



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LUANA MARIA DOS SANTOS MACHADO**

**SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL  
PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**Florianópolis  
2020**

LUANA MARIA DOS SANTOS MACHADO

**SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL  
PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Trabalho de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como requisito para a obtenção do grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Keyla Cristiane do Nascimento.

**Florianópolis**

**2020**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Santos Machado, Luana Maria dos  
SUSPENSÃO de cirurgias eletivas em um hospital público  
do estado Santa Catarina / Luana Maria dos Santos Machado  
; orientador, Keyla Cristiane do Nascimento, 2020.  
55 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências  
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Suspensão. 3. Cirurgias . 4.  
Eletivas. I. Nascimento, Keyla Cristiane do . II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em  
Enfermagem. III. Título.

LUANA MARIA DOS SANTOS MACHADO

**SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO  
ESTADO DE SANTA CATARINA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para  
obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado em sua forma final pelo Curso de  
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de agosto de 2020.



Documento assinado digitalmente  
Felipa Rafaela Amadigi  
Data: 2020.08.18 09:28:47 (GMT-03:00)  
CPF: 020.280.140-02

**Prof.<sup>a</sup> Felipa Rafaela Amadigi, Dr.<sup>a</sup>**  
Coordenador (a) do Curso

**Banca Examinadora:**



Documento assinado digitalmente  
Keyla Cristiane do Nascimento  
Data: 2020.08.18 09:22:22 (GMT-03:00)  
CPF: 022.241.899-33

**Prof.<sup>a</sup> Keyla Cristiane do Nascimento, Dra.**

Orientadora - Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente  
Luciana Fabiane Sebold  
Data: 2020.08.18 09:57:14 (GMT-03:00)  
CPF: 280.280.295-11

**Prof.<sup>a</sup> Luciana Fabiane Sebold, Dra.**

Avaliadora - Universidade Federal de Santa Catarina

**Enf.<sup>a</sup> Daniela Cesconetto, Msc.**

Avaliadora - Secretaria Estadual de Saúde HGCR

## RESUMO

**Introdução:** A caracterização de suspensão cirúrgicas eletivas em um centro cirúrgico, contribui para melhorias no gerenciamento da política de agendamentos cirúrgicos institucional, visando a garantia de uma assistência segura e de qualidade ao paciente cirúrgico

**Objetivo:** Caracterizar as suspensões cirúrgicas eletivas de um hospital público do sul do país, quanto a taxa geral de suspensão e os motivos clínicos e não clínicos para a suspensão.

**Método:** Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, descritivo, analítico com abordagem quantitativa das cirurgias suspensas, realizado através de dados secundários da unidade de Centro Cirúrgico de um Hospital Público do Estado de Santa Catarina. Os dados secundários, referem-se aos mapas cirúrgicos divulgados diariamente no Sistema interno chamado *Micromed*. Foram selecionadas as cirurgias canceladas nos últimos dois anos (janeiro de 2018 a dezembro de 2019). A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019, por meio de um instrumento de coleta de dados, em formato de planilha, elaborado para facilitar a compilação dos dados brutos da pesquisa, contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, data da suspensão, motivo da suspensão: profissional responsável e quantitativo de cirurgia (total de cirurgias realizadas e suspensas no dia). Os dados foram organizados no programa Excel realizado análise estatística descritiva simples.

**Resultados:** Das 11.792 (100%) cirurgias programadas para o período pesquisado, 2.170 (18,4%) foram suspensas e 9.622 (81,6%) realizadas; dentre as cirurgias suspensas, a maioria das suspensões foi feita pela cirurgia ortopédica (32,63%) e pela cirurgia geral (19,03%), os principais motivos que levaram a suspensão das cirurgias foram: prioridade para urgência (21,52%), falta de vaga de UTI (15,62%) e não comparecimento do paciente (13,64%).

**Conclusões:** Este estudo identificou a incidência e as causas de suspensões cirúrgicas em um hospital da rede pública estadual, contribuindo para avaliar os indicadores de qualidade dos agendamentos e suspensões cirúrgicas do Centro Cirúrgico. Possibilita aos gestores e profissionais de saúde o planejamento de ações e estratégias capazes de melhorar os índices da qualidade hospitalar.

**Palavras-chaves:** Procedimentos Cirúrgicos Eletivos; Centro Cirúrgico Hospitalar; Hospitais Públicos; Cancelamento cirúrgico; Avaliação em Saúde.

## RESUME

**Introduction:** The characterization of elective surgical suspensions in a surgical center contributes to improvements in the management of the institutional surgical scheduling policy, aiming to guarantee a safe and quality care to the surgical patient.

**Objective:** To characterize the elective surgical suspensions of a public hospital in the south of the country, regarding the general suspension rate and the clinical and non-clinical reasons for the suspension.

**Method:** This is an exploratory, retrospective, descriptive, analytical study with a quantitative approach to suspended surgeries, carried out using secondary data from the Surgical Center unit of a Public Hospital in the State of Santa Catarina. Secondary data refer to surgical maps released daily in the internal system called Micromed. The surgeries canceled in the last two years (January 2018 to December 2019) were selected. Data collection was carried out from January 2018 to December 2019, using a data collection instrument, in spreadsheet format, designed to facilitate the compilation of raw research data, containing the following variables: gender, age, date of suspension, reason for suspension: professional responsible for and quantity of surgery (total surgeries performed and suspended on the day). The data were organized in the Excel program using simple descriptive statistical analysis.

**Results:** Of the 11,792 (100%) surgeries scheduled for the surveyed period, 2,170 (18.4%) were suspended and 9,622 (81.6%) performed; among suspended surgeries, most suspensions were performed by orthopedic surgery (32.63%) and general surgery (19.03%), the main reasons that led to the suspension of surgeries were: priority for urgency (21.52%), lack of ICU vacancy (15.62%) and patient failure (13.64%). **Conclusions:** This study identified the incidence and causes of surgical suspensions in a state public hospital, contributing to assess the quality indicators of surgical appointments and suspensions at the Surgical Center. It allows managers and health professionals to plan actions and strategies capable of improving hospital quality indexes.

**Keywords:** Elective Surgical Procedures; Hospital Surgical Center; Public hospitals; Surgical cancellation; Health Evaluation.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
<b>4.REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
4.1 CENTRO CIRURGICO.....	15
4.2 PROCEDIMENTOS CIRURGICOS ELETIVOS.....	17
4.3 SUSPENSÃO DE CIRURGIAS.....	19
4.4.1 Motivos Clínicos e não Clínicos das Suspensões Cirúrgicas.....	21
<b>5.MÉTODO.....</b>	<b>23</b>
5.1 LOCAL DO ESTUDO.....	23
5.2 FONTE DE DADOS.....	24
5.3 COLETA DE DADOS.....	25
5.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	25
5.5 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	26
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
6.1 Manuscrito: Suspensões Cirúrgicas Eletivas de um Hospital Público: Fatores clínicos e não clínicos.....	27
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>46</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF – Base de Dados em Enfermagem  
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CC – Centro Cirúrgico  
CCP – Cirurgia de Curta Permanência  
CME – Centro de Material e Esterilização  
HGCR – Hospital Governador Celso Ramos  
ITU – Infecção do Trato Urinário  
IVAS – Infecção de Vias Aéreas Superiores  
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
MEDLINE/PubMed – (U.S. National Library of Medicine (NLM))  
MS – Ministério da Saúde  
NIR – Núcleo de Regulação Interna  
NO<sub>2</sub> – Gás Hilariante Óxido Nitroso  
O<sub>2</sub> – Oxigênio  
PEP – Prontuário Eletrônico  
SC – Santa Catarina  
SCIELO – *Scientific Electronic Library Online*  
SO – Sala Operatória  
SES – Secretária Estadual de Saúde  
SRPA – Sala de Recuperação Pós Anestésica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso  
TMO – Transplante de Medula Óssea  
UAE – Unidade de Apoio à Emergência  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva



## APRESENTAÇÃO

Meu nome é Luana tenho 35 anos, sou casada, me interessei pela arte de cuidar quando ainda era criança. Por não possuir acesso à universidade e parecer algo tão distante no presente momento, iniciei o técnico em enfermagem logo após o término do ensino médio. Arrumar um emprego e ter uma profissão eram o meu objetivo principal. Assim, em fevereiro do ano de 2006, me formei como técnica em enfermagem e sai em busca de oportunidade. Não foi tarefa fácil, por não possuir experiência, essa que exigiam, mas como poderia ter se não me davam oportunidade. Porém, após muitos currículos entregues, quando estava quase desistindo a empresa S.O.S Córdio Serviços hospitalares, me ofereceu uma vaga para trabalhar como auxiliar em farmácia, onde pude adquirir conhecimentos sobre fármacos, através de conhecimentos compartilhados por uma farmacêutica que eu auxiliava. Essa atividade também favoreceu o ensino de conhecer a estrutura física do hospital. Mantive nesse cargo nos anos de 2006 e 2007. Neste mesmo ano contemplei a oportunidade de realizar prova interna, para atuar como técnica de enfermagem na unidade de internação, enriquecendo o aprendizado teórico - prático através de enfermeiras que expressaram estrema vontade em ensinar, continuando nesse local de trabalho até o ano de 2010. Após ter prestado concurso público para a prefeitura municipal de Brusque, fui convocada para trabalhar em unidades básicas de saúde, e conheci os programas que visavam a saúde da família / coletivo, foi um excelente espaço de aprendizado, uma vez que era diferente das experiências que contemplei anteriormente. Ao ter contato com esses programas foi possível solidificar em meus conhecimentos a importância que as unidades de saúde possuem e quão amplo é a área de atuação, nas comunidades, fiquei trabalhando na saúde da família do ano de 2010 até 2012.

Retornei para Florianópolis para trabalhar na prefeitura de São José, após ser chamada em concurso público no ano de 2012 em unidades básicas, agora com um pouco de experiência em saúde da família, e com leve entendimento sobre as políticas públicas. Perdurei nesta função até o ano de 2015 onde solicitei exoneração para realizar o sonho de fazer uma graduação.

Em abril de 2013 ingressei como funcionária do estado de Santa Catarina, e novamente a vida me presenteou, com a oportunidade de conhecer um novo espaço de trabalho, o centro cirúrgico. Despertando novos desafios e continuidade do aprendizado que nunca acaba mesmo que busquemos incessantemente.

A experiência com pacientes cirúrgicos permeia minha vida profissional há mais de seis anos, como técnica de enfermagem trabalhando em centro cirúrgico de um hospital de grande porte, onde vivenciei as dificuldades dos pacientes e seus familiares durante a internação, após terem seus procedimentos cancelados. Essas vivências com as suspensões cirúrgicas trouxeram um incômodo pessoal, que contribuíram para despertar o interesse sobre os processos e articulações que envolvem as suspensões de procedimentos cirúrgicos.

## 1 INTRODUÇÃO

O centro cirúrgico é uma unidade assistencial de alta complexidade, que faz uso de recursos tecnológicos e humanos, para realizar procedimentos invasivos, com a finalidade de prestar assistência de qualidade e eficaz, no que se refere à intercorrências de caráter eletivo e emergencial. (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

Este cenário do cuidado é considerado um local de alto risco, visto que, o processo de trabalho está envolvido em práticas complexas, que dependem tanto da atuação individual como coletiva dos profissionais envolvidos, cujos mesmos possuem uma imensa responsabilidade em relação a vida do outro, acarretando em período integral de atuação da equipe sobre níveis de pressão constante. (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

No centro cirúrgico são executados procedimentos com a finalidade de prevenir incapacidades geradas por acidentes, complicações de casos clínicos crônicos ou agudos, correção de deformidades congênitas e adquiridas entre outras, sendo seu real objetivo proporcionar qualidade de vida ao usuário. Contudo devido à grande demanda a serviços cirúrgicos, a população vem enfrentado enormes filas que perdura por anos, levando o indivíduo a adquirir agravamento das patologias cirúrgicas. Como se não bastasse, o mesmo ainda se encontra com a condição socioeconômica abalada, com prejuízo emocional e a qualidade de vida prejudicada, na maioria dos casos devido a longa espera está patologia torna-se letal e incapacitante. (TOSTES; COVRE; FERNANDES, 2016).

Dentro da unidade hospitalar, o centro cirúrgico (CC) é considerado um setor único e isolado que atrai a atenção de todos pelo fato de os pacientes cirúrgicos serem considerados a maior receita das instituições de saúde, ou seja, o coração do hospital, um centro cirúrgico parado afeta todo processo de trabalho da instituição. (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

A utilização da capacidade cirúrgica máxima constitui uma das principais medidas que visam a eficiência do hospital, pelo fato do mesmo desempenhar importante papel em ativar novamente a vida do indivíduo, que se encontra em um hospital para resolver seu problema, pois um problema de saúde que pode ser solucionado afeta não só fisicamente o indivíduo mais também toda estrutura familiar, social, psicológica. O procedimento cirúrgico em si para algumas pessoas passa a ser a solução, a esperança de prosseguir com sua vida da melhor forma possível. (TOSTES; COVRE; FERNANDES, 2016).

Pelo fato de o centro cirúrgico se tratar de uma estrutura física de extrema importância para o andamento de todo serviço hospitalar, nos últimos anos a busca pela qualidade da assistência tem sido discutida por todos os profissionais da área da saúde, em especial pelos gestores. Os indicadores de qualidade mensuram e avaliam as ações relacionadas ao cuidado, através de instrumentos que favorecem ao profissional a considerar determinada realidade e sua influência sobre o usuário, apontando não só a eficiência e eficácia mais também suas fragilidades, contribuindo e auxiliando no atendimento em saúde, através da prática baseada em evidências. (BÁO et al., 2019).

