

TAXA DE SUSPENSÃO CIRÚRGICA: INDICADOR DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Surgical suspension rate: assistance quality indicator

Tasa de suspensión quirúrgica: indicador de calidad de asistencia

Raquel Calado da Silva Gonçalves^{1*} , Aline Coutinho Sento Sé² , Teresa Tonini³ ,
Nébia Maria Almeida de Figueiredo⁴ , Paula Escalada Hernández⁵ , Blanca Marín Fernández⁶ 

RESUMO: **Introdução:** Inúmeros são os motivos das suspensões cirúrgicas, que importam ser conhecidos para dar maior organicidade e qualidade aos processos gerenciais e assistenciais. **Objetivos:** Identificar a taxa de suspensão de cirurgias eletivas de hospital público do Estado do Rio de Janeiro e analisar as principais causas de suspensão, estratificando os achados pelas clínicas cirúrgicas. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, que utilizou 7.931 formulários de suspensão cirúrgica de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Excluíram-se 28 formulários que não apresentavam o motivo da suspensão, analisando-se 7.903. Realizou-se a análise por meio de estatística descritiva e cálculo da taxa de suspensão cirúrgica. **Resultados:** A taxa de suspensão cirúrgica do hospital foi de 18,5% em 2015, 20,5% em 2016 e 16,8% em 2017. A condição clínica do paciente desfavorável para a realização da cirurgia foi o motivo mais evidente nas clínicas de Cirurgia Geral, Urologia e Ginecologia no período analisado. **Conclusão:** Vários são os reflexos da suspensão cirúrgica, tanto para o paciente quanto para a instituição. A adoção de medidas para a redução dessas taxas implica melhora da gestão e da organização do serviço de saúde.

Palavras-chave: Procedimentos cirúrgicos eletivos. Organização e administração. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Centro cirúrgico hospitalar. Assistência perioperatória.

ABSTRACT: **Introduction:** There are countless reasons for surgical suspensions, which must be known to give greater organicity and quality to management and care processes. **Objectives:** To identify the rate of suspension of elective surgeries in a public hospital in the State of Rio de Janeiro and to analyze the main causes of suspension, stratifying the findings by surgical clinics. **Method:** Quantitative, descriptive, retrospective study that used 7,931 forms of surgical suspension from January 2015 to December 2017. 28 forms were excluded which did not present the reason for the suspension, analyzing 7,903. The analysis was performed using descriptive statistics and calculation of the surgical suspension rate. **Results:** The hospital's surgical suspension rate was 18.5% in 2015, 20.5% in 2016 and 16.8% in 2017. The unfavorable clinical condition of the patient for the surgery was the most evident reason in the clinics General Surgery, Urology and Gynecology in the analyzed period. **Conclusion:** There are several consequences of surgical suspension, both for the patient and for the institution. The adoption of measures to reduce these rates implies an improvement in the management and organization of the health service.

Keywords: Elective surgical procedures. Organization and administration. Quality indicators, health care. Surgery department, hospital. Perioperative care.

RESUMEN: **Introducción:** existen innumerables razones para las suspensiones quirúrgicas, cuyas causas deben ser conocidas para dar mayor organicidad y calidad a los procesos de gestión y atención. **Objetivos:** identificar la tasa de suspensión de cirugías electivas en un hospital público en el estado de Río de Janeiro y analizar las principales causas de suspensión, estratificando los hallazgos de las clínicas quirúrgicas. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo,

¹Doutora em Ciências. Enfermeira do Ministério da Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Doutora em Ciências. Enfermeira socorrista do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Doutora em Enfermagem. Professora emérita da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Pública de Navarra – Pamplona, Navarra, Espanha.

⁶Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Pública de Navarra – Pamplona, Navarra, Espanha.

