estado clínico do paciente, ao procedimento empregado e à qualidade do cuidado prestado. Reconhecer o perigo dos pacientes cirúrgicos é essencial porque pode ajudar a tomar decisões que afetam o sistema de saúde durante o período pré-operatório. Dito isso, um modelo de mortalidade de alto risco

para pacientes internados foi desenvolvido com base em dados de pacientes que foram submetidos à cirurgia em diferentes regiões do Brasil, o Modelo Ex-Care BR. O Modelo Ex-Care BR demonstrou ser uma ferramenta benéfica na predição do risco de morte intra-hospitalar dentro de 30 dias da cirurgia. A composição da substância foi relacionada ao paciente e à cirurgia, o que demonstrou uma capacidade superior de diferenciar e calcular com precisão (PASSOS et al., 2023).

Recentemente, diversas iniciativas de larga escala foram lançadas para aumentar a segurança no centro cirúrgico, na sala de recuperação e nas enfermarias do hospital. Essas iniciativas tiveram um papel significativo na redução da morbidade e mortalidade, incluindo a revisão de dados sobre complicações, o uso de listas de verificação de segurança, o treinamento de funcionários e o cumprimento de protocolos, todos os quais demonstraram ter um efeito mínimo no número de complicações (HOWELL et al., 2014).

Outra investigação sobre as principais causas de morte em UTIs no Brasil constatou que a redução da taxa de mortalidade nessas unidades depende de uma combinação de melhorias na infraestrutura do hospital, treinamento da equipe e implementação de protocolos baseados em evidências, como os de prevenção e tratamento da sepse (NICOLAU et al., 2025).

A taxa de mortalidade de pacientes idosos submetidos a cirurgia abdominal é influenciada pela presença de infecções do sítio cirúrgico. Por exemplo, um estudo retrospectivo em um hospital de ensino em Curitiba, Paraná, documentou que uma amostra de 114 pacientes idosos com infecções do sítio cirúrgico revelou que as escolhas de estilo de vida e as condições preexistentes não tiveram papel significativo na morte. É possível deduzir que hospitalizações mais longas, infecções do sítio cirúrgico na cavidade, duas ou mais cirurgias e cirurgias de emergência são causas significativas de morte. As taxas de readmissão entre os idosos foram significativamente associadas às taxas de readmissão hospitalar. Como resultado, compreender as causas das fatalidades desses pacientes permite que os profissionais de saúde tenham maior capacidade de gerenciar a população geriátrica e reduzir o risco de fatalidades (LENARDT et al., 2010).

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS é comumente utilizada. Foi implementada na Escócia e agora é usada rotineiramente em

procedimentos cirúrgicos. Desde a implementação da lista de verificação como parte de uma estratégia nacional abrangente de segurança, a taxa de mortalidade associada à cirurgia foi reduzida em 36,6% (RAMSAY et al., 2019).

3.3 Reabordagens Cirúrgica

A reoperação cirúrgica é considerada um evento adverso e pode ter causas infecciosas ou não infecciosas. Ao analisar as associações entre reoperação cirúrgica e outras variáveis, um estudo relatou que lesões causadas por fatores externos aumentam a probabilidade de reoperação cirúrgica. Esta pesquisa revelou uma ligação entre a necessidade de reoperação cirúrgica e fatores externos, como traumatismo cranioencefálico, exames laboratoriais alterados e readmissão hospitalar. Além disso, culturas positivas e antibioticoterapia foram reconhecidas como tendo um papel protetor na prevenção de reoperação (STEFANI et al., 2022).

Também, avaliação de risco pré-operatória, que normalmente envolve um foco no sistema cardiovascular, pode ser aprimorada pela inclusão de outros sistemas em sua análise. A identificação dos componentes de escores e calculadoras considerados também pode servir como um precursor para cuidados de saúde preparatórios que visam reduzir o risco de lesões. Na prática, ferramentas de avaliação de risco para esses outros sistemas serão benéficas em pacientes cujo exame clínico apresente alterações que sugiram um risco aumentado associado ao sistema afetado pela doença (MORAES et al., 2022).

Além disso, é fundamental a prática de medidas seguras durante procedimentos no bloco operatório, destacando como a adoção de ações preventivas pode contribuir significativamente para a minimização de riscos e complicações cirúrgicas. Um estudo comprovou que a aplicação de protocolos bem definidos, como checklists cirúrgicos, desempenha um papel essencial na redução de eventos adversos e na promoção de melhores desfechos clínicos (SILVA et al., 2024).

Os resultados deste estudo mostraram que as cirurgias de reabordagem resultaram em custos para a instituição, tanto durante a operação quanto com despesas de internação. Os dados indicam que procedimentos cirúrgicos eletivos

podem representar riscos para os pacientes, resultando em danos moderados e necessidade de reabordagem cirúrgica para a maioria, o que acarreta em significativo aumento nos custos e no tempo de internação hospitalar (AMARAL et al., 2024).

As provas indicam que a preparação psicológica pode trazer benefícios para os resultados da dor pós-operatória, recuperação comportamental, afeto negativo e duração da internação, e é pouco provável que seja prejudicial (POWELL et al., 2016).

Um estudo com o objetivo de avaliar o risco de desenvolvimento de lesões perioperatórias decorrentes do posicionamento constatou que 31,1% dos participantes foram identificados como de alto risco. Observou-se que a idade acima de 46 anos e o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica estão associados a um maior risco de lesões cirúrgicas decorrentes do posicionamento (OLIVEIRA et al., 2019).

Uma pesquisa analisou os desfechos imediatos e complicações de gastrectomia total realizada em pacientes encaminhados para tratamento especializado no Hospital das Clínicas da UNICAMP. O estudo demonstrou que este procedimento cirúrgico demanda habilidade do cirurgião e de sua equipe, utilizando técnica cirúrgica avançada para minimizar complicações no pósoperatório. O manejo das complicações pós-operatórias requer atenção no controle de infecções, vias aéreas e cuidados nutricionais, com o objetivo de reduzir a mortalidade e promover a qualidade de vida do paciente (ANDREOLLO et al., 2011).

Ademais, uma análise verificou que a dor após a cirurgia observada em pacientes submetidos à cirurgia eletiva está relacionada ao medo e à ansiedade antes da operação. O medo pré-operatório influencia a dor pós-operatória por um período de tempo maior que a ansiedade. A curto prazo, o efeito de mediação do medo pré-operatório sobre a dor pós-operatória é direto; o efeito de mediação da ansiedade é indireto, porém intensifica o efeito do medo (TEIXEIRA et al., 2024).

As reabordagens estão ligadas às intervenções de enfermagem realizadas nos períodos pré e pós-operatórios imediatos que influenciam a ansiedade dos pacientes submetidos a cirurgias vasculares de repetição. Estes indivíduos enfrentam a perspectiva de novas cirurgias, o que pode impactar sua autonomia e

autoestima. Portanto, tornou-se necessário que a equipe de enfermagem forneça informações mais detalhadas sobre o procedimento cirúrgico ao paciente (OLIVEIRA et al., 2022).

Técnicas cirúrgicas e suas implicações clínicas, complicações pósoperatórias e estratégias de manejo são fatores que influenciam reabordagens cirúrgicas. Por exemplo, a cirurgia de hérnia é uma parte essencial da cirurgia geral. A escolha apropriada da técnica cirúrgica e a gestão de complicações pósoperatórias são fundamentais para obter resultados bem-sucedidos e promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Com o avanço constante da investigação e da prática clínica, podemos antecipar melhorias contínuas nas técnicas cirúrgicas e na abordagem das complicações associadas às hérnias (RIBEIRO et al., 2023).

3.4 Enfermagem Cirúrgica na Promoção a Saúde

A prática abrangente e consistente em relação às medidas rotineiras de profilaxia antibiótica perioperatória requer a coordenação de toda a equipe interprofissional de saúde perioperatória. Isso envolve toda a equipe do centro cirúrgico e da equipe perioperatória, incluindo técnicos cirúrgicos, equipe de enfermagem perioperatória, enfermeiros de plantão, clínicos gerais, farmacêuticos e todos os profissionais envolvidos no cuidado de pacientes cirúrgicos. Essa abordagem interprofissional contribuirá para otimizar a profilaxia antibiótica, reduzir eventos adversos e promover os melhores resultados para os pacientes (CRADER et al., 2017).

A humanização do cuidado da enfermagem no centro cirúrgico enfrenta diversos obstáculos, como a sobrecarga de trabalho, a pressão por eficiência e o impacto da tecnologia. Para superar tais desafios, é essencial investir em educação e capacitação em humanização, tanto na formação dos profissionais de saúde quanto por meio de programas de educação continuada. Isso envolve o aprimoramento de habilidades de comunicação eficaz, empatia e sensibilidade para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes e seus familiares (FRAIBERG et al., 2024).

