

Construção e análise de indicador de qualidade relacionado ao cancelamento cirúrgico em um hospital universitário em tempos de COVID-19

Construction and analysis of a quality indicator related to surgical cancellation in a university hospital in times of COVID-19

Construcción y análisis de un indicador de calidad relacionado con la cancelación quirúrgica en un hospital universitario en tiempos de COVID-19

Carolina Silva Rezende¹

ORCID: 0000-0001-7365-3668

Lisandra Rodrigues Risi¹

ORCID: 0000-0001-8436-5100

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Rezende CS, Risi LR. Construção e análise de indicador de qualidade relacionado ao cancelamento cirúrgico em um hospital universitário em tempos de COVID-19. Glob Acad Nurs. 2021;2(Spe.2):e106. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200106>

Autor correspondente:

Lisandra Rodrigues Risi
E-mail: lisandrarisi@gmail.com

Editor Chefe: Carolyn dos Santos
Guimarães da Fonseca
Editor Executivo: Kátia dos Santos
Armada de Oliveira

Submissão: 23-11-2020**Aprovação:** 01-12-2020**Resumo**

Objetivou-se identificar a taxa de cancelamento de cirurgias em um hospital universitário, bem como a especialidade com maior taxa e os principais motivos no momento vivenciado da coleta com a presença do COVID-19. Trata-se de um estudo exploratório, prospectivo, documental, com abordagem quantitativa. Os dados serão coletados por meio da plataforma Google Forms® e, posteriormente, dispostos no Programa Microsoft Excel® para serem analisados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em abril de 2019. Foram identificadas as taxas de cancelamento de cirurgias e os principais motivos para que se possa otimizar o processo de trabalho prestado no setor, dinamizando a rotina a partir das alterações necessárias nos pontos críticos.

Descritores: Procedimentos Cirúrgicos Eletivo; Centro Cirúrgico Hospitalar; Gestão da Qualidade em Saúde; Enfermagem Perioperatória, COVID-19.

Abstract

The aim was to identify the rate of cancellation of surgeries in a university hospital, as well as the specialty with the highest rate and the main reasons at the time of data collection with the presence of COVID-19. This is an exploratory, prospective, documentary study with a quantitative approach. Data will be collected through the Google Forms® platform and, later, disposed in the Microsoft Excel® Program to be analyzed. The study was approved by the Research Ethics Committee of the institution in April 2019. The rates of cancellation of surgeries and the main reasons for optimizing the work process provided in the sector were identified, streamlining the routine based on the necessary changes at critical points.

Descriptors: Elective Surgical Procedures; Hospital Surgical Center; Health Quality Management; Perioperative Nursing, COVID-19.

Resumen

El objetivo fue identificar la tasa de cancelación de cirugías en un hospital universitario, así como la especialidad con mayor tasa y los principales motivos en el momento de la recolección de datos con presencia de COVID-19. Se trata de un estudio documental exploratorio, prospectivo, con enfoque cuantitativo. Los datos se recopilarán a través de la plataforma Google Forms® y, posteriormente, se eliminarán en el Programa Microsoft Excel® para su análisis. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución en abril de 2019. Se identificaron los índices de cancelación de cirugías y las principales razones para optimizar el proceso de trabajo brindado en el sector, agilizando la rutina en base a los cambios necesarios en puntos críticos.

Descriptores: Procedimientos Quirúrgicos Electivos; Centro Quirúrgico del Hospital; Gestión de la Calidad Sanitaria; Enfermería Perioperatoria, COVID-19.

Introdução

Uma cirurgia pode acontecer por diferentes motivos como diagnósticos, preventivos, terapêuticos ou estéticos, através de técnicas que permitem realizar pequenas incisões utilizando materiais de vídeo ou robóticos, ou grandes incisões dependendo da necessidade do sujeito. As cirurgias são classificadas entre emergência quando há risco imediato de vida; urgência quando não há risco de vida, mas existe a necessidade de atuação rápida; e eletiva sendo aquela cirurgia previamente marcada sem que a pessoa corra risco de vida. É importante salientar que independente da classificação da cirurgia, o paciente sofre uma drástica alteração na sua rotina, de maior ou menor intensidade. Toda a sua vida é alterada, necessitando muitas vezes do apoio de familiares e entes queridos para suprir as necessidades decorrentes do procedimento, seja antes durante ou depois dele¹.

Dentro da dinâmica de um centro cirúrgico (CC), em sua grande maioria o enfermeiro é o responsável pela programação das cirurgias eletivas. Essa programação envolve escolha das salas operatórias ideais para cada procedimento, equipe de enfermagem de sala, material reprocessado ou especiais (como órteses e próteses (DMI – Dispositivos Médicos Implantáveis)) e comunicação com equipe de anestesiologia e cirúrgica. Quando um aspecto dessa programação acaba evadindo do esperado, ou por conta de outros fatores a cirurgia acaba sendo transferida e não acontece, o que acaba estabelecendo uma ruptura no planejamento administrativo. Essa lacuna durante os anos e não sendo uma realidade única de um hospital universitário requer uma análise para elucidar e trazer processos de melhoria².

O cancelamento de uma cirurgia pode ser definido pelo não acontecimento ou suspensão de uma cirurgia previamente programada no dia que seria realizada. As cirurgias eletivas são definidas com pelo menos 24 horas de antecedência, deixando tempo hábil para que os setores envolvidos no procedimento como Centro Cirúrgico (CC), Centro de Material e Esterilização (CME), laboratório, enfermarias e dentre outros serviços que possam se organizar. Por vários fatores podem levar ao cancelamento, que podemos ter como hipótese a possibilidade de serem evitados, com o desdobrar dessa gera uma situação desgastante entre as equipes, o que pode repercutir no estado de clínico cirúrgico do indivíduo^{3,4}.

