

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS SUSPENSÕES CIRÚRGICAS OCORRIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS NO ANO DE 2015 – MANAUS, AMAZONAS

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF SURGICAL SUSPENSIONS OCCURRED AT THE GETULIO VARGAS UNIVERSITY HOSPITAL IN 2015 – MANAUS, AMAZONAS

Thiago Tinôco Lungareze*, Roger Arthur da Cunha Alves*, Márcio Lopes Faria*, Gualter Ferreira de Andrade Júnior*, José Paulo Guedes Saint Clair**, Raissa Barakatt de Figueiredo**

*Médicos residentes de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas

**Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Amazonas

RESUMO

O cancelamento ou suspensão de uma cirurgia eletiva representa um problema já conhecido em muitas instituições de saúde que proveem este benefício. Este trabalho trata-se de um estudo observacional transversal de abordagem quantitativa e caráter retrospectivo, cujo objetivo foi traçar o perfil epidemiológico das suspensões cirúrgicas ocorridas no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) no ano de 2015, utilizando-se a consulta dos registros realizados pela equipe administrativa e de enfermagem como instrumento de coleta de dados. Foi observado um total de 897 suspensões cirúrgicas no ano de 2015, e dentre estes pacientes, 48,4% eram do sexo feminino e 51,6% do sexo masculino; 64,4% das cirurgias suspensas estavam marcadas para o turno da manhã e 35,6% para o turno da tarde. A principal causa de suspensão foi a falta de preparo clínico (27,6%) e absenteísmo do paciente (21,4%); a falta de material biológico ou cirúrgico representou 11% das suspensões e 9% foram por falta de exames pré-operatórios no momento da cirurgia. As equipes cirúrgicas que mais suspenderam cirurgias foram a Cirurgia Geral e Aparelho Digestivo (CGAD), com 35% do total das suspensões, seguido da Ortopedia (21%) e Neurocirurgia (12,5%). O conhecimento das principais causas de suspensões de cirurgias eletivas agendadas é de fundamental importância para a elaboração de estratégias contra este problema. Estima-se que cerca de 58% das cirurgias suspensas poderiam ser evitáveis, no entanto, mais estudos neste campo devem ser realizados para a correta quantificação destes números, bem como para o encontro da melhor estratégia para a diminuição do mesmo.

Palavras-chave: Cirurgia eletiva. Suspensão cirúrgica. Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

The cancellation or suspension of an elective surgery represents a problem already known in many health institutions that offer this benefit. This is a cross-sectional observational study with a quantitative and retrospective approach which objective is to trace the epidemiological profile of surgical suspensions at the Getúlio Vargas University Hospital (HUGV) in the year of 2015, using the records of the management and nursing team as an instrument for data collection. It was observed a total of 897 surgical suspensions in the year 2015, and among the patients, 48.4% were female and 51.6% were male; 64.4% of the surgeries were scheduled for the morning shift and 35.6% for the afternoon shift. It was observed a total of 897 surgical suspensions in the year 2015,

and among the patients, 48.4% were female and 51.6% were male; 64.4% of the surgeries were scheduled for the morning shift and 35.6% for the afternoon shift. The main cause of suspension was the lack of clinical preparation (27.6%) and patient absenteeism (21.4%); the biological or surgical material shortage represented 11% of the suspensions and 9% were due to a lack of preoperative exams at the time of surgery. The surgical teams that most suspended operations were the General Surgery and Digestive System (CGAD), with 35% of the total suspensions, followed by Orthopedics (21%) and Neurosurgery (12.5%). Knowledge of the main causes of suspensions of scheduled elective surgeries is paramount for the elaboration of strategies against this problem. It is estimated that about 58% of suspended surgeries could be avoided, however, additional studies should be performed to find the correct quantification of these numbers and the best strategy for its decrease.

Keywords: Elective surgery. Surgical suspension. Epidemiological profile.

