



SUSPENSÃO CIRÚRGICA: O ÂNGULO ESTATÍSTICO DE UM PROBLEMA DE REPERCUSSÕES HUMANAS

SURGICAL SUSPENSION: THE ANGLE OF A STATISTICAL PROBLEM WITH HUMAN REPERCUSSIONS

SUSPENSION QUIRÚRGICA: EL ÁNGULO ESTADÍSTICO DE UN PROBLEMA DEL REPERCUSIONES HUMANOS

Leonel Alves do Nascimento¹, Luciana Regina Tillvitz², Lígia Fahl Fonseca³

RESUMO

Objetivo: avaliar as taxas e os motivos de suspensão das cirurgias. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, realizado em um Centro Cirúrgico de um Hospital Escola do Paraná/PR. Os dados foram coletados dos relatórios de produtividade observando os motivos de suspensão, as clínicas responsáveis e a data da suspensão do procedimento; em seguida, foram tabulados e analisados pela estatística descritiva, com percentuais e distribuição de frequências absolutas. Esta pesquisa teve o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 0.0.268.000-10. **Resultados:** foram programadas 13813 cirurgias, destas, 17% foram suspensas. As maiores taxas de suspensão foram: Cirurgia Torácica (31,7%), Cirurgia Ortopédica (26,2%) e Cirurgia do Aparelho Digestivo (25,3%). Os motivos foram divididos em cinco grupos: Médicos (47%); Enfermagem (1%); Paciente (22%); Instituição (10%) e outros motivos (20%). **Conclusão:** o detalhamento dos códigos de suspensão é primordial para um diagnóstico acurado de seus reais motivos, fornecendo informações concretas, corretas e valiosas na elaboração de estratégias para diminuir este índice. **Descritores:** Enfermagem Perioperatória; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Hospitais de Ensino.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the rates and the motives for the suspension of surgeries. **Method:** a quantitative, descriptive study was conducted in a Surgical Center of a Hospital School in Parana/PR, Brazil. The data were collected from productivity reports noting the reasons for suspension, the clinics responsible and the date of the procedure's suspension; afterwards, they were tabulated and analyzed by descriptive statistics, with percentages and distribution of absolute frequencies. This research had been approved by the Ethics Committee in Research, CAAE 0.0.268.000-10. **Results:** there were 13,813 surgeries scheduled, of these, 17% were suspended. The highest rates of suspension were; Thoracic Surgery (31.7%), Orthopedic Surgery (26.2%) and Digestive Surgery (25.3%). The motives were divided into five groups: Doctors (47%), Nursing (1%); Patient (22%); Institution (10%) and other reasons (20%). **Conclusion:** the detailing of the suspension codes is essential for an accurate diagnosis of their real motives, providing practical information, correct and valuable in drawing up strategies to decrease this index. **Descriptors:** Perioperative Nursing; Indicators of Quality in Health Care; Teaching Hospitals.

RESUMEN

Objetivo: evaluar las tasas y los motivos de la suspensión de las cirugías. **Método:** un estudio cuantitativo, descriptivo, realizado en el Centro Quirúrgico del Hospital Escuela en Paraná/PR, Brasil. Los datos fueron colectados de los informes de productividad observando las razones de la suspensión, las clínicas responsables y la fecha de la suspensión del procedimiento, después, se analizaron las estadísticas tabulados y descriptivos, con porcentajes y la distribución de frecuencias absolutas. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, CAAE 0.0.268.000-10. **Resultados:** hubo 13.813 intervenciones quirúrgicas programadas, de estos, 17% fueron suspendidos. Las mayores tasas de suspensión fueron: Cirugía Torácica (31,7%), Cirugía Ortopédica (26,2%) y cirugía digestiva (25,3%). Los motivos fueron divididos en cinco grupos: Médicos (47%), Enfermería (1%), Pacientes (22%) (10%) Institución y otros motivos (20%). **Conclusión:** los detalles de los códigos de suspensión son esenciales para un diagnóstico preciso de sus motivos reales, proporcionando información concreta, correcta y valiosa en la elaboración de estrategias para disminuir este índice. **Descriptores:** Enfermería Perioperatoria; Indicadores de Calidad en la Atención de Salud, Hospitales de Enseñanza.

¹Enfermeiro, Hospital Dr Anísio Figueiredo. Especialista em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização, Mestrando, Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina/UEL. E-mail: leonel_lan@hotmail.com; ²Enfermeira, Hospital Mater Dei. Especialista em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização, Mestranda, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (sp), Brasil. E-mail: lulutillvitz@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina/UEL. Londrina (PR), Brasil. E-mail: ligiafahl@gmail.com

INTRODUÇÃO

A cirurgia é uma experiência extremamente significativa e geradora de estresse para o paciente e sua família, que são envolvidos por sentimentos de ansiedade e de medo. A eminência do procedimento cirúrgico desencadeia modificações fisiológicas que prepararão o organismo do paciente para a realização da cirurgia.^{1,2}