Os indicadores de saúde medem o grau de qualidade da assistência prestada dentro de uma instituição, seja ela pública ou privada. Os indicadores variam de acordo com o setor que será avaliado, analisando cada especificidade do cuidado, avaliando o grau de produtividade e a adesão à protocolos e diretrizes. Ao procurar medir a qualidade da assistência de um CC, alguns indicadores possíveis são "intervalo entre cirurgias", "tempo de permanência", "percentual de ocupação de salas" e "índice de cancelamento de cirurgias"⁵. Ao analisar a taxa de cancelamento de cirurgias de uma instituição (que se constitui pelo número de procedimentos suspensos divididos pelo número total de procedimentos, multiplicando o resultado por cem) é possível avaliar quais

são os motivos que diminuem esse quantitativo. As taxas de cancelamento na literatura variam de 5,1% a 33% não havendo uma taxa aceitável pré-estabelecida por algum protocolo ou diretriz⁵.

É importante salientar que uma taxa de cancelamento pequena indica uma alta qualidade do serviço e bom aproveitamento de recursos. Uma vez que o cancelamento de uma cirurgia tem um gasto médio de R\$29,54 por paciente, este valor que parece pouco pode causar uma grande diferença na instituição no caso de um quantitativo alto de cancelamento⁴.

A partir da identificação desta taxa, enquanto indicador de qualidade da assistência, esse estudo pode subsidiar melhorias no processo de trabalho do centro cirúrgico em questão. Entendendo quais os principais motivos de cancelamento, e ciente da quantidade de suspensões é possível calcular o gasto financeiro gerado, otimizando o serviço em prol de minimizar o número de cancelamentos aumentando assim a qualidade da assistência, segurança do paciente e a confiança dos profissionais envolvidos. Desta forma, este estudo tem como relevância a possibilidade de garantir fundamentação teórica para os líderes da unidade de realizar os ajustes necessários a fim de elevar a qualidade do serviço prestado, minimizando gastos que podem ser revertidos em investimentos para o setor. Ao observar diariamente a dinâmica do centro cirúrgico de um hospital universitário, surge a questão do presente estudo: "Quais as taxas de cancelamento cirúrgico e o motivo de suspensão da cirurgia em um hospital universitário?"

Esse trabalho contribui para que os recursos humanos e materiais são gerenciados a partir da necessidade de procedimentos em um determinado setor. No contexto cirúrgico, a necessidade desses recursos influencia diretamente na realização do procedimento, uma vez que a ausência de um material ou equipe de profissionais pode justificar o cancelamento da cirurgia. É importante avaliar com antecedência a disponibilidade de insumos e equipe, tendo em vista que o cancelamento tardio do procedimento pode ser prejudicial para o paciente que além de estar em jejum pode acabar ficando mais tempo internado, aumentando gastos para a instituição e colocando em xeque a sua credibilidade perante a população^{5,6}.

O cancelamento de cirurgias vem sendo estudado em todo o mundo, uma vez que se torna um possível indicador de qualidade do atendimento. Na literatura há evidências que apontam problemas organizacionais da instituição como um dos motivos de cancelamento, se tornando um forte influenciador na relação do cliente e sua família com os profissionais da assistência. Entretanto, o cancelamento pode ocorrer por outros fatores como condição clínica do paciente ou até mesmo o seu não comparecimento no dia marcado, sendo necessário identificar na instituição qual o principal motivo que leva ao cancelamento, buscando melhorar esse aspecto da assistência⁷.

Diante deste cenário e na busca da literatura as taxas de cancelamento cirúrgico variam em torno de 20%. E



podem ir de valores muito baixos, como menos de 1% até valores como 33%, porém na maioria dos estudos as taxas vão de 5% a 20%. Quando se analisa as especialidades com maior número de cancelamentos, ortopedia, cirurgia geral e urologia são especialidades que apresentam as maiores taxas. Dentre os vários momentos em que pode ocorrer o cancelamento da cirurgia, desde sua determinação ou internação do paciente, mais de 50% dos casos ocorrem menos de 24 horas antes do procedimento cirúrgico o que influencia diretamente na organização de recursos humanos e materiais. O motivo do cancelamento pode ser ausência de recursos ou pode provocar uma necessidade de reorganização, ficando sobre a responsabilidade do enfermeiro lidar com o cancelamento⁷.

E trazendo como motivação pela necessidade de se buscar os principais motivos para o cancelamento do procedimento cirúrgico é preciso avaliar também quais são as especialidades com maior percentual de cancelamento para que se possa agir de modo pontual na origem do problema. Deste modo, cancelamentos de ordem organizacional podem ser corrigidos desde que sejam identificados a partir de estudos e pesquisas. Nesse âmbito a enfermagem vem como um importante aliado na busca por esses dados, uma vez que tem as habilidades necessárias para o gerenciamento das necessidades perioperatórias que são definidas 24 horas antes do procedimento, podendo identificar com maior facilidade quais são os problemas que precisam ser resolvidos⁸.

Diante do exposto dentro da literatura existente, o artigo é justificado pela necessidade de identificação da taxa de cancelamento e dos principais motivos e especialidades. Assim, é possível analisar e promover qualidade da assistência prestada dentro de uma instituição pública de saúde avaliando esse indicador buscando a origem do problema. Deste modo, os objetivos são identificar a taxa de cancelamento de cirurgias em um hospital universitário no tempo vivenciado com a COVID-19 e levantar quais especialidades detém maior taxa de cancelamento e seus principais motivos da suspensão da cirurgia em um hospital universitário.

Com o advento da pandemia pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), agente da doença denominada COVID-19, gerou aumento exponencial de informações, dúvidas, medos e com o avanço das pesquisas foram elaboradas concomitante com o acontecimento a produção de artigos científicos, normas técnicas, manuais e boletins informativos pelo mundo⁹.

Este estudo visa interpretar as informações sobre o cancelamento e poder trazer uma comparação entre os quantitativos e cancelamentos para transformá-las em ações operacionais e assistenciais, o que tem sido desafio dos serviços de saúde em tempos pandêmicos.