INTRODUÇÃO

O cancelamento ou suspensão de uma cirurgia eletiva apresenta um problema já conhecido em muitas instituições de saúde que provêm este benefício.¹⁻⁷ Fatores como o atraso na realização de procedimentos essenciais ao paciente, prolongamento da fila de espera, o gasto com a internação não resolutive, o não repasse financeiro da cirurgia proposta, a subutilização dos recursos humanos especializados e a interferência de forma negativa no aprendizado dos residentes e acadêmicos, constituem apenas alguns dos vários prejuízos que a suspensão de uma cirurgia eletiva proporciona, demonstrando a importância das taxas de suspensões cirúrgicas para avaliar a eficiência das especialidades cirúrgicas e das estratégias adotadas pelo hospital para realizá-las.^{2,3,8,9,10}

Ao tentarmos dividir as suspensões cirúrgicas levando em conta a faixa etária, o turno em que são mais frequentes, a equipe cirúrgica e as causas sejam elas por desistência do paciente ou por falta de preparo clínico da instituição, por exemplo, muitas vezes percebemos que a correta quantificação do problema é de difícil resolução,^{1,3} tanto pela falta de registro ou mesmo pelo registro incorreto da verdadeira causa, chegando ao nível dos agendamentos de cirurgias ultrapassarem a capacidade que os hospitais possuem de realizá-las (overbooking).

O intervalo de tempo entre a realização da cirurgia prevista e seu cancelamento é um fator de suma importância na diminuição do problema em questão. É evidente que os impactos tanto para o paciente quanto para as instituições são menores se o cancelamento for feito antes do afastamento do paciente de suas atividades e de sua internação.¹¹ Por outro lado, as cirurgias que são canceladas no dia de sua realização levam, entre outros malefícios, ao aumento de custos hospitalares e ao prejuízo socioeconômico ao paciente que terá que se afastar novamente na próxima vez que for se submeter ao pré-operatório, facilitando o aumento do absenteísmo cirúrgico.^{11,12}

Em meio a tantos prejuízos à instituição que esse problema proporciona, não podemos deixar de abordar as questões psicológicas que rodeiam o paciente, que muitas das vezes enxerga o hospital como um lugar hostil e traz consigo muitas dúvidas a respeito do procedimento a ser realizado e do profissional que irá executá-lo.^{8,11,12,13,14} Para este ser humano dotado de sentimentos, não importa o quão simples seja o procedimento cirúrgico, será sempre estranho e inseguro colocar sua vida nas mãos de um desconhecido.^{10,13} Além do mais, o absenteísmo tem se mostrado o segundo maior motivo pelo qual as cirurgias eletivas estão sendo canceladas atualmente,

revelando a necessidade de uma abordagem mais humanista nos ambientes hospitalares.^{7,8,12}

É certo que muitas causas de suspensões cirúrgicas poderiam ser evitadas, no entanto outras são imprevisíveis, e o conhecimento das principais causas de suspensões para o planejamento e criação de estratégias atenuadoras deste número é de fundamental importância na melhor alocação de recursos e melhoria na assistência ao paciente.^{3,4,7,9,10,13}

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal de abordagem quantitativa e caráter retrospectivo cujo objetivo foi traçar o perfil epidemiológico das suspensões cirúrgicas ocorridas no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) no ano de 2015, utilizando-se a consulta dos registros realizados pela equipe administrativa e de enfermagem no referido ano como instrumento de coleta de dados.

O cenário de estudo foi o Hospital Universitário Getúlio Vargas, localizado na Avenida Apuriná, nº 4, Praça 14 de Janeiro, CEP: 69020-170, Manaus/AM. Foram incluídos no estudo todos os pacientes que apresentaram suas cirurgias eletivas a ser realizadas no HUGV suspensas no ano de 2015. Foram excluídos deste estudo insucessos durante o procedimento cirúrgico e insucessos anestésicos como causas para a suspensão cirúrgica.