Quando a cirurgia é suspensa, o paciente já passou por todas as etapas da preparação cirúrgica, ou seja, já foi internado, já realizou os exames pré-cirúrgicos, o preparo pré-operatório e até mesmo, em alguns casos, o encaminhamento ao Centro Cirúrgico. A comunicação de que sua cirurgia foi suspensa aumenta estas alterações e ainda acrescentam a decepção e o desânimo, pois sua condição não será melhorada.^{1,3-5}

Para alguns pacientes o fato de se cancelar um procedimento ansiosamente aguardado pode ter efeitos desastrosos, mesmo que o motivo da suspensão seja esclarecido. A insegurança deste paciente vai aumentar ainda mais caso sua cirurgia seja suspensa mais de uma vez. Vale ressaltar que são comuns falhas na comunicação da suspensão cirúrgica para o paciente, e que o mesmo muitas vezes não é informado em tempo hábil sobre possíveis mudanças no cronograma cirúrgico, como atrasos, adiamento ou suspensão. Neste momento é fundamental que o enfermeiro estabeleça um relacionamento efetivo com o paciente, que a comunicação seja considerada tão importante quanto ao procedimento técnico.^{2,6,7}

A suspensão cirúrgica é um acontecimento insidiosamente comum na programação cirúrgica e seus principais motivos variam desde problemas relacionados ao paciente, a instituição, a equipe médica e de enfermagem, entre outros.

Sob a ótica institucional, o cancelamento de uma cirurgia influencia um número considerável de pessoas, a exemplo de cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Além disso, envolve a mobilização de uma grande quantidade de materiais e equipamentos especializados para atender o procedimento, que acaba não se realizando.^{1,5,8}

As altas taxas de suspensão cirúrgica são geradoras de prejuízos tanto para o paciente, quanto para a instituição. Além de o programa cirúrgico ficar com o horário vago, diminuindo o número de cirurgias realizadas no período, aumenta o tempo de internação deste paciente, acarretando mais gastos ao hospital. Um estudo sobre o gerenciamento dos custos

causados pela suspensão cirúrgica mostra que a suspensão de 58 cirurgias acarretará R\$ 1.713,66 de custo à instituição estudada. Esta despesa está relacionada à materiais de consumo (R\$333,05), processo de esterilização (R\$201,22), medicamentos (R\$149,77) e recursos humanos (R\$1.029,62). Neste estudo observou-se que grande parte destas suspensões poderiam ser evitadas.⁹

A suspensão faz com que os pacientes duvidem da credibilidade e competência da instituição e dos profissionais que ali atuam, além de desestimular os médicos a realizarem seus procedimentos cirúrgicos, pois sabem que sua cirurgia pode ser suspensa.^{4,6,10}

As repercussões da suspensão cirúrgica para o paciente requerem investigações mais aprofundadas. Sabe-se, no entanto, que uma intervenção cirúrgica requer um preparo prévio, tanto por parte do paciente quanto por parte da família deste, já que envolve a aceitação do procedimento cirúrgico, preparo físico e psicológico, interferência do estilo de vida, alterações socioeconômicas pelo afastamento do trabalho, além de um estresse gerado pelo medo do desconhecido.¹⁰ Expectativas, dúvidas, angústias e temores a respeito do que irá acontecer e das possíveis consequências deste processo são constantes e podem acarretar desde alterações físicas, emocionais, sociais e espirituais.

As expectativas de um paciente que se submeterá a um procedimento cirúrgico estão voltadas, portanto, ao procedimento cirúrgico e não na suspensão deste. A suspensão de uma cirurgia pode ser analisada sob duas vertentes, a primeira, voltada ao paciente e sua família levando a frustração e perda econômica para o indivíduo e a sociedade, principalmente se este paciente tem como ocupação alguma atividade informal, onde o tempo em que ele se encontra afastado interfere diretamente em sua renda, ou até a perda do emprego; e a segunda, relacionada às consequências que causam à instituição de saúde, no que se diz à operacionalização da equipe, no consumo de tempo, nos recursos de materiais, na ocupação do leito, na reserva da sala operatória, entre outros.¹¹

Embora a problemática da suspensão cirúrgica seja ainda insuficientemente pesquisada, a literatura traz estudos publicados que trazem taxas e índices, em sua maioria dados quantitativos. Ainda são necessárias pesquisas que estudem esta temática, para que os profissionais fiquem atentos às consequências de uma suspensão cirúrgica e busquem criar um ambiente seguro, eficaz e capaz de responder as necessidades dos pacientes.

O primeiro passo para desenvolver-se estratégias que minimizem as repercussões desse problema, é a identificação dos índices de suspensão e a precisão dos códigos utilizados pelas instituições para avaliar seus motivos. Este estudo tem por objetivo pesquisar a incidência da suspensão cirúrgica em um Hospital Escola Público e avaliar seus reais motivos.

Espera-se com os dados deste estudo fornecer proporcionar subsídios para criação de métodos gerenciais que possam diminuir a incidência de suspensão cirúrgica, acompanhando este indicador e demonstrando sua importância para os profissionais que trabalham no Centro Cirúrgico.