Os indicadores de saúde são ferramentas de gestão para analisar a qualidade de um serviço prestado, tornando a gestão mais objetiva assertiva e fundamentada. Subsidiar a tomada de decisão analisando uma situação do processo de trabalho, a disponibilidade de recursos humanos e materiais e a atuação da equipe envolvida permitindo dessa forma verificar se o fluxo do processo de trabalho

estabelecido é eficiente e seguro para todos os envolvidos. É importante salientar que dentro desta forma de gestão os dados necessários são os que verdadeiramente refletem a situação da instituição para que a conclusão seja eficaz¹⁰.

O centro cirúrgico de um hospital é um setor com uma grande quantidade de processos de trabalhos e fluxo de serviço para garantir a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos no cuidado. Sendo este setor muito crítico é necessário que haja um monitoramento ativo dos indicadores de modo que esta análise permita a revisão dos processos de trabalhos estabelecidos a fim de identificar o fluxo mais eficaz para todos os envolvidos. É importante salientar que a formulação de um indicador idealmente deve ser realizada de modo multiprofissional pois serão utilizados para subsidiar a tomada de decisão em prol da qualidade da assistência prestada pela equipe¹⁰.

Um dos indicadores de impacto do processo de trabalho em saúde de avaliação da qualidade do serviço prestado em um centro cirúrgico é a taxa de cancelamento de cirurgias. Sendo esta taxa uma relação direta entre o número de cirurgias programadas e o número de cirurgias suspensas ou canceladas, uma taxa baixa de cancelamento cirúrgico demonstra um nível de qualidade elevado do serviço prestado com a utilização correta e eficaz dos recursos disponíveis. Quando se trata de instituições públicas de saúde, o cancelamento de cirurgias implica em subutilização de recursos e perda no número de procedimentos, o que gera uma perda de ganhos financeiros uma vez que o SUS recebe financiamento por procedimentos realizados. Além disso, ocasiona um aumento ou demora na fila de atendimentos podendo levar ao aumento de morbimortalidade².

De acordo com a literatura existente, o cancelamento de uma cirurgia se dá quando ocorre a suspensão de um procedimento marcado no dia anterior e incluído no mapa de cirurgias, ou seja, eletivo. A programação de uma cirurgia eletiva envolve uma gama de profissionais de equipes de enfermagem, medicina, higiene, laboratório, bem como outros setores além do centro cirúrgico, como enfermarias, setores de exames, banco de sangue, central de material e esterilização etc. Quando o mapa cirúrgico é liberado, todos esses profissionais se organizam em função das cirurgias previstas, a fim de prover os insumos e assistência necessária ao sujeito alvo do cuidado⁵.

Os motivos de cancelamento são variados na literatura, sendo categorizados em relacionados a administração do serviço, condições clínicas do paciente ou relativos ao processo de trabalho. Os motivos relacionados a problemas organizacionais como falta de leito, falha na comunicação e erros de agendamento aparecem corriqueiramente, podendo ser evitáveis o que favorece uma melhora na assistência e consequentemente aumenta a qualidade do serviço prestado pela instituição¹¹.

Metodologia

Trata-se de um estudo prospectivo e exploratório, com abordagem quantitativa, a partir da análise dos dados documentais do centro cirúrgico de um hospital



universitário, compreendidos no período de janeiro a maio do ano de 2020, sendo este caracterizado pelo período pandêmico com a COVID-19 e este sendo comparado com o mesmo período do ano anterior.

Este estudo foi realizado no centro cirúrgico (CC) de um hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro. O hospital possui 525 leitos disponíveis, e dentre elas as unidades especializadas como unidade intensiva (UI) cardíaca, unidade intensiva cirúrgica e urológica, centro obstétrico, ambulatórios, enfermarias clínicas, cirúrgicas, cardiovasculares, de nefrologia, oftalmologia, ginecologia, neurologia, torácica, plástica, otorrinolaringologia, cirurgia pediátrica (CIPE) e ortopedia, totalizado mais de 60 subespecialidades. O hospital é referência de tratamentos urológicos, atendimento ao adolescente com o núcleo de estudo da saúde do adolescente (NESA), cirurgias de redesignação sexual, gestação de alto risco e realizando transplante de órgãos como rim e coração. É importante salientar que o hospital não possui emergência, ficando restrito aos encaminhamentos através do Sistema de Centrais de Regulação (SISREG).

O CC em questão fica localizado no quinto andar, é composto por 20 salas operatórias, sendo apenas 13 utilizadas rotineiramente, acrescida de uma sala de urgência e uma sala híbrida exclusiva da cirurgia vascular, distribuídas em duas alas, ímpares e pares. As especialidades que realizam procedimentos cirúrgicos são neurologia, urologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediátrica (CIPE), torácica, cardíaca, vascular (fora da sala híbrida), plástica, bucomaxilofacial, proctologia, ginecologia e centro de tratamento de anomalias craniofaciais (CTAC). A técnica cirúrgica pode ser aberta ou videolaparoscópica, ficando a cargo do cirurgião em conjunto com a anestesiologia definir a técnica de acordo com a necessidade e estado de saúde do paciente e ainda disponibilizada a tecnologia da cirurgia robótica. O setor possui ainda uma unidade de recuperação pós-anestésica (RPA) com seis monitores disponíveis para o pós-operatório e espaço para até 8 leitos pré-operatórios. Desta forma, observou-se que se trata de um hospital de grande porte e alta complexidade com tecnologias avançadas e referência em diversas áreas garantindo à população atendimento de média e alta complexidade dentro do sistema único de saúde (SUS).

As cirurgias para este estudo seguem o processo já definido pela unidade e são agendadas com 24 horas de antecedência. As especialidades enviam à secretaria cirúrgica a relação dos pacientes, cirurgia, porte e horário, sendo este dividido em dois grupos: as cirurgias que se iniciarão às 8 horas e as que virão a seguir (A/S), se iniciando após a limpeza da sala e preparo da equipe. Após as especialidades enviarem o modelo do mapa, é enviado ao serviço de anestesiologia e de enfermagem, para que as equipes sejam alocadas em cada sala de acordo com o tipo de procedimento e solicitam insumos necessários, como componente sanguíneo, órteses, próteses e materiais especiais. Após definição de ambos os serviços, o modelo do mapa cirúrgico retorna para a secretaria onde foi redigido e impresso, sendo enviado para o CC, central de material e esterilização (CME), banco de sangue, RPA, enfermarias,

laboratórios e demais serviços incluídos na dinâmica cirúrgica. A distribuição do mapa cirúrgico foi realizada até às 14 horas do dia anterior, para que houvesse checagem de material permitindo que ao final do plantão noturno as salas estejam prontas para as cirurgias do dia seguinte.