As suspensões cirúrgicas encontradas foram divididas nas seguintes variáveis: turno (manhã e tarde); sexo; faixa etária (considerando crianças com menos de 1 ano como tendo zero anos); equipe cirúrgica (ortopedia, neurologia, cirurgia geral e aparelho digestivo - CGAD, cirurgia torácica, otorrinolaringologia, ginecologia, urologia, coloproctologia, cirurgia vascular, cirurgia da cabeça e pescoço, oftalmologia e plástica) e causas (absenteísmo, sem preparo clínico, falta de exames pré-operatórios, sem material cirúrgico ou biológico, sem disponibilidade de leito pós-operatório em CTI, falta de tempo, sem cirurgião disponível no bloco, sem anestesista disponível no bloco, cirurgias sem indicações, sem sala cirúrgica disponível e alta no pré-operatório).

Para a análise estatística dos dados coletados foram feitos os cálculos das frequências absolutas simples e relativas para as variáveis listadas anteriormente. Já na análise das variáveis quantitativas foi calculada a mediana, média e desvio-padrão (Dp). O software utilizado para a análise dos dados foi o programa Epi Info versão 7.2 para Windows, que é distribuído gratuitamente pelo Centro de Controle de Doenças Norte-americano (CDC).

Aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram dispensados por se tratar de uma pesquisa que analisa prontuários.

RESULTADOS

Foi observado um total de 897 suspensões cirúrgicas no HUGV no ano de 2015. Deste total, 48,4% se tratavam de pacientes do sexo feminino e 51,6% de pacientes do sexo masculino. A suspensão de acordo com a faixa etária ocorreu conforme o gráfico 1 abaixo:

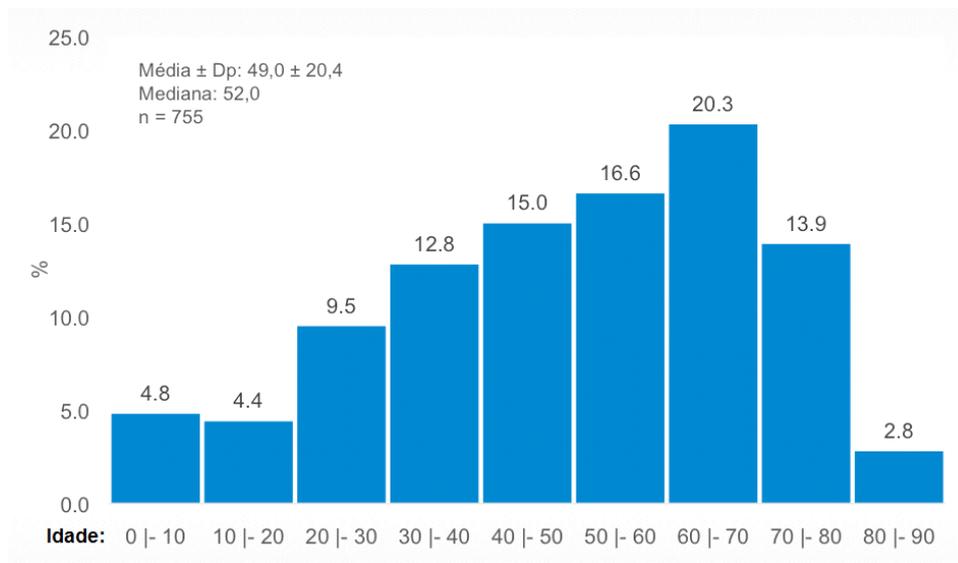


Gráfico 1. Distribuição segundo a faixa etária. Mediana, média e desvio-padrão (Dp) dos pacientes amostrados, Manaus - AM.

