



CARACTERIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS EM IDOSOS

CHARACTERISTICS OF SURGICAL PROCEDURES PERFORMED IN THE ELDERLY CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS EM ANCIANOS

Maria Emília Evaristo Caluête¹, Erika Valeska Costa Alves², Natanna Lopes Araújo³, Maria Bernadete Sousa Costa⁴, Sérgio Ribeiro Santos⁵

RESUMO

Objetivo: investigar os tipos de procedimentos cirúrgicos a que foram submetidos os idosos assistidos em um hospital universitário. **Método:** estudo transversal, de natureza documental e descritiva, realizado entre janeiro a dezembro de 2012, com 580 idosos. A coleta de dados foi realizada em livros de registros dos setores de agendamento de cirurgias. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE nº 19610913.8.0000.5183. **Resultados:** as cirurgias mais prevalentes foram as correções de catarata, no Centro de Referência Oftalmológica e colecistectomia, realizadas no Bloco Cirúrgico; 16% dos usuários com cirurgias programadas foram suspensas. Além disso, 42% das suspensões não tiveram seus motivos registrados. **Conclusão:** os idosos procuram o serviço de cirurgia do hospital-escola para procedimentos de correções de catarata e colecistectomia; apesar desse hospital-Escola ser referência no Estado da Paraíba, evidenciou-se fragilidades quanto à estrutura e recursos humanos. **Descritores:** Idoso; Cirurgia; Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

Objective: to investigate the types of surgical procedures that older people assisted in a university hospital underwent. **Method:** this was a cross-sectional study, documentary and descriptive type, conducted from January to December 2012, with 580 elderly. Data collection was performed in books of records of surgery scheduling sectors. The project was approved by the Research Ethics Committee, under CAAE no. 19610913.8.0000.5183. **Results:** the most prevalent procedures were cataract correction, in the Ophthalmology Reference Center and cholecystectomy, performed in surgical ward; 16% of users with scheduled surgeries were suspended. Additionally, 42% of suspensions did not have their reasons registered. **Conclusion:** the elderly seek the university hospital surgical service for procedures of cataract corrections and cholecystectomy; although this hospital is a reference university hospital in the state of Paraíba, it was evident weaknesses in the structure and human resources. **Descriptors:** Elderly; Surgery; Hospital Care.

RESUMEN

Objetivo: investigar los tipos de procedimientos quirúrgicos que fueron sometidos los ancianos asistidos en un hospital universitario. **Método:** estudio transversal, de naturaleza documental y descriptiva, realizado entre enero a diciembre de 2012, con 580 ancianos. La recolección de datos fue realizada en libros de registros de los sectores de agendamento de cirugías. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE n. 19610913.8.0000.5183. **Resultados:** las cirugías más prevalentes fueron las correcciones de catarata, en el Centro de Referencia Oftalmológica y colecistectomía realizadas en la sala de operaciones; 16% de los usuarios con cirugías programadas fueron suspensas. Además de eso, 42% de las suspensiones no tuvieron sus motivos registrados. **Conclusión:** los ancianos buscan el servicio de cirugía del hospital escuela para procedimientos de correcciones de catarata y colecistectomía; a pesar de ese Hospital-Escuela ser referencia en el Estado de Paraíba, se notaron fragilidades en la estructura y recursos humanos. **Descriptores:** Anciano; Cirugía; Asistencia Hospitalaria.

¹Nutricionista, Mestre em Ciências da Nutrição, Residente Multiprofissional, Hospital Universitário Lauro Wanderley - Universidade Federal da Paraíba/HULW/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mariaemilianut@gmail.com; ²Fisioterapeuta, Residente Multiprofissional, Hospital Universitário Lauro Wanderley - Universidade Federal da Paraíba/HULW/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: erika.valeska@yahoo.com.br; ³Assistente Social, Residente Multiprofissional, Hospital Universitário Lauro Wanderley - Universidade Federal da Paraíba/HULW/UFPB. João Pessoa, Brasil. E-mail: natanna-ita@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Administração y Hospitalaria, Departamento de Enfermagem Clínica, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mbernadetes@globo.com; ⁵Enfermeiro, Professor Doutor em Ciências da Saúde e em Sociologia, Programa de Pós-graduação em Modelo de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: srsantos207@gmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, antes tido como fenômeno crescente em países de primeiro mundo, agora atinge os países de terceiro mundo. O número de pessoas com idade maior que 60 anos tem crescido rapidamente em nível global, devido ao aumento da expectativa de vida, resultante de mudanças no contexto social, político e econômico ao longo dos anos. Logo, toda essa mudança de configuração exige novos cenários de adaptação para comportar os desafios do envelhecimento. Essa mudança na estrutura da população é chamada de transição demográfica.