A unidade de análise que foi utilizada foi o mapa cirúrgico e os formulários contendo o nome do paciente, tipo de cirurgia e motivo de suspensão. Os critérios de inclusão serão as cirurgias eletivas, ou seja, as que foram descritas no mapa cirúrgico e que sofreram cancelamento ao longo do dia. Foi traçado o perfil dos cancelamentos e foram coletados a idade e o sexo do paciente, uma vez que o hospital realiza cirurgias em pacientes de todas as idades. Os critérios de exclusão foram cirurgias acrescentadas no mapa em caráter de urgência, pois ainda que possam sofrer alteração de necessidade cirúrgica (cancelamento), não foram estabelecidas no mapa cirúrgico conforme fluxo da unidade.

Para a organização das cirurgias eletivas foi utilizado um impresso com todos os procedimentos cirúrgicos propostos para o dia, denominado de “mapa cirúrgico”. Este mapa contém o nome completo do paciente, matrícula no hospital, idade, procedimento proposto (se a técnica é aberta ou fechada), tipo de anestesia e equipe de anestesiologia, equipe de enfermagem da sala, nome do cirurgião responsável e solicitação de bolsa de componente sanguíneo. Essas informações foram dispostas numa sequência de ordem dos procedimentos e aglutinadas nas salas onde ocorreram, sendo disponibilizados para a recepção, RPA, farmácia, boutique, equipe responsável pelos materiais de apoio como o videolaparoscópio, intensificador de imagem e materiais consignados, equipe de encaminhadores do setor, CME, equipe de anestesiologia, banco de sangue e enfermarias com os pacientes que vão realizar o procedimento.

O outro impresso que foi utilizado para a organização do setor pelo enfermeiro plantonista contém nome e registro do paciente, clínica onde foi internado, leito, cirurgia programada e sala de operação designada. Este impresso chamado de “folha de sala” foi utilizado no momento de busca do paciente no setor onde foi designado pela especialidade médica e seguiu no prontuário do paciente durante todo o período perioperatório.

Os dados de identificação do paciente serviram para garantir a segurança do mesmo, não possuindo relevância para o desenvolvimento deste trabalho, logo, não foram coletados. Além destas informações de identificação do paciente e cirurgia, existiam outros 8 itens possíveis de preenchimento: horário do paciente no CC, horário do paciente na sala de operação (SO), horário da anestesiologia na sala de operação, início da indução anestésica, horário da equipe cirúrgica na sala de operação e horário de início da cirurgia, havendo espaço para justificativa de atraso. O formulário possui um espaço reservado para preenchimento em caso de suspensão da cirurgia, com o horário da decisão e o motivo. Esses dados foram utilizados para elaboração deste estudo, e coletados em três categorias, conforme descrito:



a) Momento do cancelamento do procedimento: antes do paciente entrar no CC, antes do paciente entrar na SO, após indução anestésica;

b) Motivo do cancelamento da cirurgia: a partir da descrição presente no impresso. Todas as respostas que diferem das pré-estabelecidas serão colocadas na categoria "outros" para serem posteriormente descritas;

c) Equipe e especialidade responsável pelo cancelamento cirúrgico: equipe de anestesiologia, da cirurgia ou equipe da enfermagem.

Ao final do impresso os itens de término da cirurgia, alta do paciente da sala de operações e saída do paciente da sala de operações também possui espaços para preenchimento do horário. E ainda na folha espaço para preenchimento dos funcionários que foram envolvidos no procedimento, a equipe de enfermagem, anestesiologia e cirurgia. Os motivos da suspensão cirúrgica podem ser definidos por ordem administrativa, clínicas ou por falta material, descritos a seguir:

a) No item "causas administrativas" os motivos são: falta de sangue; falta de exames ("quais?"); não internou; falta do staff (cirurgião); falta do staff (anestesia); alta à revelia; alimentou-se: outros;

b) No item "causas clínicas" os motivos são: angina; HAS; DM; infecção ("onde?"); asma; arritmia; outros;

c) No item "causa de falta material" os motivos são: EPI ("qual?"); capote/campo; fio ("qual?"); caixa de instrumental esterilizada; anestésico ("qual?"); autoclave quebrada; via aérea ("qual?"); acesso vascular ("qual?"); outros.

A proposta de coleta dos dados foi a partir dos impressos próprios do CC da instituição, buscando informações sobre o procedimento (porte, horário agendado, especialidade), cancelamento (horário do cancelamento, equipe responsável e motivo) e o número de cirurgias agendadas no dia. Essas informações foram retiradas do mapa cirúrgico e da folha de sala. O período de coleta de dados foi de janeiro a maio de 2020 por conveniência de disponibilidade no setor. O ano de 2018 não foi contabilizado devido não termos as mesmas especialidades que possam servir como base comparativa. Foram utilizados os anos de 2019 e 2020 como base e analisou-se os quantitativos e o momento da pandemia de COVID-19.

Diante da existência das Resoluções n.º 466/2012 e 510/2016 que dispõem sobre aspectos éticos em pesquisas científicas, esta pesquisa fez parte de um projeto de pesquisa e foi previamente submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do hospital do estudo, sob o parecer CAAE nº 10521519.3.0000.5259, em 29 de abril de 2019. Seguindo na mesma ordem ética da realização de pesquisas envolvendo seres humanos e dados proveniente de documentos, foi solicitada a ciência das chefias imediatas de enfermagem e medicina, além de se manter dentro da confidencialidade firmada. O título da pesquisa que originou este estudo é "Análise de indicadores de qualidade da assistência cirúrgica" sendo realizado a partir dos documentos existentes nos prontuários dos pacientes e impressos próprios da instituição, tendo como objetivo a

análise dos indicadores de qualidade da assistência cirúrgica dentro do contexto operatório, com o número de parecer do CEP aprovado 3.292.606.

