

TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E OS MOTIVOS DE ABSENTEÍSMO DO PACIENTE À CIRURGIA PROGRAMADA¹

Maria Lúcia Habib Paschoal²

Maria Alice Fortes Gatto³

Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):48-53.

Os objetivos do estudo foram identificar a taxa de suspensão de cirurgia e verificar os motivos do absenteísmo do paciente à cirurgia programada. O trabalho foi realizado em um hospital universitário, voltado à assistência secundária, no município de São Paulo, no período de três meses e realizada entrevista com 60 pacientes que deixaram de comparecer à cirurgia. Os resultados mostraram taxa de suspensão de cirurgia de 19,91% e o absenteísmo de 54,30% das 186 suspensões de cirurgias. Foram encontrados 10 motivos para o absenteísmo do paciente que, agrupados, puderam ser atribuídos à condição institucional (53,33%), na maioria pela desinformação sobre a data do agendamento cirúrgico; condição clínica (28,33%) decorrente de infecções de vias aéreas e outras doenças; condição social (10%) pela falta de dinheiro e problemas familiares e condição pessoal (8,33%) em consequência da desistência do paciente.

DESCRITORES: assistência perioperatória; salas de cirurgia; administração de serviços de saúde

RATE OF SURGERY CANCELLATION AT A UNIVERSITY HOSPITAL AND REASONS FOR PATIENTS' ABSENCE FROM THE PLANNED SURGERY

This study aimed to identify the rate of surgery cancellation and to verify the reasons for patients' absence from the planned surgery. The study was carried out at a secondary care university hospital in São Paulo city. Sixty patients whose surgeries were cancelled were interviewed during 3 months. Results showed that the rate of surgery cancellation was 19.91%, and that absenteeism was responsible for 54.30% of the 186 cancelled surgeries. Ten reasons for patient absenteeism were found; 53.33% were due to institutional problems, in most cases because patients were unaware of the date of surgery; 28.33% had clinical problems such as upper airway infection and other diseases; social conditions were responsible for 10.00%, related to economic and family problems; and 8.33% were cancelled by the patient.

DESCRIPTORS: perioperative care; operating rooms; health services administration

TASA DE SUSPENSION DE CIRUGÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO Y MOTIVOS DE ABSENTISMO DEL PACIENTE CON CIRURGIA PROGRAMADA

Los objetivos del estudio fueron identificar la tasa de suspensión de cirugía y verificar los motivos de absentismo del paciente con cirugía programada. El trabajo fue realizado en un hospital universitario, de atención secundaria, en el municipio de Sao Paulo, durante tres meses e fueron realizadas entrevistas a 60 pacientes que dejaron de comparecer a la cirugía. Los resultados mostraron una tasa de suspensión de cirugía de 19,91% y el absentismo fue responsable por el 54,30% de las 186 suspensiones de cirugías. Fueron encontrados 10 motivos para el absentismo del paciente, agrupados en: condición institucional (53,33%), la mayoría por falta de información sobre la fecha de la cirugía; condición clínica (28,33%), por causa de infecciones de vias aéreas y otras enfermedades; condición social (10%), por falta de dinero y problemas familiares; y finalmente la propia condición personal (8,33%) generando desistencia del paciente.

DESCRIPTORES: atención perioperativa; quirófanos; administración de los servicios de salud

¹ Trabalho extraído da dissertação de mestrado; ² Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Assistente Técnico de Direção da Superintendência do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, e-mail: maluhabib@hu.usp.br; ³ Enfermeira, Professor Doutor da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e-mail: alifor@usp.br

INTRODUÇÃO

A suspensão de uma cirurgia é um evento que pode ser analisado por duas vertentes: a primeira, sem dúvida, voltada para as repercussões que envolvem o paciente; e a segunda, pelas conseqüências que causam para a instituição de saúde.

Para o paciente, toda cirurgia, por mais simples que seja, tem importante significado a ponto de provocar comportamento com a mesma proporção de qualquer outra situação traumática⁽¹⁻³⁾.

A intervenção cirúrgica requer preparo prévio do paciente e da família, pois envolve aceitação da cirurgia, preparo físico e psicológico, interferência no estilo de vida, alterações sócioeconômicas pelo afastamento no trabalho, além da situação de estresse gerada pelo medo do desconhecido⁽³⁾.

O paciente, ao se preparar para a cirurgia, traz consigo expectativas, dúvidas e temores a respeito do que irá acontecer. Para ele, o hospital é um ambiente estranho e desconhecido, onde se sente nas mãos de profissionais, aos quais confia e espera receber cuidados adequados. Todas as suas preocupações e expectativas estão voltadas para a realização da cirurgia e não para a sua suspensão.