No que se refere ao centro cirúrgico um dos mais importantes indicadores de qualidade da assistência está associado ao assunto taxa de suspensão de cirurgias, devido as repercussões que esta ação traz, tanto para o usuário, como para a instituição e profissionais que se encontram envolvidos neste setor, em caráter excepcional os anestesistas e enfermeiros que mediante a notificação da suspensão costumam sentir-se impotentes. Para se avaliar tal indicador é de sua importância a ampliação do olhar no que se refere a identificação de todos os fatores que causaram a suposta suspensão, pois podem estar associados a falha no planejamento do mapa cirúrgico, condições clínicas do usuário, falta de preparo pré-operatório, erro na comunicação, absenteísmo do usuário, ultrapassagem do tempo cirúrgico, falta de leitos, entre outros. (CARVALHO et al., 2016, NASCIMENTO; TILLVITZ; FONSECA, 2013, SANTOS; BOCCHI, 2017).

O ato de suspender uma cirurgia acarreta prejuízos a todos os envolvidos, em relação ao usuário e sua família traz danos emocionais, financeiros, sociais e fisiológicos, para a instituição a perda da credibilidade, a fragilização da eficiência da gestão do serviço, aumento da fila de espera, um amplo custo institucional e para a equipe a frustração e desânimo entre outros sentimentos. (SANTOS; BOCCHI, 2017).

Dentro do centro cirúrgico o enfermeiro possui importante papel em relação a avaliação da assistência prestada, sendo o principal adepto a fazer uso de indicadores de qualidade com a intenção de garantir subsídios na tomada de decisão, no que se refere a qualidade e segurança nos serviços, pois o mesmo possui obrigação de reduzir riscos e danos, incorporar boas práticas e fazer uso dos indicadores por meio de registros fidedignos, que estimularam a efetividade do gerenciamento e mudanças na cultura organizacional, sendo estas ações alinhadas com as políticas do sistema único de Saúde (SUS). Atualmente o enfermeiro está sendo cada vez mais envolvido como agente de mudanças para facilitar ao alcance de resultados positivos, sempre atentos no equilíbrio em relação a qualidade, quantidade e custos. (BÁO et al., 2019).

## 2 JUSTIFICATIVA

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. Dependendo do procedimento cirúrgico proposto, 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 seja formal ou informal, que pode gerar situação de estresse e inquietude pelo medo do desconhecido. (MACEDO et al, 2013).

Somado a isso, 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 no período peri - operatório envolvendo equipes médicas, de enfermagem, laboratório, farmácia, esterilização, dentre outros. (BOTAZINI, TOLEDO, SOUZA, 2015).

Caso ocorra suspensão cirúrgica ou adiamento, as consequências são desfavoráveis e incide tanto sobre o paciente e seu familiar, quanto para a equipe de trabalho e a instituição de saúde, pois afetam custos, fluxo de pacientes e utilização de recursos em todo o hospital. É resultado de um processo deficiente e pode ser evidenciado pela reserva e perda de oportunidade de inclusão de outro paciente, salas cirúrgicas subutilizadas, aumento da taxa de internação hospitalar, com conseqüente encarecimento do leito-dia e diminuição da disponibilidade de leitos, predisposição à infecção hospitalar e de diversas complicações (ÁVILA et al., 2012). Além disso, adiciona-se um risco para a saúde do paciente por dia, pois a suspensão de cirurgia pode ser especialmente traumática quando se trata de uma deterioração irreversível de saúde.

### Estado de stress pós-traumático:

Este transtorno constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. (SANTA CATARINA; 2015).

Dessa forma, monitorar as taxas de suspensões de cirurgias e identificar os fatores modificáveis deve ser uma prioridade para que os gestores possam trabalhá-las com eficiência em cuidados cirúrgicos. Diante disso, busca-se responder o seguinte questionamento: Qual a estimativa das suspensões de cirurgias eletivas em um hospital público do Estado de Santa Catarina? Quais os fatores relacionados a essas suspensões cirúrgicas?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL:**

Caracterizar as suspensões cirúrgicas eletivas de um hospital público do sul do país, quanto a taxa geral de suspensão e os motivos clínicos e não clínicos para a suspensão.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar a taxa geral de suspensão de cirurgias e a frequência de suspensão por especialidade;
- Analisar os possíveis fatores de suspensão de cirurgias, clínicos e não clínicos.

### **HIPÓTESE**

A caracterização de suspensão cirúrgicas eletivas em um centro cirúrgico de um hospital público do Estado de Santa Catarina, contribui para melhorias no gerenciamento da política de agendamentos cirúrgicos institucional, visando a garantia de uma assistência segura e de qualidade ao paciente cirúrgico.

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

Nesta pesquisa a revisão de literatura desenvolvida foi do tipo narrativa, sendo abordados os seguintes temas: centro cirúrgico; procedimentos cirúrgicos eletivos; cancelamento / suspensão de cirurgias.

Para fortalecer e complementar a sustentação teórica foram utilizadas as seguintes biblioteca e bases de dados durante a busca: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE/PubMed (U.S. National Library of Medicine -NLM), além de sites governamentais, como o Ministério da Saúde (MS).

### **4.1 Centro cirúrgico**

O CC surgiu como unidade específica para garantir maior segurança, racionalização e otimização dos recursos físicos e materiais nos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Existe uma organização tecnológica no trabalho do CC, devido aos avanços ocorridos na ciência e nas indústrias em saúde no final do século XIX e início do século XX, tais como: a descoberta do gás hilarante óxido nitroso (NO<sub>2</sub>) para narcose e diminuição da dor; a criação de instrumentais para maior refinamento de manobras e melhor acesso à área operatória, diminuindo os sangramentos. Esses progressos científicos permitiram o domínio e controle sobre a dor, hemorragia e infecção, considerados empecilhos para intervenções cirúrgicas (POSSARI, 2014).

A Portaria n° 400 do Ministério da Saúde de 1977, define o CC como um conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como a recuperação anestésica e pode ser considerado como uma organização complexa devido às suas características de assistência especializada. Este é um setor de alto custo e complexidade, quer nos procedimentos, quer no gerenciamento, por sua especificidade, pelo constante estresse para a equipe, clientes e familiares, e pela possibilidade de riscos a que estão expostos os pacientes (RDC, 2012).

Com a aquisição de novos conhecimentos, equipamentos e o desenvolvimento de tecnologias avançadas, os procedimentos cirúrgicos passaram a ser classificados conforme o porte cirúrgico, finalidade, potencial de contaminação, entre outros.

As tecnologias em saúde englobam medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio

dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. A equipe de enfermagem tem contato intenso com as tecnologias em saúde, mesmo com aquelas em que a definição da assistência adotada ao paciente não parte do enfermeiro. Por essa proximidade com as tecnologias, a enfermagem consegue perceber as dificuldades no uso, os problemas em sua aplicação que possam oferecer risco aos pacientes e à equipe. (PSALTIKIDIS,2016).

Em relação ao momento operatório elas estão divididas em: eletivas (onde o procedimento cirúrgico pode aguardar a ocasião propícia, ou seja, programado/agendado), urgência (o procedimento cirúrgico pode aguardar algumas horas, e deve ser realizado no prazo de 48 horas) e emergência (onde devido à instabilidade do paciente o procedimento operatório deve ser realizado de imediato). (AMANTE et al., 2016)

De acordo com a finalidade, a cirurgia pode ser classificada como: curativa (consiste no objetivo de corrigir a causa da doença, pode ser retirado parte de um órgão ou totalmente), paliativa (alternativa para favorecer alívio da dor, melhora na qualidade de vida), diagnóstica (auxilia na confirmação ou esclarecimento da doença), reparadora (reconstitui artificialmente uma parte do corpo que foi lesada/ ou sofreu trauma), reconstrutora/ plástica (objetivos estéticos e corretivos). (AMANTE et al., 2016)

Classificação de acordo com a duração do ato cirúrgico ou risco cardiológico: o risco cardiológico está associado à perda de volume sanguíneo durante a realização do procedimento. Pequeno Porte (pequena probabilidade de perda sanguínea), Médio Porte (média probabilidade de perda sanguínea) e Grande Porte (grande perda de sangue). Já a classificação de acordo com a duração do ato cirúrgico consiste em Porte I (com duração de até duas horas), Porte II (com duração média de duas a quatro horas), Porte III (com duração de quatro a seis horas) e Porte IV (com duração superior a seis horas) (AMANTE et al., 2016, MEEKER; ROTHROCK, 1997).

Quanto ao potencial de contaminação as cirurgias são classificadas como: limpa (são as cirurgias realizadas em tecidos estéreis, passíveis de descontaminação, com ausência de processo infeccioso e inflamatório, onde não ocorrem penetrações nos sistemas digestivo, respiratório e urinário), potencialmente contaminada (consiste nas cirurgias realizada em tecidos colonizados por microbiota pouco numerosa, ou em tecido de difícil descontaminação, com ausência de processo infeccioso e inflamatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nessa categoria), contaminada (são as cirurgias realizadas em tecidos abertos, traumatizados recentemente, colonizados por flora bacteriana abundante, de descontaminação



difícil ou impossível, com presença de inflamação aguda, cicatrização de segunda intenção e grande contaminação a partir do tubo digestivo, obstrução biliar ou urinária), infectada (cirurgia realizada em qualquer tecido ou órgão que apresente infecção/ supuração ou necrose). (AMANTE et al., 2016)

#### **4.2 Procedimentos Cirúrgicos Eletivos**

Segundo Potter, Perry, Stockert e Hall (2013) as cirurgias eletivas estão propriamente classificadas de acordo com o grau de sua gravidade, portanto isso não a impede de se tornar uma cirurgia de urgência. O procedimento eletivo costuma ser programado, realizado com base na escolha do cliente, na maioria das vezes não se faz essencial, portanto não sendo sempre necessário para a saúde. Ao contrário de quando se torna urgente que se faz necessário para a saúde, porque evita o aparecimento de problemas adicionais, ainda assim não é classificada como de emergência (procedimento que salva a vida ou preserva a função da parte do corpo, deve ter intervenção cirúrgica imediatamente).

Conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (2013), procedimento cirúrgico eletivo consiste no atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação cirúrgica a ser realizada, em estabelecimento de saúde ambulatorial e/ou hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência e emergência.

Resignado pela portaria nº 1294 (2017) do Ministério da Saúde, estabelece a ampliação do acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos como Componente Único. Sendo estes:

- I) Pequenas Cirurgias e Cirurgias de Pele, Tecido Subcutâneo e Mucosa; Exérese de cisto sacro-coccigeo;
- II) Cirurgias de Glândulas Endócrinas; - Tireoidectomia total;
- III) Cirurgias do Sistema Nervoso Central e Periférico;
- IV) Cirurgias das Vias Aéreas Superiores, da Face, da Cabeça e do Pescoço; Adenoidectomia; Amigdalectomia; Estapedectomia; Sinusotomia, entre outros;
- V) Cirurgias do aparelho da visão; Correção Cirúrgica de Entrópico e Ectrópico, Epicanto e Telecanto; Reconstituição de Canal Lacrimal, Vitrectomia, entre outros;
- VI) Cirurgias do Aparelho Circulatório; Tratamento Cirúrgico de Varizes (bilateral ou unilateral);
- VII) Cirurgias do Aparelho Digestivo, Órgãos Anexos e Parede Abdominal; Apendicectomia Videolaparoscopica; Colectomia Videolaparoscopica;

- Hemorroidectomia; Colecistectomia; Colecistectomia Videolaparoscopica; Pancreatectomia, Hernioplastia (incisional ou Videolaparoscopica);
- VIII) Cirurgias do Aparelho Osteomuscular; Artroplastia Escapulo-Umeral parcial; Reparo de Rotura do Manguito Rotador; Tratamento Cirúrgico de Fratura; de Luxação / Fratura-Luxação Acrômio-Clavicular; Tratamento Cirúrgico da Síndrome do impacto Sub-Acromial; Artroplastia (total ou parcial) de quadril, joelho; Fasciotomia de Membros Superiores, Reconstrução Capsulo-Ligamentar de Cotovelo Punho, Reconstrução Ligamentar, Patelectomia Total ou Parcial, Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose, Bursectomia, entre outros;
- IX) Cirurgias do Aparelho Geniturinário; Cistectomia Parcial; Litotripsia; Nefrectomia Total ou Parcial; Nefrolitotomia Percutânea; Nefrostomia Percutânea; Ureterolitotomia, Prostatectomia; Orquidopexia; Vasectomia, entre outros;
- X) Cirurgias de Mama. Plástica Mamaria feminina não estética; Setorectomia / Quadrantectomia.

A especialidade cirúrgica consiste na combinação de uma gama de conhecimento que abrange a área da medicina, ao término da faculdade são formados médicos clínicos gerais, cada vez mais extinto, pois devido a fragmentação em clinicas, os médicos recém-formados contam com uma variedade de opções para realizar suas futuras escolhas em qual fragmento desta área atuar. Para atuar na especialidade cirúrgica o profissional deve estar pronto a desenvolver espírito de equipe, pois a modéstia de estar na presença de outro profissional acontece a troca de conhecimento e experiência, fortalecendo a segurança e bons resultados para o cliente, está desposto a ter uma educação continuada, pois a procura de novas informações e técnicas auxilia na evolução profissional. (FACERES, 2020, SANAR MED, 2020).

A palavra cirurgia por ser tão pequena possui enorme peso para quem necessita desta intervenção, pois com ela vem significados como confiança, necessidade, respeito, segurança, riscos, medo, frustração, planejamento entre outros, portanto a cirurgia é o procedimento ofertado para favorecer a ideia de promoção, cura e melhora na qualidade de vida da pessoa envolvida, levando em questão estes eventos os profissionais em especial os gestores devem sempre averiguar as questões relacionadas ao CC, em especial a taxa de cancelamento por ser tratar de um índice de qualidade, conhecendo as causas a fim de reduzir os eventos que a provocam. (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015).

### 4.3 Suspensão de cirurgias

Conforme o dicionário de língua portuguesa Michaelis (2016) a palavra suspensão é um substantivo feminino, que expressa a ação de suspender, de interromper temporariamente ou adiar definitivamente algo. Já o cancelamento remete em ação ou efeito de cancelar (tornar sem efeito); cancelação ou canceladura.