As suspensões de acordo com o turno, especialidade cirúrgica e motivo foram organizadas a seguir, na tabela 1:

<i>Variáveis</i>	<i>f_i</i>	<i>%</i>
Turno (n = 897)		
Manhã	578	64,4
Tarde	319	35,6
Especialidade (n = 898)		
Ortopedia	189	21,0
Neurocirurgia	112	12,5
CG-AD	314	35,0
Cirurgia Torácica	18	2,0
Otorrinolaringologia	30	3,3
Ginecologia	68	7,6
Urologia	60	6,7
Coloproctologia	27	3,0
Vascular	56	6,2
Cabeça e Pescoço	8	0,9
Oftalmologia	11	1,2
Plástica	5	0,6
Motivo (n = 896)		
Absenteísmo	192	21,4
Sem preparo clínico	246	27,6
Sem exames pré-operatórios	81	9,0
Sem material	99	11,0
Sem CTI	72	8,0
Falta de tempo	74	8,3
Sem cirurgião	57	6,4
Sem anestesista	6	0,7
Sem indicação	36	4,0
Sem sala cirúrgica	24	2,7
Suspenso por alta no pré-operatório	4	0,4
Sem preparo clínico e pré-operatório	2	0,2
Sem preparo clínico e sem CTI	1	0,1
Sem material e sem CTI	1	0,1
Sem material e sem sala cirúrgica	1	0,1

f_i = frequência absoluta simples.

Tabela 1. Distribuição de acordo com o turno, especialidade cirúrgica e motivo. Manaus - AM.

Os motivos das suspensões cirúrgicas, por ser uma variável extremamente relevante, foram organizados no gráfico 2 a seguir para melhor demonstrar as causas principais que levaram às suspensões de procedimentos cirúrgicos.

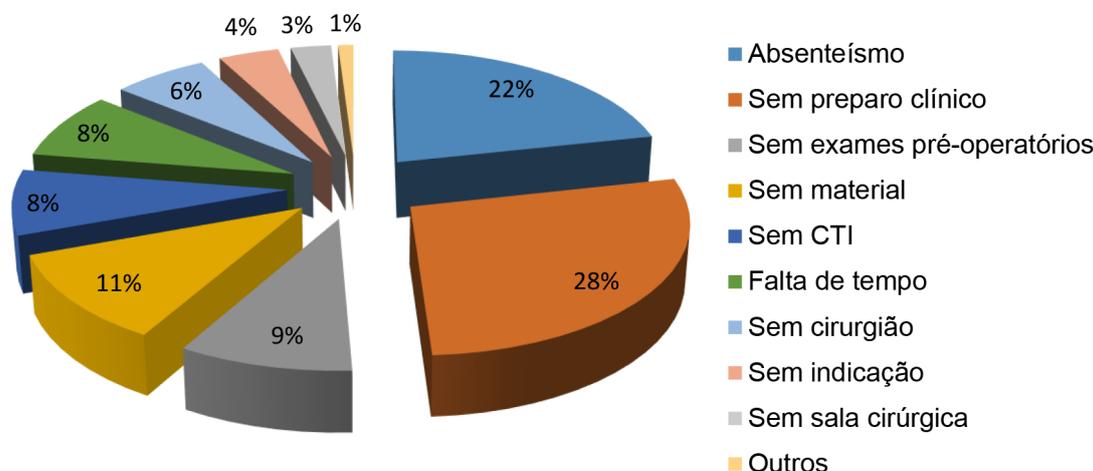


Gráfico 2. Motivos das suspensões cirúrgicas. Manaus - Amazonas.

Observou-se nesse levantamento que não houve tendência a suspensões por conta do sexo. Ocorreram mais suspensões pelo turno da manhã (64,4%), e a principal causa foi a falta de preparo clínico (27,6%), que este estudo considerou como qualquer achado clínico no momento da cirurgia que impossibilitava a realização da mesma (hipertensão não controlada, hiperglicemia, infecções, etc). Outra grande causa de suspensão foi o absenteísmo do paciente (21,4%).

As equipes cirúrgicas que mais obtiveram suspensões foi a Cirurgia Geral e Aparelho Digestivo (CGAD) com 35% do total, seguida da Ortopedia (21%) e Neurocirurgia (12,5%), mas não se pode afirmar que relativamente foram quem mais suspenderam, haja visto que o presente estudo não analisou esta variável.