A suspensão de cirurgia acarreta prejuízos ao paciente, interferindo no resultado da assistência e na produtividade do serviço. Do ponto de vista administrativo, interfere na própria equipe de saúde, no que se refere à operacionalização do trabalho, ao consumo de tempo e de recursos materiais.

Para o hospital, a ocupação do leito, a reserva da sala operatória, o desperdício de material cuja esterilização é dispendiosa, o pessoal envolvido no preparo de material e da sala cirúrgica e a perda da oportunidade de inclusão de outro paciente na programação cirúrgica acarretam prejuízos incalculáveis para todo sistema hospitalar envolvido⁽⁴⁾.

Ao avaliarem as causas de cancelamento de cirurgias de um hospital da comunidade de Chicago, alguns autores ressaltam que grande número de suspensões ocorridas para pacientes internados se deu por razões administrativas e dificuldades na compreensão das orientações⁽⁵⁾.

Outro enfoque⁽⁶⁻⁷⁾ é a incidência de cancelamentos de procedimentos em cirurgias ambulatoriais relacionados à deficiência da avaliação pré-operatória.

Ao se estudar o movimento cirúrgico de um hospital universitário, encontrou-se taxa de suspensão de cirurgia de 27,33%, sendo observado que a maioria dos motivos de suspensão esteve relacionada ao não comparecimento dos pacientes, seguida pela falta de condições clínicas⁽⁸⁾.

Neste trabalho, procurou-se identificar os motivos que levaram os pacientes a não comparecerem às cirurgias, buscando subsídios para a melhoria da qualidade de assistência ao paciente cirúrgico e diminuição da taxa de suspensão de cirurgias.

OBJETIVOS

- Identificar a taxa de suspensão de cirurgia.
- Identificar a freqüência de cirurgia suspensa pelo absenteísmo dos pacientes.
- Classificar os motivos de absenteísmo dos pacientes para as cirurgias programadas, segundo as seguintes categorias: condição social, clínica, institucional e pessoal.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi desenvolvido em um centro cirúrgico com 9 salas de operação (SO), de um hospital universitário do município de São Paulo, sendo referência secundária dentro da regionalização e do Sistema Único de Saúde (SUS), com 265 leitos ativados, distribuídos nas quatro especialidades básicas: médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

Fizeram parte deste estudo 60 pacientes com cirurgia agendada na clínica cirúrgica, na clínica pediátrica e no hospital dia e que foram suspensas pelo não comparecimento do paciente no dia da cirurgia.

Após a aprovação do Núcleo de Ensino e Pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (cadastro 249/02), as fontes de coleta de dados foram fundamentadas na consulta aos dados existentes no centro cirúrgico, no prontuário médico e na entrevista realizada pessoalmente e com o termo de consentimento livre assinado pelo paciente.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento constituído de duas partes: na primeira parte foram anotados os dados para a localização do paciente para realizar a entrevista e a sua

caracterização quanto ao vínculo com a instituição, unidade de origem, idade, sexo, especialidade médica, grau de instrução e renda familiar. A segunda parte foi composta da seguinte questão: qual o motivo que impossibilitou o comparecimento do senhor (senhora) ao hospital para realizar sua cirurgia?

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 1191 cirurgias agendadas no período de 3 meses da coleta de dados (janeiro, fevereiro e março), foram encontradas 934 (78,42%) cirurgias programadas e 257 (21,58%) cirurgias não programadas (urgência e extraprograma).

O Ministério da Saúde do Brasil define a taxa de suspensão de cirurgia pelo número de cirurgias suspensas dividido pelo total de cirurgias programadas em determinado período e multiplicado por 100⁽⁹⁾.

Durante o período estudado, do total de 934 cirurgias programadas, foram realizadas 748 cirurgias e ocorreram 186 suspensões. Desse modo, a taxa geral de suspensão obtida foi de 19,91%.

Ao realizar a utilização das SO no mesmo campo do presente estudo, outro autor⁽⁸⁾ encontrou taxa de suspensão de cirurgia maior (27,33%). Comparando com este estudo observa-se redução, mas, mesmo assim, essa taxa de 19,91% gerou inquietude nas autoras.