MÉTODO

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado no Centro Cirúrgico de um Hospital Escola de grande porte no Norte do Paraná, referência para trauma ortopédico, tratamento de queimados e gravidez de alto risco, atendendo inclusive pacientes de outros estados. Mensalmente são realizado em média, 500 procedimentos de grande, médio e pequeno porte. O Centro Cirúrgico conta com uma estrutura física de sete salas cirúrgicas, onde seis salas são destinadas a procedimentos eletivos de segunda a sexta das 07 às 19 horas, e uma sala para procedimentos de urgência e emergência. No período noturno e nos fins de

semana, o centro cirúrgico atende urgências e emergências.

Nesta pesquisa foram avaliados os relatórios sobre suspensão cirúrgica gerados pelo programa Blochos, que ocorreram no período de janeiro de 2009 à novembro de 2010.

O programa Blochos faz parte de um pacote de software fornecido pela WPD® (Soluções Integradas Para Gestão da Saúde), que gerencia todas as informações e processos do hospital pesquisado. Através dele, informações e relatórios podem ser solicitados, sendo uma ferramenta importante para um diagnóstico das atividades que ocorrem na instituição. Através do relatório sobre suspensão cirúrgica, é possível obter dados sobre todas as suspensões que ocorreram durante o período do estudo.

Com o objetivo de uniformizar e acompanhar a suspensão cirúrgica, os enfermeiros criaram uma tabela de códigos referentes ao motivo da suspensão cirúrgica (Figura 1). O enfermeiro ou residente de enfermagem ao ser informado da suspensão do procedimento cirúrgico escreve na Ficha de Aviso de Procedimento o código referente ao motivo da suspensão. Esta ficha é posteriormente digitalizada e pode ser consultada através dos relatórios.

Códigos de Suspensão			
1	Paciente não compareceu	21	Anestesiologistas insuficientes
2	Suspensão a pedido da clínica - Inativo - 01/06	22	Preparo inadequado pelo médico
3	Ausência do médico/cirurgião	23	Preparo inadequado pela enfermagem
4	Evasão do paciente	24	Preparo inadequado pelo paciente
5	Paciente sem condições clínicas no pré-operatório	25	Óbito no pré-operatório
6	Inativo - 01/06	26	Sem indicação cirúrgica
7	Reagendado pela Clínica	27	Óbito no transoperatório
8	Inativo - 01/06	28	Inativo -01/06
9	Falta de material específico	29	Intercorrências anestésicas
10	A favor de urgência/emergência	30	Transferido para outra instituição
11	Inativo - 01/06	31	Falta de vaga na enfermaria
12	Paciente sem condições clínicas no transoperatório	32	Melhora do quadro clínico
13	Exame não realizado	33	Falta de termo de consentimento
14	Exame não solicitado	34	Procedimento programado para o dia errado
15	Exame não encontrado	35	Recusa do paciente no transoperatório
16	Material não solicitado pelo médico	36	Recusa do paciente no pré operatório
17	Material não solicitado pela enfermagem	37	Duplicação de agendamento
18	Material não liberado pela diretoria clínica	38	Atraso da cirurgia anterior
19	Falta de vaga na UTI	39	Problemas estruturais do Centro Cirúrgico -01/07/10
20	Sala ocupada com cirurgia da manhã	40	Recusa do Médico/Cirurgião - 25/08/10

Figura 1. Motivos de Suspensão Cirúrgica e seus Códigos

Para a coleta de dados, foram utilizados dois relatórios sobre suspensão cirúrgica, fornecidos pelo programa Blochos. O primeiro relatório retrata o quantitativo de cirurgias suspensas e também apresenta as clínicas cirúrgicas e suas respectivas suspensões. O segundo relatório revela os motivos apresentados para a suspensão destas cirurgias.

Para a tabulação e análise dos dados utilizou-se o programa Microsoft Excel 2010. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, obtendo-se as frequências absolutas e os percentuais. Os dados foram agrupados pelos motivos de suspensão e pelas clínicas cirúrgicas, dispostos em quadros e gráficos para a melhor interpretação. Além disso, as taxas de

suspensão por clínica também foram calculadas.

Para o acesso aos relatórios do programa Blochos, os pesquisadores receberam aprovação por parte da diretoria do hospital e também por parte da chefia do Centro Cirúrgico estudado. Foi assinado o Termo de Sigilo e Confidencialidade e o projeto de pesquisa recebeu o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CONEP-268/CAAE 0.0.268.000-10). Todos os princípios éticos

foram respeitados, seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2009 à novembro de 2010, foram programadas 13813 procedimentos cirúrgicos, destes, 17% (n=2412) procedimentos foram suspensos, enquanto 11401 foram realizados. O número de procedimentos cirúrgicos e a taxa de suspensão mensal da instituição são apresentados na Figura 2.