O desafio de fornecer um cuidado humanizado reside em assistir o cliente em todas as suas necessidades em um ambiente que tende a favorecer uma abordagem mecânica. Portanto, é fundamental considerar os aspectos subjetivos da prática profissional. Dessa forma, os profissionais de enfermagem que atuam nesse campo devem priorizar o respeito à individualidade, adotar uma abordagem holística, promover a troca de informações e estabelecer vínculos de confiança, a fim de aprimorar o processo cirúrgico possa ser uma fase calma e pela ausência de aflições (ADAMI et al., 2017).

Os enfermeiros reconhecem a relevância e a necessidade da Educação Continuada diante das crescentes exigências impostas pelo atual momento de desenvolvimento, renovação e criação de tecnologias, bem como pela integração de saberes e nova visão do trabalho médico e de enfermagem. Sendo assim, é incumbência dos enfermeiros reconhecer a importância de buscar formas de integração entre diferentes campos do conhecimento, promover o diálogo com os envolvidos e com os responsáveis pela tomada de decisões para reorientar a prática das ações educativas da equipe de enfermagem nas instituições de saúde (SILVA et al., 2009).

A atuação do enfermeiro no Centro Cirúrgico no contexto brasileiro está principalmente centrada nas áreas gerenciais e assistenciais, com uma menor ênfase na área de ensino. Os resultados desta pesquisa indicam que o papel dos enfermeiros no centro cirúrgico é fundamental para os processos envolvidos na realização do tratamento cirúrgico (TREVILATO et al., 2023).

O programa Cirurgia Segura Salva Vidas foi criado pela OMS como parte dos esforços para reduzir o número de mortes por cirurgia em todo o mundo. Seu propósito é mobilizar o compromisso político e a vontade clínica para lidar com questões cruciais de segurança, como práticas anestésicas inadequadas, infecções cirúrgicas evitáveis e comunicação deficiente entre os membros da equipe. Esses problemas são comuns, fatais e podem ser prevenidos em todos os países e contextos. Para aplicar a Lista de Verificação durante a cirurgia, um único indivíduo deve ser responsável pela realização das verificações de segurança. Geralmente, esse coordenador designado da Lista de Verificação será um enfermeiro circulante. A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS demonstrou melhorar a conformidade com os padrões básicos de atendimento cirúrgico em

vários hospitais ao redor do mundo. Embora a ligação entre a conformidade com os padrões e a diminuição das taxas de complicações seja provavelmente multifatorial, aprimorar a segurança e a confiabilidade da cirurgia pode salvar vidas e promover a confiança no sistema de saúde (LIVES et al., 2009).

No final de uma pesquisa, identificou-se diversas dificuldades que prejudicam a segurança deste estudo, destacando-se: os erros na montagem da sala cirúrgica; a falta de implementação de todas as etapas do processo de enfermagem; a ausência de diálogo entre paciente e equipe sobre medos, ansiedades e dúvidas pós-operatórias; a falta de compreensão entre a equipe multiprofissional; a agitação e os ruídos excessivos na sala cirúrgica; e a falta de realização do checkist preconizado pela OMS (HENRIQUES et al., 2016).

Além disso, os desafios e limitações enfrentados pelas enfermeiras no Centro Cirúrgico decorrem das características intrínsecas do ambiente, caracterizado pela imprevisibilidade e pela necessidade constante de replanejamento e reorganização de ações. Essa problemática torna-se mais acentuada quando se somam outros obstáculos, tais como falta de materiais e equipamentos, falhas na comunicação, cansaço físico e emocional dos profissionais, e limitações na compreensão do trabalho de enfermagem por parte da equipe médica (MARTINS et al., 2017).

Os elementos que impactam na tomada de decisão podem estar relacionados a diversas condições: as do paciente e aquelas que vão além da esfera e organização do ambiente cirúrgico. Os fatores relacionados às consequências positivas, negativas ou ambas influenciam diretamente a gestão do cuidado prestado ao paciente e não apenas a gestão administrativa do ambiente cirúrgico. Isso contribui para apoiar a atuação do enfermeiro de centro cirúrgico, permitindo potencializar ações para alcançar efeitos positivos e realizar intervenções preventiva objetivando reduzir consequências prejudiciais (RODRIGUES et al., 2020).

Uma das responsabilidades do enfermeiro é assegurar uma assistência segura e de qualidade, sendo crucial que esse profissional esteja capacitado para adotar técnicas que possibilitem não apenas o correto uso de tecnologias, mas também a integração destas com o cuidado holístico e humanizado. Os profissionais devem estar cientes de que garantir o adequado funcionamento do setor demanda habilidades especiais para se adaptar à utilização de novos dispositivos e ao

aprimoramento das técnicas de cuidado envolvidas, no propósito de aprimorar e tornar mais humana o cuidado (PERISSÉ et al., 2019).

Um estudo permitiu compreender os obstáculos que os enfermeiros enfrentam ao implementar o Plano de Cuidados no Centro Cirúrgico, evidenciando que nem todas as etapas desse processo são concluídas nas fases correspondentes ao período perioperatório. Foi identificada uma lacuna na sequência das ações do Plano de Cuidados, destacando a importância do exame físico durante a consulta de enfermagem, a evolução no pré-operatório imediato e a revisão da avaliação das ações de enfermagem no pós-operatório, práticas fundamentais que nem sempre são seguidas por grande parte dos profissionais de enfermagem. Sendo assim, é imprescindível efetivar cada passo do Processo de Enfermagem no sentido de colaborar para aumentar a qualidade da assistência de saúde (SÁ et al., 2023).

A pesquisa atual identifica desafios enfrentados por enfermeiros em um centro cirúrgico de um hospital de grande porte. A interação interpessoal é constante nesse ambiente e problemas entre as equipes impactam na dinâmica de funcionamento da unidade, podendo prejudicar a saúde desses profissionais. Os conflitos são recorrentes nessa interação, destacando a importância de os enfermeiros possuírem habilidades e competências para gerenciar de maneira adequada, sabendo ouvir as partes envolvidas em busca de soluções. Os profissionais de enfermagem indicaram muitos problemas que encaram, envolvendo discordâncias entre grupos, escassez de material e pessoal (STUMM et al, 2006).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo e local da pesquisa

O presente estudo foi conduzido como uma pesquisa quantitativa, retrospectiva, observacional e de coorte, cujo objetivo é analisar dados históricos relativos reabordagens cirúrgicas em pacientes internados no Hospital Universitário de Lagarto (HUL/UFS).

4.2 População

A população do estudo foi constituída por todos os pacientes que estiveram hospitalizados no Hospital Universitário de Lagarto e que passaram por reabordagens cirúrgucas no período de 2020 a 2024. O estudo tem como base de inclusão todos os registros disponíveis nesse intervalo de tempo, sendo o número exato de participantes uma consequência da coleta de todos os dados elegíveis.

4.3 Fontes de Dados

Os dados foram obtidos por meio de análise documental de registros secundários disponíveis no Hospital Universitário de Lagarto. Os dados foram obtidos a partir do aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), sistema informatizado que integra as informações hospitalares. O sistema de Prontuários Eletrônicos (Sistema de Gestão para Hospitais Universitários - AGHU) foi acessado para a extração de dados clínicos, demográficos e de desfechos.

4.4 Variáveis de Interesse

As variáveis sociodemográficas incluem:

● Idade (quantitativa discreta): calculada com base na data de nascimento do indivíduo.

● Faixa etária (qualitativa ordinal): dividida entre 0-19, 20-39, 40-59, 60-79 e 80-100.

● Sexo (qualitativa nominal): sexo do indivíduo, obtido no prontuário eletrônico.

● Raça (qualitativa nominal): cor da pele, obtido no prontuário eletrônico. Pode ser: branca, negra, amarela, parda, indígena, outra.

● Situação Conjugal (qualitativa nominal): Considera o estado civil e/ou união formal ou não da pessoa com parceiro/a, considerando as seguintes categorias: solteiro (a), casado (a) /união estável, viúvo (a), divorciado (a) ou outros.

● Escolaridade (qualitativa ordinal): Foi considerada a última série concluída com aprovação, frequentada na rede oficial de ensino no Brasil. Categorizada em: nunca estudou, ou estudou até: 1ª série do ensino fundamental, 2ª série do ensino fundamental, 3ª série do ensino fundamental, 4ª série do ensino fundamental, 5ª série do ensino fundamental, 6ª série do ensino fundamental, 7ª série do ensino fundamental, 8ª série do ensino fundamental, ensino fundamental completo, 1ª série do ensino médio, 2ª série do ensino médio, 3ª série do ensino médio, ensino médio completo, 1° ano do ensino superior, 2° ano do ensino superior incompleto, 3° ano do ensino superior, 4° ano do ensino superior, 5° ano do ensino superior, ensino superior completo, especialização, mestrado, doutorado.

