

**ARTIGO ORIGINAL****Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas**

Assessment of the reasons for cancellation of elective surgeries

Luzimar Rangel Moreira¹, Anna Patrícia Rezende Xavier², Francielly Nayhara Moreira²,
Luana Cristina Monteiro de Souza², Ocione Cristina de Araujo², Tânia Mara Bernardes
Santos², Yasmin Fernandes Costa²

RESUMO

O ato cirúrgico relaciona-se com mobilização de recursos humanos, materiais e aparato tecnológico. Caso ocorra suspensão cirúrgica, as consequências são desfavoráveis e incidem sobre o usuário, família, equipe de trabalho e a instituição. Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa de um coorte retrospectivo utilizou dados relacionados à quantidade de cirurgias eletivas realizadas e canceladas de julho a dezembro 2013, gerados pelo Sistema Operacional *Hospitale/Strategic Advisere* de um Hospital de grande porte em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Nesse período, foram programados 5746 procedimentos cirúrgicos, sendo 298 cancelados, evidenciando taxa média de suspensão cirúrgica de 5,2%. As maiores causas de suspensão cirúrgica são faltas de autorização (31,5%) seguido do paciente sem condições clínicas (19,5%). Percebe-se que os motivos de cancelamento cirúrgico relacionam-se aos problemas administrativos e a existência de lacunas nas ações direcionadas ao paciente.

Palavras-chaves: Cirurgia Geral. Enfermagem. Salas Cirúrgicas. Hospitais. Convênios.

ABSTRACT

The surgery is related to human resources, material and technological equipment. A surgical suspension can cause many troubles for all those who are involved like the patient, the family, work team and the institution. Descriptive research used the elective surgeries datas and all those that were canceled in the period of July to December of 2013 generated by the operating system *Hospitale/Strategic Advisere* of a large hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. In this period, 5746 surgical procedures were scheduled but 298 off those were cancelled, in other words 5,2%. The major causes of surgical release suspension were lack of authorization (31,5%) followed by patients without medical conditions (19,5%). It is clear that the reasons for cancellation surgical relate to administrative problems and the existence of gaps in the actions directed to the patient.

Keywords: General Surgery. Nursing. Operating Rooms. Hospitals. Joint Ventures.

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, Professora Assistente IV da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

² Acadêmicas de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG).

INTRODUÇÃO

No passado, a cirurgia era considerada o último recurso aplicável a doentes para os quais não havia mais remédios que lhes restabelecessem a normalidade. Com a evolução, a cirurgia passou a ter também lugar no tratamento de algumas doenças¹. Ela progrediu como uma ciência no século XX, proporcionando meios para tratar condições que eram difíceis ou impossíveis de tratar somente com a clínica².

Os primeiros cirurgiões possuíam pouco conhecimento dos princípios de assepsia, e as técnicas anestésicas eram primitivas e inseguras. Por volta de 1840, houve a descoberta da anestesia, iniciando uma revolução no campo da cirurgia. A anestesia forneceu a combinação entre analgesia, relaxamento muscular e amnésia, permitindo que o tempo do procedimento cirúrgico fosse estendido. A lavagem das mãos no século XIX, junto com o desenvolvimento da teoria dos germes, proporcionou o estudo das técnicas assépticas, com redução das infecções e da mortalidade pós-operatória².

A técnica cirúrgica abrange a abertura ou não do corpo para remoção, reparo, ou substituição de uma parte, implante de próteses ou órgãos³.

Atualmente, sua prática exige o conhecimento de anatomia, fisiologia, bioquímica, imunologia, bacteriologia, metabolismo, além da habilidade técnica¹.

Na busca de maior qualidade na assistência, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que recomenda aos países maior vigilância no processo de trabalho. Um dos desafios identificados é a implantação dos *checklists* como o Protocolo Cirurgia Segura Salva Vidas, de verificação de segurança cirúrgica, o qual foi desenvolvido com o intuito de reforçar práticas de segurança e ajudar as equipes a reduzirem ocorrências de danos ao paciente⁴.

Segundo a OMS, o *checklist* de Cirurgia Segura deve ser seguido por três etapas: identificação do paciente antes da indução anestésica, confirmação antes da incisão cirúrgica e registro antes da saída do paciente da sala cirúrgica⁴.

Os procedimentos cirúrgicos são classificados de acordo com a gravidade, urgência e propósito². Os tipos de cirurgias são definidos como emergência (tratamento que necessita de atuação imediata e rápida, por se tratar de uma situação crítica)⁵, urgência (consiste no tratamento que exige atuação mediata, podendo manter um tempo de espera)³ ou

eletiva (todo procedimento cirúrgico terapêutico possível em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência)⁶.