*Autora correspondente: raquelcalado@yahoo.com.br

Recebido: 27/06/2019 – Aprovado: 25/03/2020

DOI: 10.5327/Z1414-4425202000020002

retrospectivo, utilizando 7,931 formas de suspensión quirúrgica desde enero de 2015 hasta diciembre de 2017. Se excluyeron 28 formas que no presentaron el motivo de la suspensión, analizando 7,903. El análisis se realizó utilizando estadísticas descriptivas y el cálculo de la tasa de suspensión quirúrgica. **Resultados:** la tasa de suspensión quirúrgica del hospital fue del 18,5% en 2015, del 20,5% en 2016 y del 16,8% en 2017. La condición clínica desfavorable del paciente para la cirugía fue la razón más evidente en las clínicas Cirugía general, urología y ginecología en el período analizado. **Conclusión:** la suspensión quirúrgica tiene varias consecuencias, tanto para el paciente como para la institución. La adopción de medidas para reducir estas tasas implica una mejora en la gestión y organización del servicio de salud.

Palabras clave: Procedimientos quirúrgicos electivos. Organización y administración. Indicadores de calidad de la atención de salud. Servicio de cirugía en hospital. Atención perioperativa.

INTRODUÇÃO

A realização de procedimento cirúrgico eletivo não é ato trivial. Requer a incorporação de diferentes tecnologias assistenciais e gerenciais relacionadas à estrutura, aos processos e aos resultados desejados para a instituição e a clientela¹.

Planejamentos operacionais e táticos devem conter a definição de salas operatórias, equipe médica (cirurgiões e anestesistas), de enfermagem (instrumentador cirúrgico e circulante de sala) e serviço de transporte; disponibilidade de insumos e de equipamentos específicos; ações logísticas com recursos de apoio, como laboratório, farmácia, almoxarifado, hemoterapia, rouparia e serviço de limpeza para todo o período perioperatório¹.

De acordo com as características da patologia, a necessidade temporal da intervenção e a evolução clínica do paciente, as cirurgias podem ser classificadas em eletivas, quando se programa determinada data, em conformidade com o paciente e o médico; em urgentes, se é possível manter um tempo de espera para o preparo do paciente; e emergenciais, por serem intervenções imediatas dados os quadros críticos, com risco de morte para o paciente².

O procedimento cirúrgico é um momento que envolve diversos enigmas para os pacientes. Afloram emoções e sentimentos de temor pela anestesia, medo da morte ou de invalidez, receio de sentir dor e incerteza do prognóstico. Inicialmente, já é desconfortante a necessidade, em muitos casos, de permanência prolongada em jejum, a retirada de roupas íntimas e de próteses dentárias¹.

Suspensões de cirurgias eletivas têm sido uma preocupação de profissionais de saúde, tendo em vista a implicação direta em resultados pouco efetivos e eficazes para os pacientes, a família e a instituição. Ademais, no cotidiano dos plantões exaustivos e agitados, os profissionais de saúde podem não perceber a ansiedade, a aflição e o sofrimento dos pacientes ao receber a notícia do cancelamento do ato cirúrgico¹⁻³.

A informação sobre a suspensão da cirurgia pode ocorrer por ligação telefônica para o paciente, ainda em sua residência, no leito de internação ou já no interior do Centro Cirúrgico (CC). Esses dois últimos momentos podem ser considerados de maior impacto, pela vulnerabilidade em que o paciente se encontra, fora do seu lar, muitas vezes sozinho e sob as rotinas e regras institucionais¹.

Estudos apontam que a prática da suspensão cirúrgica é frequente, tanto pelos cirurgiões quanto pelos anestesistas. Em estudo realizado com estes últimos, a suspensão de cirurgias estava relacionada a duas principais vertentes: as governamentais e administrativas, representadas por “repasso insuficiente ou incorreto de verbas do Estado para as instituições públicas”³ e pela má administração dessas entidades, e as pessoais, caracterizadas por problemas internos das clínicas, como, por exemplo, o agendamento de elevado número de procedimentos³.

Em geral, o monitoramento dessas suspensões ocorre por meio de registro diário e impresso próprio das instituições, porém não se apresentam estatisticamente os números para discussão dos dados e implementação de novas condutas, objetivando a melhoria do serviço prestado à população e da relação instituição/paciente⁴.

Com base nessas considerações, este estudo tem como objeto a taxa de suspensão cirúrgica de hospital público do Estado do Rio de Janeiro.