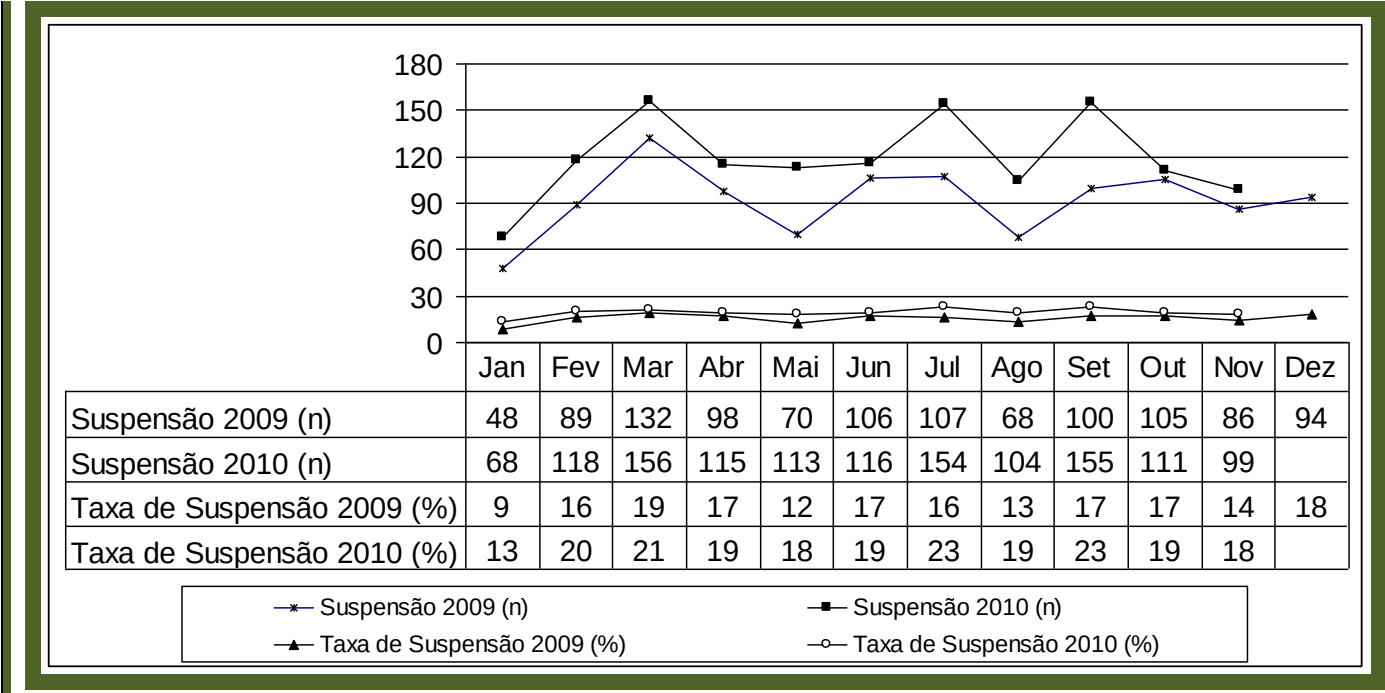


Figura 2. Série histórica das suspensões e suas respectivas taxas de acordo com os meses estudados, em um Hospital Escola localizado no Norte do Paraná.

A seguir, apresenta-se a taxa de suspensão por clínica (Figura 3), juntamente com o número de cirurgias programadas, realizadas e suspensas por clínica.

Clínica	Buco	Cad	Cipe	Go	Hemat	Neuro	Odon	Oft	Orl	Ort	Ccp	Psc	Psiqu	Torax	Vasc	Card	Uro	Plast	Gastro	Labio	Total
Taxa de Suspensão (%)	12,2	25,3	5,8	11,6	16,9	14,2	15,0	16,5	9,3	26,2	10,8	19,0	5,1	31,7	23,7	10,3	9,2	7,3	11,1	0,0	17,5
nº Realizada	187	560	946	2217	226	400	51	560	49	2139	33	1443	11	457	453	52	89	89	16	64	1140
nº Suspensa	260	190	580	290	460	66	9	111	51	758	4	338	62	212	141	6	91	71	2	0	2412
nº Programada	213	750	1004	2507	276	466	60	671	54	2897	37	1781	118	669	594	58	98	96	18	64	13813

Figura 3. Número de cirurgias programadas, realizadas e suspensas, juntamente com a taxa de suspensão cirúrgica de acordo com a ocorrência entre as clínicas cirúrgicas em um Hospital Escola no Norte do Paraná, de janeiro de 2009 a novembro de 2010.

BUCO - Bucomaxilofacial; CAD - Cirurgia do Aparelho Digestivo; CIPE - Cirurgia Infantil e Pediátrica; GO- Ginecologia; HEMATO - Hematologia; NEURO - Neurocirurgia; ODONTO - Odontologia; OFT - Oftalmologia; ORL - Otorrinolaringologia; ORTOP - Ortopedia; CCP - Cirurgia Cabeça e Pescoço; PSC - Pronto Socorro Cirúrgico; PSIQ - Psiquiatria; TORAX - Cirurgia Torácica; VASC - Cirurgia Vascular; CARD - Cirurgia Cardíaca; URO - Urologia; PLAST - Cirurgia Plástica; GASTRO - Gastrologia.

Os motivos relacionados à suspensão cirúrgica foram também pesquisados. A figura 4 demonstra as causas das suspensões, divididas em cinco grupos: Médicos; Enfermagem; Paciente; Instituição e Outros motivos. Cada grupo foi representado pelos motivos mais incidentes e os motivos que tiveram pouca incidência foram agrupados em outros.