A realização de uma cirurgia é significativa para o paciente a ponto de desencadear reações com a mesma proporção de uma situação traumática. A intervenção cirúrgica requer preparo prévio do paciente e da família, com a realização de exames pré-operatórios laboratoriais e de imagem. O paciente deve passar por avaliação clínica e cardiológica para que a cirurgia de fato seja realizada. Também pode envolver aceitação da cirurgia, preparo físico e psicológico, interferência no estilo de vida, alterações socioeconômicas pelo afastamento no trabalho, que pode gerar situação de estresse e inquietude pelo medo do desconhecido^{7,8}.

Além disso, o ato cirúrgico relaciona-se também com uma grande mobilização de recursos humanos, materiais e de aparato tecnológico. Seu agendamento envolve trabalho administrativo e assistencial, além de interferir no planejamento das equipes e no fluxo das unidades de apoio. O atendimento supre as necessidades do paciente nos períodos pré, trans e pós-

operatório, envolve a equipe médica, enfermagem, laboratório, farmácia, esterilização, depósito de materiais, dentre outros⁸.

Caso ocorra suspensão cirúrgica, as consequências são desfavoráveis e incide tanto sobre o usuário e seu familiar, quanto para a equipe de trabalho e a instituição de saúde. Dessa forma, pode ocorrer um prejuízo no vínculo de confiança do paciente com a instituição, e esta, terá prejuízos financeiros, perda da qualidade do serviço prestado e desgaste físico e emocional da equipe multidisciplinar^{9,10}.

O cancelamento de procedimentos cirúrgicos eletivos tem sido tema de investigação não apenas no Brasil, mas em outros países como Austrália, Irlanda, México, Estados Unidos e Reino Unido. Estudos evidenciam alta frequência de cancelamentos originados por problemas organizacionais das instituições de saúde, dentre eles a falta de leitos, erros de agendamento, falhas de comunicação e demais problemas administrativos¹⁰.

Pode-se perceber que o cancelamento de cirurgias eletivas não é falha somente do sistema ou da equipe hospitalar. Muitas vezes o cancelamento transcende a dimensão administrativa e recai na condição clínica desfavorável à cirurgia, o não comparecimento ou a falta de jejum do paciente^{7,8}.

Os profissionais que atuam neste setor vivenciam continuamente situações instáveis que podem estar ligadas à condição dos clientes e à dinâmica da própria unidade (relações interpessoais, administrativas, assistenciais, dentre outras). Compreendendo o elenco de agentes estressores, a problemática da suspensão cirúrgica muitas vezes inesperada, desestabiliza o planejamento prévio e desgasta os profissionais envolvidos⁹.

Para a instituição hospitalar, a ocupação do leito, a reserva da sala operatória, a mobilização por parte da equipe do centro cirúrgico envolvida no preparo da sala cirúrgica e do material acarretam a perda da oportunidade de inclusão de outro paciente na programação cirúrgica e provoca prejuízos incalculáveis para todo sistema hospitalar envolvido¹¹.

Este trabalho torna-se relevante, pois permitiu a avaliação dos dados relacionados ao cancelamento de cirurgias eletivas e a partir destes, conhecer os principais motivos que levam a este cancelamento. Essa avaliação proporcionou reflexão para os profissionais atuantes no centro cirúrgico, trazendo implicações na prática profissional.

Diante do exposto, pode-se constatar que o cancelamento cirúrgico interfere no processo de trabalho e da

instituição, pois reduz os padrões de qualidade do serviço e aumenta os custos hospitalares. Para os profissionais pode gerar desgaste físico e estresse ocupacional. Já para os pacientes pode influenciar no estado emocional, além de impactar no preparo operatório. Fundamentado nesse cenário, é importante conhecer as variáveis que favorecem o cancelamento das cirurgias.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa a partir de uma coorte retrospectiva, cujo objetivo é avaliar os dados documentais gerados pelo Sistema Operacional *Hospitale/Strategic Advisere* que é alimentado mensalmente pelos enfermeiros do Bloco Cirúrgico da Instituição. Esses dados identificam a quantidade de cirurgias eletivas realizadas e canceladas no período de julho a dezembro de 2013. Para a realização do estudo os dados de cirurgias de emergência e urgência foram excluídos.

O termo coorte é usado para descrever um grupo de indivíduos que apresentam um evento em comum, sendo reunidos e observados por um determinado período de tempo. Na coorte retrospectiva as informações sobre a exposição e o

desfecho já ocorreram antes do início do estudo¹².