Esta investigação justifica-se pelo diagnóstico situacional das taxas e motivos de suspensão cirúrgica, que podem nortear novas práticas para organização do serviço, com melhora na avaliação clínica dos pacientes, diminuição no tempo de internação ou internações desnecessárias, redução dos custos institucionais, minimização no impacto psicológico dos pacientes e familiares quanto à não realização do procedimento cirúrgico, assim como amenizar alterações socioeconômicas pelo afastamento da atividade laboral e as modificações de hábitos de vida.

OBJETIVOS

- Identificar a taxa de suspensão de cirurgias eletivas de hospital público do Estado do Rio de Janeiro;
- Analisar as principais causas de suspensão, estratificando os achados pelas clínicas cirúrgicas.

MÉTODO

Trata-se de estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no bloco cirúrgico de hospital público no Estado do Rio de Janeiro, referência em atendimento de média e alta complexidade em oncologia, hemodiálise, odontologia e terapia intensiva adulta e pediátrica.

Atualmente, realizam-se procedimentos cirúrgicos das seguintes especialidades: cirurgia geral, proctologia, urologia, ginecologia, cirurgia vascular, odontologia, oftalmologia, gastroenterologia e pediatria.

O CC conta com estrutura física de sete Salas Operatórias (SO), das quais quatro são destinadas aos procedimentos eletivos no horário das 7 às 19 horas, de segunda a sexta-feira, uma é exclusiva para cirurgias oftalmológicas, uma para procedimentos odontológicos em pacientes portadores de necessidades especiais e uma para procedimentos de urgência e emergência. No período noturno, bem como nos feriados e finais de semana, atende urgências e emergências. Para a coleta dos dados, analisaram-se 7.931 formulários de suspensão cirúrgica preenchidos pela equipe médica, com recorte temporal de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

Esse recorte justifica-se pelo fato de que a clínica de oftalmologia deixou de realizar procedimentos cirúrgicos na instituição estudada no ano de 2018.

As informações estão relacionadas à caracterização do paciente (data, cirurgia proposta, clínica, equipe cirúrgica e anestésica), ao motivo de suspensão da cirurgia programada e a informações adicionais em um campo designado para isso. Os dados foram coletados em março de 2018.

Excluíram-se do estudo 28 formulários, que não apresentaram motivo assinalado ou justificado pela equipe responsável, incluindo-se na pesquisa 7.903 formulários.

Os motivos para suspensão cirúrgica dividem-se em três campos, que incluem fatores referentes ao paciente, à estrutura hospitalar e à equipe de saúde, codificados conforme se segue:

- oriundos do paciente: falta de condições clínicas, falta de jejum adequado, melhora do quadro clínico sem indicação cirúrgica, uso de medicação, ausência, óbito e recusa do indivíduo;
- oriundos da estrutura: documentação médica incompleta ou não preenchida, falta de material/instrumental do CC, falta de material/instrumental externo, falta de sangue/hemoderivados, falta de vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou de vaga na enfermaria (Unidade de Internação — UI), ausência de manutenção predial e *overbooking*;
- oriundos da equipe: exames incompletos, exames fora da validade, falta de anestesista, falta de equipe cirúrgica, falta de equipe externa e falta de equipe de enfermagem.

Para a tabulação dos dados, utilizou-se o programa Microsoft Excel® 2010 e realizou-se a análise por meio de estatística descritiva, obtendo-se as frequências absoluta (N) e relativa (%), bem como a taxa de suspensão cirúrgica por clínica. Agruparam-se os dados por clínicas cirúrgicas e motivos de suspensão.

Calculou-se a frequência relativa (%) pela Equação 1:

$$N / \text{tamanho da amostra} \times 100 \quad (1)$$

Em que:

N = o total de determinado motivo de suspensão;
tamanho da amostra = total de cancelamentos cirúrgicos do ano estudado.

A taxa de suspensão cirúrgica é representada pela fórmula da Equação 2³:

$$\text{taxa de suspensão} = \frac{\text{número de cirurgias suspensas}}{\text{número de cirurgias agendadas}} \times 100 \quad (2)$$

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 82301818.0.0000.8066. A coleta de dados iniciou-se após a aprovação, em obediência aos princípios éticos, conforme preceitua a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde⁶.