DISCUSSÃO

A suspensão cirúrgica implica em grandes prejuízos não só para o paciente, mas também para a equipe profissional envolvida e o hospital, devido a ocupação do leito, a reserva da sala operatória, o desperdício de material cuja esterilização é dispendiosa, as pessoas envolvidas no preparo de material e da sala cirúrgica e a perda da oportunidade de inclusão de outro paciente na programação cirúrgica.⁵ Por isso, o conhecimento sobre as principais causas de suspensões de cirurgias eletivas agendadas é de fundamental importância para a elaboração de estratégias contra este problema.

Como pode ser visto no gráfico 2, o não comparecimento e a situação clínica desfavorável dos pacientes ocuparam cerca de 50% dos motivos para suspensão dos procedimentos cirúrgicos neste estudo. Resultados equivalentes podem ser encontrados em pesquisas nesta temática.^{5,12,15}

Uma explicação para o porquê de o índice da clínica desfavorável ser tão significativo dentre os motivos de suspensões cirúrgicas é que a avaliação clínica do paciente ocorre geralmente durante consulta ambulatorial; logo, a marcação da cirurgia é geralmente realizada com muita

antecedência, ficando o paciente susceptível às mudanças em suas condições clínicas, o que pode inviabilizar o procedimento cirúrgico.

Pode-se observar que o índice de suspensões cirúrgicas é predominante na terceira idade. A isto podemos correlacionar o fato de que o paciente cirúrgico, especialmente o idoso, que apresenta mentalidade mais fechada à “Medicina Moderna”, ao ser hospitalizado, traz consigo expectativas, dúvidas e temores sobre os acontecimentos que irá vivenciar. Ele estará em um ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, longe de sua família e amigos. Seu corpo será agredido, cortado, mutilado. Muitas dúvidas e medos vêm à tona - Sentirei dor?, Ficarei curado?, Quanto tempo ficarei no hospital?, sendo que essas preocupações, em geral, estão voltadas para a realização da cirurgia e não para a suspensão da mesma.⁸ Além disso, os idosos são biologicamente a faixa etária com mais propensão a suspensões cirúrgicas devido à falta de preparo clínico.

O índice de absenteístas, o segundo motivo mais significativo de suspensões cirúrgicas, é um problema alarmante, e para explicá-lo deve-se levar em consideração os aspectos psicológicos dos pacientes envolvidos. Estes demonstram revolta, desconfiança na equipe, insegurança, intenso estresse e aumento do nível de tensão, que os desestimulam a realizar o procedimento cirúrgico. A falta de material biológico ou cirúrgico (medicações anestésicas, pinças cirúrgicas, equipamento para monitorização hemodinâmica, reserva de concentrado de hemácias, etc) representou 11% das suspensões e 9% foram por falta de exames pré-operatórios no momento da cirurgia (eletrocardiograma, ecocardiograma, espirometria, raio-x, dentre outros). A falta de leito disponível em CTI acarretou 8% das suspensões e a falta de cirurgião disponível no bloco para realização da cirurgia 6,4%.

Os motivos técnicos relativos à falta de cirurgião, leitos e estrutura adequada nos hospitais, embora não representem a maior porcentagem, são problemas muito alarmantes que dependem de uma instância muito maior (Governo) para serem resolvidos.

Se se houvesse possibilidade de substituir os pacientes absenteístas por outros em espera, poder-se-iam evitar 21,4% das suspensões, como já demonstrado em trabalhos anteriores.^{3,4} Para isso, podem ser tomadas medidas simples, como a busca ativa, por telefone, da confirmação da presença dos pacientes no mapa, no dia anterior.

O correto preparo dos pacientes no ambulatório pela equipe cirúrgica e anestésica evitaria 9% das suspensões por falta de exames pré-operatórios. Em trabalhos anteriores, este número chegava a 28%.³ Além disso, os pacientes estariam melhor preparados clinicamente no momento da cirurgia, evitando-se parte das suspensões por achados clínicos no momento cirúrgico e diminuindo, conseqüentemente, os 28% de suspensão por falta de preparo clínico.