Segundo Vieira e Furegato (2001) define suspensão como adiamento em atender à necessidade de recuperação do cliente, com inúmeras repercussões, desde psicológica até rejeição da terapêutica proposta.

Os estudos referentes ao tema cancelamento / suspensão de cirurgias expressam extrema preocupação por parte da equipe de saúde e pela administração do hospital, mas porem é possível perceber controversas, quando estudos relatam que o ato de cancelar/ suspender essas cirurgias programadas sejam consideradas rotineiras e inerentes, não causando inquietação à equipe multiprofissional, propiciando incomodo de que o cliente seja esquecido nesse âmag, durante a comunicação, necessitando cada vez mais da atuação da enfermagem nesse contexto. (MACEDO et al., 2013).

É possível observar que a comunicação sobre a suspensão / cancelamento não é valorizada, porque nem sempre existe a justificativa de tal ato, de forma verdadeira, clara e objetiva para o cliente. No instante que o cliente fica sabendo da não realização do procedimento, sua estrutura emocional é abalada, que favorece o aparecimento de obstáculos no tratamento e recuperação, além de prolongados jejuns que afetam toda função fisiológica, em especial nas instituições de ensino. (MACEDO et al., 2013).

Durante o período pré - cirúrgico os profissionais da enfermagem são responsáveis pelo preparo, desenvolvendo ações de acordo com a especialidade cirúrgica, orientações, preparo físico e emocional, avaliações, encaminhamento ao CC de forma segura, contemplando o indivíduo na sua forma integral. O profissional da saúde que atua nos cuidados a pacientes cirúrgicos deve estar sempre atento as características que este tipo de paciente apresenta, para obter e buscar sempre a melhoria da assistência em enfermagem, não somente na dimensão biológica. (AMANTE et al., 2016, POTTER, PERRY, STOCKERT E HALL 2013).

A taxa de cancelamento de cirurgias é definida pela relação percentual entre o número de cirurgias canceladas e o número de cirurgias agendadas. Sendo que, as cirurgias canceladas se referem ao total de cirurgias que não foram realizadas dentro do período analisado (CQH, 2009, SOBECC, 2017). A taxa de suspensão de cirurgias acompanha o número de cirurgias canceladas, e sua mensuração se dá por meio da seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de cancelamento de cirurgias} = \frac{\text{número de cirurgias realizadas}}{\text{número de cirurgias agendadas}} \times 100$$

**Figura 01:** Fórmula para mensurar a taxa de cancelamento de cirurgias. **Fonte:** SOBECC, 2017.

Os profissionais da área da saúde que executam atividades práticas dentro do CC são os responsáveis por sua apuração e coleta dos dados que devem ser realizadas mensalmente (CQH, 2009, SOBECC, 2017). As repercussões do cancelamento de cirurgias incidem desfavoravelmente não apenas sobre o paciente, que tem seu vínculo de confiança rompido em relação à instituição e a equipe cirúrgica, como também, em relação a operacionalização do trabalho, desperdício do tempo e recursos materiais, interferindo em gastos financeiros (ÁVILA; BOCCHI 2013, CARVALHO et al., 2016).

Compreender os fatores locais é de vital importância para melhoria da qualidade do cuidado prestado ao paciente (MORRIS et al., 2017), uma vez que as taxas de suspensão de cirurgias variam entre diferentes tipos de instituição, tamanhos hospitalares, tipo de cirurgias e os fatores socioeconômicos e culturais podem afetar essas suspensões.

Investigações nacionais sobre o tema, realizadas em hospitais públicos brasileiros, demonstram diferentes taxas de suspensões de cirurgias como o estudo realizado em um hospital universitário localizado no interior do estado do Paraná, o qual revelou que de 2.828 procedimentos cirúrgicos agendados, 522 foram cancelados o que resultou uma taxa geral de cancelamento de cirurgias de 18,45% (PINHEIRO et al., 2017).

Já estudo de coorte retrospectivo realizado em um hospital de grande porte no estado de Minas Gerais evidenciou uma taxa de cancelamento de cirurgias de 5,2% considerando as cirurgias eletivas programadas no período de julho a dezembro de 2013 (MOREIRA et al., 2016).

A literatura internacional tem apresentado índices de cancelamento de cirurgias em diversas pesquisas, de acordo com o tipo de Hospital e região, sendo que estudos reportam taxas em instituições do Canadá, Austrália, Inglaterra e Paquistão de 10%, 11,9%, 14% e 25% respectivamente, verificando-se que as taxas de cancelamento na sala de operações são bastante variáveis (ALVES, 2012).

Analisando os motivos relacionados ao cancelamento de cirurgias, vários estudos nacionais revelam como motivos mais comuns, as alterações clínicas do paciente (MAGRI et al., 2012, SANTOS; BOCCHI, 2017); não comparecimento do paciente (MACEDO et al., 2013, SODRÈ; ARAÚJO; FAHL, 2014, CARVALHO et al., 2016) e cirurgia cancelada pelo cirurgião (NASCIMENTO; TILLVITZ; FONSECA, 2013, PINHEIRO et al., 2017).

Elevados índices de suspensão cirúrgica, acarretam a saída de parte do montante financeiro das instituições de saúde, pois estudo realizado em um hospital universitário demonstrou que a realização de cirurgias constitui 24% do total de internações e por sua vez contribui com 43% da receita arrecadada (GARCIA; FONSECA, 2013).

A notificação correta da suspensão de cirurgia é imprescindível para que os gestores possam trabalhá-la com eficiência (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015). Para isso, um sistema de informação torna-se ferramenta viável para a coleta de dados na unidade cirúrgica. Contudo, é fundamental a alimentação correta e detalhada desse sistema pelos profissionais envolvidos (MACEDO et al., 2013), e que as atividades de conscientização e educação permanente sejam constantes nessas instituições (BARBOSA, 2012).

As alternativas para redução das taxas de cancelamentos e, conseqüentemente, dos custos gerados, podem estar aportados na comunicação eficaz, por meio do uso racional de dados controlados pela unidade CC; mapeamento do perfil de cirurgias e equipes operatórias; agendamento adequado de SO com controle do tempo cirúrgico; uso de meios e instrumentos para melhor planejamento de recursos, além do compromisso profissional (PINHEIRO et al., 2017).

#### 4.4.1 Motivos clínicos e não clínicos das suspensões cirúrgicas

Uma das preocupações dos profissionais da área da saúde em relação aos pacientes pré-operatórios está associado a condições clínicas do mesmo, cujos procedimentos na sua maioria são agendados com antecedência para garantirem uma assistência de qualidade e eficaz. Porém a condição clínica se trata de uma variável que está relacionada diretamente com a suspensão de cirurgias, portanto a condição clínica do paciente é considerada uma situação que varia em um pequeno período de tempo, necessitando de afabilidade de quem o assiste. (CAMILO et al., 2017).

A avaliação clínica deve anteceder o período operatório em todos os aspectos, através de uma boa anamnese, um exame físico detalhado, busca de informação em prontuário eletrônico (PEP) ou em papel, essas ações tornam eficazes para diminuir os riscos de um procedimento cirúrgico e promover a segurança do usuário, pois não é possível ofertar uma assistência de qualidade dentro do centro cirúrgico se os profissionais não incluir em seus objetivos juntamente com a instituição a redução nos riscos clínicos e não clínicos. (CAMILO et al., 2017).

O motivo clínico está associado a disfunção fisiológica causada por algum patógeno ou medicamentos, temos como alguns exemplos de motivos clínicos o aparecimento de febre, infecção de vias aéreas superiores (IVAS), estado gripal, pneumonias, infecção do trato

urinário (ITU), tosse produtiva, uso de anticoagulantes entre outros que possam inviabilizar o procedimento cirúrgico gerando risco à vida. (SANTOS; BOCCHI, 2017).

Os motivos não clínicos podem estar relacionados à segurança das instalações, ao processo de prestação de cuidado aos pacientes, a situações assistenciais, administrativos, relacionados ao próprio paciente, entre outros. Sendo estes alguns exemplos ausência de leito e de vaga na unidade de terapia intensiva (UTI), indisponibilidade de sala operatória, equipamento em manutenção, equipamentos com defeitos, ar condicionado quebrado, riscos elétricos e de incêndio, falta de jejum ou incompleto, falta de exames pré-operatórios, ausência de exames complementares, falta de parecer de especialistas, falta de material, ausência de cirurgiões, falta de hemoderivados, inexistência de medicação, substituição por outro paciente de urgência, suspensão pelo cirurgião, erro na marcação ou duplicidade, cirurgia remarcada, falta de membro da equipe de enfermagem e falta de autorização de internação hospitalar, o não comparecimento, cirurgia já realizada, óbito, ausência de tempo hábil (ocorre quando as cirurgias têm o tempo de realização prolongado) seja por atraso na entrada ou intercorrência durante o procedimento, não internação do paciente por falta de localização. (ARAÚJO; FERREIRA; COMASSETTO; BERNARDO, 2019, SANTOS; BOCCHI, 2017).

A taxa de suspensão cirúrgica consiste em um grande desafio para os gestores hospitalares, mesmo com grandes avanços tecnológicos e inovadores, ainda está presente em todas as instituições gerando problemas nas gestões, impactos econômicos, afetando profissionais, usuários e familiares. (MORAES; PACHÊCO; SILVA; SILVA, 2017).

A suspensão de tal procedimento reflete em todos de forma diferente, para o hospital gera encargos econômicos, mudança no fluxo do CC, impotência profissional, perda da credibilidade, para os usuários e familiares que estão na espera de realizar o procedimento cirúrgico gera sofrimento psicológico, ansiedade, perda financeira, medo da dor, sobrecarga familiar, ameaça de incapacidade permanente, entre outros. (MORAES; PACHÊCO; SILVA; SILVA, 2017).

O importante de ser realizar tal procedimento tem o objetivo de evitar sequelas clínicas, morte e perda de órgãos, promover a qualidade de vida, minimizar a dor as reações fisiológicas e psicológicas, auxiliar no retorno a suas atividades cotidianas o mais precoce possível, favorecer a manutenção e recuperação da saúde. (GOMES; FRANCO; MORAIS; BARBOSA, 2018, MORAES; PACHÊCO; SILVA; SILVA, 2017).

Devido as grandes problemáticas que a suspensão de uma cirurgia causa para o cliente, familiar, instituição e profissionais, é de suma importância minimizar a taxa de suspensão,

deixando realmente serem suspensas os procedimentos que escapam do controle da equipe. (MORAES; PACHÊCO; SILVA; SILVA, 2017).

## **5 MÉTODO**

Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, descritivo, analítico com abordagem quantitativa das cirurgias suspensas no dia do procedimento, realizado através de dados secundários da unidade de Centro Cirúrgico de um Hospital Público do Estado de Santa Catarina. Os dados secundários, referem-se aos mapas cirúrgicos divulgados diariamente no Sistema interno chamado *Micromed*.

Os avisos cirúrgicos (mapas) são encaminhados ao CC diariamente, porém sua elaboração ocorre nos dias úteis com a suma intenção de contemplar a maioria dos avisos gerados. Tais mapas apresentam as seguintes descrições: sala que será usada, horário da cirurgia, número do prontuário, nome do cliente, leito ocupado, idade, procedimento a ser realizado, profissional clínico e espaço para observações que descreve o material a ser usado entre outras especificidades. (SODRÉ; FAHL, 2014)

### **5.1 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no Centro Cirúrgico do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), localizado na cidade de Florianópolis (SC).

O Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), trata-se de hospital público, de complexidade terciária, que teve sua inauguração em 1966 para ser um hospital dos servidores públicos do estado de Santa Catarina, na época a construção tornou – se destaque devido sua imponente edificação de oito andares no centro da capital de Florianópolis, com uma vista panorâmica de toda cidade. Ao longo dos anos desenvolveu grande vocação para a área de ensino e pesquisa. (RUSSI, 2019).

O Hospital desde o ano de 2018 vem passando por reformas, é referência para atendimento exclusivo a população do Sistema Único de Saúde (SUS), do Estado de Santa Catarina. Possui 224 leitos operacionais, sendo 190 ativos e distribuídos da seguinte forma: Unidade de internação 2º andar, unidade de internação 4º andar, unidade de internação 6º andar, unidade de CCP (Cirurgia de Curta Permanência), unidade de emergência geral, unidade de emergência ortopédica, unidade isolamento, unidade ortopedia, unidade transplante de medula óssea (TMO), unidade de transplante renal, unidade de apoio a emergência (UAE) e unidade de terapia intensiva (UTI). É referência em alta complexidade em especialidades como

Traumatologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia e Cirurgia Geral. (RUSSI, 2019).

O Centro Cirúrgico (CC) está localizado no terceiro piso do hospital, onde no mesmo andar fica localizado a Central de Material Esterilizado (CME) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A última reforma e ampliação do CC ocorreu em 2007, até o presente momento o mesmo conta com a seguinte estrutura, sete salas cirúrgicas que são utilizadas por todas as especialidades através de rodizio, porem em meados do ano de 2019 uma das salas ficou exclusiva para uso oftalmologia devido a problemas técnicos no local desta especialidade, uma sala de bloqueio de uso exclusivo da equipe anestésica, oito leitos na sala de recuperação pós anestésicos (SRPA). As cirurgias eletivas são realizadas de segunda a sexta feira, no período das 07 às 19 horas, durante o período noturno, finais de semana e feriados são realizadas somente cirurgias de urgência e emergência.

Atualmente, o CC realiza em média 400 cirurgias por mês, dentre elas podemos citar as especialidades de cirurgia geral, otorrinolaringologia, ortopedia, bucomaxilo, plástica, neurocirurgia, torácica, urologia e vascular. A equipe cirúrgica que compõe os recursos humanos da unidade de CC é constituída por enfermeiros, técnico de enfermagem, médicos cirurgiões, médicos anesthesiologistas, residentes do curso de medicina em diversas especialidades, equipe administrativa, equipe de higienização e limpeza.