Dentre as variáveis clínicas, estão: número de internações, classificação de risco/gravidade prévia, realizada na emergência: verde, amarelo ou vermelho; situação cirúrgica primária e situação cirúrgica secundária. Além das citadas, relacionadas ao quadro clínico, temos as variáveis: diabetes; hipertensão arterial; asma; DPOC; insuficiência renal crônica (IRC); insuficiência cardíaca congestiva (ICC); sobrepeso; obesidade; acidente vascular cerebral (AVC); tabagismo; HIVaids; câncer; oncologia; alzheimer e parkinson. Ainda, as variáveis alta, óbito ou transferência.

4.5 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta foi realizada por pesquisadores treinados, seguindo uma sequência lógica de garantir a fidedignidade e a segurança dos dados. Primeiramente, após a aprovação ética e a autorização da gestão do HUL/UFS, foi feita a Identificação dos Casos, utilizando os registros dos prontuários eletrônicos (AGHU) e os registros físicos, extraindo todas as variáveis listadas no tópico anterior. Em uma etapa de Codificação e Anonimização, os dados coletados foram transferidos para um instrumento de coleta padronizado (planilha eletrônica), onde os dados de identificação direta do paciente serão substituídos por um código numérico. O banco de dados final será mantido anonimizado e armazenado em computador protegido por senha.

4.6 Análise estatística

Os dados foram organizados em planilha eletrônica no software Microsoft Excel® para tratamento inicial, e a análise estatística será realizada por meio do GraphPad (Prism 8.0). Foi utilizada a estatística descritiva, apresentando as distribuições absoluta e relativa (n - %) e medidas de tendência central e de variabilidade. A simetria das distribuições contínuas foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a análise comparativa entre grupos foi empregado o teste Mann-Whitney U. Já para a comparação de variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ($\chi 2$). A Regressão de Cox foi utilizada para estimar a sobrevida hospitalar dos pacientes em relação aos fatores cirúrgicos.

4.7 Riscos e Benefícios

O presente estudo, por ser de natureza retrospectiva e documental, envolve o risco de quebra de sigilo e confidencialidade das informações dos pacientes. Para assegurar a proteção dos dados, todas as informações coletadas foram codificadas e armazenadas em ambiente seguro, acessível apenas aos pesquisadores envolvidos. Nenhum dado pessoal ou identificável foi divulgado em qualquer etapa

da pesquisa, conforme os princípios estabelecidos na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) e na Resolução CNS nº 466/2012. Como benefícios indiretos, a pesquisa contrinui para a qualificação dos processos cirúrgicos da instituição, promovendo melhorias na gestão e otimização dos recursos hospitalares. Além disso, os resultados servem de base para futuras estratégias de prevenção de eventos adversos, redução de custos e aperfeiçoamento do prognóstico de pacientes que necessitam de reabordagens cirúrgicas durante a hospitalização.

4.8 Critérios de Encerramento ou suspensão

Os critérios de encerramento e suspensão deste estudo estão diretamente relacionados à natureza e ao risco da pesquisa. Por se tratar de uma investigação retrospectiva e documental, que utiliza exclusivamente dados secundários de prontuários eletrônicos e não envolve intervenção direta com seres humanos, os riscos são mínimos, limitando-se à possibilidade de quebra de sigilo e confidencialidade das informações.

O encerramento da pesquisa ocorrerá quando todas as etapas previstas no cronograma forem devidamente concluídas, incluindo a coleta, análise e interpretação dos dados, elaboração do relatório final e submissão dos resultados para publicação ou apresentação acadêmica. O encerramento também será efetivado após o cumprimento de todas as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com a devida entrega do relatório final da pesquisa.

A suspensão temporária ou definitiva da pesquisa poderá ocorrer nas seguintes situações:

- Identificação de falhas na proteção, anonimização ou armazenamento dos dados que possam expor informações sensíveis dos pacientes;
- Constatação de uso inadequado, indevido ou fora do escopo dos dados coletados;

  Ocorrência de qualquer evento que comprometa os princípios éticos da pesquisa, conforme estabelecido na Resolução CNS nº 466/2012 e na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais);

- Recomendação expressa do Comitê de Ética em Pesquisa diante de irregularidades ou inconformidades éticas detectadas durante a execução do estudo.

Caso haja necessidade de suspensão, o pesquisador responsável comunicará imediatamente o Comitê de Ética em Pesquisa, apresentando justificativa formal e um plano de ação para adequação das inconformidades. A pesquisa somente poderá ser retomada após nova autorização do CEP.

4.9 Resultados e Divulgação

A divulgação dos resultados ocorrerá por meio de apresentação em eventos acadêmico-científicos, publicações em revistas especializadas e entrega de relatório técnico-científico à instituição hospitalar envolvida. O conhecimento gerado poderá subsidiar ações de melhoria na gestão cirúrgica, promover a segurança do paciente e orientar futuras pesquisas na área. As informações serão tratadas de forma agregada, garantindo o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018). Nenhum dado individual ou identificável será divulgado.

A publicação dos dados respeitará os princípios éticos da ciência, garantindo a transparência, integridade e reprodutibilidade do estudo, conforme preconizado pelas diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

4.10 Critérios de Inclusão e Exclusão

A pesquisa teve como critério de inclusão todas as cirurgias realizadas no HUL durante os meses de janeiro a dezembro entre os anos de 2020 a 2024.

Não foram aplicados critérios de exclusão.

4.11 Aspectos éticos e legais do estudo

Este trabalho está em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e será encaminhado ao comitê de ética e pesquisa para apreciação e emissão de parecer, além de envio à direção do HUL e Coordenação do Centro Cirúrgicos para devidas autorizações.

Por se tratar de um estudo retrospectivo que utiliza dados secundários já existentes nos registros hospitalares, a obtenção do consentimento individual dos pacientes é dispensada. A pesquisa não envolve intervenção direta nos participantes, e todos os dados serão devidamente avaliados, garantindo a privacidade e a confidencialidade das informações em todas as etapas do estudo. Esta dispensa está em conformidade com as normas do Comitê de Ética em Pesquisa, que permitem tal abordagem para estudos que não representam risco adicional aos participantes e utilizam exclusivamente informações coletadas em rotina assistencial.

5. RESULTADO

Conforme apresentado na Tabela 1, no período de 2020 a 2024, as reabordagens cirúrgicas totalizaram 612 casos com distribuição heterogênea entre as faixas etárias com maior incidência em adultos de meia-idade e idosos jovens. A faixa etária de 40 a 59 anos registrou o maior número de reabordagens (n=193; 31,54%), sendo a mais comum e que mais representa o perfil do estudo, seguida da faixa etária de 60 a 79 anos (n=156; 25,49%) e de 20 a 39 anos (n=139; 22,71%), o que, conjuntamente, corresponde a mais de 79% do total de casos. Por outro lado, as idades extremas foram observadas em menor volume, sendo a faixa de 80 a 100 anos aquela com o menor percentual destes dados (n=38; 6,21%), e de 0 a 19 anos (n=86; 14,05%), implicando que estas classes não são elas as mais frequentemente reabordadas cirurgicamente.

Houve predomínio de pessoas do sexo masculino (n=389; 63,56%) em relação ao sexo feminino (n=223; 36,44%), o que caracteriza uma distribuição desigual da variável entre os dois sexos, com uma diferença percentual muito grande de um para o outro, mostrando-se, assim, como o valor máximo da variável em questão, enquanto o sexo feminino apresenta a menor frequência relativa.

A distribuição mostrou-se marcadamente assimétrica, com predominância expressiva da raça parda, que reuniu 92,81% dos casos (n = 568), seguida, em proporções substancialmente menores, pelas raças branca (5,56%; n = 34), preta (1,14%; n = 7) e amarela (0,49%; n = 3), sem registros para a população indígena. Desta forma, vale realçar que o valor máximo correspondeu à população parda, ao passo que o mínimo absoluto foi observado para a população indígena, o que demonstrou discrepância relevante entre os grupos raciais julgados.

O predomínio dos pacientes com o estado civil de solteiro foi constatado, perfazendo 62,25% da amostra total, o que corresponderá a 381 pacientes, num total de 612. Logo após, os casados ou em união estável foram 27,78%, sendo 170 pacientes, ao contrário do estado viúvo e o divorciado, que apresentaram 5,07%, 31 pacientes, e 1,31%, 8 pacientes, respectivamente. Além disso, a categoria “outros” totaliza 3,59%, n = 22, o que indica a participação residual desse fator no conjunto geral.