Resultados e Discussão

Antes de iniciar a discussão dos resultados é importante contextualizar a situação enfrentada não apenas na instituição estudada, mas em todo o mundo. Com o surgimento do novo coronavírus, todas as instituições de saúde sofreram alterações no seu funcionamento. No centro cirúrgico do hospital estudado houve uma redução considerável do número de cirurgias se comparado ao ano anterior. Diante deste cenário pandêmico pode-se observar alguns pontos que permitiu a comparação entre os anos de 2019 com 2020, para poder clarificar a contextualização dos números que serão apresentados através dos gráficos.

O período pesquisado foi de janeiro a maio de 2020. No entanto, com o intuito de fornecer melhor análise dos dados obtidos, foi feito um comparativo com o ano anterior. Em 2019 foram agendadas 2.839 cirurgias eletivas, sendo 2.117 em 2020. Embora a diferença não seja grande, ao analisar os meses nota-se a influência da pandemia no curso normal da instituição.

Tabela 1. Total de cirurgias eletivas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019-2020

Ano	Cirurgias eletivas janeiro a maio	Representatividade em %
2019	2.839	100%
2020	2.117	74,57%
Diferença	722	25,43%

Importante salientar que a determinação da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional em resposta à pandemia do novo coronavírus ocorreu no dia 3 de fevereiro, porém as adaptações na instituição começaram a partir de março. Os esforços das gestões federativas visaram prestar o suporte necessário aos indivíduos acometidos pela COVID-19, no entanto, sem que o hospital deixasse de atender à população referenciada. Dito isso, se faz necessário reforçar que as taxas encontradas correspondem a uma parcela da totalidade, uma vez que o número de cirurgias agendadas é apenas um fragmento do potencial cirúrgico da instituição.

Trazendo de forma mensal, os quantitativos dos anos de 2019 e 2020 separadamente o que corroborou com a Tabela 1 na totalização do montante cirúrgico. Em janeiro de 2020 foram 595 cirurgias agendadas, em fevereiro 556 e em março 550, contra 549, 579 e 509 no ano de 2019, respectivamente. No mês de abril de 2019 foram 569 procedimentos agendados e 633 em maio contra 186 e 230 cirurgias no mesmo período em 2020.

Portanto, embora o número total de cirurgias nos cinco meses supracitados não tenha uma diferença considerável entre 2019 e 2020, ao analisar individualmente há uma queda significativa em função das adaptações por conta do novo coronavírus, conforme Tabela 1 de 25,43%, representados por 722 cirurgias eletivas.

Essa diminuição não afetou apenas o número de pacientes submetidos a procedimentos, mas também a rotina e escala das equipes. Como limitação da pesquisa, por



conta da incompatibilidade de horários com a secretaria de cirurgia, que detém os dados para análise, não foi possível a coleta de todos os dias, principalmente no mês de abril onde houve a maior perda dos dados.

A secretaria de cirurgia da instituição também fez um levantamento do número de cirurgias suspensas. De janeiro a maio de 2019 o setor contabilizou 820 cirurgias suspensas de 2.839 no total. No mesmo período 2020, foram 586 cirurgias suspensas no total das 2.117 cirurgias agendadas, conforme tabela 2. No entanto, neste estudo foram analisadas 366 suspensões, devido a limitação supracitada, levando a uma perda de 220 (38%) dos dados.

Março	92	25%
Abril	29	8%
Maio	80	22%

Os procedimentos eletivos são agendados de segunda a sábado. O dia com maior número de suspensões é a quarta-feira que apresentou 24% (89) dos cancelamentos, seguido de segunda com 23% (85) e terça com 21% (77). O dia com menos suspensões foi sexta com 15% (54), seguido de quinta com 17% (60), e sábado que apresentou apenas 1 suspensão. Este quantitativo se refere ao total dos 5 meses estudados, uma vez que o número diário de agendamentos não foi contabilizado.

As cirurgias de médio porte foram as que tiveram um maior número de suspensões, com 51,4% (187) seguida das cirurgias de grande porte com 37,4% (137) e pequeno porte com 11,3% (41) totalizando 255 cirurgias. O porte é descrito no mapa cirúrgico do dia, porém nem todas as cirurgias apresentam essa informação mostrando um déficit no preenchimento do impresso organizacional das cirurgias eletivas diárias.

Analisando o perfil dos pacientes que tiveram seus procedimentos suspensos 59,5% (217) são homens e 40,5% (148) mulheres. As idades variam de 1 a 93 anos, uma vez que a instituição atende todas as idades. Para melhor análise os dados foram separados entre pacientes menores e maiores de 18 anos. Dentre o primeiro grupo, a maioria das suspensões aconteceu com pacientes entre 2 e 13 anos. Já entre os pacientes maiores de idade, a faixa etária com maior número de suspensões é de 54 a 70 anos, o que sugere um provável perfil de atendimento da instituição.

A Figura 1 apresenta gráficos dos dados supracitados. Na parte superior, os dois grupos etários, e na parte inferior apresenta o quantitativo de suspensões por dia da semana e o porte cirúrgico.

