

TAXA DE CANCELAMENTO CIRÚRGICO: INDICADOR DE QUALIDADE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

SURGICAL CANCELLATION RATE: QUALITY INDICATOR AT A PUBLIC UNIVERSITY HOSPITAL

TASA DE CANCELACIONES QUIRÚRGICAS: INDICADOR DE CALIDAD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO PÚBLICO

Silvania Lopes Pinheiro ¹
Raissa Ottes Vasconcelos ²
João Lucas Campos de Oliveira ³
Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos ⁴
Nelsi Salete Tonini ⁵
Débora Cristina Ignácio Alves ⁶

¹ Enfermeira. Especialização em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Programa de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Cascavel, PR – Brasil.

² Enfermeira. Especializando em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. UNIOESTE, Programa de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Cascavel, PR – Brasil.

³ Enfermeiro. Doutorando. Universidade Estadual de Maringá – UEM, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UNIOESTE, Programa de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Cascavel, PR – Brasil

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta. UNIOESTE, Programa de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Cascavel, PR – Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Associada. UNIOESTE, Programa de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Cascavel, PR – Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora Adjunta. UNIOESTE, Programa de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Cascavel, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Raissa Ottes Vasconcelos. E-mail: raissa_07@msn.com
Submetido em: 16/10/2016 Aprovado em: 29/05/2017

RESUMO

Objetivou-se identificar a taxa de cancelamento cirúrgico em um hospital universitário público, bem como caracterizar as cirurgias e os motivos à sua suspensão. Trata-se de pesquisa descritiva, transversal, retrospectiva e documental. Foi realizada com base nos agendamentos cirúrgicos e prontuários de pacientes a serem atendidos na Unidade de Centro Cirúrgico de um hospital de ensino público do interior do Paraná, Brasil. A população foi oriunda do total (n=2828) de procedimentos cirúrgicos agendados entre abril e novembro de 2013 e a amostra analisada foram todas aquelas intervenções que foram canceladas (n=522), independentemente do motivo. Com os dados tabulados, procedeu-se à análise estatística descritiva, em percentual. A taxa geral de cancelamento cirúrgico foi obtida a partir da fórmula de um programa de qualidade/produzibilidade hospitalar, determinada em 18,45%. Ainda, constatou-se prevalência de cancelamentos oriundos das especialidades de Cirurgia Geral (25,48%); Ortopedia (23,57%); e Neurocirurgia (20,11%). Os motivos mais frequentes para suspensão operatória foram vinculados àqueles inerentes aos recursos humanos (61,38%) e à ineficiência do planejamento cirúrgico (21,45%). Concluiu-se que a taxa identificada foi discretamente alta. Ressalta-se a necessidade de monitoramento do capital humano responsável pelo planejamento e execução de cirurgias.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Centro Cirúrgico Hospitalar; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Gestão da Qualidade; Enfermagem Perioperatória.

ABSTRACT

The objective of the study was to identify the surgical cancellation rate in a public university hospital, as well as characterize the surgeries and the reasons for suspension. This is a descriptive, cross-sectional, retrospective and documentary research. The study was based on surgical schedules and medical records of patients assisted at the Surgical Center Unit of a public teaching hospital in the countryside of Paraná, Brazil. The population came from the total number (n = 2828) of surgical procedures scheduled between April and November 2013 and the sample analyzed corresponded to all interventions that were canceled (n = 522), regardless of the reason. Data were tabulated and analyzed through descriptive statistics, using percentage values. An overall rate of surgical cancellation of 18.45% was obtained through an equation of a hospital quality/productivity program. Prevalence of cancellations General Surgery (25.48%); Orthopedics (23.57%); and Neurosurgery (20.11%) were observed. The most frequent reasons for suspension were related to those inherent to human resources (61.38%) and inefficient surgical planning (21.45%). We conclude that the identified rate was discreetly high. It is necessary to monitor the human capital responsible for the planning and realization of surgeries.

Keywords: Surgical Procedures Operative; Surgicenters; Quality Indicators Health Care; Quality Management; Perioperative Nursing.

Como citar este artigo:

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[citado em ____ _];21:e-1014. Disponível em: _____

DOI: 10.5935/1415-2762.20170024

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar la tasa de cancelaciones quirúrgicas en un hospital universitario público y caracterizar las cirugías y los motivos de la suspensión. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y documental basado en la programación quirúrgica y en los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en la unidad del centro quirúrgico de un hospital público de enseñanza del Estado de Paraná, Brasil. La población deriva del total (n=2828) de los procedimientos quirúrgicos programados entre abril y noviembre de 2013 y la muestra analizada consistió en todas aquellas intervenciones que habían sido canceladas (n=522), independientemente del motivo. Con los datos tabulados se realizó el análisis estadístico descriptivo, en porcentaje. La tasa global de cancelaciones quirúrgicas se obtuvo mediante la fórmula de un programa de calidad y productividad hospitalaria, determinada en 18,45%. Se constató la prevalencia de cancelaciones de las siguientes áreas: cirugía general (25,48%); ortopedia (23,57%); y neurocirugía (20,11%). Las motivos más comunes estaban vinculados con recursos humanos (61,38%) e ineficiencia en la planificación quirúrgica (21,45%). Se llegó a la conclusión que la tasa global identificada fue ligeramente más alta. Se apunta a la necesidad de un seguimiento de los recursos humanos responsables de la planificación y ejecución de cirugías.