O Hospital presta atendimento particular, a convênios e ao SUS e possui uma equipe multiprofissional qualificada, recursos diagnósticos de tecnologia avançada com infraestrutura que visa oferecer ao cliente segurança e qualidade no atendimento. Atende as clínicas de cardiologia, geral, gástrica, ginecologia, ortopedia, otorrinolaringologia, plástica, pneumologia, proctologia, urologia, vascular, dentre outras.

Além disso, possui Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) clínica, coronariana e pós-cirúrgica. A UTI pós-cirúrgica possui 12 leitos para recuperação de pacientes vítimas de enfermidades agudas ou submetidas a cirurgias de alta complexidade.

O Centro Cirúrgico da Instituição possui a mais moderna tecnologia para atender cirurgia geral, neurocirurgia, ortopedia e cardiologia. Seu funcionamento é de 24 horas para atender as cirurgias eletivas, de urgência e de emergência, com capacidade média de 40 cirurgias diárias e, média mensal de 958 cirurgias. Com 12 salas operatórias e 12 leitos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), a equipe é composta por médicos associados, por enfermeiros no Bloco Cirúrgico (BC) e enfermeiro na

Central de Material Esterilizado (CME) e técnicos de enfermagem.

Para a avaliação dos dados foi elaborada uma planilha no programa Microsoft Excel, que em seguida, foi transformada em tabela e gráficos com informações sobre cirurgias, data e motivos do cancelamento das cirurgias, referentes aos meses de julho a dezembro de 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação da taxa de suspensão de cirurgias pode trazer melhorias na qualidade da assistência e eficiência do serviço prestado¹⁰. Para a construção do indicador de suspensão cirúrgica, foram considerados o total de cirurgias programadas e os cancelamentos no período de julho a dezembro de 2013, sendo agrupados por clínicas e principais causas.

Nesse período, foram programados 5746 procedimentos cirúrgicos, sendo 298 cancelados, o que evidenciou uma taxa média de suspensão cirúrgica de 5,2%. Sendo assim, no total de cirurgias agendadas, o mês de julho representou 1030 (18,0%) cirurgias programadas e 48 (4,7%) canceladas; agosto 971 (16,9%) programadas e 35 (3,6%) canceladas; setembro 913 (15,9%) programadas sendo

42 (4,6%) canceladas; outubro 1025 (17,8%) programadas e 52 (5,1%) canceladas; novembro 945 (16,4%) programadas e 62 (6,6%) canceladas e em dezembro 862 (15,0%) programadas, sendo 59 (6,8%) canceladas. Com a avaliação mensal das variáveis das cirurgias eletivas marcadas com as cirurgias realizadas e as suspensas,

observou-se que agosto possui a menor taxa de suspensão (35=3,6%) e dezembro a maior taxa (59=6,8%), o que corresponde a (15,0%) da taxa de cancelamento. Os cancelamentos foram subdivididos entre SUS com total de 67 (22,5%) cirurgias canceladas e convênios com total de 231 (77,5%) cirurgias canceladas no período (Tabela 1).

Tabela 1 – Taxa mensal e geral de cancelamentos de cirurgias eletivas no período de julho a dezembro de 2013

Mês	Cirurgias Agendadas	Cirurgias Realizadas	Porcentagem Cirurgias Realizadas	Cancelamentos			Porcentagem Cancelamento
				Nº	SUS	Convênio	
Jul.	1030	982	95,3%	48	11	37	4,7%
Ago.	971	936	96,4%	35	09	26	3,6%
Set.	913	871	95,4%	42	11	31	4,6%
Out.	1025	973	94,9%	52	12	40	5,1%
Nov.	945	883	93,4%	62	16	46	6,6%
Dez.	862	803	93,2%	59	08	51	6,8%
Total	5746	5448	94,8%	298	67	231	5,2%

Fonte: Sistema Strategic Adviser (2013).

Na Tabela 1, observou-se que há uma variação na porcentagem de cancelamento entre 3,6% e 6,8%. Artigos da Espanha, Austrália, Inglaterra, Nigéria, Jordânia e do Brasil trazem estudos que mostram taxas de suspensão de cirurgias com variação de 3,6% a 28%¹³.

Estudos brasileiros mostram dados de um Hospital Público do Município de Uberaba (MG), de grande porte, no período de 2006 a 2007, demonstram que foram programados 15547 procedimentos cirúrgicos e suspensos 2198, demonstrando

assim uma taxa de suspensão cirúrgica de 14,14%¹⁴.

A taxa de cancelamento de cirurgias eletivas de um Centro Cirúrgico em Manaus (AM), de 28,29% se refere ao total de 555 casos de cancelamentos cirúrgicos dentre um total de 1959 cirurgias programadas no período de janeiro a junho de 2008¹⁵.