Houve dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em razão do método de pesquisa adotado. Ressalta-se que se manteve o anonimato dos pacientes, dos profissionais da equipe de saúde e da instituição hospitalar.

RESULTADOS

Analisaram-se 7.903 formulários de suspensão cirúrgica das seguintes clínicas: cirurgia geral, proctologia, urologia, ginecologia, cirurgia vascular, odontologia, oftalmologia, gastroenterologia e pediatria.

A Tabela 1 apresenta a taxa de suspensão cirúrgica por clínica, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

A clínica que apresentou maior taxa de suspensão em 2015 foi a de cirurgia vascular, com 23,1% (n=34), que alcançou a redução de suas suspensões nos anos seguintes, de 15,4% (n=24) em 2016 para 13,4% (n=19) em 2017.

A clínica que apresentou menor taxa de suspensão cirúrgica em 2015 foi a de proctologia, com 12% (n=6). Ela manteve a menor taxa em 2016, de 7,2% (n=8), porém, em 2017, apresentou aumento em seus índices, com taxa de 10,4% (n=13).

Em 2017, a oftalmologia obteve a maior taxa de suspensão de todo o período analisado, 40% (n=8). As taxas da referida clínica foram de 21,9% (n=11) em 2015 e de 25,6% (n=48) em 2016.

A taxa de suspensão cirúrgica do referido hospital, no ano de 2015, foi de 18,5% (n=455), apresentando aumento para 20,5% em 2016 (n=595) e redução em 2017 para 16,8% (n=430).

Em relação às causas da suspensão cirúrgica estratificada por clínica, o Quadro 1 apresenta os valores encontrados nos anos de 2015 a 2017.

Entre as causas que apresentaram as maiores frequências absolutas (N), motivando as suspensões no período analisado,

identificaram-se: falta de condições clínicas do paciente (categoria “oriundos do paciente”), seguida por *overbooking* (categoria “oriundos da estrutura”).

No contexto da instituição de saúde estudada, entende-se por *overbooking* o agendamento de um quantitativo de cirurgias além da capacidade operacional no período de funcionamento do setor, ou seja, das 7 às 19 horas, de segunda a sexta-feira.

Suspensões cirúrgicas referentes à categoria “oriundos do paciente”

Nos anos analisados, o motivo “falta de condições clínicas do paciente” foi o mais evidente, representando 30,3% das suspensões (138 ocorrências) em 2015, 27,2% (162 ocorrências) em 2016 e 37,6% (162 ocorrências) em 2017.

Em 2015, a cirurgia geral apresentou 33 cancelamentos por “falta de condições clínicas do paciente”, configurando-se como a clínica com mais cancelamentos por esse motivo.

Em 2016 e 2017, a urologia registrou 52 e 56 cancelamentos, respectivamente, por “falta de condições clínicas do paciente”, apresentando-se como a clínica com mais cancelamentos por esse motivo nos dois anos.

O segundo motivo mais evidente foi “ausência do paciente”, que representou 14,5% das suspensões cirúrgicas (66 ocorrências) em 2015, 15,7% (94 ocorrências) em 2016 e 25,1% (108 ocorrências) em 2017.

Tabela 1. Taxa de suspensão cirúrgica por clínica no período de 2015 a 2017.

Clínicas	2015			2016			2017		
	SP (n)	PR (n)	TS (%)	SP (n)	PR (n)	TS (%)	SP (n)	PR (n)	TS (%)
Cirurgia geral	109	624	17,4%	157	605	25,9%	98	533	18,3%
Proctologia	6	50	12%	8	111	7,2%	13	125	10,4%
Urologia	152	791	19,2%	195	876	22,2%	153	851	17,9%
Ginecologia	56	334	16,7%	95	437	21,7%	62	388	15,9%
Cirurgia vascular	34	147	23,1%	24	155	15,4%	19	141	13,4%
Odontologia	33	144	22,9%	33	222	14,8%	41	260	15,7%
Oftalmologia	20	91	21,9%	48	187	25,6%	8	20	40%
Gastroenterologia	11	63	17,4%	18	93	19,3%	9	31	29%
Pediatria	34	213	15,9%	17	211	8%	26	200	13%
Total	455	2.457	18,5%	595	2.897	20,5%	430	2.549	16,8%

SP: suspensas; PR: programadas; TS: taxa de suspensão.

