

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

REJANE XAVIER LIMA COSTA

**READMISSÕES HOSPITALARES NÃO PLANEJADAS DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA ONCOLÓGICA EM UM HOSPITAL REGIONAL
DO TOCANTINS**

GOIÂNIA
2023

REJANE XAVIER LIMA COSTA

**READMISSÕES HOSPITALARES NÃO PLANEJADAS DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA ONCOLÓGICA EM UM HOSPITAL REGIONAL
DO TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro

GOIÂNIA

2023

**READMISSÕES HOSPITALARES NÃO PLANEJADAS DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA ONCOLÓGICA EM UM HOSPITAL REGIONAL
DO TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, da Universidade Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Aprovada em: _____ / _____ / _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro
Presidente da banca, PUC Goiás

Prof.^o Dr.^o Marcelo Silva Fantinati
Membro efetivo, Externo ao Programa - UEG

Prof.^a Dr.^a Priscila Valverde de Oliveira Vitorino
Membro efetivo, Interno ao Programa - PUC
Goiás

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida da Silva Vieira
Membro suplente, Interno ao Programa - PUC
Goiás

Prof.^a Dr.^a Daniella Alves Vento
Membro suplente, Externo ao Programa - UEG

Catálogo na Fonte - Sistema de Bibliotecas da PUC Goiás

C837r Costa, Rejane Xavier Lima

Readmissões hospitalares não planejadas de pacientes submetidos à cirurgia oncológica em um hospital regional do Tocantins / Rejane Xavier Lima Costa. -- 2023.

55 f.

Texto em português, com resumo em inglês.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia, 2023.

Inclui referências: f. 36-41.

1. Pacientes hospitalizados - Tocantins (Estado).
2. Readmissão do paciente - Tocantins (Estado).
3. Câncer - Cirurgia. I. Ribeiro, Maysa Ferreira Martins. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde - 17/03/2023.
- III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 616-082.8(043)
614.253.8(043)

Dedico este trabalho ao meu esposo e filhos pela paciência, apoio e ausência nesses dois anos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pelo sonho e oportunidade que me concedeu.

À prof^a. Maysa Ferreira Martins Ribeiro, por sua tolerância, orientação e apoio nesta pesquisa.

Ao centro de Arquivo Médico, pela contribuição na coleta de dados.

À minha família, Isaías Silva Costa, Daniel Silvino Lima Cavalcante, João Rodrigues Lima Cavalcante, Benjamim Cavalcante e João Gabriel Cabral Cavalcante, por sempre apoiarem e confiarem em mim.

RESUMO

COSTA. R. X. L. **Readmissões hospitalares não planejadas de pacientes submetidos à cirurgia oncológica em um hospital regional do estado do Tocantins.** 2023. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Goiás, Goiânia, Goiás, 2023.

Introdução: pacientes com câncer, submetidos à cirurgia oncológica, podem sofrer readmissões frequentes devido a sua condição de saúde. A complexidade da doença e as complicações cirúrgicas podem levar a diversas complicações e o desfecho óbito é a pior condição que pode ocorrer. Estudos sobre pacientes com câncer pode ajudar a elucidar aspectos importantes do processo de readmissão de pessoas que realizaram cirurgia oncológica. Pesquisas com o tema ainda são raras devido a complexidade envolvida no tema. Desta forma, conhecer os fatores de associados com o óbito desta população certamente contribuirá para implementação de estratégias de prevenção e maior qualidade do cuidado para pacientes com câncer submetidos à cirurgia oncológica. **Objetivo:** avaliar a frequência de readmissões de pacientes submetidos à cirurgias oncológicas e os fatores associados ao óbito desses pacientes. **Métodos:** Estudo transversal analítico, com coleta de dados secundários em prontuários de pacientes submetidos à cirurgias oncológicas no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2022. A presente investigação foi conduzida entre janeiro a agosto de 2022, quando todos as informações foram consultados para construção do banco de dados. Foram extraídos dados referentes às variáveis de exposição (dados sociodemográficos e clínicos) e de desfecho (óbito). Realizou-se análise descritiva, estimando frequências absolutas e relativas. Ainda, calculou-se medidas de tendência central e dispersão. Análise univariada e multivariada por meio de regressão logística para avaliação dos fatores de associados sobre o desfecho de interesse. Medida de associação Odds Ratio (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% foram mensurados. Considerou-se significativos resultados com $p < 0,05$. Pesquisa aprovada por comitê de ética, parecer número 5.171.255. **Resultados:** foram selecionados 163 prontuários de pacientes com câncer que realizaram cirurgias e foram readmitidos. Na primeira internação havia maior proporção de pacientes do sexo feminino (52,8%), com idade entre 41 a 59 anos (43,6%), solteiros (50,9%), residindo em área urbana (92,6%), no estado do Tocantins (95,1%). Durante a primeira readmissão, 4,3% dos pacientes internaram em UTI; as intercorrências/complicações mais frequentes foram dor abdominal, infecção da ferida, obstrução intestinal e febre. Para 52,1% dos pacientes o tempo entre a alta e a readmissão foi de 30 a 360 dias; a principal causa da primeira readmissão foi tratamento por cirurgia. Variáveis associadas ao óbito foram: ser internado em unidade de terapia intensiva durante a readmissão (OR: 7,63; IC95%:1,42 - 41,11, $p=0,018$) e ser readmitido para realizar procedimento cirúrgico (OR: 12,39; IC95%:1,52-100,68, $p=0,019$). **Conclusão:** pacientes submetidos a procedimento cirúrgico são predominantemente do sexo feminino, jovens, solteiros, moradores da zona urbana e do Tocantins. Poucos pacientes internaram e boa parte apresentaram complicações. Aqueles que internaram na unidade terapia

intensiva durante a readmissão apresentaram maior chance de óbito. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para melhoria da assistência para os pacientes oncológicos, pois apresentam um panorama do perfil clínico desses pacientes e, com isso, propiciarão a formulação de um protocolo mais direcionado para necessidades assistenciais desse público.

Palavras-chave: Readmissão do paciente. Readmissão hospitalar. Readmissão nãoplanejada. Readmissões hospitalares não planejadas.

ABSTRACT

Introduction: cancer patients undergoing oncological surgery may suffer frequent readmissions due to their health condition. The complexity of the disease and surgical complications can lead to several complications and the outcome death is the worst condition that can occur. Studies on cancer patients can help elucidate important aspects of the readmission process of people who have had oncological surgery. Research on the subject is still rare due to the complexity involved in the topic. Thus, knowing the factors associated with the death of this population will certainly contribute to the implementation of prevention strategies and higher quality of care for cancer patients undergoing oncological surgery. **Objective:** to evaluate the frequency of readmissions of patients undergoing oncological surgeries and the factors associated with the death of these patients. **Methods:** Analytical cross-sectional study, with secondary data collection in medical records of patients undergoing oncological surgeries from January 2019 to January 2022. The present investigation was conducted between January and August 2022, when all information was consulted for database construction. Data were extracted regarding the variables of exposure (sociodemographic and clinical data) and outcome (death). A descriptive analysis was performed, estimating absolute and relative frequencies. In addition, measures of central tendency and dispersion were calculated. Univariate and multivariate analysis by means of logistic regression to evaluate the factors of associates on the outcome of interest. Odds Ratio (OR) and respective 95% confidence intervals were measured. Results were considered significant with $p < 0.05$. Research approved by the ethics committee, opinion number 5.171.255. **Results:** 163 medical records of cancer patients who underwent surgery and were readmitted were selected. In the first hospitalization there was a higher proportion of female patients (52.8%), aged between 41 and 59 years (43.6%), single (50.9%), living in urban areas (92.6%), in the state of Tocantins (95.1%). During the first readmission, 4.3% of the patients were admitted to the ICU; The most common complications/complications were abdominal pain, wound infection, intestinal obstruction and fever. For 52.1% of the patients, the time between discharge and readmission was 30 to 360 days; The main cause of the first readmission was treatment by surgery. Variables associated with death were: being admitted to the intensive care unit during readmission (OR: 7.63; CI95%:1.42 - 41.11, $p=0.018$) and being readmitted for surgical surgery (OR: 12.39; CI95%:1.52- 100.68, $p=0.019$). **Conclusion:** patients submitted to surgical procedure are predominantly female, young, single, residents of the urban area and Tocantins. Few patients were hospitalized and most had complications. Those who were admitted to the intensive care unit during readmission had a higher chance of death. The results of this research can contribute to the improvement of care for cancer patients, as they present an overview of the clinical profile of these patients and, with this, will provide the formulation of a protocol more directed to the care needs of this public.

Keywords: Patient readmission. Hospital readmission. Unplanned readmission. Unplanned hospital readmissions.

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
AHA	<i>American Hospital Association</i>
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CEC	Carcinoma espinocelular de cavidade oral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
HPBs	Ressecções hepato-biliares e pancreatocômias
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUC	Goiás Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PS	Pronto socorro
RSC	Ressecções colorretais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes. n= 163. Tocantins, 2022.	22
Tabela 2 - Distribuição das variáveis relacionadas aos dados clínicos em relação às readmissões. n=163. Tocantins, 2022.	23
Tabela 3 - Associação entre óbito de pacientes e as variáveis sociodemográficas e dados clínicos na readmissão n=163, no estado do Tocantins, 2022.	24
Tabela 4 - Análise de Regressão Logística Multivariada	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DO CÂNCER.....	18
3.2 READMISSÕES HOSPITALARES	19
4 MÉTODO.....	23
4.1 TIPO DE ESTUDO	23
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	23
4.3 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	23
4.4 PROCEDIMENTO DO ESTUDO	24
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÃO.....	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS	36
Apêndice A - Instrumento de Coleta de Dados	42
Anexo A – Dispensa do TCLE.....	45
Anexo B – Folha de Rosto Comitê CEP	46
Anexo C – Termo de Responsabilidade para Uso, Guarda e Divulgação dos Dados da Pesquisa.....	47
Anexo D – Parecer da Secretaria do Estado de Saúde (SES)	48
Anexo E – Carta de Anuência	49
Anexo F – Declaração de Instituição Coparticipante.....	50
Anexo G – Parecer Consubstanciado do CEP	51

1 INTRODUÇÃO

O câncer, também denominado de tumor maligno ou neoplasia, pode afetar qualquer órgão do corpo humano, consistindo na aceleração incontrolável do crescimento das células e de sua multiplicação. Pode atingir órgãos e tecidos próximos ou distantes, e esta abrangência é denominada metástase (OMS, 2021).