Na verdade, não deveria existir suspensão de cirurgia, pois o paciente espera ter suas necessidades de saúde assistidas. Mas, sabe-se que muitas vezes situações são inerentes às medidas tomadas pela Instituição, como é o caso de pacientes que se apresentam sem condições clínicas após avaliação e preparo pré-operatório. Portanto, cada Instituição deve estabelecer medidas para reduzir, cada vez mais, a taxa de suspensão de cirurgia no seu serviço.

Apesar do enfoque dado às suspensões de cirurgia ser restrito na literatura, há alguns estudos realizados em hospital de ensino, relatando diferentes taxas de suspensões.

Em uma pesquisa, mostra-se que, em 200 pacientes oftalmológicos, foram encontradas 39 suspensões, apresentando 19,50% como taxa de suspensão⁽¹⁰⁾, o que vem ao encontro do presente estudo.

Outro autor, entretanto, comenta que, após análise quantitativa, encontrou 33% de suspensão de cirurgias, referindo serem necessárias maiores investigações nessa área, a fim de conhecer as causas e os motivos que determinam a suspensão das mesmas⁽³⁾.

No presente estudo, das 186 suspensões de cirurgia, tiveram como maior justificativa (70,43%) os problemas relacionados aos próprios pacientes, tais como a ausência de 101 deles, no dia programado para a cirurgia (54,30%) e ocorrência de anormalidades na condição clínica de 30 pacientes (16,13%).

Em seguida, destacaram-se as justificativas de suspensão de cirurgias relacionadas aos aspectos organizacionais (9,14%) tais como erro de agendamento (6,45%) e falta de vaga na UTI (2,69%); aspectos relacionados à falta de pessoal (8,60%), sendo a maioria pela impossibilidade do cirurgião comparecer (5,91%) e impossibilidade de formação de equipe cirúrgica (2,15%); aspectos relacionados à falta de planejamento assistencial, tendo 13 pacientes (6,99%) deixado de receber preparo adequado e, por fim, aspectos relacionados aos recursos materiais, com 6 suspensões (3,23%) pela falta de equipamento e material.

Assim, das 186 suspensões de cirurgias ocorridas no período estudado, 101 foram motivados pela ausência do paciente. Esse número foi inicialmente estabelecido à população alvo do presente trabalho. Entretanto, dos 101 pacientes pretendidos, foram excluídos 26, devido o cancelamento ter sido feito pelo próprio hospital por ocorrência de um acidente interno que trouxe prejuízos à instalação e serviços. Outros 15 pacientes foram excluídos, pois apresentaram endereços falsos, impossibilitando a localização para a posterior entrevista. Portanto, apenas 60 foram localizados para este estudo.

Das 60 entrevistas realizadas, observou-se que a maioria (61,67%) possuía vínculo com o SUS; o número de absenteísmo do paciente da Clínica Cirúrgica foi igual ao do Hospital Dia (48,33%); houve predomínio de pacientes adultos com idade entre 36 e 55 anos (33,33%) e crianças menores de 6 anos (15%); houve predomínio do sexo feminino (55%) e da especialidade cirurgia geral (56,67%); a grande parte (41,66%) não tinha escolaridade formal e a renda familiar estava abaixo de 5 salários-mínimos (45%).

Considerando a amostra deste estudo, foi possível levantar 10 motivos que impediram os pacientes de comparecer no dia da cirurgia, conforme demonstrado na Tabela 1:

- alteração da data: mudança do dia da cirurgia informado pelo hospital;
- desconhecimento da data: falta de conhecimento do paciente sobre o dia da sua cirurgia;
- desistência: recusa do paciente em operar;
- dificuldade de internação: atraso de comparecimento ao hospital para a cirurgia;
- falta de exames pré-operatórios: tempo insuficiente para obtenção do resultado de exame solicitado;
- falta de vaga: ausência de leito para internação;
- infecções de vias aéreas: doenças do trato respiratório;
- outras doenças: hematológicas, proctológicas, dermatológicas e de clínica geral;
- problema trabalhista: impossibilidade de afastamento do trabalho;
- outros motivos: falta de dinheiro, perda de moradia devido a enchente, viagens e doenças familiares.

Tabela 1 - Distribuição dos motivos do não comparecimento do paciente no dia da cirurgia. São Paulo, 2002

Motivos do Não Comparecimento	Total	%
Desconhecimento da data	11	18,33
Infecção de vias aéreas	9	15,00
Outras doenças	8	13,33
Alteração da data	7	11,67
Falta de vaga	7	11,67
Outros motivos	6	10,00
Dificuldade de internação	4	6,67
Desistência	3	5,00
Falta de exame pré-operatório	3	5,00
Problema trabalhista	2	3,33
Total	60	100

Os motivos do absenteísmo mais frequentes foram o desconhecimento da data da cirurgia (18,67%); infecções de vias aéreas (15%) e outras doenças (13,33%) tais como fístula anal, sinusite, dispnéia, anemia, lesões de pele e cólica renal.