Quadro 1. Motivos de suspensão de cirurgias eletivas, de acordo com o tipo de clínica cirúrgica e o ano de ocorrência em hospital público.

Motivos	Ano	CG	PR	UR	GO	CV	OD	OF	GE	PD	N	F (%)
Oriundos do paciente												
Falta de condições clínicas do paciente	2015	33	3	32	22	8	18	6	4	12	138	30,3
	2016	38	1	52	30	6	9	13	6	7	162	27,2
	2017	36	6	56	26	3	15	2	4	14	162	37,6
Falta de jejum adequado	2015	2	0	1	0	0	0	0	2	2	7	1,5
	2016	1	0	2	2	0	1	0	0	1	7	1,1
	2017	1	0	1	0	2	2	0	0	1	7	1,6
Melhora do quadro clínico sem indicação cirúrgica	2015	4	1	6	1	3	1	0	0	2	18	3,9
	2016	2	0	11	3	5	1	0	1	0	23	3,8
	2017	5	0	2	1	2	2	0	0	0	12	2,7
Paciente em uso de medicação	2015	0	0	2	4	1	0	0	0	0	7	1,5
	2016	1	0	1	1	0	0	1	0	0	4	0,6
	2017	2	0	0	2	0	1	0	0	1	6	1,3
Ausência do paciente	2015	13	2	10	4	7	13	9	0	8	66	14,5
	2016	12	3	29	9	5	19	11	1	5	94	15,7
	2017	16	2	52	6	0	19	1	5	7	108	25,1
Óbito do paciente	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	2016	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1
	2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Recusa do paciente	2015	1	0	1	0	2	0	0	0	1	5	1,0
	2016	2	0	5	0	1	1	1	2	0	12	2
	2017	1	0	2	1	0	0	1	0	0	5	1,1
Oriundos da estrutura												
Documentação médica incompleta ou não preenchida	2015	3	0	1	2	1	0	0	2	0	9	1,9
	2016	8	0	9	4	1	0	7	5	1	35	5,8
	2017	1	0	0	2	0	1	1	0	0	5	1,1
Falta de material / instrumental do CC	2015	8	0	16	1	2	1	0	0	0	28	6,1
	2016	9	0	3	2	2	0	0	0	0	16	2,6
	2017	3	0	5	2	7	0	0	0	0	17	3,9
Falta de material / instrumental externo	2015	3	0	13	0	4	0	0	0	0	20	4,3
	2016	9	0	27	8	2	0	2	0	0	48	8
	2017	0	0	4	1	2	0	0	0	0	7	1,6
Falta de sangue / hemoderivados	2015	2	0	15	5	0	0	0	0	5	27	5,9
	2016	3	0	2	6	0	0	0	1	1	13	2,1
	2017	3	2	0	4	0	0	0	0	3	12	2,7
Falta de vaga de CTI	2015	4	0	3	3	1	0	0	0	0	11	2,4
	2016	19	3	6	6	0	0	0	0	2	36	6
	2017	4	2	2	2	0	0	0	0	0	10	2,3
Falta de vaga na enfermaria (internação)	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	2017	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Motivos	Ano	CG	PR	UR	GO	CV	OD	OF	GE	PD	N	F (%)
Ausência de manutenção predial	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	2017	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,2
Overbooking	2015	31	0	35	9	2	0	0	0	0	77	16,9
	2016	43	0	39	16	2	1	0	1	0	102	17,1
	2017	16	0	22	5	2	0	0	0	0	45	10,4
Oriundos da equipe												
Exames incompletos	2015	4	0	3	1	3	0	2	1	0	14	3
	2016	9	0	6	3	0	1	0	1	0	20	3,3
	2017	7	0	2	3	1	1	2	0	0	16	3,7
Exames fora da validade	2015	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,2
	2016	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3	0,5
	2017	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,2
Falta de anestesista	2015	0	0	1	0	0	0	3	0	0	4	0,8
	2016	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,1
	2017	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	1,1
Falta de equipe cirúrgica	2015	1	0	4	3	0	0	0	2	0	10	2,1
	2016	0	0	0	2	0	0	13	0	0	15	2,5
	2017	4	0	0	5	0	0	0	0	0	9	2
Falta de equipe externa	2015	0	0	8	0	0	0	0	0	4	12	2,6
	2016	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,1
	2017	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,2
Falta de equipe de enfermagem	2015	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,2
	2016	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0,3
	2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0