Os países em desenvolvimento vêm apresentando, nas últimas décadas, um progressivo declínio nas taxas de mortalidade e, mais recentemente, de fecundidade. Esses dois fatores associados promovem a base demográfica para um envelhecimento real dessas populações, como a que se observa atualmente no Brasil, que se traduz em uma elevada expectativa de vida e, por consequência, no aumento da população idosa. Essa velocidade na transição demográfica e epidemiológica vivida pelo país, nas últimas décadas, provoca uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente em um contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições.¹

Com relação aos países desenvolvidos, a exemplo da França, o aumento da população idosa de 7% para 14% do total se deu em mais de um século. Já no Brasil, essa mesma variação demográfica ocorrerá nas próximas duas décadas (entre 2011 e 2031).² Atualmente, o país apresenta um contingente de aproximadamente 21 milhões de idosos. Estima-se que, em 2025, o quantitativo de idosos seja de aproximadamente 32 milhões, quando o país ocupará o sexto lugar no mundo em termos de população idosa.³ Dentre os estados líderes em número de idosos, encontra-se o estado da Paraíba. De acordo com o Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual da Paraíba, o estado da Paraíba apresentou um aumento da pirâmide populacional no ano de 2010, concentrando 11,98% de idosos em sua população.⁴

Paralelo à mudança no padrão demográfico, ocorre a transição no perfil epidemiológico, tanto na morbidade como na mortalidade, devido ao aumento das ocorrências crônico-degenerativas (doenças não-transmissíveis) e redução das doenças

infecto-parasitárias. Essas profundas mudanças tendem a trazer consequências como: despesas com benefícios relacionados ao setor de saúde, necessidade de recursos humanos especializados em atender esse contingente e preparo da sociedade.

O indivíduo idoso é mais propenso a sofrer alterações do meio que o cerca, como também outras inerentes à própria idade. O envelhecer é um processo multifacetário que ocorre desde que o indivíduo nasce, sendo gradual e contínuo, e naturalmente associado ao declínio das funções orgânicas, cognitivas, funcionais, sociais, econômicas, filosóficas, jurídicas, políticas, intelectuais e psicológicas. À medida que o organismo envelhece, torna-se mais vulnerável ao aparecimento de enfermidades que, se não cuidadas devidamente, podem culminar com a hospitalização. Esse grupo populacional tende a procurar mais por serviços de saúde; consequentemente, suas taxas de internação são maiores. Um envelhecimento bem sucedido é mais do que ausência de doença e manutenção do estado funcional, sendo esta combinação junto com o engajamento ativo com a vida e a sociedade.⁵

As altas taxas de hospitalização de idosos exemplifica o impacto do envelhecimento da população brasileira no setor de saúde e representam um grande desafio para os sistemas de saúde, que estão sob o risco de ter seus leitos bloqueados sem oferecer a assistência necessária às demandas desse grupo.⁶ Em geral, os idosos possuem múltiplas doenças que perduram por vários anos e exigem acompanhamentos constantes, levando muitas vezes a um maior tempo de permanência hospitalar.

A hospitalização muitas vezes requer um cuidado invasivo, o que acaba ferindo a privacidade do paciente e, consequentemente, desenvolve estresse, desconforto e insegurança.⁷ O indivíduo idoso hospitalizado já carrega uma carga a mais de sensibilidade inerente à própria vida, estado de saúde e cultura. No âmbito hospitalar, observa-se que o idoso internado perde com frequência a possibilidade de tomar suas decisões como paciente e, por conseguinte, sua autonomia.⁸ Em muitos casos, como única forma de tratamento, esse público acaba passando por intervenções cirúrgicas, o que gera uma carga emocional maior tanto para o cliente quanto para a sua família.

As cirurgias em pacientes idosos têm se tornado cada vez mais frequentes, uma vez que essa população vem apresentando crescimento em número significativo nas últimas décadas e, consequentemente,

expondo-se mais às morbidades de resolução cirúrgica.⁹ Isso se deve também às modificações dos cuidados em saúde que vêm se modificando e se qualificando ao longo da história, e as intervenções cirúrgicas são partes do processo de cuidado em saúde.¹⁰

Algumas cirurgias são responsáveis por internações pré e pós-operatórias. Com a dimensão de recursos e aparatos tecnológicos, os tratamentos cirúrgicos tornaram-se mais seguros ao longo do tempo, apresentando um menor risco de morte, inclusive na população idosa. Esses avanços, somados ao aumento da expectativa de vida e ao contingente cada vez maior de idosos, resultam na elevação do número de procedimentos cirúrgicos realizadas em pessoas acima de 60 anos.¹¹