O câncer é uma morbidade que traz altos custos, perda de produtividade em todo o mundo e morte prematura. Quando se investe em recursos de prevenção, detecção precoce e tratamento dessa doença, há uma considerável economia de custos para os países (WEBER *et al.*, 2022).

Presume-se que haverá acréscimo de casos novos de câncer de aproximadamente 14 milhões, em 2012, para 19,3 milhões, em 2025. Em relação ao número de óbitos, haverá um aumento de aproximadamente oito milhões ocorridos em 2012, para 11,4 milhões em 2025, e essa será a principal causa de morte, independente das condições sociais e econômicas (SILVA, 2016).

O número de casos novos de câncer por região geográfica demonstra que a região Sudeste apresenta mais de 60% de incidência, seguida pelas regiões Nordeste (27,8%) e Sul (23,4%). Todavia, há grande variação de frequência e de tipos de câncer nas diversas localidades do Brasil. Nas regiões Sul e Sudeste há predominância de cânceres de próstata, mama feminino, pulmão e intestino.

Na região Centro-Oeste, Norte e Nordeste predominam os cânceres de colo de útero e de estômago, nas últimas duas regiões também têm alta prevalência os cânceres de próstata e de mama feminino. Na região Norte o índice de cânceres de mama e de colo do útero se compara entre o sexo feminino (INCA, 2019).

Um dos procedimentos mais utilizados e eficazes para o tratamento do câncer é a intervenção cirúrgica, tanto para prevenção, quanto para diagnóstico e tratamento curativo, objetivando-se melhor qualidade de vida aos pacientes. A cirurgia oncológica é definida como tratamento que remove o tumor por meio de procedimento cirúrgico.

O câncer na sua fase inicial apresenta maior possibilidade de bom prognóstico. Os pacientes, em sua maioria, são curados quando a doença é diagnosticada nesse estágio, realizando-se a cirurgia. Conforme o estágio e o tipo de câncer é necessário associar o procedimento cirúrgico com a quimioterapia e a radioterapia, com a finalidade de proporcionar maior chance de cura e qualidade de vida (INCA, 2018). A cirurgia oncológica é o tratamento mais utilizado para o câncer (SIERRA *et al.*, 2020).

No procedimento cirúrgico curativo, quando o câncer está no estágio inicial, faz-se uma retirada total do tumor. A cirurgia paliativa tem a finalidade de reduzir manifestações clínicas com vistas a oportunizar melhor qualidade de vida ao paciente. São exemplos de procedimentos paliativos: descompressão de estruturas vitais, controle de hemorragias e perfurações, desvio de trânsito aéreo, digestivo e urinário, controle da dor e retirada de lesão, quando possível. Em alguns casos só há possibilidade de avaliar a localização e a extensão da doença por meio de procedimento cirúrgico (INCA, 2018).

É importante que os pacientes possam ter acesso a esses procedimentos para que haja tratamento precoce e que sejam acompanhados por uma equipe capacitada e treinada para que haja resultado satisfatório (INCA, 2018).

A equipe de Enfermagem tem papel fundamental no processo de assistência aos pacientes com câncer, que por ser uma condição complexa e crônica, muitas vezes causa graves incapacidades e altas demandas de cuidado. Por outro lado, há pouco investimento na qualificação e ampliação do quadro de profissionais da Enfermagem para atender essa população (SILVA; MOREIRA, 2018).

Considerando que os cuidados de alta complexidade estão presentes em diversos grupos, incluindo as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Desse modo, as causas para o adoecimento são multifatoriais e os fatores de risco comportamental, podendo ser modificável ou não modificável, podem ser decisivos para a ocorrência do câncer. As principais DCNTs do ponto de vista clínico e de impacto populacional são: doenças respiratórias crônicas, cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus e doenças mentais. Essas doenças, quando não tratadas adequadamente e

acompanhadas, trazem grande impacto na saúde e podem repercutir em readmissões hospitalares (GOULART, 2011).

Podemos classificar as readmissões hospitalares em planejadas e eventuais (não planejadas). As planejadas são essenciais para o prosseguimento do tratamento e para a investigação da doença. As eventuais podem ser divididas em potencialmente evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o tempo entre a primeira admissão e a readmissão, compreende-se que houve uma piora ou complicação que poderia ser potencialmente evitável (CONESA; PRAT; ASENJO, 2007).

Quando a readmissão é potencialmente evitável essa não ocorreria se houvesse adequado atendimento para o paciente, boa programação de alta hospitalar e cuidados em *home care* para atender às demandas (LANDRUM; WEINRICH, 2006). As readmissões hospitalares não planejadas são definidas em até 30 dias da internação anterior (BERRY *et al.*, 2018).

As readmissões hospitalares, quando não planejadas, podem retratar necessidades não correspondidas quanto à doença no primeiro atendimento. Em alguns hospitais, as informações sobre as taxas de readmissões podem ser facilmente obtidas por meio de consultas a bancos de dados, podendo contribuir com a resolução de problemas no serviço. Algumas dificuldades são encontradas devido aos diferentes conceitos em relação ao tempo decorrido para nova internação (BORGES; TURRINI, 2011).

Os principais fatores de risco associados às readmissões são: evolução da doença crônico-degenerativa, envelhecimento do paciente, baixa adesão às informações dadas na alta hospitalar, complicações pós-operatórias, necessidade de cuidados após alta hospitalar em residência, falta de resolutividade do problema de saúde na admissão anterior (VALERA; TURRINI, 2008).

Os indicadores clínicos avaliam os objetivos estabelecidos e se esses foram alcançados. Eles podem ser representados por meio de números, taxas ou médias que dão subsídios para equipes médicas, instituições e planejadores com o intuito de atingir a melhoria o cuidado e dos processos de atendimento que são realizados (MAINZ, 2003).

A readmissão hospitalar é um dos indicadores de qualidade mais importantes e foi estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS, 2016).

As readmissões hospitalares trazem grandes desafios, tanto para a instituição, quanto para o paciente, sua família e para a equipe multiprofissional, provocando efeitos negativos como desgastes psicológicos, biológicos, sociais, culturais, custos desnecessários e ocupação de leitos que poderiam estar ocupados por outros pacientes (BRASIL, 2002).

A presente pesquisa buscou, desse modo, evidenciar as complicações relacionadas com internações, ajudando a minimizar fatores contribuintes para readmissões hospitalares e identificando os fatores que concorrem para as readmissões. Através desta pesquisa, almeja-se alcançar mudanças e fazer reparos, desde a internação ao pós-operatório tardio, com orientações acerca de condutas e protocolos. As readmissões dos pacientes oncológicos submetidos à cirurgia despertaram-me questionamentos acerca deste tema.

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de aperfeiçoamento profissional em busca de novos conhecimentos na área de oncologia, com o intuito de prestar uma assistência de maior qualidade na medida em que o estudo irá apontar particularidades das readmissões. Os dados resultantes poderão subsidiar a elaboração de protocolos específicos para o serviço oncológico, com orientações para os profissionais da saúde, pacientes e familiares. Do mesmo modo, poderá trazer informações relevantes para a capacitação profissional, contribuindo para a redução das readmissões.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a associação das reinternações de pacientes submetidos a cirurgias oncológicas e os fatores associados ao óbito desses pacientes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar dados sociodemográficos da população readmitida após cirurgias oncológicas.

Descrever os aspectos clínicos das readmissões após cirurgias oncológicas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DO CÂNCER

De acordo com *World Health Organization* (WHO, 2022), o câncer é considerado a segunda causa de morte no mundo, responsável por 9,6 milhões de mortes no ano de 2018 e 2020, com 10 milhões de óbitos. Alguns tipos de câncer de pulmão, próstata, colorretal, estômago e fígado são mais frequentes no sexo masculino, enquanto câncer de mama, colorretal, pulmão, cervical e tireoide são mais frequentes no sexo feminino. O câncer de mama, pulmão, cólon, reto e próstata são vistos como mais prevalentes.