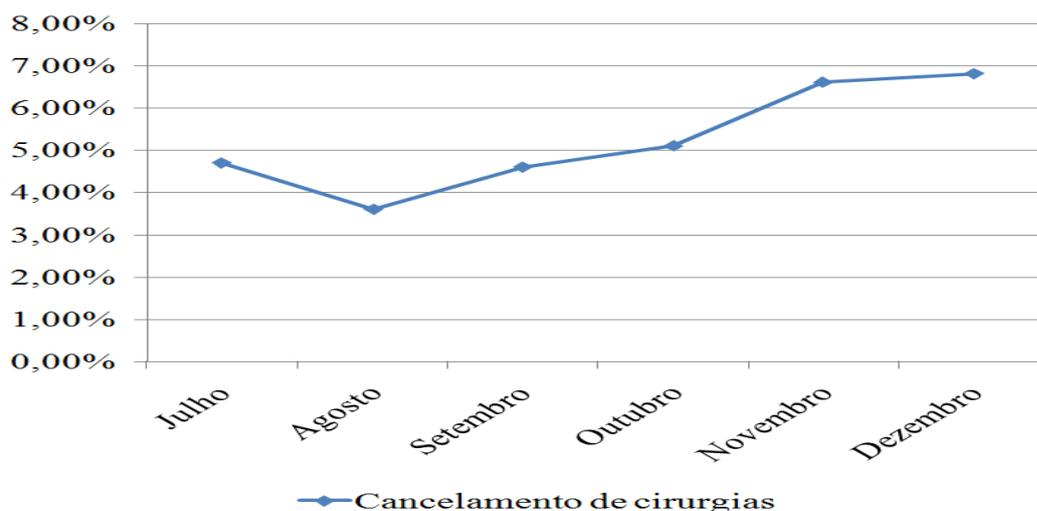
Durante o período estudado de janeiro de 2007 a julho de 2008, em um Hospital Geral de Fortaleza (CE), de médio porte, do total de 6132 cirurgias programadas foram realizadas 5114

cirurgias e suspensas 1018 com a taxa de suspensão de 16%¹⁶.

Pode-se perceber que a prevalência de cancelamento de cirurgia do Hospital em estudo encontra-se dentro da média,

quando comparado às pesquisas realizadas e publicadas em outras instituições hospitalares e apresentadas anteriormente, embora em uma curva crescente como apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Porcentagem de cancelamentos de cirurgias eletivas no período de julho a dezembro de 2013



Fonte: Sistema de Informação do Hospital 2013.

Fonte: Sistema Strategic Adviser(2013).

O Gráfico 1 possibilita visualizar uma curva crescente do número de cirurgias canceladas no período em avaliação. Esse aumento impacta de forma negativa na qualidade do serviço prestado aos pacientes. Para se constatar as causas dessa curva crescente são necessárias pesquisas futuras na busca de dados consistentes que identifiquem o que gerou a prevalência elevada nas clínicas cardiológicas e ortopédicas, bem como os motivos relacionados ao cancelamento

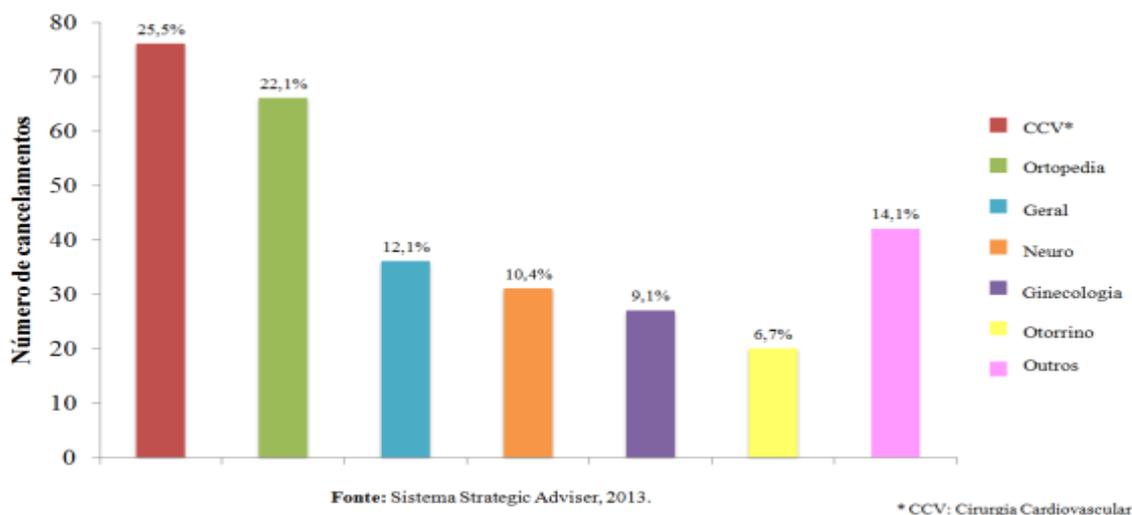
pelo paciente, as condições clínicas desse e a falta de autorização cirúrgica, como apresentado nos Gráficos 2 e 3.