Tabela 2. Total de cirurgias eletivas suspensas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019-2020

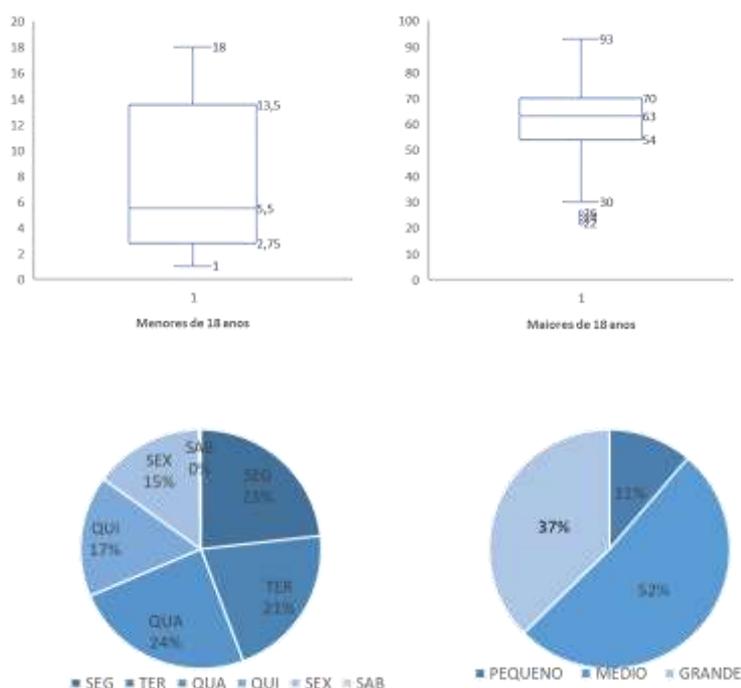
Ano	Cirurgias eletivas suspensas de janeiro a maio	Representatividade em %
2019	820	100%
2020	586	71,46%
Diferença	234	28,54%

Após a coleta foram identificadas 366 suspensões cirúrgicas (quase o total de cirurgias agendadas em janeiro de 2020). O mês com maior número de cancelamentos foi o mês de janeiro que apresentou 29% das suspensões com 105 procedimentos cancelados, seguido por março com 25% (92), e maio com 22% (80) dos procedimentos suspensos. O mês com menos suspensões foi fevereiro, com 16% e 60 cancelamentos. Abril apresentou a menor taxa por conta da limitação anteriormente explicada, com 29 cancelamentos (8%), conforme explicitado na Tabela 3.

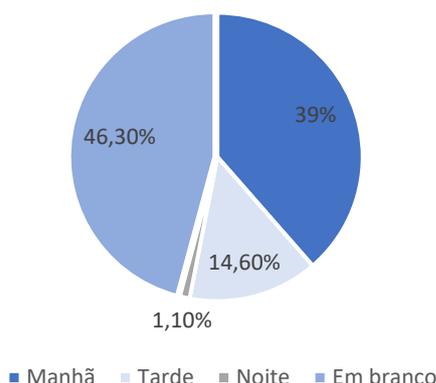
Tabela 3. Total de suspensões por mês. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020

Mês	Total	Porcentagem
Janeiro	105	29%
Fevereiro	60	16%

Figura 1. Perfil dos grupos etários, porcentagem das suspensões das cirurgias por dia da semana, porte cirúrgico e turnos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020



Suspensão por turno



Quando se trata do período do dia com maior número de suspensões, o turno da manhã (de 7 às 12:59 horas) apresentou 39% (142) dos cancelamentos, o turno da tarde (de 13 às 17:59 horas) teve 14,6% (53) e apenas 1,1% (4) cirurgias foram canceladas após as 18 horas. Esse resultado corroborou com o estudo que apresentou 54,13% das cirurgias suspensas no período matutino², contrariando outro estudo que serviu como base, onde apresentou o período da tarde com 54,95% das suspensões³. Essa diferença pode ser explicada pelo perfil de funcionamento de cada instituição. Dentre os procedimentos suspensos, 69,1% (253) estavam agendados para o primeiro horário da sala enquanto 30,9% (113) estavam agendados a seguir.

Apesar dos resultados desta pesquisa estarem de acordo com a literatura, é importante salientar a falha no preenchimento dos dados. Dos 364 dados coletados quanto ao turno do cancelamento, 46,3% (165) não apresentavam informação quanto ao horário de suspensão. Isso demonstra mais uma vez que os impressos disponíveis para organizar o processo de trabalho não foram preenchidos de maneira adequada. Um dos possíveis motivos para essa dificuldade seja o formato do impresso, o que pode estar desatualizado e que não fornece as opções que mais se adequariam ao processo de trabalho diário do setor.

O momento de suspensão em relação ao paciente, ou seja, em que momento do período perioperatório estava quando houve a suspensão, está diretamente relacionado com o tempo de jejum do paciente. Dos 366 procedimentos suspensos, 340 ocorreram antes do paciente dar entrada no centro cirúrgico, correspondendo a 92,9% dos dados. Após o paciente dar entrada no centro cirúrgico da instituição estudada, aguarda-se na sala de recuperação anestésica onde é realizado a punção venosa, e só então segue para a sala.

Esse momento é identificado nos dados como “antes do paciente entrar na sala operatória” e correspondeu a 5,8% (21) do resultado. Durante o processo

de indução anestésica houve alterações que impossibilitam o procedimento, como reações anafiláticas ou descompensações eletrofisiológicas o que acarretou a suspensão da cirurgia de 5 pacientes (1,3%). Alguns autores apresentaram em seus estudos que 53% dos procedimentos sendo realizados nas 24 horas que antecedem a cirurgia, em alguns casos chegando a suspender 1 hora antes do paciente dar entrada no centro cirúrgico⁶. Os dados encontrados nessa pesquisa corroboram com o descrito na literatura, uma vez que quase todos os procedimentos foram suspensos antes do paciente sair do setor de origem para realizar a cirurgia.

As especialidades que apresentaram maior taxa de cancelamento foram a cirurgia cardíaca com 22,4% (81), seguida da cirurgia vascular com 16,4% (60) e a neurocirurgia com 14,7% (54) das suspensões. Tendo em vista o nível de gravidade dos pacientes submetidos a procedimentos cardíacos, foram colocados em torno de 2 pacientes em espera por dia, o que trouxe um aumento no número de cancelamentos, uma vez que a especialidade apresentou de 3 a 4 cirurgias eletivas por dia. Essa dinâmica levou a um número maior de suspensões, e justificou ser a especialidade com maior taxa, ao contrário da literatura que apresenta ortopedia, proctologia, e urologia como especialidades que mais suspenderam cirurgias. Neste estudo, ortopedia apresentou 1,4% (5) e urologia 13,3% (49) das suspensões. Outro fator importante é que dentre as 19 especialidades que realizaram procedimentos na instituição, 13 totalizaram 25,4% (93) das suspensões, o que foi próximo do quantitativo total de suspensões da cirurgia cardíaca.