O grupo de motivos relacionados à equipe médica são os mais representativos com 47% (n=1139) das suspensões. O principal motivo deste grupo corresponde à suspensão a pedido da clínica. Após uma análise preliminar dos dados desta pesquisa, percebeu-se que este motivo, *suspensão a pedido da clínica*, na verdade, mascarava os reais motivos que levaram à suspensão. Dessa forma, a partir de

junho de 2010 este motivo foi retirado da
tabela de códigos de suspensão e subdividido
em opções detalhados que se encaixavam

dentro dessa categoria, para melhor
compreensão e fidedignidade dos dados.

Motivos de Suspensão		Motivos de Suspensão																						
		BUCO	CAD	CIPE	GO	HEMATO	NEURO	ODON	OFT	ORL	ORT	CCP	PSC	PSIQ	TORAX	VASC	CARD	URO	PLAST	GASTRO	OBST	TOTAL	%	
PACIENTE	Condição Clínica Desfavorável	3	2	2	3	2	1	4	3	1	58	1	5	1	3	3	1	1	3	2	3	36	1	
	Preparo Inadequado Pré Operatório	2	3	1	7	6	1	2	1	3	23		7	1	1	2		4			2	66	3	
	Recusa no Pré Operatório	1	1	2	7	1			2		5			1		4		3			5	32	1	
	Evasão		1	1	1				1		1		3					4			1	13	1	
	Outros		2	2		2	1		6		12		8		8	4		3					48	2
	TOTAL	6	2	2	4	3	1	6	4	1	99	1	6	3	4	4	1	2	3	2	1	52	2	
	A Pedido da Clínica*		9	9	6	2	8		4	4			9		3	6		4			1	6	2	
MÉDICOS	A Pedido da Clínica*	8	3	1	4	6	1		1	6	21	1	1	1	4	3	4	2			3	60	2	
	Atraso da Cirurgia Anterior		9	1	2		2		5		5		1		3	2		0			0	1	5	
	Reagendamento pela Clínica*	1	2	1	1				2	7	55		1		1	4		7	1		2	16	7	
	Sem Indicação Cirúrgica	2	1	1	1	2	3		5		39		6		9	4	1	3			3	10	4	
	Ausência do Docente	1	2	2	1	2	2		1	5	18	1	1		1	6		8			1	10	4	
	Outros		7										9		1						0	5		
	TOTAL	1	3		8		2		4		35	1	5		1	7				3	82	3		
INSTITUIÇÃO	Falta de Vaga em UTI	1	1	1	5				1	5	37		4	1	5	4		2	1			82	3	
	Falta de Material Específico		5																					
	Falta de Vaga na Enfermaria																							
	Outros																							
	TOTAL	1	9	1	1	1	1	0	5	2	39	3	1	2	9	5	5	4	2	0	4	11	4	
		4	9	6	0	0	9		3	3	9		5		8	7		0			8	39	7	
					0								1											
ENF	Falta de Vaga em UTI		3		2		1			1	39		6		1	1		1			1	13	5	
	Falta de Material Específico		4	5	4		6	1	8	3	40		4		6	1		9				91	4	
	Falta de Vaga na Enfermaria		2	1				1		1	5		9			3					22	1		
	Outros		2		1						2				1			1	1			8	0	
	TOTAL	0	4	6	7	0	2	2	8	5	86	0	1	0	2	1	0	1	1	0	1	25	1	
OUTROS	Preparo Inadequado Pré Operatório																							
	TOTAL		2																					
	A Favor de Urgência/Emergência	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1	10	0	
	Exame Não Realizado	6	1	6	4	3	3		4	6	16		9	1	4	1		1	1		2	44	1	
	Outros		6		9						3		2		5	7		4			0	6	8	
TOTAL DE SUSPENSÃO	TOTAL		4		7		2		1	3	7		3		1	4		2				34	1	
	Outros					1		1	1				1			1						5	0	
	TOTAL	6	2	6	5	4	5	1	6	9	17	0	9	1	4	2	0	1	1	0	2	48	2	
			0		6						0		6		6	2		6			0	5	0	
	TOTAL DE SUSPENSÃO	2	1	5	2	4	6	9	1	5	75	4	3	6	2	1	6	9	7	2	8	24	1	
%	A Favor de Urgência/Emergência	6	9	8	0	6	6		1	1	8		3		1	4		1			1	12	0	
	Exame Não Realizado		0		9				1				8		2	1							0	
	Outros	1	7	2	8	1	2	0	4	2	31	0	1	0	8	5	0	3	0	0	3	10		
	TOTAL	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,4	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	0		
	TOTAL DE SUSPENSÃO	1	9	4	7	9	7	4	6	1		2		2	8	8	2	8	3	1	4			

Figura 4. Motivos relacionados à suspensão cirúrgica, agrupados por motivos e descritos de acordo com a ocorrência entre as clínicas cirúrgicas em um Hospital Escola no Norte do Paraná, de janeiro de 2009 a novembro de 2010.