Constata-se que o nível educacional é predominantemente baixo, o que caracteriza um aspecto sociodemográfico importante para o entendimento do objeto de estudo. Os indicadores indicam que a maior frequência recaiu sobre indivíduos com ensino fundamental incompleto, com 35,29 % de prevalência e 216 casos; na sequência, aqueles para os quais o status foi ignorado com 30,07 % e n=184; e, por último, sem escolaridade, com 16,01% e 98 casos, ao passo que os níveis maiores de instrução, tais como ensino superior incompleto (0,65%, n=4) e ensino superior completo (0,98%, n=6) apresentaram proporções mínimas. Por outro lado, todos os estratos intermediários, como ensino fundamental completo (5,39%, n=33), médio incompleto (2,78%, n=17) e médio completo (8,82%, n=54), mantiveram distribuição percentual inferior em relação às categorias de menor escolaridade.

Tabela 1: Distribuição absoluta e percentual das variáveis sociodemográficas.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICA	**N (%)**	**VALORES p**
0 – 19	86 (14,05)	*
20 – 39	139 (22,71)	*
40 – 59	193 (31,54)	*
60 – 79	156 (25,49)	*
80 – 100	38 (6,21)	*
Masculino	389 (63,56)	*
Feminino	223 (36,44)	*
Branca	34 (5,56)	*
Parda	568 (92,81)	*
Preta	7 (1,14)	*
Amarela	3 (0,49)	*
Indígena	0 (0,00)	*
Solteiro	381 (62,25)	*
Casado/União Estável	170 (27,78)	*
Viúvo	31 (5,07)	*
Divorciado	8 (1,31)	*
Outros	22 (3,59)	*
Sem escolaridade	98 (16,01)	*
Ensino Fundamental Incompleto	216 (35,29)	*
Ensino Fundamental Completo	33 (5,39)	*
Ensino Médio Incompleto	17 (2,78)	*
Ensino Médio Completo	54 (8,82)	*
Ensino Superior Incompleto	4 (0,65)	*
Ensino Superior Completo	6 (0,98)	*
Ignorado	184 (30,07)	*

***** Estatisticamente significativo segundo qui-quadrado (p<0,05)

Como mostra a tabela 2, as doenças não transmissíveis de longa duração foram as mais frequentes no estudo, o que reflete a alta complexidade do cenário de cuidados. Dentre as comorbidades mais comuns, a hipertensão arterial sistêmica (28,76%; n=176) e o diabetes mellitus (24,67%; n=151) lideraram, representando juntas mais da metade dos registros, demonstrando mais uma vez a importância dessas comorbidades como potenciais fatores de risco para maior risco cirúrgico e complicações. Em contrapartida, as doenças de Alzheimer (0,16%; n=1), Parkinson (n=2: 0,33%) e asma (6: 0,98%) foram muito raras, sem nenhum caso de HIV/AIDS relatado no período do estudo. Uma prevalência intermediária de tabagismo (10,13%; n = 62) e histórico de eventos cardiovasculares prévios, como acidente vascular cerebral (4,58%; n = 28), insuficiência cardíaca congestiva (3,27%; n = 20), doenças crônicas como doença renal crônica (3,43%; n = 21) e DPOC (2,61%; n = 16), também foram encontradas, o que pode resultar em maior vulnerabilidade clínica e necessidade de reintervenções cirúrgicas.

Tabela 2: Distribuição absoluta e percentual das variáveis comorbidades.

VARIÁVEIS COMORBIDADES	N (%)	VALORES p
Hipertensão Arterial	176 (28,76)	*
Diabetes	151 (24,67)	*
Obesidade	18 (2,94)	*
Tabagismo	62 (10,13)	*
Asma	6 (0,98)	*
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	16 (2,61)	*
Insuficiência Renal Crônica	21 (3,43)	*
Insuficiência Cardíaca Congestiva	20 (3,27)	*
Acidente Vascular Cerebral	28 (4,58)	*
Hiv-Aids	0 (0,00)	*
Câncer-Oncologia	22 (3,59)	*
Alzheimer	1 (0,16)	*
Parkinson	2 (0,33)	*

* Estatisticamente significativo segundo qui-quadrado (p<0,05)

Segundo os dados da tabela 3, indicam que a maior porcentagem correspondeu a internações únicas, com 254 casos (41,50%), seguidas por duas internações em 203 casos (33,17%) e três ou mais em 155 casos (25,33%), numa distribuição que, embora decrescente, reflete um envolvimento substancial de múltiplas reinternações. A proporção e a distribuição deste último grupo foram inversas à categoria de uma internação: embora os pacientes com três ou mais internações representassem a menor frequência, corresponderam ao maior valor.

Por compreenderem mais de um quarto da amostra total, essa proporção é significativa. Em contraste com os números de internações únicas, a soma de duas ou mais internações é superior a 58%, o que confirma uma recorrência notável de reintervenções cirúrgicas.

Um total de 829 reoperações foram realizadas no Hospital Universitário do Estado de Sergipe, com grande predominância de cirurgias ortopédicas, com 404 casos (48,73%), seguidas por cirurgias gerais, com 254 casos (30,64%), e procedimentos vasculares, observados em 134 pacientes (16,16%). Por outro lado, especialidades como coloproctologia (1,33%), proctologia (1,09%), cirurgia plástica (0,97%), cirurgia torácica (0,72%), neurocirurgia (0,24%) e urologia (0,12%) apresentaram frequências significativamente menores e também números discordantes em comparação com as demais áreas examinadas neste estudo.

Enfatizando um perfil focado em intervenções mais complexas e no risco de morbidade pós-operatória, os procedimentos ortopédicos se destacaram, com o maior número de procedimentos com sobrevida (229; 27,62%), seguidos por laparotomias exploratórias e relaparotomias (171; 20,63%) e desbridamentos cirúrgicos (132; 15,92%), que juntos representaram mais de 60% de todos os casos analisados; por outro lado, traqueostomia e reintervenção nas vias aéreas apresentaram um perfil de baixa frequência (7 [0,84%]), assim como as categorias de "outros procedimentos" constituíram as menores frequências, configurando valores mínimos para reoperações, indicando menor impacto quantitativo no conjunto de reintervenções. Além disso, registrou-se uma alta proporção de remoção ou revisão de material de síntese ou fixador externo (105; 12,67%) e amputação (73; 8,81%).

A maioria dos registros era da categoria de risco Amarelo (321; 48,20%), seguida por Verde (235; 35,29%) e Vermelho (110; 16,52%), totalizando 666 casos, o que reflete uma predominância de casos moderados no perfil de atendimento. Nessa visão geral, a maior frequência de casos foi observada na categoria de risco Amarelo e o menor grupo correspondeu ao nível de risco Vermelho; isso revela uma diferença notável entre os extremos de gravidade e atesta a noção já estabelecida de que a maioria das reintervenções foi realizada em pacientes clinicamente estabilizados, mas que necessitavam de intervenção prioritária.

Tabela 3: Distribuição absoluta e percentual das variáveis clínicas.

VARIÁVEIS CLÍNICAS	N (%)	VALORES p
1 Internação	254 (41,50)	*
2 Internações	203 (33,17)	*
≥ 3 Internações	155 (25,33)	*
Verde	235 (35,29)	*
Amarelo	321 (48,20)	*
Vermelho	110 (16,52)	*
Ortopédica	404 (48,73)	*
Geral	254 (30,64)	*
Vascular	134 (16,16)	*
Coloproctologia	11 (1,33)	*
Plástica	8 (0,97)	*
Proctologia	9 (1,09)	*
Torácica	6 (0,72)	*
Neurocirurgia	2 (0,24)	*
Urologia	1 (0,12)	*
Cirurgias Ortopédicas	229 (27,62)	*
Laparotomia Exploradora e Relaparotomias	171 (20,63)	*
Desbridamentos Cirúrgicos	132 (15,92)	*
Retirada/ Revisão de Material de Síntese ou Fixador Externo	105 (12,67)	*
Amputaçações	73 (8,81)	*
Enxertos e Retalhos	43 (5,19)	*
Procedimentos Torácicos	29 (3,50)	*
Ressutura/Correção de Denscência de Parede Abdominal	27 (3,26)	*
Outros Procedimentos	13 (1,57)	*
Traqueostomia e Reabordagem de Via Aérea	7 (0,84	*

* Estatisticamente significativo segundo qui-quadrado (p<0,05)

De acordo com a tabela 4, das 829 cirurgias coletadas, observou-se que a maioria dos procedimentos foi de urgência (n=494; 59,59%), seguida por cirurgias eletivas (n=325; 39,20%) e, em menor número de casos, cirurgias de emergência (n=10; 1,21%). Esse fato ilustra a predominância de procedimentos realizados de forma eletiva ou de urgência, porém sem necessidade imediata. Em relação aos intervalos, fica claro que a urgência reflete diretamente o valor máximo na distribuição (perfil de atendimento direcionado ao tratamento de condições agudas) e a emergência apresenta o valor mínimo (baixa frequência de situações críticas imediatas nesse período), enquanto as cirurgias eletivas mantêm uma participação importante ao longo desses meses, o que implica uma demanda agendada relativamente estável no serviço.