## **5.2 FONTE DE DADOS**

Para buscar informações referentes a suspensão de cirurgias, como fonte de dados desta pesquisa, foram utilizados o banco de dados denominado *Micromed*, selecionando as cirurgias que foram canceladas nos últimos dois anos (janeiro de 2018 a dezembro de 2019). Foram consultados os mapas cirúrgicos, os avisos de cirurgia e o relatório de enfermagem, referentes às cirurgias realizadas e canceladas de caráter eletivo e de urgência e emergência, de forma de complementar.

Foram excluídas amostras que estavam com dados incompletos e procedimentos oftalmológicos devido à recente implantação neste centro cirúrgico.

A fonte de dados dessa pesquisa, consiste de um sistema interno usado pelo HGCR, denominado *Micromed*. Este programa é alimentado diariamente pelos profissionais desta instituição e gerenciado pela própria instituição.



### 5.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. Um instrumento de coleta de dados, em formato de planilha, foi elaborado para facilitar a compilação dos dados brutos da pesquisa, contendo as seguintes variáveis:

**Sexo:** Diferenciação entre masculino e feminino segundo registro;

**Idade:** conforme a lei 8.069 de 13 de julho de 1990 que estabelece adolescentes entre 12 e 18 anos, adultos  $\geq 19$  a  $\leq 59$  e o idoso conforme a lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 com idade  $\geq 60$ anos;

**Horários de suspensão cirúrgica:** matutino (7h00 às 13h00), vespertino (13h00 às 19h00) e noturno (19h00 as 7h00)

**Data da Suspensão:** dia da semana que ocorreu a suspensão da cirurgia;

**Motivo da suspensão:** motivo clínico, não clínico, não informado.

*Motivos clínicos:* infecção das Vias Aéreas Superiores; pneumonias, tosse produtiva, queda de saturação de O<sub>2</sub>, Infecção de Trato Urinário, entre outros.

*Motivo não clínicos:* Jejum; recusa do paciente/responsável; sem exame pré-operatório: falta de exame laboratorial ou de imagem; falta de equipamento; falta de material: CME; órtese e prótese; material/medicamento; erro de programação cirúrgica; critério médico: atraso médico para liberação da sala, mudança de conduta médica, paciente menstruada, exame alterado, paciente em uso de anticoagulante.

**Profissional responsável pela suspensão da cirurgia:** médico cirurgião, médico anestesista, enfermeiro, não informado.

**Quantitativo de cirurgia:** total de cirurgias realizadas e suspensas no dia.

### 5.4. ANÁLISE DOS DADOS

Após o término da coleta dos dados, os dados foram tabulados no programa Excel (Microsoft Office 2016) e organizados em tópicos, com o objetivo de responder a hipótese gerada no estudo.

A taxa de suspensão geral foi calculada da seguinte forma: N° de cirurgias suspensas dividida pela N° de cirurgias realizadas multiplicada por 100, e a taxa por especialidade foi calculada por regra de três simples.(SOBECC,2017).

Utilizou-se análise descritiva simples, com frequências percentuais para as variáveis demográficas e indicadores de suspensão cirúrgica. Os dados numéricos foram transformados em gráficos de barras e pizza, para facilitar e favorecer a veracidade dessa análise.

A estatística originou-se com a coleta e construção de tabelas de dados, ela é um conjunto de instrumentos adequados para explorar, descrever e interpretar dados numéricos. Então a estatística descritiva é um conjunto de técnicas que permite, de forma sistemática, organizar, descrever, analisar e interpretar dados provenientes de estudos de qualquer área do conhecimento. Ela é a etapa inicial da análise utilizada para descrever e resumir os dados. A disponibilidade de uma grande quantidade de dados e de métodos computacionais muito eficientes fortificou esta área da estatística. É constituída pelo conjunto de métodos destinados à organização e descrição dos dados através de indicadores sintéticos ou sumários (SILVESTRE, 2007).

## **5.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudo faz parte do macroprojeto intitulado: “O cuidado de enfermagem no período perioperatório na perspectiva do ensino, assistência, segurança e gestão”. Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466 de 2012, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, em setembro de 2018, sob parecer nº 2.907.046. (Apendice 1).

## 6 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados na forma de manuscrito, seguindo a normativa para apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

### 6.1 MANUSCRITO: SUSPENSÕES CIRÚRGICAS ELETIVAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO: FATORES CLÍNICOS E NÃO CLÍNICOS

#### RESUMO

**Objetivos:** caracterizar as suspensões cirúrgicas eletivas de um hospital público do sul do país, quanto a taxa de suspensão geral e por especialidades e os motivos clínicos e não clínicos para a suspensão. **Método:** Estudo exploratório, retrospectivo, descritivo, analítico com abordagem quantitativa por meio de banco de dados e registro de procedimentos cancelados/ suspensos durante o período entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019, de Hospital Público do Estado de Santa Catarina. **Resultados:** Das 11.792 (100%) cirurgias programadas para o período pesquisado, 2.170 (18,4%) foram suspensas e 9.622 (81,6%) realizadas; dentre as cirurgias suspensas, a maioria das suspensões foi feita pela cirurgia ortopédica (32,63%) e pela cirurgia geral (19,03%), os principais motivos que levaram a suspensão das cirurgias foram: prioridade para urgência (21,52%), falta de vaga de UTI (15,62%) e não comparecimento do paciente (13,64%). **Conclusões:** Este estudo identificou a incidência e as causas de suspensões cirúrgicas em um hospital da rede pública, de modo que se possa contribuir para melhoria da atuação profissional frente a esta problemática, por meio de ações e estratégias que visam melhorar os índices da qualidade hospitalar.

**Descritores:** Procedimentos Cirúrgicos Eletivos; Centro Cirúrgico Hospitalar; Hospitais Públicos; Avaliação em Saúde.

#### INTRODUÇÃO

A organização e o planejamento são etapas essenciais para garantir o bom funcionamento de um centro cirúrgico (CC), nesta etapa consiste no envolvimento de um número considerável de profissionais, materiais, tecnologias e equipamentos. A quantidade de procedimentos cirúrgicos programados e cancelados estão relacionados com a produtividade e com o indicador de qualidade da instituição hospitalar (JORGE; DIANA; ROBERTO; ROGER, 2017).

A ausência de planejamento e organização gera ineficiência do uso de salas operatórias e um amplo desperdício de recursos financeiros e humanos. Por esta razão, a enfermagem vem sendo empoderada, nas organizações estruturais, afim de organizar e planejar tais ambientes de

trabalho, no caso do centro cirúrgico (CC) ocupam cargos como enfermeiro assistencial ou coordenador. O coordenador tem como principais funções: manter os controles administrativos, técnico – operacional e ético nas atividades do CC, garantir recursos humanos, providenciar materiais, realizar planejamento estratégico, averiguar os agendamentos cirúrgicos e orientar na montagem das salas operatórias; já o enfermeiro assistencial possui como principais funções: checar previamente a programação cirúrgica, supervisionar a atuação dos profissionais de enfermagem, elaborar escala de atividades diárias. (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015, MACEDO et al., 2013).

Os custos gerados por procedimentos cirúrgicos correspondem a 40% do total das despesas de um hospital, tornado – se os recursos escassos, afetando diretamente os profissionais e pacientes. Devido esse imenso gasto que o cc possui em relação a procedimentos operatórios, as gestões hospitalares estão ampliando seus olhares para a taxa de suspensão de cirurgias, com o objetivo de reduzi- lá, pois estudos relatam que cerca de 60% dos cancelamentos eletivos sejam por causa evitáveis (CARVALHO; SOBRAL; MARINHO; LLAPA-RODRIGUEZ; CAMPOS, 2016, GOMES; FRANCO; MORAIS; BARBOSA, 2018, SANTOS; BOCCHI, 2017).

Para que a taxa de suspensão seja fidedigna é necessário a notificação correta sobre a real causa do cancelamento cirúrgico, visando ainda mais a importância que a equipe multiprofissional possui, porque faz –se necessário o envolvimento, a conscientização pela busca por redução nas taxas, auxiliando os gestores na montagem de estratégias e ações para melhorar estes dados estatísticos e objetivar novas metas, estipulando a busca de se alcançar taxas cada vez mais baixas., sempre mantendo o foco de aprimorar e garantir atendimento de qualidade e eficaz para os pacientes. (SANTOS; BOCCHI, 2017, GOMES; FRANCO; MORAIS; BARBOSA, 2018).

O enfermeiro como protagonista no CC, e defensor do paciente tem comprometimento em manter a equipe sempre consciente sobre a importância de se reduzir as taxas de suspensão, e manter o processo de educação permanente sempre ativo mediante os membros da equipe. (SANTOS; BOCCHI, 2017).

Ao realizar tais registros de forma fidedigna é possível garantir e prever a ascensão da assistência prestada, o aumento da confiabilidade institucional e profissional perante os pacientes, favorecer o alívio do sofrimento e aumentar a receita hospitalar através da diminuição de gastos desnecessários. (NASCIMENTO; TILLVITZ; FONSECA, 2013).

Tendo em vista a importância de saber a taxa de suspensão de procedimentos eletivos, e suas respectivas causas, este estudo tem por objetivo caracterizar as suspensões cirúrgicas

eletivas de um hospital público do sul do país, quanto a taxa de suspensão geral e por especialidades e os motivos clínicos e não clínicos para a suspensão.

## **MÉTODO**

### **Aspectos éticos**

Estudo conduzido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por responsáveis institucionais. Macroprojeto intitulado "O cuidado de enfermagem no período perioperatório na perspectiva do ensino, assistência, segurança e gestão". O projeto foi submetido e aprovado sob parecer N° 2.907.046.

### **Desenho, local do estudo e período**

Estudo retrospectivo e descritivo, realizado em 2019, com dados secundários sobre suspensão de cirurgias de um Hospital Público do Estado de Santa Catarina. Trata-se de hospital de complexidade terciária, referência para atendimento exclusivo a população do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Santa Catarina. Possui 224 leitos operacionais; atualmente, o centro-cirúrgico geral realiza em torno de 400 cirurgias por mês, com sete salas cirúrgicas e oito leitos para Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

### **Amostra, critérios de inclusão e exclusão**

Para análise sobre as suspensões cirúrgicas utilizou-se o banco de dados denominado *Micromed*, gerenciado pela própria instituição, englobando todas as cirurgias eletivas suspensas, no período de dois anos (01/01/2018 até 31/12/2019) para caracterizar as suspensões cirúrgicas eletivas quanto aos motivos clínicos e não clínicos.

### **Variáveis do estudo**

As variáveis de caracterização das suspensões cirúrgicas foram:

Quantitativo de cirurgia: total de cirurgias realizadas e canceladas no dia.

Sexo: Diferenciação entre masculino e feminino segundo registro;

Idade: conforme a lei 8.069 de 13 de julho de 1990 que estabelece adolescentes entre 12 e 18 anos, adultos  $\geq 19$  a  $\leq 59$  e o idoso conforme a lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 com idade  $\geq 60$ anos;

Horários de suspensão cirúrgica: matutino (7h00 às 13h00), vespertino (13h00 às 19h00) e noturno (19h00 as 7h00)

Data da suspensão: dia da semana que ocorreu a suspensão da cirurgia;

Motivo da suspensão: motivo clínico, não clinico, não informado.

Motivos clínicos: infecção das Vias Aéreas Superiores; pneumonias, tosse produtiva, queda de saturação de O<sub>2</sub>, Infecção de Trato Urinário, entre outros.

Motivo não clínicos: Jejum; recusa do paciente/responsável; sem exame pré-operatório; falta de exame laboratorial ou de imagem; falta de equipamento; falta de material: CME; órtese e prótese; material/medicamento; erro de programação cirúrgica; critério médico: atraso médico para liberação da sala, mudança de conduta médica, paciente menstruada, exame alterado, paciente em uso de anticoagulante, febre e HAS.

Profissional responsável pela suspensão da cirurgia: médico cirurgião, médico anestesista, enfermeiro, não informado.

### **Análise dos resultados e estatística**

Os dados foram digitados em planilha *Excel* e analisados por meio de estatística descritiva simples. Utilizou-se a análise descritiva, com frequências percentuais para as variáveis demográficas e indicadores de suspensão cirúrgica.

## **RESULTADOS**

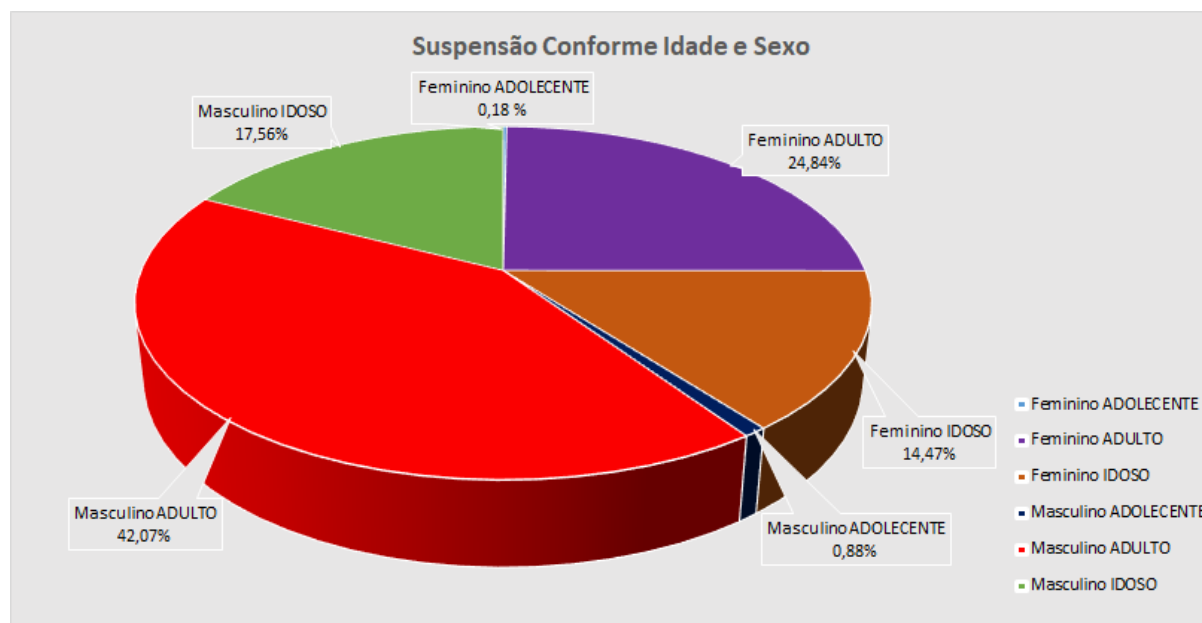
De um total de 11792 (100%) cirurgias eletivas agendadas, no ano de 2018-2019, em um Hospital Público do Estado de Santa Catarina, realizaram-se 9622 (81,59%) e foram suspensas 2.170 (18,40%) durante o período de 2018 -2019. Destas, 139 (6,41 %) ocorrem por motivos clínicos do paciente e 2.031 (93,59%) por motivos não clínicos. (Tabela 1)

**Tabela 1.** Número absoluto e relativo de cirurgias eletivas agendadas, distribuídas em realizadas e suspensas por motivos clínicos e não clínicos, Hospital Público do Estado de Santa Catarina, Brasil, 2020.