BUCO - Bucomaxilofacial; CAD - Cirurgia do Aparelho Digestivo; CIPE - Cirurgia Infantil e Pediátrica; GO- Ginecologia; HEMATO - Hematologia; NEURO - Neurocirurgia; ODONTO - Odontologia; OFT - Oftalmologia; ORL - Otorrinolaringologia; ORTOP - Ortopedia; CCP - Cirurgia Cabeça e Pescoço; PSC - Pronto Socorro Cirúrgico; PSIQ - Psiquiatria; TORAX - Cirurgia Torácica; VASC - Cirurgia Vascular; CARD - Cirurgia Cardíaca; URO - Urologia; PLAST - Cirurgia Plástica; GASTRO - Gastrologia.

*Por não relatarem o real motivo da suspensão, estes motivos foram retirados da tabela de códigos de suspensão cirúrgica, a partir de Junho de 2010.

Na figura 5, foram agrupados o total de
suspensões que ocorreram nos últimos 5 meses
antes do detalhamento nos códigos em

comparação com os 5 meses após as
mudanças. Os motivos apresentados são os
que sofreram as maiores alterações.

Motivos de Suspensão	Antes das alterações (5 meses) Jan - Mai	Após as alterações (5 meses) Jun - Out
A pedido da clínica*	177	5**
Ausência do cirurgião	25	36
Sem condições clínicas	81	107
Reagendamento pela clínica	17	58
Falta de material específico	18	29
A favor de urgência/emergência	108	179
Falta de vaga em UTI	21	47
Atraso da cirurgia anterior	31	68

*Motivo retirado **Últimos motivos registrados após a retirada deste motivo na tabela de códigos

Figura 5. Motivos relacionados à suspensão cirúrgica, relacionados com as alterações na tabela de códigos em um Hospital Escola no Norte do Paraná, de janeiro a outubro de 2010, após o detalhamento dos códigos.

DISCUSSÃO

A taxa de suspensão no período estudado foi de 17%. Em estudos semelhantes a este, encontrou-se taxas de suspensão menores: 5,1%⁸, 6,38%¹, 11,4%³, 12%¹², 16%¹³ e maiores 19,91%⁵, 33%¹⁰. Ressalta-se que para se calcular a taxa de suspensão cirúrgica deve-se dividir o número de cirurgias suspensas pelo total de cirurgias programadas em um determinado período e multiplicar por 100.¹⁴

A subnotificação e a omissão da suspensão cirúrgica são práticas comuns nas instituições de saúde. Esta prática compromete os indicadores de produtividade, fazendo com que as taxas sejam falsamente interpretadas. Algumas pesquisas relatam a possível ocorrência de subnotificação e 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 que as reais.¹

A importância de se estudar a suspensão cirúrgica como um indicador de produtividade deve-se ao fato de permitir que os profissionais avaliem e analisem os aspectos relevantes ao atendimento e ao cuidado prestado. Esta análise permite a identificação das dificuldades apresentadas no fluxo de informações e também na dinâmica de trabalho da unidade cirúrgica.

A suspensão cirúrgica desencadeia repercussões no acesso aos procedimentos cirúrgico pela população. Apesar da saúde se apresentar como um direito de todos, nota-se que na prática não é exatamente isso que acontece. As longas filas de espera para cirurgia têm sido uma realidade insidiosa e cruel em nosso sistema de saúde, acarretando muitas vezes anos de espera. A mídia, como decodificadora atenta dessa realidade, a tem registrado com insistência infrutífera.

A fila de espera, traduzida pela lista de pacientes que necessitam de um tratamento

médico cuja demanda é maior que a oferta¹⁵, é insuficientemente discutida e estudada pela comunidade de saúde. Muito pode ser feito, no entanto, para agilizar a rotatividade das filas de espera. O controle das taxas de suspensão é sem dúvida, um dos esforços com repercussão direta sobre esse tempo de espera, objetivando o aproveitamento máximo dos recursos disponíveis.

Estudos sobre a temática indicam que todas as instituições de saúde são afetadas pela suspensão cirúrgica de forma geral. A suspensão causa prejuízos tanto para a instituição, quanto para os profissionais e pacientes que dependem do procedimento cirúrgico para o restabelecimento de sua saúde.^{8,10}

Na instituição estudada as clínicas com maiores taxas de suspensão foram a Cirurgia Torácica (31,7%), a Cirurgia Ortopédica (26,2%); a Cirurgia do Aparelho Digestivo (25,3%) e a Cirurgia Vascular (23,7%). Estas clínicas são responsáveis por 1796 (74%) das suspensões que ocorreram. As clínicas com maiores taxas de suspensão levantadas pela literatura são a Cirurgia Geral¹⁰, com 33,8%³; 28,95%¹; 15,7%⁸, a Clínica Oftalmológica¹⁰, com 10,9%⁸; 13,16%¹; 39,9%¹⁶ e a Cirurgia Ortopédica¹⁰, 28,5%³; 16,8%¹⁶. Outras clínicas foram citadas como a Clínica Otorrinolaringologia, 20,5%⁸; 15,9%¹⁶, Cirurgia Cabeça e Pescoço¹⁰, Cirurgia Urológica, 13,16%¹ e Cirurgia Pediátrica, 9,6%³.