Observou-se que, considerando os 829 procedimentos cirúrgicos avaliados, as cirurgias de pequeno porte foram as mais comuns — 389 casos (46,92%); seguidas pelas cirurgias de médio porte — 324 casos (39,08%) e, por fim, pelas cirurgias de grande porte — 116 casos (13,99%), demonstrando uma prevalência de intervenções menos complexas em nossa série. A importância dessa comparação reside no fato de que, claramente, os procedimentos muito pequenos correspondem à moda (ou valor máximo) e os procedimentos de grande porte ao menor valor, o que explica uma interessante lacuna entre os procedimentos de baixa e alta complexidade, enquanto os de médio porte situam-se em algum ponto intermediário (refletindo, de fato, a tendência de concentrar a atenção em cirurgias menos invasivas). A partir desses dados, podemos inferir que o perfil operatório é predominantemente formado por procedimentos de pequeno e médio porte, que juntos somam 86,00% dos casos.

A distribuição dos 829 procedimentos por complexidade, expressa em um gráfico de homogeneidade relativa entre baixa, intermediária e alta complexidade, mostrou que, nesse cenário, predominaram os procedimentos de baixa complexidade, com 303 (36,55%) registros, seguidos pelos de média complexidade, com 266 (32,09%), e pelos de alta complexidade, com 260 (31,36%) – não apresentando grande diferença percentual entre eles. Curiosamente, o maior número de procedimentos foi de baixa complexidade e o menor, de alta complexidade, embora a diferença absoluta entre média e alta seja pequena (n=6).

A distribuição dos 829 casos foi estudada de acordo com intervalos de tempo, revelando que os mais frequentes foram aqueles com duração inferior a 60 minutos (47,17%), seguidos pelos de 60 a 120 minutos (37,27%) e, por fim, pelos de mais de 120 minutos, constituindo porções menores em relação ao total, gerando um cenário geral com prevalência de consultas/procedimentos de curta duração. Como destaque desta análise, verificou-se que o intervalo de 180 minutos representou o menor número de casos extremos (n = 41; 4,95%), inferindo uma divergência importante em relação às outras categorias, indicando um declínio gradual na frequência com o aumento do tempo, também em contraposição à maior concentração nos intervalos iniciais. A proporção de casos que ocorreram em até 120 minutos foi de aproximadamente 84,44%, devido à curta duração da maioria dos eventos.

O maior número de procedimentos (41,86%) foi classificado como limpo, seguido por infectado (25,21%), contaminado (20,14%) e potencialmente contaminado (12,79%). Em relação aos destaques, a cirurgia limpa foi a categoria que mais contribuiu para o número absoluto de registros (n=347), apresentando maior frequência relativa no período determinado, enquanto a cirurgia possivelmente contaminada constituiu a menor porcentagem (n=106), indicando menor ocorrência desse tipo de cirurgia no serviço analisado. Por outro lado, o valor combinado de cirurgias contaminadas e infectadas foi de 45,35%, o que é preocupante, pois se aproxima da metade da prevalência de procedimentos com alto risco de infecção cruzada.

O desfecho mais frequente foi a alta hospitalar, seguida por óbito e transferência, em 666 registros analisados. O desfecho "alta hospitalar" (563 casos, 84,53%) apresentou a maior frequência absoluta e relativa, indicando que a maioria dos nossos pacientes se recupera durante a internação, diferentemente do "óbito" (74 casos, 11,11%), que representa o segundo desfecho mais frequente; contudo, demonstrando que uma parcela significativa dos desfechos em nossa amostra foi desfavorável. Mais uma vez, o desfecho "transferência" constitui o menos frequente (29 casos ;4,35%) evidenciado por sua baixa porcentagem, sendo até o momento o evento menos recorrente no período investigado. Essa distribuição implica em julgamentos a priori sobre a eficácia da assistência prestada por este serviço, visto que a alta proporção de altas hospitalares corrobora a eficácia dos procedimentos clínicos adotados.

Tabela 4: Distribuição absoluta e percentual das variáveis cirúrgicas.

VARIÁVEIS CIRÚRGICAS	N (%)	VALORES p
Eletiva	325 (39,20)	*
Urgência	494 (59,59)	*
Emergência	10 (1,21)	*
Pequeno Porte	389 (46,92)	*
Médio Porte	324 (39,08)	*
Grande Porte	116 (13,99)	*
Baixa Complexidade	303 (36,55)	*
Média Complexidade	266 (32,09)	*
Alta Complexidade	260 (31,36)	*
< 60 minutos	391 (47,17)	*

60 – 120 minutos	309 (37,27)	*
121 – 180 minutos	88 (10,62)	*
> 180 minutos	41 (4,95)	*
Cirurgia Limpa	347 (41,86)	*
Cirurgia Potencialmente Contaminada	106 (12,79)	*
Cirurgia Contamina	167 (20,14)	*
Cirurgia Infectada	209 (25,21)	*
Alta Hospitalar	563 (84,53)	*
Transferência	29 (4,35)	*
Óbito	74 (11,11)	*

* Estatisticamente significativo segundo qui-quadrado (p<0,05)

Conforme indicado na tabela 5, uma primeira tendência de diminuição progressiva foi evidente de 2020 (176 reintervenções) a 2022 (132 reintervenções), com variações percentuais negativas consecutivas, sendo a maior observada em 2022 (-22,35%), resultando em uma diminuição acumulada de -25,00%, indicando que estamos vivenciando uma fase de regressão nas reintervenções cirúrgicas. Por outro lado, houve uma inflexão em 2023 com um aumento de 19,69% em comparação com o ano anterior, seguido por outro aumento em 2024, quando foi atingido o maior valor absoluto para esse período (193 reintervenções) e a maior variação percentual positiva (+22,15%), levando a um crescimento positivo acumulado de +9,65%.

Tabela 5: Curva de crescimento absoluto e percentual das reabordagens cirúrgicas.

ANOS	N° DE REABORDAGENS	VARIAÇÃO% VS. ANO ANTERIOR	CRESCIMENTO ACUMULADO	VALORES p
2020	176	-	-	*
2021	170	- 3,40	- 3,40	*
2022	132	- 22,35	- 25,00	*
2023	158	19,69	- 10,22	*
2024	193	22,15	9,65	*

* Estatisticamente significativo segundo qui-quadrado (p<0,05)

Como mostrado nas tabelas 6 e 7, a morbidade e a mortalidade da cirurgia de revisão fornecem uma visão geral informativa sobre a importância clínica das reintervenções pós-cirúrgicas. No total, 612 pacientes necessitaram de reintervenção; destes, 263 apresentaram morbidade e 74 faleceram. A taxa de morbidade representou 42,97%, sendo o evento mais frequente entre os pacientes submetidos a algum tipo de reintervenção, enquanto a taxa de óbitos foi de 12,09%,

uma parcela considerável que chama a atenção para a gravidade clínica relacionada às reintervenções pós-operatórias.

Tabela 6: Expressão da morbidade absoluta e percentual das reensidivas pós cirúrgicas.

CASOS COM MORBIDADE	N° DE REABORDADOS	TAXA DE MORBIDADE	VALORES p
263	612	42,97	*

* Estatisticamente significativo segundo qui-quadrado (p<0,05)

Tabela 7: Expressão da mortalidade absoluta e percentual das reensidivas pós cirúrgicas.

ÓBITOS	N° DE REABORDADOS	TAXA DE MORBIDADE	VALORS p
74	612	12,09	*

* Estatisticamente significativo segundo qui-quadrado (p<0,05)

6. DISCUSSÃO

Os achados apresentam que o tipo de perfil quantitativo de cirurgias reabordadas em questão neste estudo tem forte relação na faixa etária intermediária a avançada e, portanto, permite inferir que o envelhecimento, fatores de risco para o desenvolvimento de comorbidades e a complexidade do procedimento podem aumentar a necessidade de reabordagem (EDELMUTH, et al; 2018).