Os tipos de câncer mais frequentes em 2020 foram: mama (2,26 milhões de casos); pulmão (2,21 milhões de casos); cólon e reto (1,93 milhão de casos); próstata (1,41 milhão de casos); pele do tipo não melanoma (1,20 milhão de casos); e estômago (1,09 milhão de casos). Em 2020 as mortes mais decorrentes ocasionadas por câncer foram: pulmão (1,80 milhão de mortes); cólon e reto (916 mil mortes); fígado (830 mil mortes); estômago (769.000 mortes); e mama (685.000 óbitos). Em locais onde o serviço de saúde é de qualidade, o índice de prevalência de vida tem aumentado, devido a um diagnóstico precoce e acessibilidade ao tratamento (WHO, 2022).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2020, relatou incidência de tumores primários de acordo com o sexo. Desta forma, no sexo masculino são mais frequentes: próstata 65.840 (29,2%); cólon e reto 20.540 (9,1%); traqueia, brônquio e pulmão 17.760 (7,9%); estômago 13.360 (5,9%); cavidade oral 8.690 (3,9%); esôfago 8.690 (3,9%); bexiga 7.590 (3,40%); laringe 6.470 (2,9%); leucemias 5.920 (2,6%); e sistema nervoso central 5.870 (2,6%). Quanto ao sexo feminino: mama feminina 66.280 (29,7%); cólon e reto 20.470 (9,2%); colo do útero 16.710 (7,5%); traqueia, brônquio e pulmão 12.440 (5,6%); glândula tireoide 11.950 (5,4%); estômago 7.870 (3,5%); ovário 6.650 (3,0%); corpo do útero 6.540 (2,9%); linfoma não-Hodgkin 5.450 (2,4%); sistema nervoso central 5.230 (2,3%).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o grupo de classificação de Tumores Malignos (TNM) enfoca principalmente a dimensão da doença no indivíduo, determinando a clínica e a histopatologia da doença. Dessa forma, considera-se a classificação: tumores da cabeça e do pescoço (lábio e cavidade oral, faringe, laringe, cavidade nasal e seios paranasais, glândulas salivares e glândulas tireóide); tumores do aparelho digestivo (esôfago, estômago, intestino delgado, cólon e reto, canal anal, fígado, vesícula biliar, vias biliares extra-hepáticas, ampola de Vater, pâncreas); tumores do pulmão e da pleura (pulmão e mesotelioma pleural); tumores dos ossos e de partes moles; tumores da pele (carcinoma da pele e melanoma maligno da pele) (BRASIL, 2004).

Por conseguinte, selecionados outros tipos de tumores de mama; tumores ginecológicos (vulva, vagina, colo do útero, corpo do útero, ovário, trompa de falópio, tumores trofoblásticos gestacionais); tumores urológicos (pênis, próstata, testículo, rim, pelve renal e ureter, bexiga e uretra); tumores oftálmicos (carcinoma da pálpebra, carcinoma da conjuntiva, melanoma maligno da conjuntiva, melanoma maligno da úvea, retinoblastoma, sarcoma da órbita e carcinoma da glândula lacrimal); linfoma de Hodgkin, linfomas não Hodgkin (BRASIL, 2004).

No contexto dos tumores malignos o tratamento mais utilizado e eficaz para retirada desses tumores é a cirurgia oncológica (INCA, 2018). Estudo realizado na Florida identificou que a cirurgia oncológica do cólon é a causa mais frequente dos tipos de readmissões na oncologia. Foi identificado que a causa mais comum dessas readmissões foi infecção (32,9%) (BLISS *et al.*, 2015). Pesquisa em Portugal demonstrou que os procedimentos cirúrgicos estão mais relacionados às readmissões do que os procedimentos clínicos (SILVESTRE, 2018).

3.2 READMISSÕES HOSPITALARES

O Ministério da Saúde (MS) define que “[...] reinternação hospitalar é a internação de um paciente num hospital dentro de um período de tempo definido após a alta deste paciente do mesmo hospital” (BRASIL, 2002, p. 14).

Segundo Miret *et al.* (2019), a readmissão hospitalar é uma internação relacionada à doença ou complicações do tratamento que ocorreram no mesmo hospital onde a doença foi diagnosticada e tratada.

No processo de alta hospitalar a reserva fisiológica do paciente está reduzida, evoluindo a um estado frágil e, com isso, aumentando o risco de reinternações e óbito (KRUMHOLZ, 2013). As reinternações que são feitas precocemente são mais favoráveis a terem diversas comorbidades prolongando, assim, os dias de hospitalização (LUM *et al.*, 2012).

A análise das readmissões é complexa, pois nem todas elas são evitáveis, mesmo com os cuidados necessários. Os pacientes readmitidos em até 30 dias apresentam alto risco de evoluir para a síndrome pós-hospitalização. Essa situação é evidenciada pela vulnerabilidade e está associada com a desnutrição, às alterações no ciclo sono-vigília, ao estresse, ao delírio e à atrofia muscular que sucederam no decorrer da internação (KRUMHOLZ, 2013).

Estudo realizado nos Estados Unidos identificou alguns aspectos que precisam ser abordados para prevenção das readmissões hospitalares, dentre eles estão: segurança de medicamentos, problemas diagnósticos e terapêuticos, coordenação assistencial (estratégias de cuidado), planejamento de cuidados avançados, planejamento de alta e apoio social (AUERBACH *et al.*, 2016).

O programa de vigilância, epidemiologia e resultados (SEER) apresenta dados sobre estatísticas de câncer de reinternação precoce em pós-operatório de colectomia por adenocarcinoma de cólon. Os resultados apontaram fatores associados ao cliente, à patologia, à terapêutica para reinternações e à relação entre readmissão precoce e óbito no período de um ano (GREENBLATT *et al.*, 2010).

Nos Estados Unidos, um em cada sete pacientes com câncer que realizaram cirurgias complexas reinternaram no período de 30 dias após a alta, sendo que boa parte dessas reinternações eram potencialmente evitáveis (ZAFAR *et al.*, 2018). Pesquisa revelou taxas elevadas de readmissões de cirurgias complexas de câncer no pós-operatório: 9,0% para ressecções pulmonares; 10,8% para ressecções colorretais (RSC); 15,2% para esofagogastrectomia; 16% para cirurgia de ressecção hepatobiliares e

pancreatectomias (HPBs); e 25,4% para cistectomia (YERMILOV *et al.*, 2009).

As causas mais comuns de readmissões no pós-operatório de cirurgia por câncer (adenocarcinoma de cólon) foram: obstrução do íleo, outras alterações gastrointestinais (28,3%), infecção da ferida operatória (7,6%), pneumonia e alterações respiratórias (7,1%), hemorragia e anemia (6,9%) e infecção generalizada (5,1%) (GREENBLATT *et al.*, 2010).

Os fatores mais frequentes para reinternação foram o avanço da doença, complicações no sítio cirúrgico e infecção, e para câncer de mama evidenciou re- excisão tumoral, deiscência de cicatriz, drenagem de um abscesso, progressão da doença, complicações devido ao tratamento adjuvante (ZAFAR *et al.*, 2018).

As reinternações possuem fatores diversos e complicados, que estão associados a elementos sociais, como sistema educacional, finanças e acessibilidade ao sistema de saúde (MIRET *et al.*, 2019).

É importante o planejamento para diminuir readmissões após cirurgias, que podem ser mais eficientes se forem direcionadas para usuários que têm maior risco de reinternações. Isso demanda estratégias focadas em evidências para identificar pacientes com alto risco. De acordo com *American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement*, nos Estados Unidos (arquivo de dados), as complicações cirúrgicas estão associadas às reinternações hospitalares (GLANCE *et al.*, 2014).

A *American Hospital Association* (AHA) relaciona fatores como: comportamento do usuário, aspectos sociais e econômicos, comorbidades, população mundial envelhecida e o número de admissões e readmissões, contribuindo para o aumento das taxas de reinternações (DONZÉ; LIPSITZ; SCNIPPER, 2017).

A avaliação das taxas de readmissões precisa ser analisada para, assim, diminuir as readmissões evitáveis, o que proporcionará resultados positivos tanto para a segurança do paciente, quanto para a qualidade do atendimento e a redução de gastos com a saúde (HOWELL *et al.*, 2009). O conhecimento das causas e consequências de readmissões pode subsidiar medidas que poderão prevenir as reinternações potencialmente evitáveis e contribuir com a qualidade do tratamento (GREENBLATT *et al.*, 2010;

GOLDFIELD *et al.*, 2008).

Atualmente, há poucas estratégias que sejam confiáveis para analisar reinternações de usuários com câncer, mas há algumas medidas com foco em diversos fatores, como: complicações de cirurgias, estado social e econômico e tipos de câncer. Constatar a possibilidade de reinternação e orientar o paciente de forma adequada antes da alta pode reduzir significativamente os riscos de readmissões (LOLLO, 2016). Geralmente, as reinternações não planejadas podem representar iatrogenia e deficiência na assistência do cuidado (WALRAVEN *et al.*, 2011).

Ações direcionadas a essa população podem impedir reinternações e contribuir para melhoria da qualidade de vida (DONZÉ; LIPSITZ; SCHNIPPER, 2017). No Brasil, não há políticas governamentais atribuídas ao MS para acompanhar a readmissão hospitalar em hospitais públicos, mesmo sabendo-se que essas informações são um instrumento adequado de avaliação de qualidade hospitalar. Portanto, é fundamental o acompanhamento contínuo das taxas e causas de readmissões (TAVARES; JUNIOR; TEDESCO-SILVA JUNIOR, 2020).

Um estudo realizado no banco de dados do *University Health System Consortium* para pacientes oncológicos identificou fatores mais comuns associados às reinternações pós cirurgia foram infecção (46,3%), náuseas/vômito/desidratação (26,8%) e dor (6,1%) (BROWN *et al.*, 2014).

O desenvolvimento de pesquisas sobre readmissões hospitalares é útil para compreender suas causas. Estudos acerca desse assunto podem subsidiar amplos conhecimentos que nos levarão a mensurar a qualidade do atendimento, sendo um indicador de qualidade dos hospitais e de todo o serviço de saúde (MOTA, 2021). A diminuição dos índices de readmissões tem como objetivo primordial reduzir desgaste físico e emocional do paciente e dos familiares, além de contribuir com ações efetivas para melhoria da assistência, prevenção de causas evitáveis e redução de custos financeiros (MERLI; LOPES; MACHARELLI, 2013).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal analítico realizado por meio da revisão de prontuários de pacientes que foram submetidos à cirurgia oncológica e que sofreram readmissões.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um Hospital Regional do estado do Tocantins, do Sistema Único de Saúde (SUS), que atende a todas as faixas etárias. O hospital é considerado referência para a cidade e para a região, por também atender cidades de estados vizinhos. Esse hospital é uma instituição assistencial hospitalar de natureza pública, classificado de Porte III. É um hospital de referência para o atendimento de todas as cidades do Tocantins e dos estados do Pará e do Maranhão e conta com 256 leitos de internação, sendo 236 de enfermarias, 20 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e mais 23 leitos de observação no Pronto Socorro. É um hospital de média e alta complexidade e oferece atendimento em 30 especialidades (HRA, 2020). De acordo com o desenho da regionalização o estado do Tocantins está dividido em duas macrorregiões, seis microrregiões e 20 módulos assistenciais (SILVESTRE *et al.*, 2007).