Entre as especialidades cirúrgicas que foram canceladas, encontram-se as clínicas de angiologia, cardiovascular, geral, ginecologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, plástica, proctologia, torácica e urologia. Verificou-se a partir da avaliação total das variáveis que a cardiovascular registrou a maior taxa de suspensão 76 (25,5%), seguida da ortopedia 66 (22,1%) as outras clínicas

atingiram porcentagem inferior a 4,7%, sendo assim agrupados no subgrupo

outros, representando 14,1% de cirurgias canceladas neste período (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Número de cancelamentos de cirurgias eletivas segundo a clínica do paciente no período de julho a dezembro de 2013



Ortopedia (20,7% em 2006 e 36,4% em 2007) e a torácica (3,2% em 2006 e 11,4% em 2007) apresentaram taxas crescentes de cancelamento em seus procedimentos de 2006 para 2007¹⁴.

No estudo realizado em um Hospital Escola de São José do Rio Preto, (SP), extra porte, das 4870 cirurgias programadas, foram suspensas 249 (5,1%) cirurgias no período de três meses em 2004. Dessas, 20 (8,0%) são ortopédicas, 11 (4,4%) cardíacas e 1 (0,4%) torácica¹⁷.

Em Botucatu (SP), no Hospital Universitário de grande porte, em de janeiro a dezembro de 2009, das 9490 cirurgias agendadas foram canceladas 1449, sendo 267 (18,4%) ortopédicas, 74 (5,1%) torácicas e na especialidade

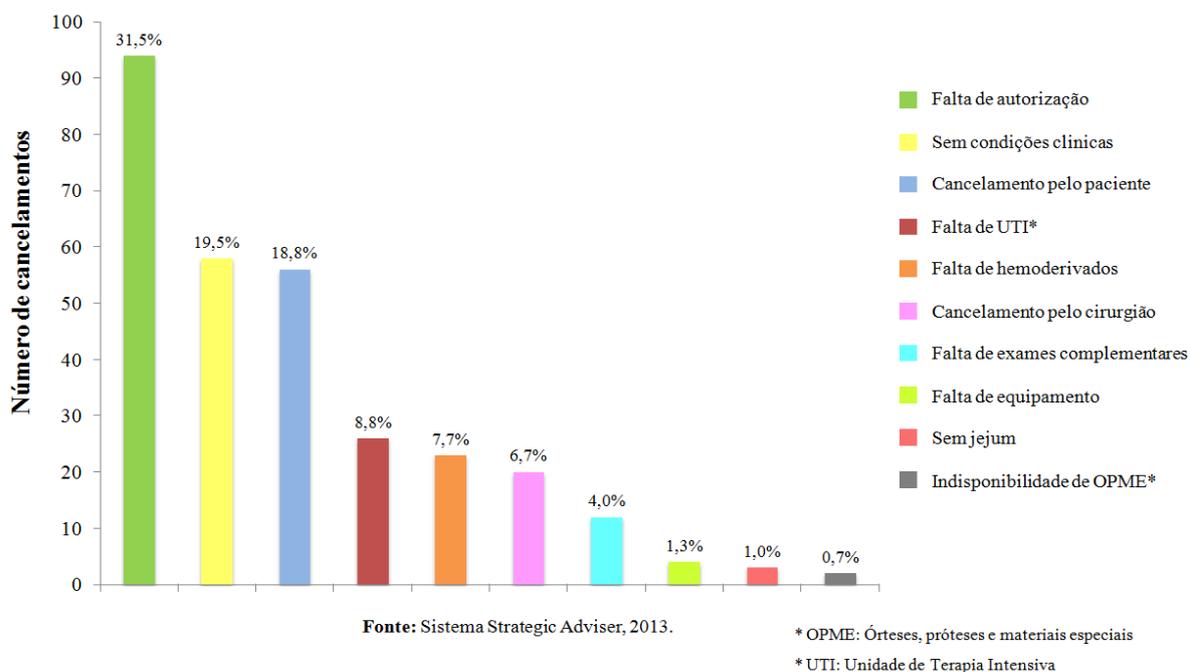
devido à incompatibilidade temporal, de porte e as especialidades estratégicas desses hospitais são diretamente proporcionais ao volume cirúrgico dessas clínicas. Sendo necessário providenciar o refinamento dos dados apresentados.