O simples anúncio de um procedimento cirúrgico desencadeia sentimentos de ansiedade, medo e estresse. No entanto, esses sentimentos podem ser exacerbados e misturados com a decepção e o desânimo frente à equipe de saúde e à própria condição, quando tal procedimento é suspenso devido a qualquer fator. As altas taxas de suspensão de cirurgias são geradoras de prejuízos tanto para os pacientes quanto para as instituições. Além de o programa cirúrgico ficar com tempo vago, aumenta-se o tempo de internação do paciente, acarretando assim gastos adicionais ao hospital. Nesse sentido, um estudo sobre gerenciamento de custos causados por suspensões cirúrgicas mostra que a suspensão de 58 procedimentos acarretará R\$1713,66 de custo a cada instituição. Essa despesa está relacionada ao material de consumo (R\$333,05), ao processo de esterilização (R\$201,22), aos medicamentos (R\$149,77) e aos recursos humanos (R\$ 1029,62). Neste estudo, verificou-se que grande parte das suspensões poderiam ser evitadas.¹²

Ante o exposto, o presente estudo buscou respostas para alguns questionamentos, a saber: qual a característica das cirurgias realizadas por idosos assistidos no hospital de ensino do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil? Qual o gênero que demanda mais tratamento cirúrgico? Qual o gasto que isso implica na saúde? E por que, apesar dos avanços tecnológicos, muitos procedimentos ainda são suspensos?

Por conseguinte, este estudo tem como objetivo:

- Investigar os tipos de procedimentos cirúrgicos a que foram submetidos os idosos assistidos em um hospital universitário (HU).

MÉTODO

Estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, de recorte transversal, natureza documental e descritiva, realizado em um hospital universitário de alta complexidade no município de João Pessoa, Paraíba, Nordeste do Brasil.

O Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) pertence à Universidade Federal da Paraíba. Trata-se de um hospital-escola de grande porte, com cerca de 44.000 m², dos quais faltam concluir aproximadamente 9.000 m². Além de possuir profissionais especialistas qualificados, oferece uma multiplicidade de serviços à população. Está situado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no bairro Castelo Branco, João Pessoa/PB. Constitui-se em uma unidade de saúde pública, portanto, sem fins lucrativos. Assim como os demais HUs, realiza serviços assistenciais e atividades de ensino, pesquisa e assistência.

No caso do Bloco Cirúrgico e do Centro de Referência em Oftalmologia (CEROF) - cenário de coleta desta pesquisa - caracterizam-se como unidades de referência no atendimento a cirurgias eletivas e oftalmológicas, portanto, configura-se como um serviço especializado de média e de alta complexidade, escassamente existente no estado paraibano.

A coleta dos dados ocorreu durante o período de janeiro a dezembro de 2012. Os dados da pesquisa foram coletados por meio de livros de marcação de cirurgias em um setor próprio para esse serviço, ambulatório; de registros dos procedimentos cirúrgicos realizados, armazenados no próprio Bloco Cirúrgico e no Centro de Referência em Oftalmologia; e de registros dos procedimentos suspensos e livros dos dados estatísticos da instituição em estudo.

Os dados referentes à população em estudo foram devidamente anotados em fichas apropriadas para posterior tabulação em programa estatístico. Todos esses procedimentos foram realizados com autorização e consentimento por escrito de cada responsável pelo setor.

A amostra coletada foi de 580 idosos, usuários do SUS, a partir de 60 anos de idade, de ambos os gêneros, que se submeteram à marcação e/ou procedimentos cirúrgicos no hospital em estudo. Por ocasião deste estudo, foram excluídas as pequenas cirurgias realizadas em nível ambulatorial.

Os procedimentos cirúrgicos levantados para este estudo foram os que estavam registrados em livros específicos para cada especialidade: amputações, biópsias,

blefaroplastia, broncoscopia, cauterização de condiloma, catarata, cirurgia de Whipple, colecistectomia, colpopromotorfixação, derivação biliodigestiva, desbridamento, esofagectomia, exéreses, estenose de carótida, gastrectomia, hernioplastia, herniorrafia, histerectomia, injeção de Lucentis®, injeção intravítrea, laparotomia, mastectomia, prostatectomia, pterígio, *Sling* e tireoidectomia.

Os dados obtidos foram exportados para o programa *Statistical Package for Social Science*, versão 18, no qual foram geradas tabelas.