Abaixo, na Tabela 4, o total de procedimentos suspensos segundo levantamento da secretaria do setor. Embora o total seja diferente, ainda é possível perceber que a cirurgia cardíaca se manteve como a especialidade com maior número de suspensões, responsável por 20% (119) das mesmas, seguido da cirurgia vascular com 17,7% (104) e a neurocirurgia com 14,6% (86).

Tabela 4. Total de suspensões por especialidade no ano de 2020 segundo levantamento da secretaria de cirurgia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020

Especialidade	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20	Total
Cirurgia Geral	12	10	5	1	3	31
Cirurgia Vascular	24	23	22	19	16	104



Cirurgia Cardíaca	28	19	31	17	24	119
Cirurgia Proctológica	4	0	7	4	4	19
Cirurgia Torácica	3	4	7	0	3	17
Cirurgia Plástica	3	8	2	0	0	13
Cirurgia Pediátrica (CIPE)	2	7	0	0	0	9
Neurocirurgia	21	17	24	6	18	86
Cirurgia Urológica	18	13	25	11	12	79
Cirurgia Otorrinolaringologia	14	5	13	4	6	42
Cirurgia Ortopédica	3	8	3	0	1	15
Cirurgia de Mão	0	1	0	0	0	1
Cirurgia Ginecológica	4	3	3	0	1	11
Cirurgia Bucomaxilofacial	3	5	0	0	0	8
CTAC	0	0	1	0	0	1
Cirurgia Gástrica	0	1	0	0	1	2
Dermatologia	0	1	0	0	0	1
Outros	8	9	9	1	1	28
Total	147	134	152	63	90	586

Quando se trata da categoria profissional que realizou a suspensão temos outra limitação na pesquisa. Não há no impresso uma opção para descrever quem cancelou o procedimento (se foi o médico cirurgião, o anestesiológico ou o enfermeiro), o que dificultou a análise dessa informação. Além disso, 14,3% das suspensões não estavam assinadas por nenhum profissional. Dentre as que estavam, 78% (283) foram suspensas pelos cirurgiões, 6,3% (23) pelos anestesiológicos e apenas 1,4% (5) pelo enfermeiro plantonista. Destas últimas, as suspensões eram assinadas pelo motivo do cirurgião ter comunicado verbalmente, sem o preenchimento do impresso, ou o procedimento em questão era a realização de um exame de imagem sob anestesia, feito fora do centro cirúrgico. Encontrou-se também autores que apresentaram valores em seus estudos onde 35,8% das suspensões realizadas pelo médico cirurgião, o que sugeriu os dados encontrados nesta pesquisa estão de acordo com a literatura¹¹.

Ao analisar os motivos de suspensão, é importante salientar que nem todos os impressos estavam corretamente preenchidos ou apresentavam algum motivo específico. Das 366 suspensões apenas 268 estavam justificadas, uma vez que 17,7% (64) estavam totalmente em branco dificultando a análise dos resultados.

Dentre os motivos encontrados como justificativa, 52,8% (161) são de ordem administrativas, sendo 16,1% (49) de pacientes que “não internaram”. Esse resultado está dentro do encontrado na literatura, pois o absenteísmo correspondeu a 33,8% das suspensões em estudos⁴, enquanto outros autores apresentaram 10,5% das suspensões pelo mesmo motivo¹¹. Quanto aos motivos clínicos para o cancelamento do procedimento, 11,5% (35) ocorreram por uma “mudança de conduta”, ficando abaixo do encontrado no mesmo estudo que apresentou 24% dos cancelamentos¹¹, enquanto outros autores apresentaram 14,4% das suspensões como sendo “a critério do cirurgião” e a falta de material ocorreu em 3,9% (12) das suspensões².

A Tabela 5 apresenta as causas de cancelamento. É importante salientar que dentre os 9 pacientes que tiveram o procedimento suspenso por complicações respiratórias, 3 tiveram confirmação de COVID-19. Não é possível, porém, certificar-se que apenas 3 das suspensões foram por infecção pelo coronavírus, uma vez que os dados foram coletados apenas até maio, antes do pico da pandemia e as complicações clínicas, as quais não foram todas especificadas.

Tabela 5. Motivos de cancelamento. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020

Motivo	Causa	Total
Administrativos 52,8% (161)	Não internou	16,1% (49)
	Stand by	9,8% (30)
	Adiantado da hora	5,9% (18)
	Alimentou-se	4,3% (16)
	Falta exame	3,9% (13)
	Falta material	3,9% (12)
	Reagendado/Já realizado	3,6% (11)
	Fora do setor	3% (9)
	Alta	0,7% (2)
	Falta do termo assinado	0,3% (1)
Clínicos	Mudança de conduta	11,5% (35)



27,9% (85)	Complicação clínica	9,5% (29)	
	Urgência	3,9% (12)	
	Complicação respiratória	3% (9)	3 Covid-19
Variados 19,3% (59)	Outros	6,6% (20)	
	Ilegível	5,2% (16)	
	Falta Sangue	3,6% (11)	
	Falta vaga em UI	3% (9)	
	Recusou procedimento	1% (3)	

Ao calcular a taxa de suspensão ($n.^{\circ}$ de suspensões/ $n.^{\circ}$ de agendamentos = multiplicado por 100), temos dois resultados diferentes causados pela limitação do processo de coleta de dados. Baseando-se nos resultados encontrados na pesquisa, a taxa de suspensão corresponde a 17,2% estando dentro da literatura que apresenta valores entre 6% e 20%¹¹. Porém, ao avaliar a taxa a partir dos dados coletados pela secretaria de cirurgia, temos um salto para 27,9% das cirurgias canceladas, apresentando um perfil clínico considerável de mais de um quarto de todas as cirurgias agendadas nos primeiros cinco meses de 2020.