A Tabela 2 apresenta os motivos do absenteísmo que foram agrupados em quatro categorias denominadas:

- condição institucional: desconhecimento da data, alteração da data, dificuldade de internação, falta de vaga e falta de exame pré-operatório;
- condição clínica: foi atribuído à infecção de vias aéreas e outras doenças;

- condição social: foram agrupados os motivos como problema trabalhista e outros motivos;
- condição pessoal: desistência e outros motivos (viagens).

Tabela 2 - Distribuição da categorização dos motivos de não comparecimento. São Paulo, 2002

Motivos do Não Comparecimento/Condição	Total	%
Institucional	32	53,33
Clínica	17	28,33
Social	6	10,00
Pessoal	5	8,33
Total	60	100

A condição institucional foi a que mais se destacou (53,33%). Nessa categoria, o motivo desconhecimento da data foi responsável pela ausência de 11 pacientes (18,33%).

Esse dado nos faz refletir sobre o procedimento de marcação da cirurgia. No hospital estudado, o cirurgião, no consultório, ao fazer o agendamento cirúrgico em um sistema informatizado, denominado "tela AGCI", emite duas etiquetas de identificação do paciente com a finalidade de uma ir para o prontuário e a outra para o impresso de pedido de internação que fica com o paciente. Em seguida, o paciente é encaminhado ao enfermeiro do Ambulatório para receber as orientações sobre a cirurgia, anestesia, cuidados de enfermagem perioperatório, reserva sanguínea, data da cirurgia (marcada no cartão do paciente) e horário de comparecimento para realizar a internação. A seguir, ele é encaminhado ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) para a entrega do pedido de internação e orientação sobre a documentação necessária e a entrevista com o Serviço Social.

No caso desses 11 pacientes, que desconheciam a data da cirurgia, foram consultados os prontuários, porém não foram encontradas: a etiqueta com registro da data da cirurgia agendada, as anotações de orientação do enfermeiro e do SAME. Também não constava nos prontuários o impresso do pedido de internação. Observa-se que havia a indicação médica da cirurgia em consulta ambulatorial anterior (todos os casos há menos de 2 meses) e o agendamento foi realizado. Mas ocorreu extravio de etiquetas e descontinuidade do procedimento, cujas razões não foram possíveis identificar neste estudo.

A rotina de agendamento cirúrgico existente no hospital não possui um sistema de controle. Não é possível ter acesso à identificação do paciente, à

especialidade médica e ao cirurgião solicitante, a menos que se tenha a data do agendamento, impedindo, assim, que os setores envolvidos no planejamento assistencial e administrativo do hospital possam consultar e acompanhar o agendamento cirúrgico.

Outro motivo importante para o absenteísmo do paciente foi a alteração da data, citada por 7 entrevistados (11,67%). A justificativa informada para o adiamento da cirurgia foi: a impossibilidade do assistente para a cirurgia (1); o cirurgião precisou agendar outra cirurgia de maior complexidade (1); problema com o material (1); e necessidade de mudança da data programada, mas desconhece o motivo (4).

A falta de exame pré-operatório foi relatada por 3 pacientes (5%), justificados pela impossibilidade dos mesmos em realizar o exame solicitado em tempo hábil (indisponível no hospital) e não houve o cancelamento na programação cirúrgica.

Para os motivos de falta de exames pré-operatórios e alteração da data, verificam-se falha no sistema de agendamento cirúrgico, pois, poderia haver um sistema de estorno dos pacientes agendados da programação cirúrgica, evitando desperdício de materiais, recursos humanos e perda de oportunidade de agendar outras cirurgias. Na instituição, não é prática usual o estorno do agendamento, talvez por não ter uma rotina de controle do agendamento cirúrgico e avaliação periódica desse procedimento.

A dificuldade de internação foi atribuída por 4 pacientes (6,67%). Dois deles chegaram após o horário previsto e não foi autorizada a internação. O terceiro paciente chegou atrasado, referindo não ter sido orientado. E o quarto referiu ter recebido a orientação errada sobre os horários de comparecimento.