O tratamento estatístico foi descritivo, a partir das distribuições de frequência, medidas de tendência central e dispersão das variáveis analisadas (sexo, idade, procedimentos cirúrgicos e suspensões).

Em termos éticos, esta pesquisa atendeu às exigências da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Para tanto, foi elaborado um projeto de pesquisa que foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba, o qual foi aprovado e obteve o CAAE nº 19610913.8.0000.5183.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classificado como hospital-escola nas áreas de Ciências da Saúde e demais ciências, o HULW presta serviços ao município de João Pessoa, a outros municípios paraibanos, assim

como a estados circunvizinhos, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, os serviços prestados são, prioritariamente, os de média e de alta complexidade. No complexo hospitalar, há 71 consultórios médicos, 240 leitos hospitalares, 12 gabinetes odontológicos, 16 leitos na UTI (adulta, pediátrica e neonatal) e 11 salas cirúrgicas.

No ano de 2009, os investimentos e gastos públicos com tratamento hospitalar da população idosa consumiam 29,4% dos recursos de internações hospitalares no SUS. Portanto, a permanência hospitalar prolongada (PHP) aumenta os custos e reduz a oportunidade de outros pacientes para receber atenção hospitalar. No tocante aos procedimentos cirúrgicos, ao considerar as características inerentes ao processo de envelhecimento, eles consequentemente também demandam maior custo.¹³

A Tabela 1 mostra o perfil de gênero e idade dos idosos que foram submetidos a cirurgias no período estudado. Aproximadamente 60% (347) dos procedimentos cirúrgicos foram realizados em idosos do sexo feminino, enquanto 40% (233) foram em idosos do sexo masculino. O estrato etário que mais demandou procedimentos cirúrgicos em ambos os sexos foi o de idosos jovens (60-69 anos).

Tabela 1. Perfil de gênero e idade dos idosos submetidos à cirurgia, entre janeiro e dezembro de 2012, no HULW.

Idade (anos)	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60-69	195	33,6	116	20	311	53,6
70-79	105	18,2	92	15,8	197	34
≥80	47	8,2	25	4,2	72	12,4
TOTAL	347	60	233	40	580	100

Fonte: Livros de registros do agendamento cirúrgico, do Bloco Cirúrgico e CEROF, 2012.

O envelhecimento possui um forte componente de gênero, as mulheres possuem maior expectativa de vida. Evidencia-se que os indicadores de morbidade, medidos pela demanda aos serviços e por inquéritos populacionais destacam, de forma geral, maior frequência para as mulheres; elas vivem mais, porém estão sujeitas às doenças, em virtude de questões fisiológicas e fatores extrínsecos.¹⁴

A maior procura das mulheres por serviços de saúde tem raiz cultural no Brasil. A figura do homem como o provedor, forte e resistente, ainda é dissociada da ideia de

cuidados com o próprio corpo e a mente. Assim, várias estratégias de saúde são lançadas para atrair a parcela masculina da população aos serviços de saúde, por meio de informações e alertas em campanhas nacionais, além de maior investimento e incentivo em estudos sobre os principais acometimentos que cercam a saúde do homem.

No tocante à infraestrutura do hospital em questão, o estabelecimento é composto de 11 salas cirúrgicas. No entanto, na ocasião da coleta de dados, apenas sete salas estavam em funcionamento, dos quais cinco são

destinadas para cirurgias eletivas, uma para procedimentos obstétricos e outra para cirurgias de urgência.

Os motivos que levaram à desativação das salas cirúrgicas foram: quantitativo insuficiente de recursos humanos,

infraestrutura inadequada e carência de materiais e equipamentos.

A Tabela 2, logo abaixo, demonstra o quantitativo de profissionais da enfermagem que atuam no Bloco Cirúrgico.

Tabela 2. Quantitativo de profissionais de enfermagem atuantes no Bloco Cirúrgico.

Profissionais	n
Enfermeiros	8
Técnicos de enfermagem	21

A Resolução nº 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)¹⁵ fixa e estabelece os parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde. De acordo com essa resolução, o quantitativo de profissionais de enfermagem no Bloco Cirúrgico do hospital em estudo é insuficiente. Preconiza-se para esse caso um total de aproximadamente 89 profissionais da enfermagem de diferentes níveis (22 enfermeiros e 67 técnicos de enfermagem). Isso nos remete à necessidade imediata de contratação de mão de obra da saúde e investimento maior voltado à saúde.