4.3 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A amostra do estudo foi composta por prontuários de pacientes maiores de 18 anos submetidos a procedimentos cirúrgicos oncológicos e readmitidos, no período de 01 de janeiro de 2019 a 31 de janeiro de 2022. Foi considerada como readmissão hospitalar, a admissão do usuário na instituição hospitalar após a alta na mesma instituição durante o período da pesquisa (CASTRO; CARVALHO; TRAVASSOS, 2005).

4.4 PROCEDIMENTO DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada por meio de revisão de prontuários hospitalares com a triagem daqueles que reinternaram, efetuada após autorização da instituição coparticipante e da Secretária Estadual de Saúde.

A coleta de dados teve início no mês de janeiro de 2022, finalizando em agosto de 2022. Os prontuários eram compostos por folha de rosto, folha de internação e autorização de internação hospitalar. Esses documentos foram utilizados para preenchimento de dados sociodemográficos e clínicos do paciente. O instrumento para captura das informações relacionadas às variáveis de desfecho e de exposição foi elaborado pelas pesquisadoras com base em estudo prévio da literatura (QUADRO 1). Foram preenchidos os dados referentes à internação inicial e à readmissão: dados sociodemográficos do paciente; perguntas referentes aos dados clínicos da internação inicial e informação sobre readmissão (APÊNDICE A).

A coleta foi realizada em sala reservada, no anexo do hospital (arquivo médico). Os prontuários foram manuseados com cuidado e os dados foram anotados e guardados (em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora), de forma a garantir o sigilo da identificação dos pacientes e não exposição indevida das informações neles coletadas/acessadas.

Quadro 1: Descrição das variáveis investigadas

Grupo de variáveis	Fonte de coleta	Variável	Categorias ou unidade de medida
Sociodemográficas	Dados coletados da folha de rosto e folha de internação	Desfecho: Óbito de pacientes readmitidos após cirurgia oncológica.	Sim ou não
		Sexo	Masculino ou feminino
		Idade	Anos
		Situação conjugal	Solteiro, casado, divorciado, viúvo, separado

			ou união estável
		Escolaridade	Analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior
		Município Unidade Federativa	Urbano ou Rural Maranhão ou Tocantins ou Pará
		Cor da pele	Branca ou não branca ou negra e parda
		Ocupação	Lar, aposentado, empregado, autônoma ou desempregado/af astado.
Clínicas	Dados coletados da folha de rosto, folha de internação e prontuário	Tipo de admissão	Eletivo ou Urgente ou emergente S/R
		Tabagista	Sim ou não ou S/R
		Etilista	Sim ou não ou S/R
		Recebeu transfusão sanguínea	Sim ou não
		Tempo cirúrgico	< 1 hora ou 1 a 4 horas ou > 4 horas ou S/R
		Internou na UTI	Sim ou não ou S/R
		Diagnóstico principal CID	Neoplasias (tumor/câncer) Outros S/R
		Internação por dor abdominal	Sim
		Infeção da ferida	Sim
		Obstrução intestinal	Sim

		Febre	Sim
		Internou UTI durante a readmissão	Não Sim S/R
		Tempo entre alta e a readmissão	<30 dias ≥30 a 360 dias > 360 dias S/R
		Abordagem da readmissão	Clínico Cirúrgico S/R

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida segundo as determinações da Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e só teve início após a aprovação da instituição coparticipante e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), parecer número 5.171.255.

A pesquisa envolveu coleta de dados em prontuários. Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a solicitação foi provada pelo CEP.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados no programa Microsoft® Excel 2007 e posteriormente processados, para análise estatística no programa SPSS® for Windows®, versão 26.0. A amostra foi descrita com frequência relativa e absoluta. Realizou-se a análise de regressão múltipla logística das variáveis de desfecho em relação às variáveis sociodemográficas e dados clínicos na readmissão. Foi utilizado como nível de significância o valor 5% ($p < 0,05$). Para avaliar realizar a análise de associação entre as exposições e desfechos foi utilizada a Regressão Logística Univariada. Posteriormente foi conduzida análise multivariada para as associações que apresentaram com significância estatística com valor de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

Na internação os pacientes tinham idade média de 57,9 anos e desvio padrão de $\pm 14,28$ anos. Há maior proporção de pacientes do sexo feminino, com idade entre 41 a 59 anos, solteiros, residindo em área urbana, no estado do Tocantins. Quanto ao tipo de admissão, 60,7% foi por urgência/emergência, 3,7% eram tabagistas, 4,3% etilistas, 14,1% receberam transfusão sanguínea, 59,5% tiveram tempo cirúrgico entre uma e quatro horas.

Tabela 1: Distribuição dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, dados da primeira internação. n= 163 no estado do Tocantins (2022)

Variáveis da primeira internação	n	%
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
Sexo		
Masculino	77	47,2
Feminino	86	52,8
Faixa etária		
18 a 40	20	12,3
41 a 59	71	43,6
> 60 anos	69	42,3
S/R	3	1,8
Estado civil		
Casado	78	47,9
Solteiro	83	50,9
S/R	2	1,2
Município		
Urbana	151	92,6
Rural	12	7,4
Unidade federativa		
Tocantins	155	95,1
Pará	7	4,3
Maranhão	1	0,6
DADOS CLÍNICOS		
Tipo de admissão		
Eletivo	63	38,7
Urgente ou emergente	99	60,7
S/R	1	0,6
Tabagista		
Não	36	22,1
Sim	6	3,7

S/R	121	74,2
Etilista		
Não	41	25,1
Sim	7	4,3
S/R	115	70,6
Recebeu transfusão sanguínea		
Não	140	85,9
Sim	23	14,1
Tempo cirúrgico		
< 1 hora	43	26,4
1 a 4 horas	97	59,5
> 4 horas	21	12,9
S/R	2	1,2

S/R: sem registro

Todos os participantes da pesquisa, 163 (100%) pacientes, foram readmitidos uma vez, 59 (36,2%) duas vezes, 20 (12,3%) três vezes e cinco (3,1%) foram readmitidos quatro vezes.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis relacionadas aos dados clínicos dos pacientes que foram readmitidos uma vez após realizarem a cirurgia oncológica. Entretanto, quatro pacientes foram readmitidos por outros diagnósticos: gangrena, infecção por COVID, hérnia, HAS/DM/Sepse. Quanto às intercorrências/complicações, as mais frequentes foram dor abdominal, infecção da ferida, obstrução intestinal e febre. Para 52,1% dos pacientes o tempo entre a alta e a readmissão foi de 30 a 360 dias. A principal causa da primeira readmissão foi para tratamento por cirurgia e o desfecho de alta foi superior ao de óbito.

Tabela 2: Distribuição das variáveis relacionadas aos dados clínicos em relação a primeira readmissão. n=163 no estado do Tocantins (2022)

Variáveis	Readmissão 1	
	n	%
Diagnóstico principal		
CID		
Neoplasias (tumor/câncer)	152	93,3
Outros	4	2,6
S/R	7	4,3
Internação por dor abdominal		
Sim	14	8,6
Infeção da ferida		
Sim	9	5,5
Obstrução intestinal		
Sim	3	1,8
Febre		
Sim	8	4,9
Tempo entre alta e a readmissão		
<30 dias	48	29,4
≥30 a 360 dias	85	52,1

> 360 dias	30	18,4
S/R	-	-
Abordagem da readmissão		
Clínico	73	44,8
Cirúrgico	80	49,1
S/R	10	6,1
Desfecho		
Alta	144	88,3
Óbito	19	11,7

Ao avaliar a distribuição dos dados de acordo com a presença do óbito, observou-se maior frequência de pessoas com idade de 41 a 59 anos, residentes na zona rural, sexo masculino casado, que realizaram readmissão eletiva, não recebeu transfusão de sangue, com tempo de cirurgia superior a 4h, que apresentou complicações e foi readmitido no hospital entre 30 e 360 dias. (Tabela 3).

Tabela 3: Análise univariada das variáveis sociodemográficas e os dados clínicos com o óbito na readmissão, n=163, Tocantins (2022)

Variáveis/Desfecho	Óbito				OR (IC 95%)	p-valor
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
Idade						
18 a 40	17	85,0	3	15,0	1	0,684
41 a 59	63	88,7	8	11,3	0,74 (0,17 - 3,11)	0,952
≥ 60 anos	61	88,4	8	11,6	1,03 (0,36 - 2,92)	
Área de residência						
Urbana	132	87,4	19	12,6	-	-
Rural	12	100,0	0	0,0	-	
Sexo						
Masculino	71	92,2	6	7,8	2,10 (0,75 - 5,84)	0,152
Feminino	73	84,9	13	15,1	1	
Estado civil						
Casado	69	88,5	9	11,5	1	
Solteiro	73	88,0	10	12,0	1,05 (0,40 - 2,73)	0,920
Tipo de admissão						
Eletivo	58	92,1	5	7,9	1	
Urgente/emergente	85	85,9	14	14,1	1,91 (0,65 - 5,59)	0,238
Recebeu Transfusão Sanguínea						
Não	126	90,0	14	10,0	1	
Sim	18	78,3	5	21,7	2,49 (0,80 - 7,77)	0,113
Tempo Cirúrgico						
< 1 hora	38	88,4	5	11,6	1	0,800
1 a 4 horas	86	88,7	11	11,3	0,97 (0,32 - 2,99)	0,810
> 4 hora	19	90,5	2	9,5	0,80 (0,09 - 4,48)	

Causa da internação						
Dor abdominal						
Não	133	89,3	16	10,7	1	
Sim	11	78,6	3	21,4	2,26 (0,57 - 8,99)	0,244
Infeção da ferida						
Não	135	87,7	19	12,3	-	-
Sim	9	100,0	0	0,0	-	-
Febre						
Não	136	87,7	19	12,3	-	-
Sim	8	100,0	0	0,0	-	-
Internou UTI durante a readmissão						
Não	42	82,4	9	17,6	1	
Sim	2	28,6	5	71,4	11,66 (1,94 - 69,93)	0,007
Tempo entre alta e a readmissão						
<30 dias	42	87,5	6	12,5	1	0,737
30 a 360 dias	75	88,2	10	11,8	0,93 (0,32 - 2,75)	0,793
> 360 dias	27	90,0	3	10,0	0,78 (0,18 - 3,37)	
Causa da readmissão						
Clínico	58	79,5	15	20,5	1	
Cirúrgico	76	95,0	4	5,0	4,91 (1,54 - 15,59)	0,007

Pacientes que internaram em UTI tiveram 7,63 vezes mais chance de evoluir à óbito, e aqueles que realizaram procedimento cirúrgico durante a readmissão tiveram 12,39 vezes mais chance de óbito.