Os motivos que geraram o cancelamento de cirurgias no Hospital, em estudo, descritos em ordem decrescente são 94 (31,5%) referente à falta de autorização, 58 (19,5%) paciente sem condições clínicas, 56 (18,8%) ao agrupar cancelamento, desistência, ausência e remarcação da cirurgia pelo paciente, 26 (8,8%) por falta de UTI, 23 (7,7%) por falta de hemoderivados, 20 (6,7%) de cancelamento pelo cirurgião, 12 (4,0%) a falta de exames complementares, 04

(1,3%) ao agrupar sem autorização e falta de equipamento, 03 (1,0%) sem jejum e com 02 (0,7%) indisponibilidade de

Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), conforme mostrado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Número de cancelamentos de cirurgias eletivas de acordo com os motivos no período de julho a dezembro de 2013



Fonte: Sistema Strategic Adviser, 2013.

Na avaliação do Gráfico3, percebe-se que a falta de autorização do convênio desencadeou um total de 94 (31,5%) dos cancelamentos no período em estudo. Esse dado pode estar relacionado a fatores administrativos da instituição e do próprio plano de saúde, visto que a comunicação desses pode ocorrer de forma ineficaz.

Durante o período de janeiro a dezembro de 2008, um estudo realizado no Instituto Nacional de Cardiologia do Rio de Janeiro, evidenciou-se que das 737

cirurgias cardíacas programadas, 170 (23,1%) foram suspensas. Deste total observou-se 119 (70,0%) suspensões que estavam relacionadas a problemas institucionais, administrativos ou logísticos, sendo que dentre estes fatores constatou-se que 14 (11,8%) cancelamentos estão vinculados à falta de material¹⁸.

Seguido da falta de autorização,os cancelamentos relacionados aos pacientes também apresentam altos índices.

Corroborando, Perroca, Jericó e Facundin (2007)¹⁷ apresentam um estudo realizado no Hospital extra portede ensino no interior de São Paulo,o qual evidenciou que das 4870 cirurgias programadas, 249 foram canceladas, representando 5,1% do total. Desta forma, as principais causas que geraram os cancelamentos se relacionam aos pacientes (57,8%), sendo o não comparecimento (56,3%), seguida pelas condições clínicas desfavoráveis (34,7%).

Já em Uberaba (MG) em um Hospital Público de grande porte, durante o período de 2006 a 2007,em relação àausência do paciente,40 (1,82%) representa o não comparecimento ao procedimento agendado e 194 (8,82%) das cirurgias foram suspensas em circunstância da não internação devido a guias e laudos de internação do SUS. A condição clínica inadequada do paciente representou 158 (86,80%)¹⁴.

A necessidade de hemotransusão no intraoperatório e durante a internação na UTI deve ser norteadora do levantamento do risco e benefícios envolvidos para o paciente, antes das cirurgias¹⁹. A falta de hemoderivados, de acordo com o relatório eletrônico do Sistema *Strategic Adviser* disponibilizado pela Instituição, gera o cancelamento do procedimento cirúrgico pela dificuldade da agência transfusional em conseguir os

hemocomponentes, o que impossibilita a realização de cirurgias com maior risco de sangramento, principalmente as cardiovasculares.

A UTI recebe os pacientes com necessidades de suporte avançado de vida, monitorização contínua, com possibilidade de piora aguda do quadro clínico e complexo pós-operatório de cirurgias de grande porte. Nessa unidade esses pacientes críticos devem ser monitorados para identificar precocemente possíveis complicações e corrigi-las, com medidas de suporte indicadas e aplicadas sem demora, assim essa conduta pode resgatar e preservar a vida do paciente¹⁹.

Por esse motivo, a falta de vaga em UTI torna-se um fator importante na segurança do paciente e justifica o cancelamento cirúrgico. A falta dessas vagas precisa ser avaliada para evitar cancelamentos. Sendo assim, a ausência de leitos na UTI requer uma investigação da demanda, do melhor dimensionamento e da rotatividade na gestão desses leitos.

A ausência do paciente e a desistência do procedimento cirúrgico é fator preocupante, pois a sala operatória é reservada para o atendimento com disponibilização de todos os recursos. Como o custo de funcionamento do Bloco Cirúrgico é fixo, torna-se essencial a ocupação de todas as horas disponíveis

para realização de procedimentos cirúrgicos nesse setor para evitar o desperdício.

Sendo assim, a atuação da equipe na redução da ansiedade e anseios dos pacientes no período pré-operatório pode ser intensificada, e essa necessita de capacitação para atuar junto ao paciente. Existem hoje, hospitais que possuem visitas pré-operatórias implementadas na rotina de seu serviço, realizadas por enfermeiros e médicos que buscam esclarecer dúvidas sobre o procedimento e reduzir o medo dos pacientes. Dessa forma, o enfermeiro pode em tempo hábil, notificar possíveis problemas identificados durante a consulta pré-operatória ao cirurgião, ao anestesista e à equipe, permitindo continuidade da assistência em âmbito multiprofissional.