<b>Cirurgias eletivas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Agendadas	11.792	100
Realizadas	9.622	81,59
Suspensas	2.170	18,40
Motivos clínicos	139	6,41
Motivos não clínicos	2.031	93,59

Com relação a variável sexo, observou-se um total de 1313 masculinos (60,51 %), na faixa etária entre 15 a 18 anos (0,88%), 19 a 59 anos (42,07%), e superior a 60 anos (17,56%) e 857 do sexo feminino (39,49%) na faixa etária entre 15 a 18 anos (0,18%), de 18 a 59 anos (24,84%), superior a 60 anos (14,47%). Conforme gráfico 1.

**Gráfico 1.** Suspensão de cirurgia por faixa etária e sexo de um hospital público do Estado de Santa Catarina, 2020. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Por sua vez, a Tabela 2 sumariza os dados relacionados a suspensão cirúrgica segundo especialidade médica. As especialidades que mais suspenderam as cirurgias, foram a cirurgia ortopédica (32,63%), seguida pela cirurgia geral (19,03%) e cirurgia Urológica (15,14%).

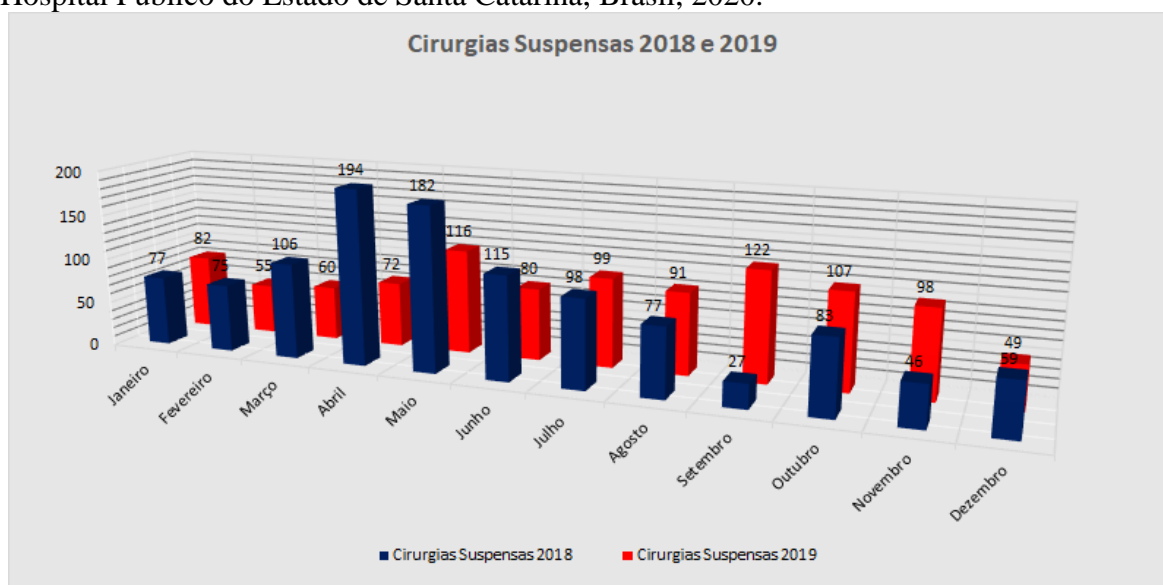
**Tabela 2.** Suspensão de cirurgia por especialidade em um hospital público do Estado de Santa Catarina, de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Especialidade cirúrgica	N	%
Cirurgia Ortopédica	708	32,63%
Cirurgia Geral	413	19,03%
Cirurgia Urológica	336	15,48%
Cirurgia Neurologia	317	14,61%
Cirurgia Grupo Coluna	99	4,56%
Cirurgia Otorrinolaringologia	85	3,92%
Cirurgia Plástica	60	2,76%
Cirurgia Bucomaxilo	44	2,03%
Cirurgia Vascular	43	1,98%
Cirurgia Cabeça e Pescoço	38	1,75%
Cirurgia Torácica	23	1,06%
Procedimento Anestesiologia	2	0,09%
Cirurgia Oftalmologia	1	0,05%
Cirurgia Proctologia	1	0,05%
<b>TOTAL</b>	<b>2.170</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

O Gráfico 2, a seguir, apresenta a frequência da suspensão cirúrgica por mês analisado, nos anos de 2018 e 2019. Essas suspensões tiveram maior incidência nas cirurgias planejadas nos meses de abril (n=194; 17,03%), maio (n=182; 15,97%) e junho (n=115; 10,09%), do ano de 2018 e setembro (n=122; 11,83%), maio (n=116; 11,25%) e outubro (n=107; 10,37%), de 2019.

**Gráfico 2.** Distribuição da suspensão cirúrgica segundo o mês nos anos 2018 e 2019, em um Hospital Público do Estado de Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa 2020.

Na Tabela 3 observam-se os dados relacionados a suspensão cirúrgica segundo faixa etária, especialidade médica e sexo para análise. Verifica-se que os adultos de 19 a 59 anos (66,91%) correspondem a mais da metade da proporção de suspensões, seguido pelos idosos (32,03%).

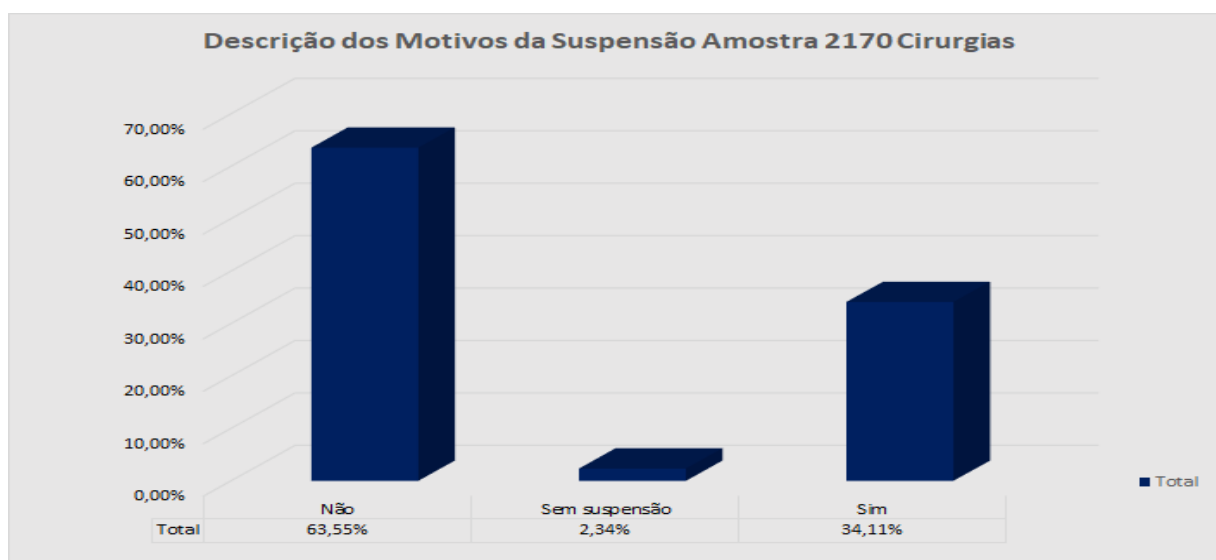
**Tabela 3.** Suspensão de cirurgia por especialidade, faixa etária e sexo de um hospital público do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.

Especialidades Suspensas por Idade	N		N		N	
	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
≥ a 60 anos	314	14,47%	381	17,56%	695	32,03%
Bucomaxilo	3	0,14%	4	0,18%	7	0,32%
Cabeça e Pescoço	9	0,41%	8	0,37%	17	0,78%
Geral	83	3,82%	67	3,09%	150	6,91%
Grupo Coluna	9	0,41%	22	1,01%	31	1,43%
Neurologia	53	2,44%	49	2,26%	102	4,70%
Ortopedia	102	4,70%	48	2,21%	150	6,91%
Otorrinolaringologia	7	0,32%	14	0,65%	21	0,97%



Plástica	7	0,32%	14	0,65%	21	0,97%
Torácica	4	0,18%	6	0,28%	10	0,46%
Urologia	24	1,11%	136	6,27%	160	7,37%
Vascular	13	0,60%	13	0,60%	26	1,20%
<b>15 a 18 anos</b>	<b>4</b>	<b>0,18%</b>	<b>19</b>	<b>0,88%</b>	<b>23</b>	<b>1,06%</b>
Bucomaxilo		0,00%	1	0,05%	1	0,05%
Geral	1	0,05%		0,00%	1	0,05%
Neurologia		0,00%	3	0,14%	3	0,14%
Ortopedia		0,00%	8	0,37%	8	0,37%
Otorrinolaringologia	2	0,09%	4	0,18%	6	0,28%
Urologia	1	0,05%	3	0,14%	4	0,18%
<b>19 a 59 anos</b>	<b>539</b>	<b>24,84%</b>	<b>913</b>	<b>42,07%</b>	<b>1452</b>	<b>66,91%</b>
Anestesiologia	1	0,05%	1	0,05%	2	0,09%
Bucomaxilo	13	0,60%	23	1,06%	36	1,66%
Cabeça e Pescoço	10	0,46%	11	0,51%	21	0,97%
Geral	154	7,10%	108	4,98%	262	12,07%
Grupo Coluna	12	0,55%	56	2,58%	68	3,13%
Neurologia	116	5,35%	96	4,42%	212	9,77%
Oftalmologia	0	0,00%	1	0,05%	1	0,05%
Ortopedia	139	6,41%	411	18,94%	550	25,35%
Otorrinolaringologia	31	1,43%	27	1,24%	58	2,67%
Plástica	6	0,28%	33	1,52%	39	1,80%
Proctologia	1	0,05%	0	0,00%	1	0,05%
Torácica	5	0,23%	8	0,37%	13	0,60%
Urologia	47	2,17%	125	5,76%	172	7,93%
Vascular	4	0,18%	13	0,60%	17	0,78%

**Gráfico 3.** Justificativa das causas de suspensão das cirurgias do Hospital Público do Estado de SC. Amostragem de 2170 cirurgias.



Do total de cirurgias canceladas (n=2,170) não constava a justificativa descrita em 1.412 (65,07%) suspensão cirúrgica analisadas (Gráfico 3). A Tabela 4 ilustra os achados atinentes às causas da suspensão cirúrgica, segundo motivos clínicos e não clínicos, que apresentavam justificativa descrita ou sem a justificativa descrita. No entanto foi encontrado fragilidades neste dado dentro do sistema *Micromed* devido a subnotificação desta informação devido à falta de descrição da justificativa, gerando inconsistência na avaliação dos dados neste requisito. Verifica-se na Tabela 4, que as suspensões cirúrgicas estão assim distribuídos: motivos não clínicos 2.031 (93,59%), motivos clínicos 139 (6,41%).

Os motivos clínicos representam as condições clinicas desfavoráveis, onde se inclui situações de alteração na função fisiológica, patógenos ou uso de medicamentos que afetem a fisiologia do organismo. Nos motivos não clínicos, prevalece a “prioridade para urgência”, “falta de vaga de UTI” e “paciente não compareceu” (Tabela 4).

**Tabela 4.** Dados absolutos e relativos sobre motivos clínicos e não clínico. Juntamente com os Códigos disponível pelo Sistema *Micromed* de um Hospital Público do Estado de SC.

Motivos da suspensão cirúrgica eletiva	N	%
Condição Clínica Desfavorável	139	6,41%
Condição não clínica		
Prioridade para urgência	467	21,52%
Falta de Vaga de UTI	339	15,63%
Outros ou não Especificado	304	14,01%
Paciente não compareceu	296	13,64%
Atraso Cirurgia Anterior	114	5,25%
Cirurgia Condicional ao Horário ou Sala	91	4,19%
Cirurgia Realizada Anteriormente	85	3,91%
Falta de Materiais	51	2,35%
Falta de Leito	35	1,61%
Falta de Exames pré-operatórios	34	1,57%
Problema ou defeito em infraestrutura hospitalar	31	1,43%
Por Falta de Sala Cirúrgica	29	1,34%
Transferência para outro hospital	28	1,29%
Problema ou defeito de material cirúrgico	25	1,15%
Paciente não foi localizado	24	1,10%
Jejum Incompleto	16	0,74%
Problema ou defeito de equipamento	14	0,64%
Cirurgião não Pode Comparecer ao Centro Cirúrgico	13	0,60%

Transferência para outra data à pedido médico	11	0,50%
Falta de Outros Profissionais	8	0,37%
Duplicado	4	0,19%
Óbito	4	0,19%
Falta de Hemoderivados	2	0,09%
Paciente não aceita reserva de sangue	2	0,09%
Preparo Cirúrgico inadequado ou incompleto	2	0,09%
Preparo Cirúrgico inadequado ou incompleto	1	0,05%
Paciente ou familiar recusa o procedimento	1	0,05%
<b>TOTAL</b>	<b>2170</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa 2020.