Tabela 4: Fatores associados ao óbito na readmissão, n=163, Tocantins (2022)

Fator/Desfecho	Óbito Não		Óbito Sim		OR (CI 95%)	p-valor	n	%
	n	%	n	%				
Internou UTI durante a readmissão								
Não	42	82,4	9	17,6	1			
Sim	2	28,6	5	71,4	7,63 (1,42 - 41,11)	0,018		
Causa da readmissão								
Clínico	58	79,5	15	20,5	1			
Cirúrgico	76	95,0	4	5,0	12,39 (1,52-100,68)	0,019		

6 DISCUSSÃO

Identificamos no presente estudo que pacientes submetidos à procedimento cirúrgico e aqueles que internaram na Unidade Terapia Intensiva durante a readmissão apresentaram maior probabilidade de óbito.

Os achados do estudo apresentaram que o sexo feminino, faixa etária de 41 a 59 anos, estado civil solteiro, área de residência urbana, união federativa Tocantins foram mais frequentes na amostra estudada. Em relação aos dados clínicos prevaleceu a admissão urgente/emergente, tempo cirúrgico de uma a quatro horas, tempo entre alta e a readmissão de 30 a 360 dias, readmissão para cirurgia e a maioria dos pacientes tiveram alta após a readmissão. As complicações/intercorrências de readmissão mais citadas foram dor abdominal, infecção da ferida e febre.

Os procedimentos cirúrgicos oncológicos podem desenvolver sangramentos importantes, devido à vascularização dos tumores, tendo como resultado perdas volêmicas graves, sendo necessário reposição volêmica mais significativa, podendo apresentar isquemia e resposta inflamatória sistêmica (SIMÕES, 2014). As cirurgias oncológicas podem desencadear sintomas como dor, constipação, náuseas, vômitos, mucosites e anorexia, tendo como resultado a diminuição do consumo de alimentos e a desnutrição (PALMIERI, 2013). Todos esses aspectos contribuem para que haja readmissão e possibilidade de óbito.

Foi observado em outro estudo que as causas mais comuns de readmissões no pós-operatório de cirurgia por câncer foram: alterações gastrointestinais (28,3%), infecção da ferida operatória (7,6%), pneumonia e alterações respiratórias (7,1%), hemorragia e anemia (6,9%) e infecção generalizada (5,1%) (GREENBLATT *et al.*, 2010). Pesquisa anterior constatou, na University of Alberta, que as cirurgias são comuns nos pacientes oncológicos, podendo desenvolver algumas intercorrências no pós-operatório como: complicações da ferida, infecções e dor, podendo também apresentar como resultado de outros tratamentos do câncer fatores clínicos como: náuseas e fadiga (COURNEYA, 2003).

Em um estudo na unidade de oncologia em São Paulo, houve como fatores associados à readmissão: desnutrição, procedimentos invasivos,

cirurgias repetidas e aumento da tendência trombótica. Devido ao fato destes serem usuários debilitados, observou-se também aumento de dez vezes da probabilidade de morte hospitalar em pacientes que foram readmitidos na UTI (RODRIGUES *et al.*, 2016). O presente estudo observou que a proporção de óbito aumentou entre aqueles que foram readmitidos mais de uma vez, corroborando com os resultados desses achados.

Estudo prévio realizado nas Unidades de Terapia Intensiva européias, identificou usuários oncológicos que foram internados na Unidade Terapia Intensiva e obtiveram 3,2 vezes maior chance de morte entre 28 a 90 dias (ABUSARA; NAZER; HAWARI, 2019). Os achados da presente pesquisa sinalizou que a chance de óbito do paciente com câncer internado na Unidade Terapia Intensiva foi, aproximadamente, 7,63 vezes maior em relação ao grupo não internado na Unidade de Terapia Intensiva.

Uma pesquisa no Mato Grosso também observou que os pacientes oncológicos submetidos à cirurgia tiveram como intercorrências infecções no pós-operatório e óbito (RODRIGUES *et al.*, 2021). Outro estudo realizado em São Paulo mostrou que 34,4% dos pacientes cirurgiados desenvolveram complicações graves durante o período de acompanhamento, sendo que 2,3% evoluíram para óbito (SIMÕES, 2014). Nossa investigação mostrou que a causa de readmissão por cirurgia devido a complicações, como por exemplo infecções, foi significativa para a chance de óbito em pacientes com câncer. Tal situação pode ocorrer devido à complexidade dessas cirurgias.

Adultos internados em UTIs por diagnóstico por câncer com quadro clínico instável apresentaram 3,5 vezes maior risco de morte do que os pacientes que realizaram cirurgia pelo mesmo diagnóstico (CANTÓN-BULNES *et al.*, 2021). Na nossa investigação, a probabilidade de morrer foi maior no grupo de pessoas que apresentaram complicação cirúrgica.

É fundamental compreender as causas das readmissões de pacientes oncológicos submetidos à cirurgias para minimizar as complicações relacionadas com a doença. É relevante identificar os fatores relacionados com essas readmissões, contribuindo para uma melhor assistência e trazendo uma reflexão para a importância do papel dos profissionais como

promotores de saúde, apontando a real necessidade de melhoria contínua e permanente nos serviços de saúde.

Os fatores identificados fornecem uma base para avaliação, planejamento, intervenções e acompanhamento de pacientes para ajudar a reduzir o risco de readmissão e, conseqüentemente, maus resultados. Portanto, realizar essa discussão de como compreender os fatores subjacentes associados a readmissões não planejadas é um primeiro passo importante para intervenções destinadas a melhorar a qualidade do atendimento de pacientes oncológicos (THIAGARAJAN *et al.*, 2020; CHIESA-ESTOMBA *et al.*, 2022).

Em relação à limitação da pesquisa, a coleta de dados foi efetuada a partir de dados de prontuários, havendo lacunas relacionadas às informações, como dados importantes não estarem registrados, perda frequente das informações e ilegibilidade. Por esse motivo algumas informações não foram coletadas. Apesar dessas dificuldades, pode-se atingir os objetivos do estudo e trazer contribuições relevantes.

Embora o estudo transversal não seja apropriado para avaliar a relação de causa e consequência devido à temporalidade, na presente pesquisa é possível avaliar que as complicações antecederam o desfecho, devido à natureza do agravo observado (alta e óbito).

As readmissões hospitalares não planejadas são conhecidas por aumentar a morbidade do paciente, aumentar o custo do tratamento e impactar negativamente na qualidade de vida pós-operatória. O conhecimento dos fatores que podem colocar os pacientes com câncer em maior risco de readmissão e posterior implementação de intervenções apropriadas durante a hospitalização pode ajudar a diminuir o risco de readmissão (GILLETTE *et al.*, 2020).

Esta pesquisa possibilitou ampliar conhecimento acerca dos motivos da readmissão após cirurgia de pacientes oncológicos. Possivelmente essa é a primeira pesquisa de readmissões nessa cidade e no Hospital Regional que constitui referência para o estado do Tocantins e vizinhos. Houve uma busca ampla de dados nos prontuários para preenchimento do instrumento de coleta de dados com o intuito de ter um perfil do público assistido pelo serviço, bem como das principais complicações.