Isso não é uma realidade só da Paraíba, já que um estudo realizado no hospital universitário de Brasília refere que a falta de servidores efetivos está na base do problema dos hospitais universitários, ainda que não seja o último, pois os recursos que deveriam ser aplicados no cuidado aos pacientes são destinados ao pagamento de pessoal: “Quando eles são concursados, a própria União paga. Mensalmente, temos um déficit de R\$ 1,4 milhão, que é suprido, em parte, pela universidade. Mas essa situação é insustentável e coloca os hospitais em condição de extrema vulnerabilidade”.¹⁶

Alguns autores já relataram o sucateamento dos hospitais universitários. Segundo este, dos 46 HUs brasileiros, havia

10.340 leitos ativos, onde 1.124 estavam desativados. Tal fato se dá devido à falta de funcionários e de investimentos. Desses, 10.109 correspondem aos leitos do SUS e 231, em alguns hospitais, correspondem a leitos privatizados.¹⁷

Outro serviço estudado foi o Centro de Referência em Oftalmologia (CEROF), que oferece assistência especializada aos pacientes com problemas oculares, nas modalidades assistenciais de: prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento.

Atualmente, o CEROF conta com três salas, sendo duas para cirurgia e uma para anestesia. A equipe de profissionais de saúde também apresentava *deficit* de pessoal e, por esse motivo, não estava realizando cirurgia de estrabismo.

Em geral, a instituição em estudo realizou aproximadamente 1.925 cirurgias no período de janeiro a dezembro do ano de 2012, incluindo cirurgias eletivas, emergenciais e de pequeno porte. Desse total, 722 (37,51%) foram destinadas para pacientes idosos. Tais dados comprovam a importância do hospital para o estado da Paraíba, uma vez que atende atualmente uma ampla demanda de saúde.

No tocante ao procedimento cirúrgico mais prevalente, destacam-se as cirurgias para catarata e pterígio, no CEROF, e colecistectomia no Bloco Cirúrgico, conforme explanado na Tabela 2.

Tabela 2. Procedimentos cirúrgicos mais prevalentes entre idosos assistidos no HULW no período de janeiro a dezembro de 2012.

Procedimento	Local do Procedimento	n	%
Catarata	CEROF	275	38
Pterígio	CEROF	79	11
Colecistectomia	Bloco Cirúrgico	29	4
Herniorrafia	Bloco Cirúrgico	22	3
Prostatectomia	Bloco Cirúrgico	22	3
Demais		295	41
Total		722	100

Fonte: Livros de registro do Bloco Cirúrgico e CEROF, 2012.

A catarata é uma das doenças oculares mais prevalentes em idosos e acarreta diminuição na acuidade visual, sensibilidade a contraste e percepção da cor.¹⁸É responsável pelo maior número de cegueira reversível no

mundo, já que aproximadamente 47,8% dos casos globais são oriundos dessa doença.¹⁹ Cerca de 350.000 brasileiros são acometidos pela catarata, com incidência estimada em 120.000 novos casos por ano, sendo a catarata

senil a forma mais comum entre a população.²⁰

A cirurgia de catarata é a mais procurada pelos usuários do SUS, sendo registradas, em 2011, 426.567 mil cirurgias, o que foi considerado um aumento de 22% em relação ao ano de 2010. Entretanto, esse número expressivo ainda é baixo para atender à demanda anual de novos casos, que se somada ao *deficit* já acumulado durante anos, permite considerar a catarata como um importante problema de saúde pública.²¹

A não efetivação do que rege o SUS e o acelerado processo de envelhecimento do país implicam uma série de problemas à saúde da população, o que contribui para prevalência dessa enfermidade. Nesse sentido, é importante destacar o mau gerenciamento da rede de serviços, o qual colabora para a desorganização dos serviços, falta de universalização da assistência, longas filas, entre outros transtornos, gerando assim uma demanda social em abundância que irá necessitar de um novo direcionamento da saúde para supri-la.

O HULW já realizou cirurgias cardíacas em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, porém, devido à falta de recursos financeiros repassados a esse serviço, isto é, com o fim dessa parceria, as cirurgias foram interrompidas em 2010, e, até dezembro de

2013, continuavam desativadas, prejudicando a população carente do município de João Pessoa e do estado da Paraíba, uma vez que o HULW é um hospital de referência e de alta complexidade.

Paralelamente, as doenças cardiovasculares (DCV) permanecem como principal causa de morte e incapacidade em idosos, mesmo após diminuição do hábito de tabagismo e maior acesso dessa população à atenção primária,²² sendo essa parcela populacional a mais inclinável a procedimentos cirúrgicos coronarianos.