O preparo adequado do paciente para o procedimento cirúrgico pode contribuir de forma positiva, para garantir que todos os exames estejam acessíveis no momento da cirurgia⁸.

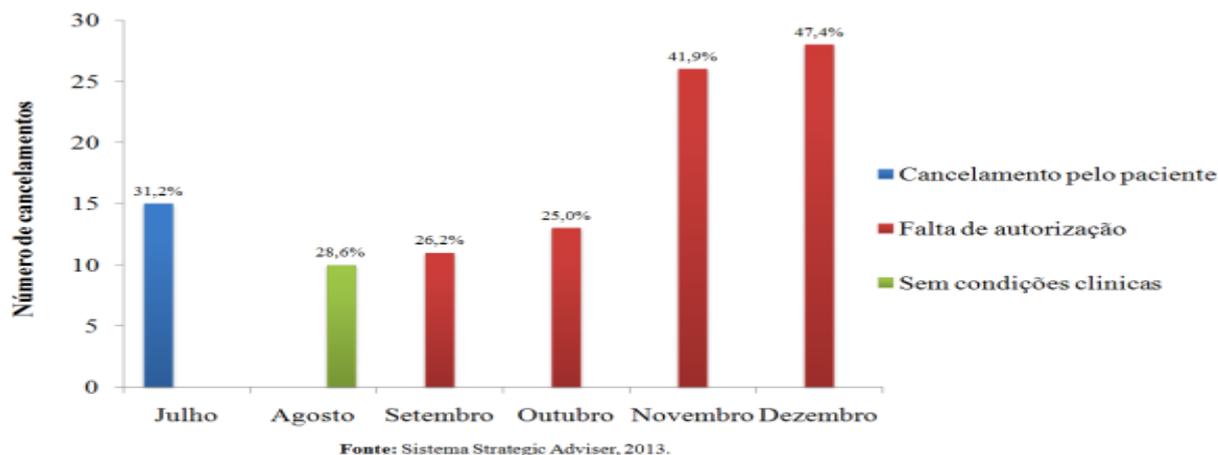
Para a equipe que atua no Centro Cirúrgico da instituição em estudo, a pré-internação poderia resolver a ausência dos pacientes e possibilitaria a marcação de outro, caso esse não comparecesse. No entanto, existem estudos que defendem o menor tempo de permanência do paciente no hospital como forma de prevenção de

infecções, pautados na premissa de que ao prolongar o período de internação favorece a colonização da pele pela microbiota hospitalar.

Para a atuação nos problemas relacionados com indisponibilidade de OPME, o trabalho integrado dos responsáveis por realizar o requerimento desse material pode ser a solução.

Observa-se que no período de julho a dezembro de 2013, houve um aumento significativo das taxas de suspensão de cirurgias no Hospital em estudo. Dessas suspensões, o cancelamento pelo paciente foi o principal motivo no mês de julho com 15 (31,2%) do total de cancelamentos ocorridos neste mês. Já os cancelamentos em que o paciente não apresentava condições clínicas favoráveis ao ato cirúrgico foram mais frequentes no mês de agosto com 10 (28,6%). Identificou-se, porém, dados que mostram outros motivos elevados de cancelamento, como a falta de autorização em setembro 11 (26,2%), outubro 13 (25,0%), novembro 26 (41,9%) e dezembro 28 (47,4%), como demonstra o Gráfico4.

Gráfico 4 – Número de cancelamentos de cirurgias eletivas de acordo com os motivos de maior percentual no período de julho a dezembro de 2013



A maior causa de suspensão para cirurgias é a falta de autorização e está em processo crescente como demonstrado nos meses de setembro a dezembro de 2013.

De acordo com as informações obtidas no relatório eletrônico do Sistema *Strategic Adviser*, a autorização do convênio dificulta os processos para se concretizar a cirurgia. Isso ocorre devido às exigências específicas de cada operadora de plano de saúde para a autorização tanto dos códigos solicitados quanto dos materiais especiais solicitados. Em coerência, Silva²⁰ afirma que as operadoras de plano de saúde criaram inúmeras regras que definem tempo de carência, restrições ao atendimento, contratos lucrativos, unilateralidade na

suspensão de contratos, e outras formas de contenção da utilização dos serviços.

É necessária devida atenção por parte da equipe de saúde bem como da administração do próprio Hospital para esses dados, afinal eles podem justificar a linha crescente demonstrada no Gráfico 1.