Os profissionais que mais suspenderam e justificaram a causa da suspensão de cirurgia foram os cirurgiões 939 (43,27%) e em 487 (22,44%) suspensões cirúrgicas analisadas, não houve especificação do profissional responsável pela suspensão (Tabela 5).

**Tabela 5.** Profissionais que justificaram a causa da Suspensão de Cirurgias, junto com os códigos estabelecidos pelo Sistema *Micromed* de um Hospital Público do Estado de SC. Dados absolutos e relativos.

<b>Profissionais que não descreveram o motivo da Suspensão</b>	<b>1412</b>	<b>65,07%</b>
170 Anestesista	54	2,49%
171 Cirurgião	607	27,97%
172 Enfermeiro	113	5,21%
173 Paciente	195	8,99%
174 Direção	87	4,01%
255 Núcleo de Regulação Interna	42	1,94%
<b>Profissionais que descreveram o motivo da Suspensão</b>	<b>758</b>	<b>34,93%</b>
170 Anestesista	42	1,94%
171 Cirurgião	332	15,30%
172 Enfermeiro	79	3,64%
173 Paciente	70	3,23%
174 Direção	60	2,76%
255 Núcleo de Regulação Interna	2	0,09%
<b>Não Especificado o profissional responsável pela Suspensão</b>	<b>487</b>	<b>22,44%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa 2020.

## DISCUSSÃO

Segundo estudos nacionais as taxas de suspensões cirúrgicas variam de 6,79% a 33,8% (GOMES et al, 2018; SANTOS et al, 2017) e as taxas internacionais variam 3,5% a 31,6%, sendo mais altas em países em desenvolvimento (DESTA et al, 2018; PATTILLO, DEXTER, 2017).

Obteve-se taxa de suspensão de cirurgias eletivas em 18,40%. Este é um dado que, por si só, certamente tem muito valor para os gestores do centro cirúrgico e do próprio hospital, desde que seja utilizado racionalmente para sua análise, comparação, seguida do planejamento estratégico visando à redução do indicador. Elucidou como suspensa / cancelada toda cirurgia agendada e programada que por qualquer razão não ocorreu no dia programado, que possui informações descritas pela equipe sobre suas possíveis causas, ou seja, códigos do sistema *Micromed*. (CARVALHO; SOBRAL; MARINHO; LLAPA-RODRIGUEZ; CAMPOS, 2016, SODRÉ; FAHL, 2014).

As suspensões que ocorrem no dia da intervenção cirúrgica geram um imenso gasto de recursos hospitalares financeiros, problema esse refletido através do desperdício dos recursos humanos, ferramentas cirúrgicas específicas, perda de sala operatória, gerando um efeito de queijo suíço, pela deficiência no processo, afetando diretamente o gerenciamento da sala cirúrgica, através do aumento de horas extras e até mesmo necessidade de mais recursos humanos, atrasos nas outras cirurgias, admissão atrasadas SRPA, aumento da taxa de permanência do paciente na unidade hospitalar, baixa rotatividade do hospital, aumento do risco de infecção hospitalar relacionado a assistência, entre outros. (CHO; LEE; LEE; KIM; KIM, 2018, GOMES; FRANCO; MORAIS; BARBOSA, 2018).

Segundo o estudo de Carvalho, Sobral, Marinho, Llapa-rodriguez e Campos (2016) que aconteceu em um hospital de ensino do nordeste brasileiro em Aracaju - Sergipe, a taxa de suspensão encontrada foi de 19,50%, sendo as especialidades que mais sofreram suspensão foi as cirurgias pediátricas (26,8%), oncológicas (14,4%) e cirurgia geral (13,14%). As causas das suspensões constataram – se 50,8 % relacionadas as condições institucionais, 22,4% ao paciente e 20,8% condições clínicas.

Estudo realizado no hospital público municipal do estado de São Paulo evidenciou uma taxa de suspensão 13,6%, as especialidades que mais tiveram suspensão foi cirurgia da mão (19,3%), cirurgia vascular (18,2%), ortopedia/ traumatologia (17,6%). No entanto as causas foi o não comparecimento do paciente (33,8%), condição clínica desfavorável (20%) e avanço do horário programado (5,5%) (SODRÉ, FAHL, 2014).

Segundo o estudo de Kaddoum, Fadlallah, Hitti, El-Jardali e Eid (2016) em um hospital universitário terciário em Beirute – Líbano a taxa de suspensão foi de 4,4% onde constatou-se que 71,6% foram julgados como cancelamentos evitáveis, e 28,4% como inevitáveis. As causas foram relacionadas a exames médicos (32,6%), recurso / instalação (19,9%), admissão (19,2%), motivos relacionados ao paciente (17,6%), disponibilidade de leito (8%) e motivos relacionados ao cirurgião (2,7%).

Conforme o estudo de Pattillo e Dexter (2017) em um hospital de ensino acadêmico no Chile a taxa de suspensão durante o estudo variou de 3,50 % a 5, 01%. As causas foram alteração na condição médica ou no plano de manejo do paciente (57%), geradas por pacientes (27%), não seguiram as instruções pré-operatórias (3,4%).

As taxas de suspensão e as causas costumam ser diferentes de um hospital para outro, tanto em nível nacional como internacional, pois os cancelamentos são considerados efeitos indesejáveis de causas subjacentes, gerando limitação no serviço de atendimento cirúrgico, conveniente a falhas de planejamento na administração e má gestão do CC, sendo que na maioria das vezes quem ocupa este cargo é o enfermeiro coordenador, sendo seu papel muito forte dentro do CC, tais perdas podem ser evitáveis na maioria dos cancelamentos. (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015, SAHRAOUI; ELARREF, 2014, SANTOS; BOCCHI, 2017).

Estudos internacionais como o de Desta Manaye, Tefera, Worku, Wale, Mebrat e Gobena (2018) refere que dos cancelamentos ocorridos 58,8% é do sexo masculino e 43,2% do sexo feminino. Sahraoui e Elarref (2014) revela que entre os casos cancelados eram do sexo masculino (75,09%) e do sexo feminino (24,91%). Muñoz, Reyes, Infante, Quiroga, Cabrera, Obando e Banghara (2018) em seus estudos constatou que a faixa etária de suspensão foi de 18 a 46 anos para o sexo feminino (59,8%), e a faixa etária para o sexo masculino foi de 21 a 45 anos (46%).

Neste estudo ficou evidente que o sexo masculino possui predominância em relação as suspensões cirúrgicas (60,51%), sendo a faixa etária de 19 a 59 anos responsável por (42,07%),  $\geq$  a 60 anos (17,56%) e 15 a 18 anos (0,88%), o sexo feminino é responsável por (39,49%), sendo a faixa etária de 19 a 59 anos responsável por (24,84%),  $\geq$  a 60 anos (14,47%) e 15 a 18 anos (0,18%).

Santos e Bocchi (2017) revelam em seu estudo que a faixa etária com predominância nas suspensões são os adultos com  $\geq$  19 e  $\leq$  59 anos (33,39%), crianças  $\leq$  12 anos (31,28%), idosos  $\geq$  60 anos (30,58%) e adolescentes  $\geq$  14 a  $\leq$  18 anos (4,75%). Botazini, Toledo e Souza

(2015) obteve em seu estudo que o sexo masculino sofre (27,6%) com a suspensão e o sexo feminino (27%).

Macedo et al. (2018) relata que seu estudo observou, a maior frequência de cancelamento cirúrgico foram os maiores de 60 anos (32,9%), seguidos pela faixa etária de 51 a 60 anos (15,3%), 41 a 50 anos (14,1%) e de 0 a 10 anos (11,7%).

Sobre as variáveis sexo e idade foram encontrado poucos estudos, a nível nacional evidenciou – se a suspensão em pacientes idosos, masculinos adultos e crianças. Porém a proporção para o sexo feminino é levemente considerável. Já os estudos em nível internacional a maioria revela o sexo masculino com faixa etária de 19 a 59 anos, como os mais afetados no requisito suspensão de cirurgias, no entanto teve um estudo em Bogotá – Colômbia que o sexo feminino na faixa etária de 18 a 49 anos, foi mais afetado pela suspensão de procedimentos operatórios. (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015, DESTA; MANAYE; TEFERA; WORKU; WALE; MEBRAT; GOBENA, 2018, JORGE; DIANA; ROBERTO; ROGER, 2017, MACEDO et al., 2018, MUÑOZ; REYES; INFANTE; QUIROGA; CABRERA; OBANDO; BANGHARA, 2018, SAHRAOUI; ELARREF, 2014, SANTOS; BOCCHI, 2017).

No presente estudo, as especialidades que mais colaboraram para o aumento da suspensão cirúrgica foram a cirurgia ortopédica (32,63%), seguida pela cirurgia geral (19,03%) e cirurgia urológica (15,14%). Esses são dados que claramente remetem ao perfil da organização investigada, que é referência no atendimento ao trauma, o qual, sabidamente, pode ser acompanhado frequentemente por intervenções cirúrgicas de ordem ortopédica. Os achados supracitados também coadunam, em maior parte, com outro estudo no qual as especialidades médicas que tiveram seus procedimentos cirúrgicos cancelados com maior frequência foram a cirurgia geral (25,48%), seguida pelas cirurgias ortopédicas (23,57%) e as neurológicas (20,11%). (PINHEIRO; VASCONCELOS; OLIVEIRA; MATOS; TONINI; ALVES, 2017).

As referências teóricas nacionais retratam como as principais clínicas que sofrem mais cancelamentos cirúrgicos, estando entre as três principais de cada estudo avaliado; a ortopedia, cirurgia geral, torácica, vascular, pediátrica, oftalmologia e neurologia. Nos estudos estrangeiros as clínicas que aparecem com mais frequência são cirurgia geral, otorrinolaringologista, ortopedia, neurologia e urologia. (APPAVU; AL-SHEKAILI; AL-SHARIF; ELAWDY, 2016, BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015, CARVALHO; SOBRAL; MARINHO; LLAPA-RODRIGUEZ; CAMPOS, 2016, CHO; LEE; LEE; KIM; KIM, 2018, DESTA; MANAYE; TEFERA; WORKU; WALE; MEBRAT; GOBENA, 2018, MACEDO et al., 2018, NASCIMENTO; TILLVITZ; FONSECA, 2013, SAHRAOUI; ELARREF, 2014, SANTOS; BOCCHI, 2017, SODRÉ; FAHL, 2014).

Conforme o estudo de Jorge, Diana, Roberto e Roger (2017) em um hospital de seguridade social em Chiclayo – Peru a taxa de suspensão foi de 10 %, sendo as especialidades que mais suspendeu traumatologia (16,3%), oftalmologia (13,7%) e cirurgia geral (11,9%). As causas de suspensão administrativa foram as mais frequentes (57,1%), causas clínicas (23,7%) e as causas cirúrgicas (8,5%).

O estudo realizado no hospital público do estado de Santa Catarina apresentou a frequência de suspensão com maior incidência nas cirurgias planejadas nos meses de abril 194 (17,03%), maio 182 (15,97%) e junho 115 (10,09%), do ano de 2018 e setembro 122 (11,83%), maio 116 (11,25%) e outubro 107 (10,37%), de 2019.

O estudo retrata o cenário de um hospital público do estado de Santa Catarina, sendo o ano de 2018 com maiores índices de suspensões. Este cenário pode estar associado por causa da implantação recente do sistema que atualmente é utilizado o *Micromed*, outro ponto forte que influencia no aumento das suspensões cirúrgicas são as greves de funcionários, falta de recursos humanos, mudanças de gestor do centro cirúrgico entre outros. (GOMES; FRANCO; MORAIS; BARBOSA, 2018).

Segundo Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018) em um estudo que teve duração de 10 meses, relata que os meses de junho, julho e agosto somam um percentual de 38,5% de suspensão cirúrgica.

Santos e Bocchi (2017) constatou que a sazonalidade não interferiu nos cancelamentos cirúrgicos nos meses de inverno, pois seu estudo trouxe tendências de decréscimo de cancelamentos tanto por motivos clínicos como não clínicos a partir de setembro de 2012, quanto clínicos a partir de outubro de 2012, as quais incidiram com período de mudança de gestão.

Com relação a descrição da justificativa mediante o código do motivo da suspensão, ficou evidente o quão a literatura é escassa com está variável, pois ele evidencia a fragilidade e veracidade dos estudos, as literaturas encontradas são brasileira e revelam valores de 5,27%<sup>15</sup>, 6,8%<sup>9</sup> e 8,8%<sup>6</sup>.

Em relação a motivos clínicos e não clínicos os estudos nacionais trazem a maioria das suspensões sendo por motivos não clínicos, relacionados com a instituição e profissionais, já os estudos internacionais apontam como principal causa motivos relacionados ao paciente e condição clínica desfavorável.(CHO; LEE; LEE; KIM; KIM, 2018, DESTA; MANAYE; TEFERA; WORKU; WALE; MEBRAT; GOBENA, 2018, KADDOUM; FADLALLAH; HITTI; EL-JARDALI; EID, 2016, PATTILLO; DEXTER, 2017, SANTOS; BOCCHI, 2017, SODRÉ; FAHL, 2014).