No que diz respeito ao quantitativo de óbitos em idosos durante ou decorrentes de procedimentos cirúrgicos, no ano de 2010, foram registrados apenas três óbitos de idosos no estado da Paraíba decorrentes de possíveis complicações cirúrgicas, sendo uma morte no município de João Pessoa.²³ Neste estudo, não houve registro de óbitos em idosos diretamente relacionados às cirurgias realizadas.

A Tabela 3 mostra os motivos das suspensões de cirurgias no hospital em questão. Das 861 cirurgias programadas para pacientes idosos no período de estudo, 16% não foram realizadas, principalmente devido a complicações orgânicas dos próprios pacientes ou por causa de sua ausência no Bloco Cirúrgico.

Tabela 3. Motivos das suspensões

Motivo da Suspensão	n	%
Motivos fisiológicos	35	25,0
Paciente não compareceu	15	10,8
Falta de estrutura física adequada	6	4,3
Ausência do médico responsável	6	4,3
Paciente não seguiu as recomendações pré-operatórias	5	3,5
Falhas organizacionais dos setores responsáveis	4	2,8
Motivos não registrados	59	42,0
Outros motivos	9	7,3
Total	139	100

Fonte: Livro de registros do Bloco Cirúrgico e CEROF, 2012.

Das cirurgias, 35(25%) foram suspensas pelo fato de os pacientes não apresentarem condições fisiológicas adequadas, tendo como principal fator causal à elevação da pressão arterial sistêmica.

Em um estudo realizado sobre a taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário, constatou-se que em um período de três meses houve uma taxa de suspensão de 19,91%, de um total de 1.191 cirurgias.²⁴ Apesar da taxa de suspensão do HULW ser inferior ao constatado na literatura, pode-se inferir que essa inferioridade é ilusória se observarmos a proporcionalidade da demanda de cirurgias. Obviamente, o HULW realiza poucas cirurgias em relação à demanda de usuários que esperam uma oportunidade para realizar o procedimento. Todavia, estudos

sobre a temática suspensão de cirurgia em pacientes idosos são escassos na literatura.

Dessa forma, a subnotificação e a omissão da suspensão cirúrgica são práticas comuns nas instituições de saúde. Essas práticas comprometem os indicadores de produtividade, fazendo com que as taxas sejam falsamente interpretadas. Contudo, algumas pesquisas relatam a possível ocorrência de subnotificação. Em nossa instituição, é observado em alguns casos que o médico orienta o preparo cirúrgico ao paciente, mas não entrega o aviso de cirurgia ao Centro Cirúrgico, fazendo assim com que sua clínica tenha taxas de suspensão menores do que as reais.²⁵

A falta de registro dos motivos das suspensões também é um obstáculo na

compreensão minuciosa das falhas que causam o adiamento/cancelamento da cirurgia, o que dificulta a tomada de decisão para solucionar os reais impedimentos. Quando comparados com outras faixas etárias, os idosos frequentam mais os serviços de saúde, apresentam maior incidência de internação e possuem tempo de ocupação do leito hospitalar maior, em virtude da multiplicidade de patologias.

A suspensão cirúrgica influencia negativamente a instituição de saúde em razão do aumento dos custos operacionais e financeiros, reduzindo a eficiência do serviço oferecido. Do mesmo modo, influencia o paciente e sua família de forma devastadora, resultando em prejuízos físicos, emocionais e socioeconômicos.²⁶

Cada cirurgia programada e realizada gera um gasto em saúde. O custo da internação *per capita* tende a crescer à medida que a idade aumenta, passando de R\$93,05 por idoso, na faixa etária de 60 a 69 anos, para R\$ 178,95 entre os idosos de 80 anos ou mais.²⁷ Isso faz do envelhecimento populacional um grande desafio para as políticas públicas e os setores sociais, gerando um grande impacto nos custos de saúde.²⁸ Em um estudo realizado com objetivo de comparar qual estrutura etária mais demanda gastos em saúde em Curitiba, os idosos ficaram no topo dos gastos, juntamente com menores de um ano de idade.²⁹

No ano de 2012, foram gastos aproximadamente R\$436.265,24 com a realização de procedimentos cirúrgicos em idosos no hospital em estudo. De acordo com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, tanto em nível ambulatorial ou hospitalar, as projeções de gastos com a saúde da população brasileira, entre 2010 a 2030, terão um acentuado acréscimo com o público idoso. No panorama ambulatorial, passarão de 31,2% dos gastos, em 2010, para 42,8%, em 2030; e, no âmbito hospitalar, os gastos aumentarão de 28,5%, em 2010, para 41,9%, em 2030. Tais projeções expõem o aumento das despesas médico-hospitalares nas faixas etárias mais elevadas (acima de 60 anos), o que confirma o grande impacto do envelhecimento sobre o erário público, requerendo atenção especial.³⁰

Diante dos resultados encontrados, compreende-se que, para uma melhor oferta do serviço, faz-se necessário a contratação de recursos humanos compatíveis com a demanda e a legislação vigente. Ainda, houve a constatação de um sistema de registro precário no HULW quanto ao agendamento e procedimentos cirúrgicos, sendo restrito a livros manuscritos e comportando grande

acervo. Nesse cenário, pode-se destacar a necessidade de reestruturação do sistema de registro, a fim de evitar subnotificações que comprometam a veracidade dos dados.