A exposição de pacientes do sexo masculino a patologias mais frequentes e graves de forma clínico-cirúrgica, principalmente em causa de traumas, quanto de condições que demandam intervenções repetidas (LAURENTI, JORGE, GOTLIEB; 2005). No entanto, considerando as disparidades nas distribuições dos perfis epidemiológicos e de acesso à Atenção à Saúde, a inferior proporção feminina não parece injustificada. Ademais, outra possibilidade é que, na realidade, o perfil quantitativo dos procedimentos reabordados seja fragmentada por divisões sociodemográficas, de fato, o homem seja o grupo mais afetado (LEVORATO, et al; 2014).

Essa distribuição reforça a composição demográfica regional e corrobora as inferências sobre determinantes sociais da saúde, acesso a serviços hospitalares e vulnerabilidades populacionais previstas pela literatura brasileira sobre desigualdades em saúde (GALVÃO, et al; 2021).

Por sua vez, os achados permitem concluir que a condição civil de solteiro(a), do ponto de vista estatístico, predomina devido ao fato de que o trecho reabordado da população inclui um número muito maior de pacientes com esse status, em comparação aos outros. Portanto, pode-se supor as relações associativas do suporte social, adesão ao tratamento e desempenho cirúrgico para as reabordagens (DE ANDRADE, VAITSMAN; 2002).

Assim, inferências quanto aos baixos níveis acadêmicos podem ser levantadas em relação à maior vulnerabilidade ao desfecho cirúrgico (PRECOMA, 2021).

O perfil para reintervenções está muito associado a comorbidades crônicas prevalentes, de modo que se pode inferir que estas desempenham um papel

importante na caracterização quantitativa dos pacientes submetidos à reintervenções (CASARIM, et al; 2024).

O padrão quantitativo de reintervenção cirúrgica não apenas se baseia em experiências individuais, mas também mostra um número comparativo de pacientes com múltiplas hospitalizações, resultando em que a recorrência constitui um componente relevante, ao associar reintervenções repetidas com maior complexidade clínica e impacto na assistência à saúde (BONILLA, et al; 2025).

As reintervenções se concentram em especialidades com maior volume de pacientes e complexidade clínica, nomeadamente ortopedia e cirurgia geral, o que reforça a conclusão de que essas subáreas têm maior potencial para expor os pacientes a complicações ou reintervenções (DE CARVALHO, et al; 2025).

Indicando uma associação subjacente com complicações infecciosas, falhas de fixação ou evolução clínica desfavorável, conforme descrito na literatura sobre eventos adversos cirúrgicos (BATISTA, et al; 2019). Assim, os resultados mostram que as reoperações cirúrgicas se concentraram principalmente em cirurgias ortopédicas, abdominais e de controle de infecções (TORRES, et al; 2015).

Além disso, esse fato não negligenciável sobre a categoria Vermelha nos alerta para cenários críticos que exigem atendimento imediato da equipe multidisciplinar (MARCONATO, MONTEIRO; 2017).

O perfil cirúrgico é dominado pela urgência em comparação com os procedimentos eletivos, destacando um perfil de fluxo de atendimento voltado para casos que são potencialmente de curto prazo, exigindo intervenção, mas que podem ser organizados com antecedência (LYRA, et al; 2020).

Embora o número nada desprezível de cirurgias de grande porte sublinhe a necessidade de manter a prontidão técnica e organizacional para situações mais graves (AFFONSO LUNA, et al; 2022).

O perfil dos procedimentos observado nos dados caracteriza-se pelo equilíbrio entre as três complexidades, com pequena tendência de maior ocorrência de baixa complexidade. Essa condição reflete a capacidade do serviço de fornecer uma gama completa e hierárquica de cuidados de saúde (MANZAN, et al; 2022)

Isso indica um perfil de atendimento com resolução rápida e permite a organização dos processos de acordo com a formação de fluxos de trabalho em cascata (COSTA JR, et al; 2015)

É possível especular que, apesar da preponderância de cirurgias com baixo potencial de contaminação, um número considerável de procedimentos classificados como contaminados e infectados é encontrado, o que reforça a importância de medidas preventivas rigorosas de controle de infecção (ERCOLE, et al; 2011).

Os comportamentos clínicos podem ser caracterizados como predominantemente orientados para a recuperação e alta do paciente, mas sem negligenciar o importante envolvimento de óbitos, o que enfatiza a necessidade de permanecer em alerta e tentar implementar estratégias para prevenir a ocorrência desses eventos no cenário hospitalar analisado (CORRÊA, et al; 2024).

Demonstram um aumento recente no número de reintervenções cirúrgicas após vários anos de forte queda, corroborando a hipótese de uma curva não linear (BITTENCOURT, et al; 2024). Foi comprovado que, apesar da queda inicial, após dois anos iniciou-se uma recuperação, e assim a progressão do crescimento para uma trajetória descendente forma a curva, não sendo o fator “a priori” o contexto temporal escolhido para a análise (ROCCO, et al; 2022).

A distribuição e/ou a diferença absoluta dos resultados mostram que, embora a morbidade tenha uma clara predominância, a mortalidade permanece uma magnitude epidemiológica importante (BRANDÃO, et al; 2002). A elevada morbidade e mortalidade associadas às reintervenções cirúrgicas, por um lado, e o facto de serem potencialmente um importante marcador de risco dos cuidados perioperatórios no âmbito do sistema de saúde, por outro, validam paradoxalmente a hipótese de que as reintervenções relacionadas com a cirurgia constituem um parâmetro de risco significativo para a saúde, que requer uma atividade sistemática de prevenção, estratégias de vigilância ativa, melhor monitorização clínica e melhoria dos cuidados pré, intra e pós-operatórios (FIGUEROA-GIRALT, et al; 2022).

7. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou uma análise de reoperações realizadas em um Hospital Universitário do Estado de Sergipe, de 2020 a 2024, descrevendo o perfil sociodemográfico e o atendimento clínico dos pacientes de acordo com as características cirúrgicas. No total, 612 indivíduos foram submetidos a 829 reoperações, em sua maioria homens, pertencentes à faixa etária de adultos de meia-idade e idosos jovens; a maioria se identificou como parda e com baixa escolaridade. Verificou-se uma alta prevalência de comorbidades crônicas, particularmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes, bem como recorrência de diversas hospitalizações, o que indica um cenário com maior vulnerabilidade clínica e prováveis complicações no período perioperatório. Em relação ao tipo de cirurgia, ortopedia, cirurgia geral e cirurgia vascular foram as mais frequentes; houve predominância de cirurgias de emergência de complexidade e duração pequenas a médias; além disso, essas cirurgias apresentaram-se com maior frequência como cirurgias limpas, embora muitas delas tenham potencial para contaminada/infectada. Em relação às etapas do tratamento, observou-se que a alta hospitalar foi a mais prevalente, seguida por óbito e transferência, e a análise temporal mostrou uma tendência de diminuição das readmissões inicialmente, com aumento nos últimos anos da série histórica.

Apresenta um panorama epidemiológico e assistencial de reintervenções cirúrgicas em um hospital universitário, fornecendo subsídios à instituição anfitriã no que diz respeito à necessidade de prevenção de eventos adversos, qualificação do cuidado perioperatório e elaboração de estratégias educacionais e de gestão. Ao enfatizar os principais perfis de risco, comorbidades e características dos procedimentos relacionados às reintervenções, esta pesquisa reforça o papel da Enfermagem na vigilância de indicadores de qualidade, bem como na adesão a um checklist de cirurgia segura e a práticas assistenciais baseadas em evidências, cujo objetivo é reduzir as taxas de morbidade e mortalidade e alcançar melhores resultados.

Trata-se de um estudo retrospectivo utilizando registros secundários, com potencial subnotificação ou falta de informações completas sobre variáveis

sociodemográficas e clínicas nos prontuários eletrônicos. Além disso, por ter sido conduzido em apenas um hospital universitário, os resultados podem não ser representativos de outras instituições. Portanto, análises inferenciais robustas, incluindo fatores preditivos para reoperações, tempo até a reoperação, efeito de estratégias de segurança e custo-efetividade de reintervenções cirúrgicas, devem ser investigadas em estudos prospectivos multicêntricos. Esses métodos podem contribuir para uma melhor compreensão das reintervenções e para um aprimoramento da assistência cirúrgica e da segurança do paciente em um ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

ADAMI, Jamille Lopes Gomes; BRASILEIRO, Marislei Espíndula. A importância da humanização na assistência de enfermagem no centro cirúrgico: uma revisão de literatura. Rev. Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Edição, v. 7, p. 28-43, 2017.

AFFONSO LUNA, Aline et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE CIRÚRGICO NO BRASIL. RECIEN: Revista Científica de Enfermagem, v. 12, n. 38, 2022.