CG: cirurgia geral, PR: proctologia, UR: urologia, GO: ginecologia, CV: cirurgia vascular, OD: odontologia, OF: oftalmologia, GE: gastroenterologia, PD: pediatria; N: frequência absoluta; F: frequência relativa; CC: centro cirúrgico; CTI: centro de terapia intensiva.

Suspensões cirúrgicas referentes à categoria “oriundos da estrutura”

O motivo “overbooking” apresentou-se como o mais evidente na categoria “oriundos da estrutura”, evidenciando-se as frequências de 16,9% (77 ocorrências) em 2015, 17,4% (102 ocorrências) em 2016 e 10,4% (45 ocorrências) em 2017, considerando-se todas as especialidades analisadas no período.

Em 2015 e 2017, a urologia apresentou frequência relativa maior do motivo “overbooking” em relação a todas as demais, registrando 35 e 22 ocorrências, respectivamente. No ano de 2016, a clínica que obteve mais suspensões por esse motivo foi a cirurgia geral, registrando 43 suspensões.

Os cancelamentos por “falta de material/ instrumental de CC” representou o segundo motivo de cancelamento nos

anos de 2015 (6,1%) e 2017 (3,9%). No ano de 2016, o motivo “falta de material/instrumental externo” foi o segundo mais evidente, correspondendo a 8% das suspensões, considerando-se todas as clínicas analisadas.

Suspensões cirúrgicas referentes à categoria “oriundos da equipe”

Em relação à categoria “oriundos da equipe”, o motivo “exames incompletos” representou 3, 3,3 e 3,7% nos anos analisados e, em segundo lugar, o motivo “falta de equipe externa” apresentou, em 2015, a frequência de 2,6%. Em 2016 e 2017, o motivo “falta de equipe cirúrgica” foi o segundo mais evidente, registrando 2,5 e 2% das suspensões, respectivamente.

DISCUSSÃO

O cancelamento de uma cirurgia aumenta os custos operacionais e financeiros da instituição, reduzindo a eficiência do serviço oferecido, e é uma realidade nas instituições de saúde. Suas repercussões são relevantes e resultam em prejuízos físicos, emocionais e socioeconômicos ao paciente e aos seus familiares⁷.

Sobre a taxa de suspensão cirúrgica, o hospital estudado teve como índices 18,5, 20,5 e 16,8% nos anos 2015, 2016 e 2017, respectivamente. Observa-se declínio, porém essas são taxas consideradas altas em comparação a outro estudo, que encontrou taxa de 13,3%⁷.

A condição clínica desfavorável do paciente para a realização da cirurgia foi o motivo mais evidente em todos os anos estudados, o que também pode ser observado em outros trabalhos que abordaram a temática⁸⁻¹⁰. Pesquisadores colombianos identificaram que 52% dos pacientes tinham suas cirurgias suspensas por motivo de condições clínicas desfavoráveis¹⁰.

A suspensão de cirurgia deve ser evitada, uma vez que o paciente anseia por ter suas necessidades de saúde assistidas¹. Algumas medidas tomadas pela instituição de saúde estão diretamente relacionadas a determinadas situações. É o caso de pacientes que se apresentam sem condições clínicas mesmo após a avaliação e o preparo pré-operatório, cabendo a cada unidade de atendimento o estabelecimento de medidas específicas para reduzir a taxa de suspensão de cirurgias^{9,10}.

A visita pré-operatória, seja ela realizada por enfermeiro ou pelo médico anestesista, pode identificar condições clínicas e psicológicas do paciente que levem à suspensão da cirurgia, consistindo em uma intervenção precoce que evitaria esse problema¹¹.