Os motivos das suspensões nacionais estão na sua maioria relacionados a problemas administrativos, não clínicos. Ao contrário dos internacionais que possuem maior relevância os motivos relacionados ao próprio paciente, seja por não comparecimento, desistência, atraso por motivos pessoais entre outros. (APPAVU; AL-SHEKAILI; AL-SHARIF; ELAWDY, 2016, BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015, CARVALHO; SOBRAL; MARINHO; LLAPA-RODRIGUEZ; CAMPOS, 2016, CHO; LEE; LEE; KIM; KIM, 2018, DESTA; MANAYE; TEFERA; WORKU; WALE; MEBRAT; GOBENA, 2018, GOMES; FRANCO; MORAIS; BARBOSA, 2018, JORGE; DIANA; ROBERTO; ROGER, 2017, KADDOUM; FADLALLAH; HITTI; EL-JARDALI; EID, 2016, MACEDO et al., 2018 NASCIMENTO; TILLVITZ; FONSECA, 2013, PATTILLO; DEXTER, 2017, SAHRAOUI; ELARREF, 2014, SODRÉ; FAHL, 2014).

Referente ao registro sobre os responsáveis pela suspensão de cirurgias foi encontrado poucas evidências, porém na literatura traz como responsáveis os cirurgiões, enfermeiros e anestesistas. (MACEDO et al., 2018).

Segundo o estudo realizado por Gomes, Franco, Morais e Barbosa (2018) em um hospital público do Distrito Federal a taxa de suspensão foi de 33,8%. As causas das suspensões foram as injustificadas (30,1%), outros (25%) e administrativos (21,8%). Os meses que mais se encontraram suspensões foram junho, julho e agosto, juntos somam 38,4% das suspensões.

A maioria dos estudos brasileiro trazem como as principais causas de suspensão cirúrgicas os motivos não clínicos, associados aos pacientes e potencialmente evitáveis, juntamente com os administrativos institucionais. Os motivos clínicos aparecem nos estudos com taxas baixas. As principais causas de suspensões que os estudos relatam são o não comparecimento ou atraso do paciente, usuário não internou 33,8%<sup>16</sup>, 22,4%<sup>3</sup>, 18,5%<sup>9</sup> e 14,2%<sup>2</sup>. Problemas institucionais/ administrativos como falta de leitos de UTI e enfermarias, avanço do horário, falta de materiais/ equipamentos e recursos, 21,8%<sup>6</sup>, 14,4%<sup>2</sup> e 8,6%<sup>3</sup>. Associado a condição clínica desfavorável 20,8%<sup>3</sup>, 20%<sup>16</sup>, 15%<sup>11</sup> e 11,2%<sup>9</sup>.



## CONCLUSÕES

Este estudo permitiu identificar, na instituição pesquisada, que das 11.792 cirurgias programadas para o período de Janeiro de 2018 a Dezembro de 2019, 2.170 (18,4%) foram suspensas e, portanto, 9.622 (81,6%) foram realizadas.

Dentre as 2.170 cirurgias suspensas, a maior parte das suspensões foi realizada pela cirurgia ortopédica (32,63%) e pela cirurgia geral (19,03%), sendo que o cirurgião ou seu assistente foram os profissionais responsáveis pelas suspensões (43,27%).

Os principais motivos que levaram a suspensão das cirurgias programadas foram motivos não clínicos como as prioridades por urgência (21,52%), falta de vaga de UTI (15,63%) e o não comparecimento do paciente ao procedimento (13,64%), além da condição clínica desfavorável do paciente (6,41%).

A descrição, distribuição e avaliação dos dados possibilitaram a percepção acerca dos motivos de suspensão das cirurgias na Instituição pesquisada, que estão, em sua maioria, relacionados aos problemas administrativos e a existência de lacunas nas ações direcionadas ao paciente.

Este estudo permitiu identificar a incidência e as causas de suspensão cirúrgica em um hospital da rede pública, de modo que se possa contribuir para melhoria da atuação profissional frente a esta problemática, por meio de ações e estratégias que visam melhorar os índices da qualidade hospitalar.

## Referencias

1. APPAVU, Sivasubramanian T.; AL-SHEKAILI, Salim M.; AL-SHARIF, Ahmed M.; ELAWDY, Mohamed M.. The Burden of Surgical Cancellations and No-Shows: quality management study from a large regional hospital in oman. **Sultan Qaboos University Medical Journal**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 298-302, 19 ago. 2016. Sultan Qaboos University Medical Journal. <http://dx.doi.org/10.18295/squmj.2016.16.03.006>.
2. BOTAZINI, Naraiamma Oliveira; TOLEDO, Lucas Dionísio; SOUZA, Diba Maria Sebba Tosta. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. : cancelamentos e causas. **Revista Sobecc**, [s.l.], v. 20, n. 4, p. 210-219, 1 dez. 2015. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425201500040005>.
3. CARVALHO, Thialla Andrade; SOBRAL, Cinthia Barreto; MARINHO, Pablíane Matias Lordelo; LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana Ofélia Ofélia; CAMPOS, Maria Pontes de Aguiar. Suspensão de cirurgias em um hospital universitário. **Revista Sobecc**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 186, 20 dez. 2016. Zeppelini Editorial e Comunicação. <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425201600040002>.
4. CHO, Hyun-Sun; LEE, Ye; LEE, Sang; KIM, Ji; KIM, Tae. Reasons for Surgery Cancellation in a General Hospital: a 10-year study. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1-16, 20 dez. 2018. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16010007>.
5. DESTA, Melaku; MANAYE, Addissu; TEFERA, Abiot; WORKU, Atalay; WALE, Alemitu; MEBRAT, Alemlanchi; GOBENA, Negesso. Incidence and causes of cancellations of elective operation on the intended day of surgery at a tertiary referral academic medical center in Ethiopia. **Patient Safety In Surgery**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 2-6, 27 ago. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13037-018-0171-3>.
6. GOMES, Jacqueline Ramos de Andrade Antunes; FRANCO, Renata Valero Barbosa; MORAIS, Dalyanne Souza Vieira Diniz; BARBOSA, Beatriz Coelho. Fatores determinantes para suspensões de cirurgias eletivas em um hospital do Distrito Federal. **Revista Sobecc**, [s.l.], v. 23, n. 4, p. 184-188, 20 dez. 2018. Zeppelini Editorial e Comunicação. <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425201800040003>.
7. JORGE, Fernández-Mogollón; DIANA, Santa Cruz-Ruiz; ROBERTO, Zapata-Velezmoro; ROGER, Santa Cruz-Polo. Características de la suspensión de cirugías electivas en un hospital de la Seguridad Social en Chiclayo, Perú. 2016. **Rev. Cuerpo Méd**, Chiclayo-Perú, v. 10, n. 3, p. 126-131, 15 set. 2017.
8. KADDOUM, Roland; FADLALLAH, Racha; HITTI, Eveline; EL-JARDALI, Fadi; EID, Ghada El. Causes of cancellations on the day of surgery at a Tertiary Teaching Hospital. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1-8, 13 jul. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1475-6>.
9. MACEDO, Jaziele Magella et al. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 1, n. 18, p.26-34, mar. 2018.

10. MUÑOZ, Luis; REYES, Luis E.; INFANTE, Sebastián; QUIROGA, Jeisson; CABRERA, Liliana; OBANDO, Nicole; BANGHARA, Liliana. Cancelación de procedimientos electivos y su relación con la valoración preanestésica. **Report Med Cir.**, Bogotá Colombia., v. 27, n. 1, p. 24-29, 15 fev. 2018.
11. NASCIMENTO, Leonel Alves do; TILLVITZ, Luciana Regina; FONSECA, Lígia Fahl. Suspensão cirúrgica: O ângulo estatístico de um problema de repercussões humanas. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 0, n. 7, p.6592-6600, nov. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12313/15001>>. Acesso em: 10 fev. 2020.
12. PATTILLO, Juan Carlos; DEXTER, Franklin. Enfrentando el dilema de las suspensiones: características e incidencia de las suspensiones quirúrgicas en un centro académico en Chile. **Rev Chil Cir**, Santiago, Chile., v. 4, n. 70, p. 322-328, 13 dez. 2017.
13. Pinheiro SL, Vasconcelos RO, Oliveira JLC, Matos FGOA, Tonini NS, Alves DCI. Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público. **REME – Rev Min Enferm.** 2017;21:e-1014. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20170024
14. SAHRAOUI, Abderrazak; ELARREF, Mohamed. Bed crisis and elective surgery late cancellations: an approach using the theory of constraints. **Qatar Medical Journal**, [S.L.], v. 2014, n. 1, p. 1-11, jun. 2014. Hamad bin Khalifa University Press (HBKU Press). <http://dx.doi.org/10.5339/qmj.2014.1>.
15. SANTOS, Gisele Aparecida Alves Corral dos; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Cancellation of elective surgeries in a Brazilian public hospital: reasons and estimated reduction. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 70, n. 3, p. 535-542, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0084>.
16. SODRÉ, Roberto Luiz; FAHL, Michely de Araújo Félix El. Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo. **Ras**, São Paulo, v. 16, n. 63, p. 67-70, jun. 2014.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo comprovou o quanto é importante e necessária a preocupação com taxa de suspensão cirúrgica dentro das instituições públicas. A taxa de suspensão do hospital Governador Celso Ramos que está localizado no Estado de Santa Catarina no município de Florianópolis, é de 18,40 %, sendo as clínicas com maior taxa de suspensão as cirurgias ortopédicas, cirurgia geral e as cirurgias urológicas, estas três clínicas juntas se tornaram responsáveis por 1457 (67,14%), das suspensões que ocorreram.

As suspensões relacionadas a fatores não clínicos corresponderam a 2031 (93,59%), e as por causa clínicas 139 (6,41%), sendo em primeiro lugar as prioridades por urgência 467 (21,52%), em segundo por falta de vaga de UTI 339 (15,63%), em terceiro lugar os motivos que não foi especificado 304 (14,01%) e em quarto lugar o paciente que não compareceu ao procedimento 296 (13,64%), concluindo que a maioria está relacionado a fatores institucionais. Dentre os responsáveis pela justificativa e responsável pela suspensão de cirurgias está em primeiro os cirurgiões 939 (43,27%), em segundo o paciente 265 (12,22%) e em terceiro os enfermeiros 192 (8,85%). Neste estudo também foi possível contemplar a importância e responsabilidade que os profissionais possuem em registrar as informações no sistema, como: registrar os códigos das suspensões, com a respectiva descrição das causas, pois somente com esses dados preenchidos de forma sucinta e correta é possível avaliar os reais motivos das suspensões cirúrgicas. Neste estudo observou um enorme índice de justificativas sem a contemplação da suposta descrição do motivo 1412 (63,55%) deixando a fidelidade/veracidade dos motivos com diagnóstico subjetivos.

Comparando com outros estudos por mais que seja diferente os possíveis motivos da suspensão de cirurgias, conclui-se que os prejuízos gerados para o cliente, familiar, instituição e profissionais são os mesmos desde financeiro até emocional.

Através da fidelidade dos dados o monitoramento da taxa de suspensão se suas causas, servirá para alertar os gestores em relação a esta problemática, com a intenção de trazer possíveis estratégias de soluções afim de minimizar as suspensões, que na sua maioria são evitáveis, ficou evidente o quanto o enfermeiro é o elemento fundamental para a execução do propósito de redução das taxas de suspensão.

O estudo trouxe a proposta de evidenciar a taxa geral de suspensão de cirurgias, e a frequência por especialidade, juntamente com os possíveis fatores de suspensão que estão subdivididos em motivos clínicos e não clínicos, sendo os objetivos propostos alcançados.

Limitação do estudo – está associado a implantação do sistema *Micromed*, que é algo recente, no qual os funcionários parecem ter dúvidas em relação ao preenchimento / registro pois foi possível observar as falhas nas possíveis descrições da justificativa do motivo da suspensão, quando o profissional não sabe a causa registra colocando qualquer código afetando a veracidade dos reais motivos.

As facilidades que obtive foi o fato de estar familiarizada com este ambiente, suas peculiaridades, acesso ao sistema de informática e profissionais, forjando com que todos os conhecimentos prévios favorecessem para a realização coleta de dados e sua análise.

Sugiro aos profissionais um mais de comprometimento, envolvimento no momento de justificar as causas da suspensão, averiguada pela subjetividade de alguns dados, comunicação entre os setores e profissionais afim de diminuir as suspensões por falta de leitos, para a suspensão por urgências melhorar a gestão e otimização das salas operatórias, observado que não existe uma sala operatória em espera para procedimentos de urgência, para o absenteísmo de usuário, a administração dos mapas operatórios realizar busca ativa, visando que a marcação ocorre de uma semana para outra.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

AMANTE, Lúcia Nazareth et al. **Cuidados de Enfermagem no Período Perioperatório: Intervenções para a Prática**. Curitiba: Crv, 2016. 487 p.

ARAÚJO, Jennyfer Kelly Moraes de; FERREIRA, Fabiana Andrea Soares; COMASSETTO, Isabel; BERNARDO, Thaís Honório Lins. **Avaliação dos fatores de cancelamento de cirurgias em hospitais do nordeste brasileiro**. *Revista Sobecc*, [s.l.], v. 24, n. 4, p.175-184, 13 dez. 2019. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425201900040002>. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/474>. Acesso em: 02 abr. 2020.

ÁVILA, Marla Andréia Garcia de et al. CANCELAMENTO DE CIRURGIAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. *Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico*, São Paulo, p.39-47, jun. 2012.

BÁO, Ana Cristina Pretto et al. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 72, n. 2, p.360-366, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>.

BOTAZINI, Naraiamma Oliveira; TOLEDO, Lucas Dionísio; SOUZA, Diba Maria Sebba Tosta. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. : cancelamentos e causas. *Revista Sobecc*, [s.l.], v. 20, n. 4, p. 210-219, 1 dez. 2015. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425201500040005>.

BRASIL. SECRETARIA-EXECUTIVA.DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E DESENVOLVIMENTO. . **PROGRAMAÇÃO ARQUITETÔNICA DE UNIDADES FUNCIONAIS DE SAÚDE: SOMASUS** Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos a Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 142 p.

BRASIL. BARJAS NEGRI. . **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: Avanços e Limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52 p. (4).