7 CONCLUSÃO

Pacientes submetidos à procedimento cirúrgico e aqueles que internaram na Unidade Terapia Intensiva durante a readmissão apresentaram maior probabilidade de óbito. Este trabalho identificou as principais complicações relacionadas com a readmissão após cirurgia em um unidade hospitalar pública no Estado do Tocantins.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados podem colaborar para melhorar aspectos assistenciais de pacientes que apresentam um diagnóstico de câncer, uma vez que fornece um perfil clínico desses indivíduos. Desse modo, há possibilidade de identificar fatores que podem contribuir com as readmissões e favorecer a construção de um protocolo focado nas necessidades assistências dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

- ABUSARA, A. K.; NAZER, L. H.; HAWARI, F. I. ICU readmission of patients with cancer: incidence, risk factors and mortality. **Journal of critical care**, v. 51, p. 84-87, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30771692>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- AUERBACH, A. D. *et al.* Preventability and Causes of Readmissions in a National Cohort of General Medicine Patients. Department of Medicine, University of California. **JAMA Internal Medicine**, San Francisco, v. 176, n. 4, 2016. Disponível em: doi:10.1001/jamainternmed.2015.7863. Acesso em: 08 nov. 2021.
- BERRY, J. G. *et al.* Tendências etárias em reinternações hospitalares de 30 dias: análise retrospectiva nacional dos EUA. **BMJ**. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj>. Acesso em: 5 jun. 2021.
- BLISS, L. A. *et al.* Readmission after resections of the colon and rectum: predictors of a costly and common outcome. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 58, n. 12, p. 1164, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26544814/>. Acesso em: 08 nov. 2021.
- BORGES, M. F.; TURRINI, R. N. T. Readmissão em serviço de emergência: perfil demorbidade dos pacientes. **Revista Rene**, v. 12, n. 3, p. 453-461, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. rev. Brasília: MS, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf. Acesso em: 22 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tnm2.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde. **Fator de Qualidade**: dados de readmissão hospitalar devem ser informados à ANS, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3167-fator-de-qualidade-dados-de-readmissao-hospitalar-devem-ser-informados-ans>. Acesso em: 26 nov. 2021.
- BROWN, Erin G. *et al.* Hospital readmissions: necessary evil or

- preventable target for quality improvement. **Annals of surgery**, v. 260, n. 4, p. 583-591, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4217287/>. Acesso em: 29 jan. 2023.
- CASTRO, M. S. M; CARVALHO, M. S; TRAVASSOS, C. Factors associated with readmission to a general hospital in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1186-1200, 2005. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n4/21.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.
- CANTÓN-BULNES, M. L. *et al.* Determinants of mortality in cancer patients with unscheduled admission to the Intensive Care Unit: A prospective multicenter study. **Medicina Intensiva**, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-213380>. Acesso em: 8 jan. 2023.
- CLARKE, A. Readmissão do hospital: uma medida de qualidade ou resultado? 1. ed. **BMJ Quality & Safety**. v. 13, 2004.
- CONESA, A.; PRAT, A.; ASENJO, M. Monitoramento da reentrada hospitalar prematura no plano de qualidade: vantagens e limitações de um protocolo específico. **Revista de Qualidade Cuidado**, v. 22, p. 191-194, 2007.
- COURNEYA, K. S. Exercise in Cancer Survivors: an overview of research. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 35, n. 11, p. 1846-1852, nov. 2003. Disponível em: https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2003/11000/Exercise_in_Cancer_Survivor_An_Overview_of.11.aspx. Acesso em: 20 jan. 2023.
- DONZÉ, J. D.; LIPSITZ, S.; SCHNIPPER, J. L. Risk factors and patterns of potentially avoidable readmission in patients with cancer. **Journal of oncology practice**, v. 13, n. 1, p. e68-e76, 2017. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JOP.2016.011445>. Acesso em: 08 dez. 2021.
- GILLETTE, M. A. *et al.* Proteogenomic characterization reveals therapeutic vulnerabilities in lung adenocarcinoma. **National Library of Medicine**, v. 182, n. 1, 2020.
- GLANCE, L. G. *et al.* Hospital readmission after noncardiac surgery: the role of major complications. **JAMA surgery**, v. 149, n. 5, p. 439-445, 2014. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article>. Acesso em: 09 dez. 2021.
- GOLDFIELD, N. I. *et al.* Identifying potentially preventable readmissions. **Health care financing review**, v. 30, n. 1, p. 75, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195042>. Acesso em: 22 out 2021.
- GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de**

controlee desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 3 jun. 2021.

GREENBLATT, D. Y. *et al.* Readmission after colectomy for cancer predicts one-year mortality. **Annals of Surgery**, v. 251, n. 4, p. 659, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC2951007/pdf/nihms230999.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2022.

HOWELL, S. *et al.*; Using routine inpatient data to identify patients at risk of hospital readmission. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 1, p. 1-9, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC2700797/pdf/1472-6963-9-96.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

INSTITUTO DO CÂNCER OESTE PAULISTA. 2001. Disponível em: <https://incopaulista.com.br>. Acesso: 5 jun. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tratamento do Câncer**. Brasília: INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acesso em: 6 jun. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE (São Paulo). **Síndrome de Pós-Hospitalização**: quando a readmissão mostra que o hospital é a causa do problema, 2018. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/readmissaosindrome-pos-hospitalizacao>. Acesso em: 7 jun. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estatísticas de Câncer**. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 7 abr. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Portal do Governo Brasileiro**, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 04 jun. 2021.

KRUMHOLZ, H. M. Post-Hospital syndrome – A Condition of Generalized Risk. **The New England Journal of medicine**, v. 368, n. 2, p. 100, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3688067/>. Acesso em: 23 out. 2021.

LANDRUM, L.; WEINRICH, S. Readmission data for outcomes easurement: identifying and strengthening the empirical base. **Quality Management in ealthcare**, v. 15, n. 2, p. 83-95, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 5 jun. 2021.

LOLLO, A. **Validation of a Cancer Readmission Predictive Model**. 2016. f. Tese (Doutorado) - The Ohio State University, Ohio, 2016. Disponível em: https://kb.osu.edu/bitstream/handle/1811/76532/Lollo_Thesis.pdf?sequence. Acesso em: 20 abr. 2022.

LUM, H. D. *et al.* Early hospital readmission is a predictor of one-year mortality in community-dwelling older Medicare beneficiaries. **Journal of general internal medicine**, v. 27, n. 11, p. 1467-1474, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3475824/>. Acesso em: 27 out. 2021.

MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **International journal for quality in health care**, v. 15, n. 6, p. 523-530, 2003. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/45126938>. Acesso em: 21 jun. 2021.

MERLI, A. P. D.; LOPES, E. S.; MACHARELLI, C. A. Reinternações no Hospital Estadual Bauru: ocorrência e possíveis causas. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 59, p. 26-30, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84228211005>. Acesso em: 10 nov. 2021.

MIRET, C. *et al.* Factors associated with readmissions in women participating in screening programs and treated for breast cancer: a retrospective cohort study. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-019-4789-3.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2021.

MOTA, L. C. Percentual de readmissão de pacientes no ambiente hospitalar como parâmetro da qualidade da assistência. 2021. **Revista Científica Faculdade Unimed**, v. 3, n. 1, p. 79108, 2021. Disponível em: <https://revista.faculdadeunimed.edu.br/index.php/RCFU1/article/download/164/106>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Suíça). **Ambiente, Trabalho e Câncer: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios**, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Acesso em: 20 maio 2021.

PALMIERI, B. N. *et al.* Aceitação de preparações e sua associação com os sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, p. 02-09, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/vhSYwPr5ytbN3rFCPRvTbkm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

RODRIGUES, C. *et al.* Admission factors associated with intensive care unit readmission in critically ill oncohematological patients: a retrospective cohort study. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 1, p. 33-

39, 2016. Disponível em: https://www.scienceopen.com/document_file. Acesso em: 20 dez. 2022.

RODRIGUES, H. *et al.* Risco Nutricional versus Risco de Sarcopenia Associado a Complicações Pós-Operatórias e Mortalidade em Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias de Grande Porte. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.67, n. 1, 2021. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1201>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SIERRA, J. C. *et al.* Cirurgia oncológica de grande porte reduz a função muscular de pacientes com e sem risco nutricional. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 47, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202470>. Acesso em: 04 jun. 2021.

SILVA, L. A. S. R. Cirurgia oncológica: um grande desafio. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 43, p. 139-140, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016003012>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SILVA, L. G.; MOREIRA, M. C. Grau de complexidade dos cuidados de enfermagem: readmissões hospitalares de pessoas com câncer de mama. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/cMhXWxjY4ksJSGPD9k7yP3g/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 5 jun. 2021.

SILVESTRE, Tatiana Filipa Palão. **Readmissões após cirurgia colorretal nos hospitais públicos de Portugal Continental: caracterização e fatores de risco**. 2018. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/75819/1/RUN%20-%20Trabalho%20Final%20CEAH%20-%20Tatiana%20Silvestre.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SIMÕES CM. **Avaliação dos fatores de risco para morbimortalidade após cirurgia abdominal em pacientes oncológicos**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5152/tde-25022015-0093520/publi%20co/ClaudiaMarquezSimoesVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2021.

SILVESTRE, E. T. C. *et al.* **Plano Estadual de Saúde**. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Disponível em: www.saude.to.gov.br. Acesso em: 4 jun. 2021.

TAVARES, M. G.; TEDESCO-SILVA JUNIOR, H.; PESTANA, J. O. M. Readmissão Hospitalar Precoce no transplante renal: artigo de revisão. **J. Bras. Nefrol**, v. 42, n.2, p. 231- 237, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0089>. Acesso em: 19 out. 2021.

TEIXEIRA, M. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes brasileiros com câncer: um estudo no Brasil, no ano de 2020, por meio do DATASUS. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. 7, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37227>. Acesso em: 10 jan. 2023.

VALERA, R. B.; TURRINI, R. N. T. Factores relacionados a la readmisión de pacientes en el servicio hospitalario de emergencia. **Ciencia y enfermería**, v. 14, n.2, p. 87-95, 2008.

WALRAVEN, C. V. et al. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: asystematic review. **CMAJ**, Canadá, v. 183, n. 7, apr. 2011. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/183/7/E391.full.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

WEBER, Andras et al. Lung cancer mortality in the wake of the changing smoking epidemic: a descriptive study of the global burden in 2020 and 2040. **medRxiv**, p.2022.12.29.22284032, 2022. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.12.29.22284032v1.full.pdf>. Acesso em: 23 jun.2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Newsroom. Fact sheets. Palliative care**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 11 nov. 2021.

YERMILOV, I. et al. Readmissions following pancreaticoduodenectomy for pancreas cancer: A population-based appraisal. **Ann Surg Oncol**, v. 16, n. 3, p. 554-561, 2009. Disponível em: <https://www.pharllc.com/wp-content/uploads/2019/12/Yermilov-ann-Surg-Oncol-2009.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2021.