Nesta linha de pensamento, pode-se considerar que pelo menos 58% das vezes as suspensões são evitáveis se fossem tomadas medidas como check-list, substituição de pacientes faltosos, avaliação pré-anestésica ambulatorial, entre outras medidas.⁴

CONCLUSÃO

As suspensões cirúrgicas acarretam grandes prejuízos a todos os envolvidos e, por isso, necessitam de mecanismos para serem minimizadas. O primeiro passo para se alcançar este objetivo é conhecer o perfil epidemiológico das suspensões cirúrgicas, tema abordado neste trabalho, para que se possa implantar dispositivos e ações que minimizem a ocorrência deste problema. O presente estudo chegou à conclusão de que cerca de 58% das cirurgias suspensas no HUGV poderiam ser evitadas; no entanto, mais estudos neste campo devem ser realizados para o

encontro da melhor estratégia para a diminuição deste valor.

REFERÊNCIAS

1. Sultan N, Abdul R, Syed MA. Reasons for cancellation of elective cardiac surgery at Prince Sultan Cardiac Centre, Saudi Arabia - **J Saudi Heart Assoc** 2012;24:29-34. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3727550/>>.
2. Hovlid E, Oddbjørn B, Kjell H, Aslak BA, Christian P. **A new pathway for elective surgery to reduce cancellation rates.** *BMC Health Services Research* 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22686475>>.
3. Gaucher S, Boutron I, Marchand-Maillet F, Baron G, Douard R, Béthoux J. **Assessment of a Standardized Pre-Operative Telephone Checklist Designed to Avoid Late Cancellation of Ambulatory Surgery: The AMBUPROG Multicenter Randomized Controlled Trial.** *PLOS ONE*; 2016; 11(2): e0147194. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147194>>.
4. Kumar R, Gandhi R - Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. **Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology** 2012; 28(1); January-March. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275976/>>.
5. Landim FM, Paiva FDS, Fiuza MLT, Oliveira EP, Pereira JG, Siqueira IA. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade - **Rev. Col. Bras. Cir.** 2009; 36(4): 283-287. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010069912009000400002&script=sci_abstract&tlng=pt>.
6. Avila MAG, Bocchi SCM - Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo - **RevEscEnferm USP** 2013; 47(1):193-7. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>.
7. Bonfim VO, Ferreira JBC - Análise do Absenteísmo cirúrgico em hospital público - **Rev. Baian. De Saud. Publ.** 32(2): 241-252, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/2386/1/>>.
8. Avalcante, JB; Pagliuca, IMF.; Almeida, PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, 2000; 8(4): 59-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12385>>.
9. Sovieiro, C. **Implantação do indicador de taxa de suspensão das cirurgias eletivas em hospital de referência ao trauma do SUS no RS: causas e relevância na segurança dos pacientes.** (Artigo). Porto Alegre: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS; 2015. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/5313>>.
10. Callegari, DS; Batista, HMT; Silveira, GMDM. Monitoring the Suspension of Surgical Procedures. **Internacional Archives of Medicine**, 2015; 4(111): 1-7. Disponível em: <<https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1151/905>>.
11. 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. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_cancelamento-de-cirurgias-em-um-hospital-universitario.pdf>.

12. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2006; 14(1):48- 53. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000100007&scr ipt=sci_abstract&tlng=es>.

13. Garcia, ACKA. Além das taxas de suspensão cirúrgica: uma análise de seus reais motivos. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 7. 2011 Maringá, PR. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/ana_carolina_korki_arrabal_garcia%20\(1\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/ana_carolina_korki_arrabal_garcia%20(1).pdf)>.

14. Aquino, FMD; Moura, VLFD.; Pinto, ACS. A suspensão de cirurgia e o processo de comunicação. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online); 2012; 4(2): 2998-3005, abr.-jun. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-22433>>.

15. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **RevEscEnferm USP**. 2007; 41(1):113-9. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/310>>.