AMARAL, Camila Fagundes de Lima. Análise dos custos diretos intrahospitalares de eventos adversos cirúrgicos notificados em instituição de saúde de média complexidade no interior do Estado de São Paulo. 2024. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ANDREOLLO, Nelson Adami; LOPES, Luiz Roberto; COELHO NETO, João de Souza. Complicações pós-operatórias após gastrectomia total no câncer gástrico: análise de 300 doentes. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 24, p. 126-130, 2011.

BATISTA, Josemar et al. Prevalencia y evitación de eventos adversos quirúrgicos en el hospital de enseñanza de Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 27, p. e2939, 2019.

BITTENCOURT, Paulo Lisboa et al. Impacto da pandemia de COVID-19 no volume e resultados cirúrgicos em um centro de atendimento terciário no Brasil. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 51, p. e20243678, 2024.

BONILLA, Mario Antonio Villatoro et al. The Impact of Surgical Continuity of Care on Postoperative Outcomes and Hospital Readmissions: A Review. Cureus, v. 17, n. 8, 2025.

BRANDÃO, Carlos Manuel de Almeida et al. Fatores de risco para mortalidade hospitalar nas reoperações valvares. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, v. 17, p. 236-241, 2002.

CALEGARI, Brunna Truguilho et al. AVANÇOS E DESAFIOS DAS APLICAÇÕES DA REALIDADE AUMENTADA NA CIRURGIA. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 3, p. 03-11, 2024.

CANHOVATTI, Lucas Matheus B.; CORREA, Vitor Hugo. Cirurgia: estudo de tendências de internações e mortalidade de 2010 à 2019. 16f. 2020. Unicesumar - Universidade Cesumar: Maringá, 2020.

CASARIM, Fernanda Caroline Pulido et al. Cirurgia e Doenças Crônicas: Estratégias de Gestão Integrada. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 2, p. 937-952, 2024.

COSTA JR, Altair da Silva et al. Avaliação dos indicadores de qualidade de tempo operatório e não operatório de um hospital universitário público. einstein (São Paulo), v. 13, p. 594-599, 2015.

COVRE, Eduardo Rocha et al. Permanence, cost and mortality related to surgical admissions by the Unified Health System. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 27, p. e3136, 2019.

COVRE, Eduardo Rocha et al. Tendência de internações e mortalidade por causas cirúrgicas no Brasil, 2008 a 2016. Revista do colégio brasileiro de cirurgiões, v. 46, n. 1, p. e1979, 2019.

CORRÊA, Grazielly Peraro et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. Enfermería Global, v. 23, n. 2, p. 495-533, 2024.

CRADER, Marsha F.; VARACALLO, Matthew. Preoperative antibiotic prophylaxis. 2017.

DA SILVA, Flávia Giendruczak et al. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. Revista Sobecc, v. 20, n. 4, p. 202-209, 2015.

DA SILVA, Aiane Mara et al. CIRURGIA SEGURA E EVENTOS ADVERSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA DAS PRINCIPAIS CAUSAS. RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218, v. 4, n. 10, p. e4104095-e4104095, 2023.

DE ANDRADE, Gabriela RB; VAITSMAN, Jeni. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência & saúde coletiva, v. 7, p. 925-934, 2002.

DE CARVALHO, Daniella Rodrigues et al. A INTERSEÇÃO ENTRE CIRURGIA GERAL E ORTOPEDIA NO TRATAMENTO DE FRATURAS TRAUMÁTICAS COMPLEXAS: DESAFIOS E ABORDAGENS MULTIDISCIPLINARES. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 7, n. 2, p. 907-916, 2025.

DE OLIVEIRA, W. E. M. SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO: O IMPACTO DAS TECNOLOGIAS NO CUIDADO CIRÚRGICO. Revista FT, 2024.

DE SOUZA, Jose Angelo et al. Avanços recentes em anestesia regional e seu impacto na recuperação pós-operatória. Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 4, p. 19204-19219, 2023.

EDELMUTH, Stephanie Victoria Camargo Leão et al. Comorbidades, intercorrências clínicas e fatores associados à mortalidade em pacientes idosos internados por fratura de quadril. Revista brasileira de ortopedia, v. 53, p. 543-551, 2018.

ERCOLE, Flávia Falci et al. Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas: o índice de risco NNIS e predição de risco. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, p. 269-276, 2011.

FIGUEROA-GIRALT, Manuel et al. FATORES DE RISCO PARA REOPERAÇÃO E MORBIMORTALIDADE EM PACIENTES COM OBSTRUÇÃO DE INTESTINO DELGADO SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 35, p. e1654, 2022.

FOROULIS, Christophoros N. et al. Early reoperation performed for the management of complications in patients undergoing general thoracic surgical procedures. Journal of thoracic disease, v. 6, n. Suppl 1, p. S21, 2014.

FOWLER, Alexander J. et al. Long-term mortality following complications after elective surgery: a secondary analysis of pooled data from two prospective cohort studies. British Journal of Anaesthesia, v. 129, n. 4, p. 588-597, 2022.

FRAIBERG, Francine Salapata et al. Os desafios da enfermagem na assistência humanizada em centro cirúrgico: Uma revisão de literatura. Research, Society and Development, v. 13, n. 4, p. e10913445516-e10913445516, 2024.

GALVÃO, Anna Larice Meneses et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. Saúde e Sociedade, v. 30, n. 2, p. e200743, 2021.

HAYNES, Alex B. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. New England journal of medicine, v. 360, n. 5, p. 491-499, 2009.

HENRIQUES, Amanda Haissa Barros; DA COSTA, Suzana Santos; DE SOUSA LACERDA, Janice. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 4, 2016.

HOWELL, Ann-Marie et al. Reducing the burden of surgical harm: a systematic review of the interventions used to reduce adverse events in surgery. Annals of surgery, v. 259, n. 4, p. 630-641, 2014.

KASSAHUN, Woubet Tefera; MEHDORN, Matthias; WAGNER, Tristan Cedric. The effects of reoperation on surgical outcomes following surgery for major abdominal emergencies. A retrospective cohort study. International Journal of Surgery, v. 72, p. 235-240, 2019.

KENEDY SANTIAGO SOUSA, José et al. Complicações Pós-Operatórias em Cirurgia Geral: Estratégias de Prevenção e Manejo. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 1, p. 2245-2258, 2024.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, p. 35-46, 2005.

LENARDT, Maria Helena et al. Fatores de risco para mortalidade de idosos com infecção do sítio cirúrgico. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 13, p. 383-393, 2010.

LEVORATO, Cleice Daiana et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciência & saúde coletiva, v. 19, p. 1263-1274, 2014.

LI, Ang et al. Unplanned surgical reoperations as a quality indicator in pediatric tertiary general surgical specialties: Associated risk factors and hospitalization, a retrospective case–control analysis. Medicine, v. 99, n. 19, p. e19982, 2020.

LIVES, Safe Surgery Saves. WHO guidelines for safe surgery 2009. Geneva: World Health Organization, 2009.

LYRA, Carlos Alberto Miranda et al. Perfil epidemiológico de cirurgias em serviço de urgência e emergência. Medicina (Ribeirão Preto), v. 53, n. 3, p. 247-251, 2020.

MANZAN, Letícia Oliveira et al. Classificação do nível de complexidade assistencial dos pacientes em hospital oncológico. Escola Anna Nery, v. 26, p. e20210450, 2022.

MARCONATO, Rafael Silva; MONTEIRO, Maria Ines. Risk classification priorities in an emergency unit and outcomes of the service provided. Revista latino-americana de enfermagem, v. 25, p. e2974, 2017.

MARTIN, Danial. Global patient outcomes after elective surgery: prospective cohort study in 27 low-, middle-and high-income countries. British Journal of Anaesthesia, v. 117, n. 5, p. 601, 2016.

MARTINS, Fabiana Zerbieri; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, 2017.

MASCAGNI, Pietro et al. Real-Time Artificial Intelligence Assistance for Safe Laparoscopic Cholecystectomy: Early-Stage Clinical Evaluation. arXiv preprint arXiv:2212.06809, 2022.

MORAES, CAIO et al. Ferramentas e escores para avaliação de risco perioperatório pulmonar, renal, hepatobiliar, hematológico e de infecção do sítio cirúrgico: uma atualização. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 49, p. e20223125, 2022.

MYLES, P. S. More than just morbidity and mortality–quality of recovery and long-term functional recovery after surgery. Anaesthesia, v. 75, p. e143-e150, 2020.

NICOLAU, Cíntia Ozório Nicácio et al. Fatores associados à maior mortalidade em Unidades de Terapia Intensivo no Brasil. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 7, n. 1, p. 1736-1747, 2025.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. Conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática da enfermeira no centro cirúrgico. 2014.