No hospital estudado, a tolerância de atraso para internação é de 1 hora e a rotina se faz cumprir rigorosamente. Valeria a pena uma reflexão sobre a importância das orientações prestadas aos pacientes e a identificação de obstáculos que o paciente teria para cumprir ou adequar-se às normas da Instituição.

E, por fim, 7 pacientes (11,67%) compareceram para a internação, mas não havia vagas, sendo 5 da Clínica Cirúrgica, um caso da Clínica Pediátrica e outro no Hospital Dia. A unidade de Centro Cirúrgico não foi notificada e esses

pacientes foram interpretados como ausentes.

De acordo com a Tabela 2, 17 pacientes (28,33%) não compareceram no dia da cirurgia devido a alterações clínicas como: infecção de vias aéreas (15%) e outras doenças (13,33%).

Para essa condição, verifica-se que o paciente nem sempre comunica à instituição a impossibilidade de seu comparecimento e quando comunica (em tempo hábil), essa informação não chega até o Centro Cirúrgico. Ocorre assim, mais uma vez, o desperdício de material, tempo gasto do pessoal e perda de oportunidade de outro agendamento cirúrgico, que poderia otimizar o Centro Cirúrgico e unidades afins.

Para a condição social foram encontrados 6 pacientes (10%): 2 com problemas trabalhistas, um com falta de dinheiro, outro com perda da moradia e dois com doenças familiares.

A condição pessoal foi uma categoria de baixa incidência com 5 pacientes (8,33%), referentes à desistência e outros motivos (viagens). A desistência foi responsável por 3 suspensões, sendo que um paciente não se sentiu seguro e convicto da necessidade de ser operado e dois alegaram medo da cirurgia. Em outros motivos, dois pacientes encontravam-se viajando.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação dos administradores da área da saúde, particularmente dos serviços cirúrgicos, em otimizar as atividades, reduzir gastos, evitar desperdícios e desenvolver o trabalho com a máxima qualidade, vêm ao encontro das necessidades do paciente que deseja ser operado com a máxima segurança e conforto.

A suspensão de cirurgia é um evento desgastante para o paciente e para os setores hospitalares envolvidos, que lutam diariamente com aumento da demanda e custos assistenciais. Aparentemente a situação é comum em hospitais públicos ou vinculados à rede pública. Raramente é apontado como um problema significativo nas instituições particulares, talvez pela proximidade entre paciente, médico responsável e instituição hospitalar ou, ainda, pelo intenso e rigoroso controle administrativo sobre os gastos realizados, sem justificativas.

Para eliminar ou minimizar a ocorrência da suspensão de cirurgia, as autoras enfatizam a importância de:

- controle e investigação dos motivos de suspensão;
- confirmação do agendamento, na véspera ou até 72 horas do dia marcado, realizada pelo hospital, junto ao paciente ou familiares, repassando o resultado do contato para todos os setores envolvidos no planejamento da assistência;

- desenvolvimento de um fluxo de informação e acessibilidade aos dados informatizados da programação cirúrgica;

- Considera-se também importante reuniões periódicas com a equipe multiprofissional, para discutir a intenção cirúrgica futura e planejar a assistência e recursos necessários para a realização da cirurgia, proporcionando ao paciente melhor assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bianchi ER. Estudo exploratório sobre suspensão de cirurgia. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1983.
2. Yokota O. A problemática cancelamento de cirurgia conforme a expressão pelos pacientes: um estudo exploratório em Hospital-escola do norte do Paraná [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1983.
3. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: estudo exploratório. Rev Latino-am Enfermagem 2000 julho-agosto; 8(4):59-65.
4. Vieira MJ. Causas e consequências da suspensão de cirurgia programadas em uma cidade do nordeste do País [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ; 1982.
5. Hand R, Levin P, Stanzola A. The causes of cancelled elective surgery. Qual Assur Útil Rev 1990; 5(1):2-6.
6. Macarthur AJ, Macarthur C, Bevan JC. Determinants of pediatric day surgery cancellation. J Clin Epidemiol 1995; 48(4):485-9.
7. Rode H, Millar AJW, McCormack D, Prescott CAJ, O'Leary PO, Cywes S. Ambulatory pediatric surgery The development of a day-care surgical centre. S Afr Med J 1994; 84:829-33.
8. Gatto MAF. Análise da utilização de salas de operações. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1996.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviço de saúde. 2 ed. Brasília (DF): MS; 1978.
10. Arieta CEL, Lira RPC, Nascimento MA, Temporini ER, Kara JN. Suspensão de cirurgia de catarata e suas causas. Rev Saúde Pública 2001; 35(5): 487-9.