ZAFAR, S. N. et al. Readmissions after complex cancer surgery: analysis of the nationwide readmissions database. **Journal of Oncology Practice**, v. 14, n. 6, p.335-345, 2018. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.1200/JOP.17.00067>. Acesso em: 14 fev. 2022.

Apêndice A - Instrumento de Coleta de Dados

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		Cód.
Pesquisadora que fez a coleta:		
Data da Coleta		
Número do prontuário		
Iniciais do paciente		
Data de nascimento		
Idade		
Município	(1) Urbana (2) Rural	
UF		
Sexo	(1) Masculino (2) Feminino	
Cor da pele	(1) Branca (2) Negra (3) Parda	
Estado civil	(1) Casado (2) Solteiro (3) Viúvo (4) Separado (5) União Estável (6) Outro(s)	
Escolaridade	(1) Analfabeto (2) Ensino Fundamental (3) Ensino Médio (4) Ensino Superior	
Ocupação	(1) Do Lar (2) Aposentado (3) Empregado (4) Autônoma (5) Desempregado/Afastada	
Profissão		
DADOS CLÍNICOS		
Internação inicial		
Data da Internação		
Número de dias internados		
Tipo de admissão	(1) Eletivo (2) Urgente ou emergente	
Comorbidades	(1) Diabetes mellitus (2) HAS (3) DPOC (4) Doença cardiovascular (5) IRC (6) Distúrbios hemorrágicos (7) Imunossupressão Outros _____ Não	
Hábitos ou vícios	(1) Tabagista (2) Etilista (3) Psicóticos alucinógenos (4) Outros_____ (5) Não	
Cirurgias ortopédicas	(1) Sim (2) Não	

Uso de esteróides	(1) Sim (2) Não	
Recebeu Transfusão Sanguínea	(1) Sim (2) Não	
Diagnóstico principal com o CID:		ID
Diagnóstico secundário com o CID:		ID
Queixa do paciente		
Data da Cirurgia		
Localização do Tumor		
Localização do Tumor		
Abordagem Operacional		
Tempo Cirúrgico		
Internou na UTI	(1) Sim (2) Não	
Tempo de permanência no pós-operatório até alta		
Intercorrências /complicações	(1) Sim. Quais: Dor abdominal (2) Trombose (3) Infecção de Cateter venoso central (4) Infecção do trato urinário (5) Pneumonia (6) Fístula (7) Infecção ferida operatória (8) Abscesso (9) Obstrução intestinal (10) Outros (11) Não	
Histologia	(1) Adenocarcinoma (2) Células escamosas (3) Outros	
Estágio do câncer	1) Grau I (2) Grau II (3) Grau III	
Desfecho:	(1) Alta (2) Transferência (3) Óbito	
Observação Houve readmissão?	1) sim/quantas readmissões-----	
Readmissão 1		
Data da Readmissão:		
Queixa do paciente:		
Diagnóstico principal CID:		ID

Diagnóstico secundário CID:		ID
Procedimento realizado:		
Data do procedimento:		
Internou UTI durante a readmissão	(1) Sim (2) Não	
Número de dias		
Internados na UTI na readmissão		
Tempo entre alta e a readmissão:		
Causa da readmissão:		
Duração da internação durante a readmissão:		
Desfecho e data:	(1) Alta (2) Transferência (3) Óbito	
Observações		
Readmissão 2		
Data da Readmissão:		
Queixa do paciente:		
Diagnóstico principal:		
Diagnóstico secundário:		
Procedimento realizado:		
Data do procedimento:		
Internou UTI durante a readmissão	(1) Sim (2) Não	
Nº dias internados:		
Tempo entre 1ª e 2ª int.		
Causa da readmissão:		
Duração da internação 2ª readmissão.		
Desfecho/Data	(1)Alta (2)Transferência (3) Óbito	

Anexo A – Dispensa do TCLE

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Rejane Xavier Lima Costa, Pesquisador (a) responsável pelo projeto “Readmissões hospitalares não planejadas de pacientes submetidos a cirurgia oncológica em um Hospital Regional de Araguaína-Tocantins”.

Solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, isto porque o hospital onde faremos a coleta de dados é um centro de referência regional no atendimento a pacientes oncológicos, assim muitos residem em outras cidades e Estados, impossibilitando a obtenção do consentimento dos participantes e, ainda, alguns poderão ter evoluído a óbito.


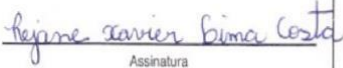
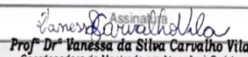
Portanto, solicitamos a dispensa do TCLE para realização deste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados secundários obtidos a partir 01/01/2019 à 01/01/2022. A coleta de dados será realizada por meio de revisão de prontuários dos pacientes que realizaram cirurgia oncológica. Esta pesquisa será desenvolvida segundo as determinações da resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e só terá início após a aprovação da Instituição coparticipante e Comitês de Ética em Pesquisa. Certificamos que tomaremos todas as medidas para prevenir os riscos relacionados ao manuseio dos prontuários.

Compromete-nos a cumprir o disposto na Resolução CNS 466 de 12 de Dezembro de 2012 e complementares e asseguramos que todos os dados serão manuseados com cautela, garantindo confidencialidade e sigilo das informações. Os dados serão manipulados somente pelo responsável do estudo e equipe de pesquisa abaixo-assinado. Nenhum dado que permita a identificação do participante do estudo será divulgado.

Araguaína, 11 de Outubro de 2021.


Rejane Xavier Lima Costa

Anexo B – Folha de Rosto Comitê CEP

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Readmissões hospitalares não planejadas de pacientes submetidos a cirurgia oncológica em um Hospital Regional de Araguaína -Tocantins.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 200			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: REJANE XAVIER LIMA COSTA			
6. CPF: 612.013.241-49		7. Endereço (Rua, n.º): PRIMEIRO DE JANEIRO SETOR CENTRAL Próximo Terminal Bandeira ARAGUAINA TOCANTINS 77803140	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 5563992113912	10. Outro Telefone:
		11. Email: rejane.lima@ifto.edu.br	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>30</u> / <u>08</u> / <u>2021</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás		13. CNPJ: 01.587.609/0001-71	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (62) 3946-1070		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: _____		CPF: _____	
Cargo/Função: _____			
Data: ____ / ____ / ____		 Assinatura Profª Drª Vanessa da Silva Carvalho Vila Coordenadora do Mestrado em Atenção à Saúde Pro-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

Anexo C – Termo de Responsabilidade para Uso, Guarda e Divulgação dos Dados da Pesquisa



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 Av. Universitária, 1069 – St. Universitário
 Caixa Postal 86 – CEP 74605-010
 Goiânia-Goiás
 Telefone/Fax: (62)3946-1070 ou 1071
www.pucgoias.edu.br / prope@pucgoias.edu.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

Título do projeto: Readmissões hospitalares não planejadas de pacientes submetidos a cirurgia oncológica em um Hospital Regional de Araguaína-Tocantins	
Nome do coordenador(a): Rejane Xavier Lima Costa	
RG: 051802-SSP/TO	CPF: 61201324149
Endereço: Rua primeiro de janeiro	nº 1949
Bairro: são joão	Cidade: Araguaína
CEP: 77803140	Estado: Tocantins


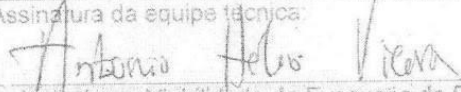
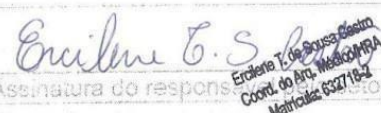

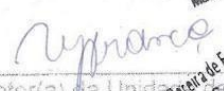
O coordenador do projeto, retro qualificado, se declara ciente e de acordo:

- a) de todos os termos do presente instrumento, assumindo toda e qualquer responsabilidade por quaisquer condutas, ações ou omissões que importem na inobservação do presente e consequente violação de quaisquer das cláusulas abaixo descritas bem como por outras normas previstas em lei, aqui não especificadas, respondendo de forma ilimitada, irretroatável, irrevogável e absoluta perante a fornecedora dos dados e arquivos em eventuais ações regressivas, bem como perante terceiros eventualmente prejudicados por sua não observação.
- b) de que os dados e arquivos a ele fornecidos deverão ser usados, guardados e preservados em sigilo e que eventual divulgação dos dados deverá ser feita em estrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988, especialmente no tocante ao direito a intimidade e a privacidade dos consultados, sejam eles pacientes ou não.
- c) de que as informações constantes nos dados ou arquivos a ele disponibilizados deverão ser utilizados apenas e tão somente para a execução e pesquisa do projeto acima descrito, sendo vedado o uso em outro projeto, seja a que título for salvo expressa autorização em contrário pelos participantes da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- d) de que eventuais informações a serem divulgadas, serão única e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado uso das informações para publicação em quaisquer meios de comunicação de massa que não guardem compromisso ou relação científica, tais como televisão, jornais, periódicos e revistas, entre outros aqui não especificados.
- e) de que a instituição Secretaria de Estado da Saúde - SESTO será mencionada quando houver divulgação na forma de mídia impressa ou digital dos resultados do projeto de pesquisa.
- f) sem prejuízo dos termos do presente, que deverão ser respeitadas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução do projeto em epígrafe.


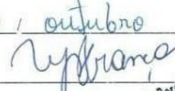
Goiânia, 21 de setembro de 2021 .