A temática tem sido abordada em pesquisas na área da saúde e assim verificou-se a importância de projetar os fatores, sejam eles causados por motivos administrativos, clínicos ou variados, que resultam nas suspensões. Isso levanta diversas discussões quanto a organização administrativa das instituições, o gerenciamento no CC, a reavaliação de processos. Após o conhecimento da taxa de suspensão, é possível otimizar o uso das salas operatórias e assim contribuir com a realização de um maior número de cirurgias beneficiando os usuários desses serviços^{12,13}.

Considerações Finais

Diante do exposto, temos enquanto perfil de suspensão cirúrgica da instituição, pacientes do sexo masculino, na faixa etária de 54 a 70 anos, que tiveram seus procedimentos suspensos no período da manhã, embora 49% das suspensões não tenham o horário de cancelamento identificado no impresso.

Do total de pacientes com a cirurgia suspensa, 69,1% estavam agendados para o primeiro procedimento da sala no dia, e tiveram sua suspensão realizada antes de entrar no centro cirúrgico (92%). Como quase metade dos resultados não possuíam o horário de suspensão, ainda que a maior parte dos pacientes tenha seu procedimento suspenso antes de entrar no centro cirúrgico não é possível avaliar o tempo de jejum que este paciente ficou submetido. Em consequência, não há garantia que esses procedimentos são suspensos antes do horário de almoço, permitindo a liberação da dieta do paciente e possibilitando o fim do jejum.

As cirurgias mais suspensas foram as cardíacas, por conta da dinâmica da especialidade, seguida pelos pacientes

da cirurgia vascular e da neurologia. Quase 80% dos procedimentos foram suspensos pelo cirurgião que apresentaram motivos administrativos como a principal causa de suspensão, pois dos 63% de procedimentos suspensos por este motivo, 16% correspondiam a pacientes que não estavam internados no dia da cirurgia agendada.

A taxa de cancelamento variou entre 17,2% e 27,6%, sendo alto se comparado a literatura. É um valor preocupante, uma vez que o cancelamento de cirurgias está diretamente relacionado com a qualidade da assistência prestada, levando a aumento de jejum, perda de credibilidade do serviço e reformulação da organização do setor. Além disso, o cancelamento do procedimento agendado causa sentimentos negativos de frustração e tristeza nos pacientes, aumentando o tempo de internação e consequentemente o risco de infecções hospitalares e o gasto da instituição.

Entendendo que 80% dos cancelamentos podem ser revertidos, principalmente quando se trata de suspensões de ordem administrativas, os resultados desta pesquisa evidenciam a necessidade e reformulação dos processos de trabalho, visando a melhora na qualidade. Se do total de procedimento suspensos, 16% eram de pacientes não internados, sugere uma necessidade de melhora na comunicação da equipe com o sujeito alvo do cuidado. Outro aspecto que precisa ser revertido é o não preenchimento do impresso adequadamente, visto que diversos pontos cruciais de análise como horário e motivo da suspensão estavam em branco, dificultando a identificação dos principais problemas e consequentemente a resolução e melhora da qualidade na assistência.

Como sugestão da pesquisa, fica a reformulação do impresso que organiza os procedimentos diários, bem como a sensibilização dos profissionais envolvidos no período transoperatório. Esta sensibilização se dará não somente acerca do correto preenchimento do impresso, mas também sobre as implicações direta para instituição e paciente após a suspensão de um procedimento agendado. Desta forma será possível avaliar futuramente de modo mais fidedigno os erros no processo de trabalho diário do centro cirúrgico, aumentando a qualidade da assistência e principalmente otimizando o tempo de serviço e consequentemente os recursos financeiros, humanos e materiais envolvidos.

Referências

1. Lima R, et al. Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas. Rev Enfem PUC Minas [Internet]. 2016 [acesso em 27 mai 2019];19(2):212–225. 2016. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13156>



2. Santos GAAC, Bocchi SMC. Cancelamento de cirurgias eletivas em um hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 10 jun 2019];70(3):533–42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0535.pdf
3. Pinheiro SL, et al. Taxa de cancelamento cirúrgico: indicadores e qualidade em um hospital universitário público. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 10 jun 2019];21:e1014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1150>
4. Sodré RL, Fahl MAFE. Cancelamento de cirurgias em um hospital na cidade de São Paulo. *RAS*. 2014;16(63):67-70.
5. Botazini NO, Carvalho R. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. *Rev SOBECC* [Internet]. 2017 [acesso em 10 jun 2019];22(4):230-44. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/267>
6. Amaral JAB, Spiri WC, Bocchi SCM. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Rev SOBECC* [Internet]. 2017 [acesso em 27 mai 2019];22(1)42-51. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/117>
7. Moreira LR, Xavier APR, Moreira FN, Souza LCM, Araújo OC, Santos TMB, et al. Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas. *Rev Enferm PUC Minas* [Internet]. 2016 [acesso em 19 dez 2020];19(2):212-225. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13156>
8. Botazini NO, Toledo LD, Souza DMST. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. *Rev SOBECC* [Internet]. 2016 [acesso em 27 mai 2019];20(4):210-19. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n4/210-219.pdf>
9. Bethesda: National Library of Medicine [Internet]. 2020 [acesso em 14 nov 2020]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
10. Hutter MPB. Indicadores de qualidade na gestão do centro cirúrgico. In: CARVALHO, R. (Coord.). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação anestésica*. Barueri: Editora Manole; 2015.
11. Pinheiro SL, et al. Taxa de cancelamento cirúrgico: indicadores e qualidade em um hospital universitário público. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 10 jun 2019];21:e1014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1150>
12. Lobo LC, Brito CF, Sabino AS, Mailma CA. Taxa de suspensão de cirurgias no Brasil: uma revisão integrativa. *REAC/EJSE* [Internet]. 2019 [acesso em 27 mai 2019];4:e497. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/497/459>
13. Silva FA, et al. Sentimento do paciente frente ao cancelamento da cirurgia. *Rev Univap* [Internet]. 2016 [acesso em 27 mai 2019];22(40). Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/1061/863>