No início deste estudo, os motivos relacionados à equipe médica tiveram a maior incidência com 1139 (47%) das suspensões. Dentre estas, observou-se que uma elevada incidência (601/5%) das suspensões era atribuída a um código que não correspondia ao significado real da suspensão: o famoso “a pedido da clínica”. Os pesquisadores tomaram a decisão, portanto de retirar esse código fazendo com que o cirurgião necessitasse especificar o motivo real da suspensão.

Os dados que surgem após esta intervenção (Figura 5) mostram a redistribuição das taxas

de suspensão em outros motivos que anteriormente não eram tão frequentes, demonstrando a importância da elaboração de códigos de suspensão reais que relatem o verdadeiro motivo da suspensão cirúrgica.

Contrariando os dados desta pesquisa, a literatura apresenta os motivos relacionados ao paciente como a principal causa de suspensão.^{1,3,5,8,13} Discute-se que os motivos relacionados à equipe médica, que denotam problemas na organização das clínicas no atendimento a sua demanda cirúrgica, são passíveis de serem evitados.

O excesso de agendamentos na programação cirúrgica, o agendamento de pacientes fictícios para reservar o horário cirúrgico, as cirurgias suspensas devido ao procedimento cirúrgico não ser mais indicado, a ausência do médico cirurgião e outros motivos inerentes a um hospital de ensino foram também apontados por outros estudos.^{5,8,13}

A categoria que agrupa os motivos relacionados ao paciente foi responsável por 22% (526) das suspensões. Outros estudos trazem que os motivos relacionados com o paciente são as maiores causas de suspensão: 86,4%¹; 70,43%⁵; 57,8%⁸ e 48,23%¹³.

A condição clínica desfavorável do paciente para a realização da cirurgia (367/15%) e o preparo inadequado por parte do paciente (66/3%) foram os principais motivos das suspensões deste grupo. Este motivo verdadeiramente justifica a suspensão da cirurgia. Estratégias como a visita pré-operatória e um acompanhamento pré-operatório dos pacientes, visando estabilizar sua condição clínica, antes da cirurgia são apontadas como alternativas viáveis para diminuir as suspensões por este motivo.¹ Resultados semelhantes a este foram apresentados por outros estudos, 32,1%³; 56,3%⁸; 50,3%¹³; 16,13%⁵.

Os motivos relacionados à instituição se devem primeiramente a falta de vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI - 131/5%). Muitos serviços de assistência à saúde enfrentam problemas de superlotação. Na instituição pesquisada, não foi diferente, e a alta demanda por leitos de UTI, faz com que muitos pacientes que necessitam de um acompanhamento especializado e contínuo no pós-operatório tenham suas cirurgias canceladas. A falta de leitos na UTI também é responsável pela permanência de pacientes graves mesmo após o procedimento na sala cirúrgica, principalmente os pacientes atendidos em urgência/emergência.

A falta de materiais e equipamentos específicos (91/4%) para a realização do

procedimento cirúrgico foi a segunda maior causa de suspensão neste estudo. A literatura aponta estatísticas semelhantes: 1,6%⁸, 5,12%¹³, 3,23%⁵ e 7,6%¹.

Para a equipe cirúrgica, a falta de materiais e equipamentos impõe escolhas difíceis, pela necessidade de priorizar um paciente em detrimento de outro. Esta escolha configura-se em um dilema ético e moral, particularmente quando a indicação cirúrgica já foi estabelecida, os pacientes encontram-se em jejum e claramente estão emocionalmente direcionados à realização da cirurgia e não ao seu cancelamento.¹⁷

Instituições públicas de saúde apresentam um grande desafio quando analisadas do ponto de vista da aquisição de materiais e equipamentos. Além da demora e burocracia na compra dos insumos necessários para a realização dos procedimentos, temos que levar em conta o sucateamento cada vez maior dos recursos existentes. É possível afirmar que esta situação leva a um contínuo desgaste por parte dos profissionais e também para o paciente que continua aguardando a realização de seu procedimento.^{6,18}

CONCLUSÃO

Este estudo retrata a seriedade e significância que a suspensão cirúrgica acarreta para instituições públicas. A taxa de suspensão deste estudo foi de 17%, sendo as clínicas com as maiores taxas de suspensão a Cirurgia Torácica, a Cirurgia Ortopédica, a Cirurgia do Aparelho Digestivo e a Cirurgia Vascular. Estas clínicas são responsáveis por 1796 (74%) das suspensões que ocorreram.

Os motivos da suspensão relacionados equipe médica apresentou a maior incidência, seguida pelos motivos relacionados ao paciente e os motivos institucionais. É de suma importância, não apenas quantificar as suspensões cirúrgicas, mas também qualificá-las identificando seus motivos e os atores envolvidos e assim permitir a elaboração de estratégias para diminuir estes índices.

Os resultados deste estudo, no entanto indicam que a descrição clara e detalhada dos códigos de suspensão é primordial para um diagnóstico acurado dos reais motivos para a suspensão das cirurgias.