CONCLUSÃO

Constatou-se que os procedimentos cirúrgicos foram mais prevalentes no sexo feminino, reafirmando os estudos que apontam a maior demanda de mulheres na busca por tratamentos de saúde. A cirurgia prevalente foi a de catarata, patologia que acomete o envelhecimento do cristalino e é uma das doenças oftalmológicas de maior frequência em idosos, seguida por correção de pterígio e colecistectomia.

Verificou-se ainda um número ínfimo de óbitos. Assim, embora os idosos sejam mais vulneráveis às complicações, no tocante às cirurgias eletivas, esse risco diminui, uma vez que há uma preparação mais sistemática até a realização do procedimento cirúrgico. Outro fator importante nessa redução é a incorporação de maquinários modernos. Destacam-se também as subnotificações, sobretudo diante da utilização do registro manual em livros, o que contribui para a precarização de informações.

Constatou-se também um significativo número de suspensão de cirurgias, ocasionado por motivos relacionados à saúde dos pacientes. No entanto, o sistema de notificação do hospital é bastante precário, e o risco de omissão de dados pode subnotificar esse resultado. A suspensão de procedimentos cirúrgicos em pacientes idosos gera não apenas prejuízos financeiros ao sistema de saúde, visto que há todo um preparo de profissionais, materiais e salas, mas também sentimento de frustração frente ao sistema de saúde e à própria condição em que o indivíduo se encontra, sem expectativas e perspectivas de melhora diante do problema enfrentado.

Os hospitais universitários são responsáveis pela formação de inúmeros profissionais da área da saúde e por prevenir e promover a saúde da população brasileira. Para tanto, operam com inúmeros equipamentos, profissionais especialistas e infraestrutura, porém esses hospitais estão enfrentando graves e inúmeros obstáculos em face do acentuado processo de sucateamento que perpassa as Políticas Sociais, que atinge, sobremaneira, a gestão desses estabelecimentos. O HULW também se encontra nessa conjuntura.

O serviço de cirurgia do HULW aponta fragilidades quanto à estrutura e recursos humanos incompatíveis com seu referencial no estado da Paraíba. Durante a realização deste

estudo, o Bloco Cirúrgico foi interditado pelo Conselho Regional de Medicina, em virtude das várias irregularidades.

Por fim, ressalta-se que o perfil epidemiológico do idoso evidencia uma prevalência de doenças crônico-degenerativas, todavia as patologias agudas e subagudas que levam muitas vezes esse seguimento populacional a procedimentos cirúrgicos ainda é uma temática escassa na literatura. Em vista disso, este estudo revelou situações que caracterizam a rede de hospitais universitários do Brasil, na esperança de que as autoridades responsáveis pela gestão pública da saúde possam desenvolver políticas e estratégias para potencializar os serviços ofertados pelos hospitais de referência.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Publica [Internet]. 2009 [cited 2013 July 27];43(3):548-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/24.pdf>
2. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Cien Saude Colet [Internet]. 2012 [cited 2013 July 27];17(1):231-8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020622029>
3. Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual-IDEME: Caderno Temático da Paraíba - Planejamento e Implementação de Políticas Públicas e Sociais 2000-2010. [Internet]. João Pessoa, Paraíba, 2012. Available from: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
4. DATASUS - Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde (MS). [cited 2014 Feb 02]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>.
5. Góis ALB, Veras RP. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 [cited 2014 April 06]; 15(6):2859-2869. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017464023>
6. Souza APR, Brandão GMON. Body exposure difficulty faced by the client during assistance conducted by the nursing team in hospital. J Nurs UFPE [internet]. 2013 [cited 2014 April 06]; 7(11):6415-21. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3153>
7. Lima ABA, Lopes MEL, Melo VC, Oliveira AMM, Acioly CMC, Alves AMPM. Hospitalized elderly rights: understanding of assistant nurses. J Nurs UFPE [Internet]. 2013 [cited 2014 April 06]; 7:6954-63. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5018/pdf_4203
8. Vendites S, Almada-Filho CL, Minossi JG. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. Arq bras cir dig. [Internet] 2010 [cited 2013 July 28]; 23(3):173-182. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010267202010000300009&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Rosa DM, Bitencourt JVOV. Perception of surgical patients regarding the need for care orientations when discharging from hospital. J Nurs UFPE [Internet]. 2011 [cited 2013 July 28];5(6):1380-389. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1621>
10. Filho POV, Carmona MJC, Junior JOCA. Peculiaridades no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca no Paciente Idoso. Rev Bras Anesthesiol. [Internet]. 2004 [cited 2013 July 28]; 54(5):707-727. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v54n5/v54n5a14.pdf>.
11. Perroca MG, Jerico MC, Facundin SD. Surgery cancelling at a teaching hospital: implications for cost management. Rev latinoam enferm [Internet]. 2007 [cited 2013 Aug 6];15(5):1018-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000500021&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Sales MVC, Silva TJA, GIL LA, FILHO JW. Efeitos adversos da internação hospitalar para idoso. Geriatria & Gerontologia [Internet]. 2010 [cited 2014 Apr 06]; 4(4): 238-246. Available from: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero4/artigo11.pdf>
13. Serasa [internet]. Guia Serasa de orientação ao cidadão [acesso em 31 jul 2013] Available from: <http://www.serasaexperian.com.br/guiacontraviolencia/>
14. Lima LCV, Bueno CMLB. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. Revista Saúde e Pesquisa [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 02];2(2):[about 5 p.]. Available from: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewArticle/1173>