Rejane Xavier Lima Costa
 ASSINATURA DO COORDENADOR DO PROJETO

Anexo D – Parecer da Secretaria do Estado de Saúde (SES)

		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	ANEXO I PARECER SES
Título do Projeto de Pesquisa: Readmissões hospitalares não planejadas de pacientes submetidos a cirurgia oncológica em um Hospital Regional de Araguaína - Tocantins.			
Identificação da Equipe de Pesquisa			
Pesquisador Responsável Rejane Xavier Lima Costa			
E-mail: rejane.lima@ifto.edu.br		Telefone: (63) 9211-3912	
Demais Membros da Equipe de Pesquisa			
Nome	Função na Equipe	E-mail	
Maysa Ferreira Martins Ribeiro	Orientadora	maysa.enf@pucgoias.edu.br	
Instituição do Pesquisador Responsável			
Nome: Pontifícia Universidade Católica de Goiás			
Endereço: Av. Universitária, 1069 – St. Universitário			
Telefone(s): (62) 3948-1070 ou 1071		Email: www.prope@pucgoias.edu.br	
Parecer da Área Técnica de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde			
Foram entregues todos os instrumentos de pactuação? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não			
Data: 21/09/2021	Assinatura da equipe técnica		
			
Parecer Técnico sobre a Viabilidade de Execução do Projeto de Pesquisa			
Unidade do SUS/TO aberta como campo de pesquisa: Hospital Regional de Araguaína (HRA)			
Setor da Pesquisa: Arquivo médico do Hospital Regional de Araguaína			
PARECER: <input checked="" type="checkbox"/> APROVADO () COM PENDÊNCIAS () NÃO APROVADO			
Avaliação pelo Setor Técnico - Justificativa do Parecer			
Data do Parecer: 30/09/2021			
		Assinatura do responsável	
Data:		Data:	
Jorge Luis G. dos Santos Supervisor Oper - NEP/HRA ATO 658 Servidor do NEP			
		Diretor(a) da Unidade	
		Waldineide Pereira de Franca Duarte Coord. do Arq. Médico/HRA Município: 632718-2 Diretora Geral-HRA Ato nº 995-MM	

Anexo E – Carta de Anuência

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS</p> <p>SECRETARIA DE SAÚDE</p>	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	ANEXO III Carta de Anuência
Carta de Anuência		
<p>Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado: "Readmissões hospitalares não planejadas de pacientes submetidos a cirurgia oncológica em um Hospital Regional de Araguaína", sob a responsabilidade do(ã) pesquisador(a): Rejane Xavier Lima Costa, CPF 61201324149, a ser executado no(a): Hospital Regional de Araguaína – setor: Arquivo Médico.</p> <p>Declaro apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: "Readmissões hospitalares não planejadas de pacientes submetidos a cirurgia oncológica em um Hospital Regional de Araguaína".</p> <p>Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.</p> <p>No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer penalização alguma.</p> <p>Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº: 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.</p> <p>Local e Data: Araguaína-TO, <u>20 / outubro /</u></p> <p style="text-align: center;">  Diretora da Unidade de Saúde Diretora Geral-HRA Ato nº 995-NN </p>		

Anexo F – Declaração de Instituição Coparticipante

SECRETARIA
DA SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N
Palmas – Tocantins – CEP: 77.001-906
Tel.: +55 63 3218-1700
saude.to.gov.br

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa intitulado “**Readmissões Hospitalares não planejadas de pacientes submetidos a cirurgia oncológica em um Hospital Regional de Araguaína-Tocantins**” de responsabilidade da pesquisadora **Rejane Xavier Lima Costa** e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as CNS 466/12 e CNS 510/16.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Araguaína, 25 de novembro de 2021.


Responsável por
Weltonides Pereira da França Duarte
Diretora Geral HRA
Ato nº 995-AM


Jorge Luis G. dos Santos
Supervisor Oper. - NEP/HRA
ATO 658

Anexo G – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Readmissões hospitalares não planejadas de pacientes submetidos a cirurgia oncológica em um Hospital Regional de Araguaína - Tocantins.

Pesquisador: REJANE XAVIER LIMA COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53806621.4.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.171.255

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, analítico que será realizado por meio da revisão de prontuários de pacientes que foram submetidos a cirurgia oncológica e que sofreram readmissões. O estudo será realizado em um Hospital Regional de Araguaína, do Sistema Único de Saúde, que atende a todas as faixas etárias. O Hospital Regional de Araguaína é uma instituição assistencial hospitalar de natureza pública, classificado de Porte III. Referência de atendimento para todas as cidades do Tocantins, e dos Estados do Pará e do Maranhão, conta com 256 leitos de internação, sendo 236 de enfermarias, 20 UTI, e mais 23 leitos de observação no Pronto Socorro. É um hospital de média e alta complexidade, oferece atendimento em 30 especialidades. De acordo com o desenho da regionalização o Estado do Tocantins está dividido em duas macrorregiões, seis microrregiões e 20 módulos assistenciais. A população em 2021 estimada foi de 186.245 mil habitantes (IBGE, 2021). A amostra do estudo será composta por prontuários de pacientes que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos oncológicos. Os Critérios de inclusão serão: prontuários de pacientes maiores de 18 anos; que realizaram o procedimento cirúrgico oncológico no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2022. No período de janeiro a dezembro de 2019 foram realizadas 421 cirurgias oncológicas. A coleta de dados será realizada por meio de revisão de prontuários médicos, buscando triar aqueles que reinternaram. A coleta de dados será realizada após autorização da instituição coparticipante (Hospital Regional de Araguaína) e da Secretária Estadual de Saúde. Será solicitada a dispensa do Termo Consentimento Livre Esclarecido, isso porque o hospital onde

Endereço: Av. Universitária, 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 5.171.255

faremos a coleta de dados é um centro de referência regional no atendimento a pacientes oncológicos, assim muitos residem em outras cidades e Estados, impossibilitando a obtenção do consentimento dos participantes e, ainda, alguns poderão ter evoluído a óbito. O início da coleta de dados está previsto para o mês de janeiro de 2022. Para a coleta será elaborado um instrumento para captura das informações relacionadas às variáveis de desfecho e de exposição. Para a coleta de dados hospitalares será utilizado Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que é um documento obrigatório para a internação, será utilizado essas informações para preenchimento de dados sociodemográficos do paciente, diagnóstico, entre outros. Os dados coletados referentes à internação inicial e à readmissão são coletados por meio do preenchimento do Apêndice A. O instrumento de coleta de dados foi elaborado com campos referentes a perguntas sobre dados sociodemográficos do paciente; perguntas referentes aos dados clínicos da internação inicial; informação sobre a primeira readmissão e segunda readmissão. A coleta será realizada em sala reservada, dentro do hospital, os prontuários serão manuseados com cuidado e os dados serão anotados e guardados (em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora), de forma a garantir o sigilo da identificação dos pacientes.

Hipótese:

Busca de novos conhecimentos na área de oncologia, com o intuito de prestar uma assistência de maior qualidade na medida em que o estudo irá apontar particularidades das readmissões. Os dados resultantes poderão subsidiar a elaboração de protocolos específicos para o serviço oncológico, com orientações para os profissionais da saúde, pacientes e familiares. Do mesmo modo, poderão trazer informações relevantes para a capacitação profissional, contribuindo para a redução das readmissões

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

- Avaliar fatores associados às readmissões hospitalares não planejadas de pacientes submetidos a cirurgias oncológicas em um Hospital Regional de Araguaína-Tocantins.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a população readmitida após cirurgias oncológicas;
- Caracterizar as readmissões pós-cirurgias oncológicas.

Endereço: Av. Universitária, 1.069	CEP: 74.605-010
Bairro: Setor Universitário	
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512	Fax: (62)3946-1070
	E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 5.171.255

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os investigadores informaram que haverá riscos relacionados aos manuseios dos prontuários, como o de divulgação de informações; perda de confidencialidade dos dados e da privacidade dos indivíduos; risco à segurança dos prontuários. Certificamos que tomaremos todas as medidas para prevenir tais riscos. A coleta será realizada em sala reservada, dentro do hospital, os prontuários serão manuseados com cuidado e os dados serão anotados e guardados (em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora), de forma a garantir o sigilo da identificação dos pacientes e não exposição indevida das informações neles coletadas/acessadas.

Quanto aos benefícios indiretos destacamos: os resultados poderão subsidiar a elaboração de protocolos específicos para o serviço oncológico, com orientações para os profissionais da saúde, pacientes e familiares. Do mesmo modo, poderão trazer informações relevantes para a capacitação profissional, contribuindo para a redução das readmissões.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal, analítico que será realizado por meio da revisão de prontuários de pacientes que foram submetidos a cirurgia oncológica e que sofreram readmissões.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este estudo não apresentou nenhum óbice ético, considera-se portanto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.

Endereço: Av. Universitária, 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 5.171.255

3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1817023.pdf	26/11/2021 15:49:43		Aceito
Outros	Dispensa_Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido.pdf	26/11/2021 15:49:03	REJANE XAVIER LIMA COSTA	Aceito
Outros	Instituicao_comparticipante.pdf	26/11/2021 15:41:00	REJANE XAVIER LIMA COSTA	Aceito
Outros	Parecer_SES.pdf	17/11/2021 17:13:58	REJANE XAVIER LIMA COSTA	Aceito
Outros	Curricul_pesquisadora.pdf	16/11/2021 17:02:15	REJANE XAVIER LIMA COSTA	Aceito
Outros	Curriculo_Orientadora.pdf	16/11/2021 16:57:07	REJANE XAVIER LIMA COSTA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	11/11/2021 09:51:35	REJANE XAVIER LIMA COSTA	Aceito
Outros	Termodecompromisso.pdf	11/11/2021 09:41:31	REJANE XAVIER LIMA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	15/10/2021 21:28:35	REJANE XAVIER LIMA COSTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	13/10/2021 16:29:43	REJANE XAVIER LIMA COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/10/2021 16:29:27	REJANE XAVIER LIMA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	11/10/2021 21:50:56	REJANE XAVIER LIMA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Universitária, 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 5.171.255

GOIANIA, 16 de Dezembro de 2021

Assinado por:
ROGÉRIO JOSÉ DE ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br