Com base nos dados apresentados por esta pesquisa, possíveis soluções e estratégias foram discutidas com o grupo gestor da instituição. Foram elencadas propostas como a ativação e implantação de uma sala operatória exclusiva para o serviço de traumatologia e ortopedia, a realização de mutirões, e também a realização de cirurgias eletivas em períodos alternativos como finais

de semana e período noturno. O preenchimento do quadro de médicos anestesiológicos também foi apontado como proposta para minorar as taxas de suspensão cirúrgica.

É primordial que o cancelamento de cirurgias seja monitorado e discutido com a finalidade de trazer soluções compatíveis com a realidade de cada instituição, através da sensibilização de gestores das instituições em relação problemática da suspensão cirúrgica e seus desdobramentos. Para tanto, dados estatísticos e indicadores atualizados são indispensáveis como ferramentas para a criação de políticas institucionais visando a redução das taxas de suspensão cirúrgica. O enfermeiro, como elemento atuante na interface em todas as fases do perioperatório pode ser elemento fundamental nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. Barbeiro FMS. Why surgeries are canceled? A study about the causes, rates and consequences in a general hospital in Rio de Janeiro. Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]. 2010 Oct/Dec [cited 2012 Feb 08]; 2(4):1353-62. Available from: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/55453_6398.PDF
2. Callegaro GD, Baggio MA, Nascimento KC, Erdmann AL. Pre-operative care from the surgical client perspective. Rev RENE [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2011 May 15]; 11(3):132-42. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/resumo_portugues/a14v11n3.html
3. Pittelkow E, Carvalho R. Surgery cancellations at a public hospital. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2008 [cited 2011 June 18]; 6(4):416-21. Available from: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/988-Einsteinv6n4port416-421.pdf>
4. Blanco G, Lafuente MR, Garcia MEA, Serra MEL, López LAR, Cordoví GG, et al. Preparación psicológica para procedimientos invasivos. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. 2006 Feb [cited 2011 June 3]. Available from: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3627/1/interpsiquis_2006_25699.pdf
5. Paschoal MLH, Gatto MAF. Rate of surgery cancellation at a university hospital and reasons for patients' absence from the planned surgery. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2006 Jan/Feb [cited 2011 June 20] 14(1):48-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100007
6. Antonio PS, Munari DB, Costa HK. Generating factors of feelings to patients into hospital in front of surgeries cancellation situations. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2002 Jan/June [cited 2011 June 4] 4(1):33-9. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/744>
7. Ribeiro J, Tourinho F, Pereira C, Fernandes L, De Medeiros P, De Medeiros S. The importance of nurse-patient connection in the period before an operation. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 Jan 13];6(1). Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2074>
8. Perroca MG, Jerico MC, Facundin SD. Monitoring cancellations of surgical procedures: an indicator of organizational performance. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 Mar [cited 2011 June 15];41(1):113-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100015
9. Perroca MG, Jerico MC, Facundin SD. Surgery cancelling at a teaching hospital: implications for cost management. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2007 Sept/Oct [cited 2011 May 6]; 15(5):1018-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000500021&script=sci_arttext&lng=pt
10. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancellation of scheduled surgeries in a university hospital: an exploratory study. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2000 July/Aug [cited 2011 Apr 17];8(4):59-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000400009&script=sci_arttext
11. Bianchi ER. Estudo exploratório sobre suspensão de cirurgia [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1983.
12. Fonseca KAD, Oliveira LBJ, Beraldo AFCA, Araújo DAC. Hospital management indicators: monitoring and analysis of the cancellation of surgeries in the HU/CAS - UFJF under the PRO-HOSP. HU rev [Internet]. 2009 July/Sept [cited 2011 June 8];35(3):199-207. Available from: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/629/255>
13. Landim FM, Paiva FDS, Fiuza MLT, Oliveira EP, Pereira JG, Siqueira IA. Analyses of the related factors for surgery suspension at a general surgery service of medium complexity. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2009 July/Aug [cited 2011 Apr 17];36(4):283-7. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000400002

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviço de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1978.

15. Junior KMAS, Tomita S, Kos AOA. Pediatric Otolaryngology at the public health system of a city in Southeastern Brazil. Rev bras otorrinolaringol [Internet]. 2005 Oct [cited 2011 Apr 14];71(3):256-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n3/a01v71n3.pdf>

16. Roland DMS, Cesarino CB. Caracterização de pacientes com cirurgias suspensas por hipertensão arterial perioperatória. Rev SOBECC. 2007 Jan/Mar 12(1):14-8.

17. Duarte LEMN, Lautert L. Conflicts and dilemmas of nurses who work in surgical centers of macro-regional hospitals. Rev gaúch enferm [Internet]. 2006 June [cited 2011 June 15];27(2):209-18. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4599>

18. Vecina GN, Reinhardt WF. Gestão de recursos materiais e de medicamentos. Série Saúde e Cidadania, vol. 12. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.

Submissão: 18/07/2012

Aceito: 09/05/2013

Publicado: 15/11/2013

Correspondência

Leonel Alves do Nascimento
Rua Rio Grande do Sul, 649, fundos
CEP: 86026-080 – Londrina (PR), Brasil