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. . **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**.Brasília: Anvisa, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **ESTATUTO DO IDOSO**. 3. ed. Brasília: Ms, 2013. 70 p.

CAMILO, Maiara Braga et al. **Motivos de cancelamentos, substituição e atrasos de cirurgias eletivas realizadas em um hospital universitário em Minas Gerais**. *Revista AcreditaÇÃO - Issn*, Minas Gerais, v. 7, n. 13, p.1-11, 25 ago. 2017.

CARVALHO, Thialla Andrade; SOBRAL, Cinthia Barreto; MARINHO, Pablaine Matias Lordelo; LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana Ofélia Ofélia; CAMPOS, Maria Pontes de Aguiar. Suspensão de cirurgias em um hospital universitário. *Revista Sobecc*, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 186, 20 dez. 2016. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425201600040002>.

CHO, Hyun-sun; LEE, Ye; LEE, Sang; KIM, Ji; KIM, Tae. Reasons for Surgery Cancellation in a General Hospital: a 10-year study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 7, 20 dez. 2018. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16010007>.

Especialidade médicas. Faceres, 2020. Disponível em: <https://faceres.com.br/cursos/medicina/especialidades-medicas>. Acesso em: 10 jun 2020.

GABRIEL, Carmen Silvia et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, São Paulo, v. 5, n. 19, p.1-9, out. 2011.

GANONG, Lawrence H. Integrative Reviews Lawrence of Nursing Research. *Research in Nursing and Health*, [s.l.], v. 10, n. 1, p.1-11, 1987. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jamia/article/23/1/212/2379923>>. Acesso em: 27 out. 2018.

GOMES, Jacqueline Ramos de Andrade Antunes; FRANCO, Renata Valero Barbosa; MORAIS, Dalyanne Souza Vieira Diniz; BARBOSA, Beatriz Coêlho. Fatores determinantes para suspensões de cirurgias eletivas em um hospital do Distrito Federal. *Revista Sobecc*, [s.l.], v. 23, n. 4, p. 184-188, 20 dez. 2018. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425201800040003>.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. CARLA MARISA TIRELLO PULGA. (Org.). **Residência Médica nos Hospitais Públicos**. Florianópolis: Manole, 2019. 89 p.

MEEKER, Margaret Huth; ROTHROCK, Jane C. **Alexander**: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1249 p.

JORGE, Fernández-mogollón; DIANA, Santa Cruz-ruiz; ROBERTO, Zapata-velezmorro; ROGER, Santa Cruz-polo. Características de la suspensión de cirugías electivas en un hospital de la Seguridad Social en Chiclayo, Perú. 2016. **Rev. Cuerpo Méd.**, Chiclayo-perú., v. 10, n. 3, p. 126-131, 15 set. 2017.

MARTINS, Fabiana Zerbieri; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p.1-9, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56945>.

MICHAELIS. **Dicionário**, v. 11, n. 04, 2011. Disponível em:<<http://michaelis.uol.com.br>>. Acesso em: 16 junho. 2019.

MICROMED SISTEMAS. Micromed Gestão Hospitalar, 2020. Empresa. Disponível em: <http://www.micromed.com.br/pt/empresa>. Acesso em: 28 mai 2020

MOHER, David et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses: The PRISMA statement. **International Journal of Surgery**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.336-341, 18 fev. 2010. Disponível em : <[https://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191\(10\)00040-3/fulltext](https://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191(10)00040-3/fulltext)>. Acesso em : 13 jun. 2019.

MORAES, Priscilla Glazielly dos Santos de; PACHÊCO, Nayara Machado Dias; SILVA, Rubiane Gouveia de Souza e; SILVA, Paula Carolina Valença. FATORES CLÍNICOS E ORGANIZACIONAIS RELACIONADOS À SUSPENSÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. **Revista de Enfermagem**: UFPE on line, Recife, v. 11, n. 7, p. 2645-2653, 01 jul. 2017.



MORGAN, Willian et al. Implicações do cancelamento de cirurgias em centro cirúrgico: estudo descritivo-exploratório. **Online Brazilian Journal Of Nursing**. Curitiba, p. 1-10. Mar. 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printeFriendly/j.16764285.2010.2591/585>. Acesso em: 02 jun. 2020.

NASCIMENTO, Leonel Alves do; TILLVITZ, Luciana Regina; FONSECA, Lígia Fahl. SUSPENSÃO CIRÚRGICA: O ÂNGULO ESTATÍSTICO DE UM PROBLEMA DE REPERCUSSÕES HUMANAS. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 0, n. 7, p.6592-6600, nov. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12313/15001>>. Acesso em: 30 nov. 2019.

NEPOTE, Maria Helena Aoki; MONTEIRO, Ilza Urbano; HARDY, Ellen. ASSOCIAÇÃO ENTRE OS ÍNDICES OPERACIONAIS E A TAXA DE OCUPAÇÃO DE UM CENTRO CIRÚRGICO GERAL. **Revista Latino-americana Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 4, p.1-6, ago. 2009.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin; STOCKERT, Patricia A.; HALL, Amy M.. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1391 p.

PINHEIRO, Silvania Lopes; VASCONCELOS, Raissa Ottés; OLIVEIRA, João Lucas Campos de; MATOS, Fabiana Gonçalves de O. A.; TONINI, Nelsi Salete; ALVES, Débora Cristina Ignácio. SURGICAL CANCELLATION RATE: quality indicator at a public university hospital. : QUALITY INDICATOR AT A PUBLIC UNIVERSITY HOSPITAL. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, p. 1-8, dez. 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170024>.

PSALTIKIDIS, Eliane Molina. Avaliação de tecnologias no centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 223-228, 27 set. 2016.

PRODANOV, Cleber Cristiano. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REIS, Maria América Diniz et al. **ECA 2019**: estatuto da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Cedeca, 2019. 261 p.

Residência em cirurgia geral: rotina, mercado e desafios. Sanar MED, 2020. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/residencia-medica-especialidade-cirurgia-geral>. Acesso em: 10 jun 2020.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **O ato médico através da história**. São Paulo: Editora Unifesp., 2009. 11 f.

RUSSI, R. F. Hospital Governador Celso Ramos: Histórico. HGCR, 2019. Disponível em: <<https://hgcr.saude.sc.gov.br/index.php/institucional/historico>>. Acesso em: 01 de abr. de 2020.

SAHRAOUI, Abderrazak; ELARREF, Mohamed. Bed crisis and elective surgery late cancellations: an approach using the theory of constraints. **Qatar Medical Journal**, [s.l.], v. 2014, n. 1, p. 1, jun. 2014. Hamad bin Khalifa University Press (HBKU Press). <http://dx.doi.org/10.5339/qmj.2014.1>.

SANTA CATARINA. RAPS. Transtornos de estresse pós traumático: protocolo clínico. Estado de Santa Catarina, 2015.

SANTOS, Gisele Aparecida Alves Corral dos; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Cancellation of elective surgeries in a Brazilian public hospital: reasons and estimated reduction. : reasons and estimated reduction. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 3, p. 535-542, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0084>.

SODRÉ, Roberto Luiz; FAHL, Michely de Araújo Félix El. Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo. **Ras**, São Paulo, v. 16, n. 63, p. 67-70, jun. 2014.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **O SUS é Universal, mas Vivemos de Cota**. Minas Gerais: UFMG, 2012. 10 f.

TUBINO, Paulo ;ALVES, Elaine.**História da Cirurgia.** Disponível em :  
<[http://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/história da cirurgia.pdf](http://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/história_da_cirurgia.pdf)>.Acesso em:  
16/06/2019.

TRONCHIN, Daisy M. Rizatto; MELLEIRO, Marta M.; MOTA, Nancy Val y Val Peres da. **Indicadores de Qualidade de Enfermagem.**: Uma Experiência Compartilhada entre Instituições Integrantes do "Programa Qualidade Hospitalar".. 2006. 305 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Orientação Profissional, Usp, São Paulo, 2006.

TOSTES, Maria Fernanda do Prado; COVRE, Eduardo Rocha; FERNANDES, Carlos Alexandre Molena. Access to surgical assistance: challenges and perspectives. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Paraná, v. 24, p.1-7, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0954.2677>.

## APENDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O cuidado de enfermagem no período perioperatório na perspectiva do ensino, assistência, segurança e gestão

**Pesquisador:** Juliana Balbinot Reis Girondi

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 96646018.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.701.031

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta à pendência de um projeto do curso de Enfermagem, de Juliana Balbinot Reis Girondi. A pesquisa pretende utilizar métodos para produção de tecnologias, além de revisões integrativas e sistemáticas e pesquisas do tipo qualitativas, quantitativas, metodológicas. A pesquisa será desenvolvida Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), localizada em Florianópolis, Santa Catarina; no Hospital Celso Ramos e no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, todos localizados em Florianópolis. Participarão do estudo estudantes e docentes vinculados às atividades desenvolvidas na quinta fase do curso de Graduação em enfermagem da UFSC e pacientes e profissionais de duas instituições de saúde. Pretende ter uma amostra de 500 participantes e utilizar a aplicação de questionários e/ou entrevistas tanto presencial como na modalidade online.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

• Aprimorar, desenvolver e validar tecnologias de cuidado e metodologias educacionais no contexto do cuidado de enfermagem no período perioperatório; • Analisar os resultados da aplicação de diferentes tecnologias de cuidado e de ensino-aprendizagem para o cuidado de enfermagem no período perioperatório; • Propor e avaliar ações e estratégias educacionais junto à

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.701.001

equipes de saúde no contexto do cuidado de enfermagem no período perioperatório; Desenvolver e avaliar soluções para melhoria da cultura e segurança do paciente no contexto do cuidado perioperatório de enfermagem.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Poderá estar relacionada a questões psíquicas, moral e emocional quanto a insegurança e a fragilidade em responder questões relacionadas ao perioperatório. Junto a isso, vale salientar quanto aos danos físicos, os quais podem estar relacionados ao cansaço, mal estar e ansiedade devido a mais uma atividade a ser desenvolvida pelos participantes. Caso qualquer situação aconteça, os pesquisadores estarão a sua disposição. Para as entrevistas online será utilizado a resolução número 510/2016 para o registro do consentimento, considerando o artigo XXII, o qual será por meio eletrônico e digital, em que ambos, o participante das entrevistas online e o pesquisador, assinam as duas vias do TCLE (assinatura digitalizada), ficando uma das cópias assinada e digitalizada sob o poder de cada um: uma cópia para o entrevistado, uma cópia para o pesquisador. As entrevistas online poderão acontecer em data e horário que melhor se adequar à sua disponibilidade, previamente acordada com o pesquisador, referencialmente excluindo qualquer transtorno à sua rotina de trabalho ou familiar.

**Benefícios:**

A referida pesquisa traz importantes benefícios no que se refere ao perioperatório tanto na esfera dos gestores de saúde, equipe de saúde, família, ensino e pesquisa. Por meio desse estudo será possível conhecer a realidade do perioperatório quanto a segurança do paciente, dados epidemiológicos, conhecimento da equipe de saúde, bem como o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado no perioperatório, aprimoramento das metodologias de ensino na graduação dos futuros enfermeiros.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O mérito e aspectos relacionados à relevância da pesquisa permanecem os mesmos. Os pesquisadores realizaram os ajustes solicitados em parecer anterior.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE adequado a Resolução 510/2016, entretanto ainda houve a manutenção nos TCLE da expressão: "Ressarcimento: A participação dos sujeitos será voluntária não havendo qualquer tipo de ressarcimento" quando houve a orientação para substituir por "não haverá qualquer tipo de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-6034 E-mail: cnp\_propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.701.001

"remuneração", pois adiante os pesquisadores garantem o direito de ressarcimento por despesas não previstas.

**Recomendações:**

retirar a expressão do TCLE no Item Ressarcimento: "A participação dos sujeitos será voluntária não havendo qualquer tipo de ressarcimento" substituindo por: "A participação dos sujeitos será voluntária não havendo qualquer tipo de remuneração" pois adiante os pesquisadores garantem o direito a ressarcimento por despesas não previstas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conclusão: aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1202880.pdf	08/10/2019 08:58:01		Aceito
Folha de Rosto	folha_novacheffa.docx	08/10/2019 08:57:12	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito
Outros	carta_resposta2.docx	08/10/2019 08:45:20	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito
Outros	anuencia_curso.jpg	08/10/2019 08:31:52	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProfssionals.docx	08/10/2019 08:25:30	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPacientes.docx	08/10/2019 08:25:21	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEDocentes.docx	08/10/2019 08:25:07	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEDiscentes.docx	08/10/2019 08:24:54	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito
Outros	uso_imagens.docx	08/08/2019 20:54:13	Juliana Balbinot Reis Girondi	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORESÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8034 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DISCIPLINA: INT 5182 -TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II  
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO  
DE CURSO**

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado pela aluna **Luana Maria dos Santos Machado**, intitulado: “SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA” integra as atividades curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

Desde o início do processo de construção desse trabalho, a aluna demonstrou compromisso e responsabilidade para alcançar o objetivo proposto. Desenvolveu o estudo com muito empenho e dedicação, visando aprofundar o conhecimento científico.

Trata-se de uma temática, atual, relevante e essencial, contribuindo para avaliar os indicadores de qualidade dos agendamentos e suspensões cirúrgicas do Centro Cirúrgico. A escolha do método foi pertinente e desafiante para um TCC, possibilitando uma abrangência de dados maior para a temática desenvolvida. Trabalho bem estruturado metodologicamente, seguindo os princípios éticos, com coerência na apresentação dos resultados, o que permitiu a produção de um manuscrito.

Com relação aos resultados do estudo, considera-se a identificação da incidência e as causas de suspensão cirúrgica essencial para guiar os profissionais do centro cirúrgico e gestores no planejamento de estratégias que possam melhorar os índices da qualidade hospitalar.

Florianópolis, 08 de setembro 2020.

*Keyla E. Nascimento.*

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Keyla Cristiane do Nascimento**  
Professora do Departamento de Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Catarina