Estudo brasileiro aponta que a expectativa de uma instituição se deposita no ambulatório de anestesia para a redução do número de suspensões, porém, como bem descrevem os autores, “em virtude da carência socioeconômica, os pacientes são internados sem apresentar as condições clínicas ideais para cirurgia”¹².

Outro grande motivo de suspensões cirúrgicas foi o *overbooking*; esse condicionante representa importante indicador de melhora organizacional e de planejamento da instituição. Há que se pensar em todo o preparo, tanto da parte do paciente como no sentido logístico, para a realização de cirurgia.

Estudos apontam que 16,5% das cirurgias são canceladas por ultrapassarem o horário de rotina das instituições analisadas. O agendamento de cirurgias em quantitativo superior ao que pode ser realizado traduz uma falha organizacional no planejamento e na rotina cirúrgica^{8,13}.

É fundamental o planejamento do mapa cirúrgico, levando-se em consideração a disponibilidade de profissionais, equipamentos e materiais essenciais para a realização do ato anestésico-cirúrgico¹⁴.

O cancelamento de cirurgias programadas tem impacto significativo na saúde, nos recursos, no custo e na qualidade do cuidado. Para se planejar uma solução, é necessário que se entendam os motivos dos cancelamentos^{15,16}.

A ausência do paciente também foi motivo de grande número de cancelamentos de cirurgias no período analisado. Esse motivo requer investigação mais aprofundada por meio de serviço de busca ativa, no intuito de confirmar a internação do paciente, tornando-se eficaz para cirurgias previstas para até 48 horas após a internação¹³.

Um ponto importante a se considerar é o papel do Centro de Material e Esterilização (CME) nas suspensões cirúrgicas. Apesar de apresentar frequência relativa baixa nos anos analisados, a falta de material e/ou instrumental deve ser considerada, uma vez que esse setor tem a responsabilidade de fornecer produtos para saúde para o cuidado ao paciente, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada¹⁷.

Ações conjuntas devem ser realizadas pelos envolvidos na assistência ao paciente cirúrgico — ambulatório, UI, UTI, CME e CC — a fim de se alcançar a redução das taxas de suspensões cirúrgicas.

Como limitações do estudo, pode-se apontar a falta de registro do motivo da suspensão em alguns formulários, que, por sua vez, foram eliminados do estudo. Além disso há os dados incompletos, como, por exemplo, o tipo de medicação que impediu a realização da cirurgia ou se a condição clínica do paciente evoluiu a óbito. Ressalta-se que os dados foram compilados de formulários preenchidos pela equipe médica da instituição sob análise.

CONCLUSÃO

Após a análise e discussão dos dados, foi possível identificar que os principais motivos de suspensões cirúrgicas da instituição em questão foram: falta de condições clínicas do paciente e *overbooking* nos anos de 2015 e 2016, respectivamente; e ausência do paciente, no ano de 2017.

As taxas de suspensões cirúrgicas evidenciam a necessidade de reavaliação das práticas adotadas pela instituição e pelos profissionais de saúde envolvidos no processo perioperatório.

A identificação de alterações clínicas prévias, a prescrição e o planejamento de cuidados para melhoria ou correção do quadro e a adoção de medidas administrativas eficazes, como marcação

do número de cirurgias diárias de acordo com a estrutura hospitalar, manejo do tempo de utilização das SO, disponibilidade de equipe multidisciplinar e visita pré-operatória ambulatorial, podem colaborar para a redução da taxa de suspensão cirúrgica.

Ao reduzir-se o cancelamento dos procedimentos cirúrgicos, tem-se melhora desse indicador, com redução de gastos desnecessários por parte da instituição.

Em relação ao paciente e aos seus familiares, o cancelamento de cirurgia gera insatisfação com o serviço, além de alterações na rotina, criando nova expectativa para o

procedimento cirúrgico. A confirmação da data de realização da cirurgia em dias próximos ao procedimento pode auxiliar na redução do motivo “ausência do paciente”.