OLIVEIRA, Haglaia Moira Brito de Sena et al. Avaliação do risco para o desenvolvimento de lesões perioperatórias decorrentes do posicionamento cirúrgico. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, n. spe, p. e20180114, 2019.

OLIVEIRA, Cíntia Lima et al. Percepção/satisfação dos pacientes submetidos a reabordagens cirúrgicas quanto às intervenções de enfermagem no perioperatório: um estudo de caso. GlobAcadNurs, v. 3, n. 1, p. e215, 2022.

PASSOS, Sávio Cavalcante. Derivação e validação nacional multicêntrica de um modelo de estratificação de risco de mortalidade em até 30 dias no pós-operatório. 2023.

PERISSÉ, Luísa et al. Desafios e limitações do enfermeiro inerentes à incorporação de novas tecnologias: Nurses' challenges and limitations inherent in the incorporation of new technologies. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 87, n. 25, 2019.

POWELL, Rachael et al. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 5, 2016.

PRECOMA, Dalton Bertolim. A educação como determinante social associado ao risco cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 117, n. 1, p. 13-14, 2021.

RAMSAY, George et al. Reducing surgical mortality in Scotland by use of the WHO Surgical Safety Checklist. Journal of British Surgery, v. 106, n. 8, p. 1005-1011, 2019.

RIBEIRO, Catharina Cangussu Fernandes et al. Cirurgia de Hérnia: Técnicas e Complicações: Um exame das diferentes abordagens cirúrgicas para o tratamento de hérnias, incluindo hérnias inguinais e incisionais. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 5, n. 5, p. 159-172, 2023.

ROCCO, Mateus et al. Impacto da Pandemia por COVID-19 nos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e Emergenciais em Hospital Universitário. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 49, p. e20223324, 2022.

RODRIGUES, Ana Luzia et al. Fluxo de trabalho e tomada de decisão do enfermeiro de centro cirúrgico: revisão integrativa. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 41, p. e20190387, 2020.

RODRIGUES, VIVIANE MARIA HORTA; DE SOUSA FILHO, HUMBERTO RUFINO. O USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA ANESTESIA REGIONAL: uma revisão integrativa. Revista Científica UNIFAGOC-Saúde, v. 7, n. 2, p. 57-68, 2022.

RONCHI, Luiza Maria Milanez et al. Avanços e desafios em cirurgia geral minimamente invasiva: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 4, p. 16615-16632, 2023.

SÁ, Leticia Marins Gonçalves et al. Os desafios para a implementação do processo de enfermagem perioperatório. Revista SOBECC, v. 28, 2023.

SILVA, Gizelda Monteiro da; SEIFFERT, Otília Maria LB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, p. 362-366, 2009.

SILVA, Maurício Waltrick et al. Abordagem e prática para minimizar os riscos e complicações em procedimentos cirúrgicos. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 9, p. 3188-3203, 2024.

STEFANI, Larissa; DE OLIVEIRA BORGES, Pollyanna Kássia; DA ROCHA GASPAR, Maria Dagmar. Infecções de sítio cirúrgico: reabordagem cirúrgica e infecção em cirurgias limpas e potencialmente contaminada. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 12, p. e12-e12, 2022.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; MAÇALAI, Rubia Teresinha; KIRCHNER, Rosane Maria. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 15, p. 464-471, 2006.

TEIXEIRA, Pedro Henrique Moura et al. IMPACTOS E IMPORTÂNCIA DA PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM CIRURGIA GERAL. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 9, p. 3242-3248, 2024.

TEIXEIRA, George Luís et al. Efeitos mediadores do medo e ansiedade pré-operatórios na intensidade da dor pós-operatória. Acta Paulista de Enfermagem, v. 37, p. eAPE02305, 2024.

THOMPSON, Jon S. et al. Temporal patterns of postoperative complications. Archives of surgery, v. 138, n. 6, p. 596-603, 2003.

TORRES, Lilian Machado et al. Readmission from orthopedic surgical site infections: an integrative review. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 6, p. 1004-1011, 2015.

TREVILATO, Denilse Damasceno et al. Atividades do enfermeiro de centro cirúrgico no cenário brasileiro: scoping review. Acta Paulista de Enfermagem, v. 36, p. eAPE01434, 2023.

VENDITES, Soraya; ALMADA-FILHO, Clineo de Melo; MINOSSI, José Guilherme. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 23, p. 173-182, 2010.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Variáveis Sociodemográficas

Idade (anos): _____
Faixa etária: ( ) 0 - 19 ( ) 20 - 39 ( ) 40 - 59 ( ) 60 - 79 ( ) 80 - 100
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro
Raça: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Outra
Situação Conjugal: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a)/União estável ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Outro
Escolaridade (última série concluída):_____

2. Variáveis Clínicas

Número de internações: _____
Classificação de risco/gravidade (emergência): ( ) Verde ( ) Amarelo ( ) Vermelho
Situação cirúrgica primária: _____
Situação cirúrgica secundária: _____

3. Condições Clínicas (marcar com X)

[ ] Diabetes [ ] Hipertensão arterial [ ] Asma [ ] DPOC [ ] Insuficiência renal crônica (IRC) [ ] Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) [ ] Sobrepeso [ ] Obesidade
[ ] Acidente vascular cerebral (AVC) [ ] Tabagismo [ ] HIV/AIDS [ ] Câncer
[ ] Oncologia [ ] Alzheimer [ ] Parkinson

4. Desfecho

[ ] Alta [ ] Óbito [ ] Transferência

5. Complexidade do Procedimento

[ ] Baixa Complexidade [ ] Média Complexidade [ ] Alta Complexidade

6. Atendimento da Cirurgia

[ ] Emergência [ ] Urgência [ ] Eletiva

7. Finalidade do Tratamento

[ ] Curativa [ ] Paliativa [ ] Diagnóstica [ ] Reconstrutora/Reparadora [ ] Plásticas Estéticas

8. Porte Cirúrgico

[ ] Porte 1 [ ] Porte 2 [ ] Porte 3 [ ] Porte 4

9. Potencial de Contaminação

[ ] Limpas [ ] Potencialmente Contaminadas [ ] Contaminadas [ ] Infectadas

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE USOS DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que cederemos o acesso aos arquivos de prontuários para serem utilizados na pesquisa: **"ANÁLISE DE REABORDAGEM CIRÚRGICAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DE SERGIPE"** sob a responsabilidade do(s) Pesquisadores JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS e RYAN SOUZA DE ALMEIDA.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos desta pesquisa, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto (CEP UFS LAG/HUL), credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Lagarto, 07 de agosto de 2025.

gov.br
Documento assinado digitalmente
RAFAEL PINTO LOURENCO
Data: 07/08/2025 12:23:19-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

(assinada eletronicamente)
Rafael Pinto Lourenço (SIAPE: 1004315)
Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
Gerência de Ensino e Pesquisa
Hospital Universitário de Lagarto - HUL - UFS

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL

Continuação do Parecer: 7.919.602

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2601473.pdf	18/10/2025 19:30:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	18/10/2025 19:29:28	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.docx	18/10/2025 19:28:37	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	CartaRespostaV2assinado.docx	18/10/2025 19:24:08	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_DE_TCLE_29_assinado.pdf	09/10/2025 09:23:36	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termodecompromissoeconfidencialidadecepufslagassinado.pdf	26/08/2025 17:10:53	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termodecompromissoeconfidencialidadecepufslagassinado1.pdf	22/08/2025 16:54:54	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSODEUTILIZAAAODEDADOSassinado.pdf	22/08/2025 16:52:35	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termodeanuenciadaufs29assinado.pdf	22/08/2025 16:50:26	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	SEI52066079CartaSEIanuencia.pdf	22/08/2025 16:49:31	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	SEI51943775DespachoSEIautorizacaoCCAD.pdf	22/08/2025 16:48:29	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	SEI238170128792025autorizacaosetores.pdf	22/08/2025 16:47:21	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVAPARADISPENSADOTERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.pdf	22/08/2025 16:46:05	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	DECLARACAOEAUTORIZACAOPARAUTILIZACAODEINFRAESTRUTURA.pdf	22/08/2025 16:45:33	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL

Continuação do Parecer: 7.919.602

Outros	AUTORIZACAODEUSODEARQUIVOSDADOSDEPESQUISAassinado.pdf	22/08/2025 16:44:57	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinado.pdf	22/08/2025 16:40:12	JOSE RONALDO ALVES DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Sim

LAGARTO, 22 de Outubro de 2025

Assinado por:
HELMIR OLIVEIRA RODRIGUES
(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:** cephulag@ufs.br