CONCLUSÃO

A descrição, distribuição e avaliação dos dados possibilitaram a percepção acerca dos motivos de cancelamento das cirurgias da Instituição avaliada, que estão, em sua maioria, relacionados aos problemas

administrativos e a existência de lacunas nas ações direcionadas ao paciente.

Especialmente neste cenário, os cancelamentos devem ser tratados em vários aspectos que incluem negociações prévias com as operadoras de convênio de modo a não interferir no prazo e na data da cirurgia, conforme prevê a Lei Federal 9.656, de 3 de junho de 1998. Que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde publicada no Diário Oficial Imprensa Nacional.

Recomenda-se o refinamento dos dados pela dificuldade encontrada em compreender o que gera a falta de autorização pelos convênios e o cancelamento pelo próprio paciente. Novos estudos devem ser conduzidos com vistas à identificação das principais causas desses cancelamentos cirúrgicos no hospital em estudo.

Além disso, as comparações entre os dados tornou-se outro fator deficiente identificado durante o estudo, justificado pela ausência de outros estudos publicados em bancos de dados com o mesmo período temporal, porte e perfil hospitalar.

REFERÊNCIA

- 1 - Tubino P, Alves E. História da Cirurgia [online]. [S.l]:[s.n];2009. 6p. Disponível em: http://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/historia_da_cirurgia.pdf
- 2 - Schallom L. Cuidados de clientes cirúrgicos. In: Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p.1366-410.
- 3 - Santos MAM. Terminologia em enfermagem. 3. ed. São Paulo: Martinari; 2009. 57 p.
- 4 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança paciente e qualidade no serviço de saúde. [online]. Boletim informativo. Brasília, jan/jul. 2011;1(1):12. [acesso em 10 set. 2016]. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>.
- 5 - Reis Junior A. O primeiro a utilizar anestesia em cirurgia não foi um dentista: foi o médico Crawford Williamson Long. Rev Bras Anesthesiol. 2006;56(3):304-24.
- 6 - Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Manual sobre estratégia especial de cirurgias eletivas. Belo Horizonte: Subsecretaria de Política e Ações de Saúde, 2013. 20 p.
- 7 - 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.
- 8 - Barbeiro FMS. Por que as cirurgias são suspensas? uma investigação sobre as taxas, as causas e consequências em um hospital geral do Rio de Janeiro. R pesq.:cuid fundam online. 2010;2(4):1353-62.
- 9 - Souza NVDO, Mauricio VC, Marques LG, Mello CV, Leite GFP. Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital

universitário. [online]. Rev Min Enferm. 2010;14(1). [acesso em 28 fev. 2014]. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/91>

10 - Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. [online]. Rev Latinoam de Enfermagem. 2007;15(5). [acesso em 28 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=>

13 - Justa MGEG, Malik AM. Perspectivas diferentes, ferramentas diferentes. Anais do 16. Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais Fórum de Saúde Suplementar; ago. 2013; São Paulo. São Paulo: Unidade Berrini da FGV, 2013.

14 - Barbosa MH, Miranda Goulart DM, Vieira de Andrade E, De Mattia AL. Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino. Enfermeira Global. 2012;26:174-83.

15 - Lopes GM, Farias AS, Nascimento JA. Cancelamento de cirurgias eletivas em um hospital universitário da cidade de Manaus, Amazonas. Anais da 61. Reunião Anual da SBPC; [2009?]; Manaus. Amazonas: D. Ciências da Saúde; [2009?].

16 - 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):283-7.

17 - Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. Rev Esc

281421877021

11 - Ávila MAG, Gonçalves IR, Martins I, Moyses AM. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. Rev SOBECC. 2012;17(2):39-47.

12 - Coeli CM, Faerstein E. Estudos de coorte. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Organizadores. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2009. p.237-50. Enferm USP. 2007;41(1):113-9.

18 - Chaves Sá SP, Gomes do Carmo T, Secchin Canale L. Avaliando o indicador de desempenho suspensão cirúrgica, como fator de qualidade na assistência ao paciente cirúrgico. Enfermeira Global. 2011;23:200-9.

19 - Schettino G, Cardoso LF, Mattar Junior J, Ganem F. Paciente crítico: diagnóstico e tratamento Hospital Sírio-Libanês. 2. ed. Barueri: Manole; 2012. 1068p.

20 - Silva AA. Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico. Porto Alegre: ANS; 2003. 76p.

Recebido em: 17/01/2016

Aceito em: 01/08/2016

Correspondência

Luzimar Rangel Moreira

Escola de enfermagem da PUC Minas

Av. Dom José Gaspar, 500/25.

Bairro Coração Eucarístico

Belo Horizonte/MG.

E-mail: luzimarangel@bol.com.br