15. Conselho Federal de Enfermagem, Resolução n° 293 (2004).
16. Bonfanti A. 46 hospitais universitários podem fechar as portas. *Correio Braziliense*; 2010 [cited 2014 Apr 06]. Available from: http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/economia/2010/12/21/internas_economia,228692/46-hospitais-universitarios-podem-fechar-asportas.shtml
17. Oliveto P. Onde a saúde pede socorro governo prepara reestruturação. *Correio Braziliense*; 2009 [cited 2014 Apr 06]. Available from: <http://www.auditoriacidada.org.br/divida-mobiliaria-queda-do-dolar/>
18. Tideiksaar R. As quedas na velhice: prevenção e cuidados. 2nd ed. São Paulo: Organização Andrei Editora; 2003.
19. Portes LCP, Portes, ALF. Causas da Baixa Visão e Cegueira nas diferentes faixas etárias. Causa da Baixa Visão e Cegueira no Adulto. In: kara-José N, Rodrigues MLV. Saúde Ocular e prevenção da Cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria N° 958 (15 de maio, 2008).
21. Kara-José N, Temporini ER. Catarata e cegueira: epidemiologia e prevenção. In: Arieta CEL. Cristalino e catarata. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2002.
22. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 07]; 377 (9781):1949-61. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/abstract)
23. Sistema de indicadores de saúde e acompanhamento de políticas do idoso (sisap) 2010 [internet].Ministério da Saúde [cited 2013 July 28]. Available from: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=result>
24. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente a cirurgia programada. *Revista latino-am enfermagem*. [Internet] 2006 [cited 2013 July 28];14(1):[about 5 p.]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421858007>
25. Barbeiro FMS. Why surgeries are canceled? A stud about the causes, rates and consequences in a general hospital in rio de Janeiro. *Rev pesqui cuid fundam* [Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 08]; 2(4):1353-62.

- Available from: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/55453_6398.PDF
26. Garcia ACKA, Fonseca LF. The issue of the surgical cancellation: The perspective of anesthesiologists. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr 06]; 7(2):481-90. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2888/pdf_2034
 27. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados 2009 [internet][acesso em 24 jul 2013]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf
 28. Pereira R.J, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr*. [Internet] 2006 [cited 2013 Aug 10]:28(1):27-38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010181082006000100005&script=sci_arttext.
 29. Berenstein CK, Wajnman S. Population aging effects on inpatient care expenditures: a disaggregated analysis for two Brazilian metropolitan areas. *Cad Saúde Pública*. [Internet] 2008 [cited 2014 Apr 06]; 24(10):2301-13. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000011&script=sci_arttext
 30. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [Internet] Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - São Paulo: IESS [cited 2013 July 24]. Available from: www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf

Submissão: 28/03/2014

Aceito: 11/02/2015

Publicado: 01/04/2015

Correspondência

Maria Emília Evaristo Caluête
Rua Luiz Gonzaga Gomes da Silva, 83
CEP 58051-700 – João Pessoa (PB), Brasil