Medidas como controle e investigação do motivo da suspensão podem ajudar a identificar precocemente alterações, antes mesmo do agendamento cirúrgico. Ressalta-se que é imprescindível a conscientização dos envolvidos em destinar esforços para a implementação de medidas que reduzam os índices de suspensão cirúrgica, bem como o monitoramento desse indicador de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Santos CCA, Polgrossi JEF, Maia LFS. Estresse do paciente frente ao cancelamento do procedimento cirúrgico. *Rev Remecs* [Internet]. 2018 [acessado em 15 jan. 2019];3(4):12-20. Disponível em: <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/21/pdf>
2. Carvalho R, Bianchi ERF, editores. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 2ª ed. Barueri: Manole; 2016.
3. Garcia ACKA, Fonseca LF. The issue of the surgical: the perspective of anesthesiologists. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [acessado em 15 jan. 2019];7(2):481-90. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10258/10879> <http://doi.org/10.5205/reuol.3073-24791-1-LE.0702201321>
4. Nascimento LA, Fonseca LF, Garcia ACKA. Deferral of surgery: the perspective of the medical resident in surgical clinics. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2014 [acessado em 15 jan. 2019];38(2):205-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000200007>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviço de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1983 (Série A, Normas e Manuais Técnicos, 3.)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 2013.
7. Sodré RL, Fahl MAF. Surgeries cancellation in a public hospital at São Paulo city. *RAS* [Internet]. 2014 [acessado em 20 jan. 2019];16(63):67-70. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=1355
8. Macedo JM, Kano JA, Braga EM, Garcia MA, Caldeira SM. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. *Rev SOBECC*. 2013;18(1):26-34.
9. Cruz MGS, Santana AC. Análise do cancelamento de cirurgias eletivas: contribuições para assistência de enfermagem perioperatória. *Rev Perquirere* [Internet]. 2018 [acessado em 20 jan. 2019];15(1):26-36. Disponível em: <https://revistas.unipam.edu.br/index.php/perquirere/issue/view/112/Revista%20Perquirere%20vol.%2015%2C%20n.%201%2C%20jan.abr.%202018>
10. Gaviria-García G, Lastre-Amell G, Suárez-Villa M. Causas que inciden en cancelación de cirugías desde La percepción del personal de salud. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2014 [acessado em 20 jan. 2019];11(2):47-51. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)72664-8](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(14)72664-8)
11. Desta M, Manaye A, Tefera A, Worku A, Wale A, Mebrat A, et al. Incidence and causes of cancellations of elective operation on the intended day of surgery at a tertiary referral academic medical center in Ethiopia. *Patient Safety in Surgery* [Internet]. 2018 [acessado em 15 fev. 2019];12:1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13037-018-0171-3>
12. Landim FM, Paiva FD, Fiuza ML, Oliveira EP, Pereira JG, Siqueira I. Analyses of the related factors for surgery suspension at a general surgery service of medium complexity. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2009 [acessado em 15 fev. 2019];36(4):283-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912009000400002>
13. Moraes PGS, Pachêco NMD, Silva RGS, Silva PCV. Clinical and organizational factors related to cancellation of surgical procedures. *J Nurs UFPE On Line* [Internet]. 2017 [acessado em 15 fev. 2019];11(7):2645-53. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23436/19132>
14. Sampaio CEP, Gonçalves RA, Seabra Júnior HC. Determinação dos fatores da suspensão de cirurgia e suas contribuições para assistência de enfermagem. *Care Online* [Internet]. 2016 [acessado em 15 fev. 2019];8(3):4813-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4813-4820>
15. Al Talalwah N, Mcltrot KH. Cancellation of surgeries: integrative review. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2019 [acessado em 23 mar. 2019];34(1):86-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.012>
16. Lorenzo-Pinto A, Ortega-Navarro C, Ribed A, Giménez-Manzorro A, Ibáñez-García S, Miguel-Guijarro A, et al. Cancellations of elective surgical procedures due to inadequate management of chronic medications. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2019 [acessado em 23 mar. 2019];44(4):561-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpt.12816>
17. Florêncio ACUS, Carvalho R, Barbosa GS. O impacto do trabalho do centro de materiais na qualidade da assistência. *Rev SOBECC*. 2011;16(1):31-9.