Palabras clave: Procedimientos Quirúrgicos Operativos; Centros Quirúrgicos; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Gestión de la Calidad; Enfermería Perioperatoria.

INTRODUÇÃO

As constantes mudanças socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas têm impulsionado movimentos dinâmicos de alteração na oferta e procura dos serviços de saúde e, conseqüentemente, na organização e gestão desse peculiar setor de produção. Nesse aspecto, a gestão pautada na qualidade da assistência parece ter potencial para alavancar o posicionamento estratégico das instituições no mundo competitivo das organizações prestadoras de serviços, bem como uma ferramenta valiosa à viabilização do melhor e mais seguro cuidado aos usuários.¹

Sabe-se que as ferramentas de gestão da qualidade na saúde – calcadas no pensamento administrativo/estratégico oriundas da área industrial – são diversas, permeando o controle estatístico do processo de trabalho; a identificação racional de causas de problemas; o manejo da satisfação de clientes e o uso racional de recursos.^{1,2} Apesar da gama de ferramentas e instrumentos, postula-se que na busca pela qualidade dos serviços de saúde por meio da ação gerencial, a avaliação é ferramenta indispensável e indissociável ao almejo do cuidado qualificado, por se tratar de um mecanismo contínuo e sistemático de identificação de fatores que alicerçam a tomada de decisão em prol de melhorias.^{2,3}

Na avaliação para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, tem-se dado amplo destaque ao emprego dos indicadores, que se conformam como uma unidade de medida de uma atividade à qual está relacionado.⁴ Ou, ainda, como uma medida qualitativa ou quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade assistencial e as atividades de um serviço.^{4,5} Destarte, o indicador deve ser monitorado, analisado ao longo do tempo e comparado à realidade interna e externa das organizações de saúde para cumprir seu papel como meio objetivo de vislumbrar uma dada realidade.^{1,4,5}

Ressalta-se que os indicadores de qualidade devem possuir características importantes, ao exemplo de sua validade causal, pertinência, viabilidade de cálculo, simplicidade e, tam-

bém, especificidade.⁴ Nesse aspecto, nas Unidades de Centro Cirúrgico (UCC), postula-se que os principais (ou mais específicos) indicadores para determinar a sua qualidade e produtividade são: tempo de atraso cirúrgico; taxa de mortalidade durante a permanência no centro cirúrgico; tempo de permanência na recuperação anestésica; índice de quedas no bloco operatório; número de reoperações; banco de horas de funcionários relacionado ao número inadequado de colaboradores, bem como a taxa de cancelamento ou suspensão cirúrgica.⁶

O cancelamento cirúrgico é definido como o rompimento/suspensão de qualquer operação que estava programada e que não foi realizada naquele dia, sendo seus motivos normalmente identificados no dia útil posterior.⁷ Internacionalmente, a mensuração do cancelamento cirúrgico tem ganhado relevância na gestão dos serviços de ordem operatória, em virtude de seu potencial para a conservação dos recursos aos procedimentos que comumente são dispendiosos, bem como para aliviar a carga de cancelamentos por meio da alocação racional de agendamentos de cirurgias.⁸

O melhor gerenciamento de fluxos, de informações e do agendamento de procedimentos na UCC contribuirá para a diminuição da taxa de cancelamento de cirurgias, por conseguinte, para melhoria de indicadores de qualidade hospitalar em atenção à saúde do paciente perioperatório.⁷ Para que isso seja possível, uma ação elementar a se considerar na gestão das informações em UCC é a identificação da taxa de cancelamento cirúrgico e das características do entorno desse indicador de qualidade.⁶⁻⁸

Para os clientes/usuários/pacientes, menciona-se que, uma vez identificados os problemas que permeiam o cancelamento cirúrgico, atitudes muitas vezes simples, porém efetivas, podem ser tomadas para garantir melhora do sistema de atendimento e, conseqüentemente, mais satisfação dos pacientes.⁹ Isso é importante porque se sabe que é comum que pacientes cirúrgicos apresentem sentimentos de medo, ansiedade e insegurança relacionados ao procedimento anestésico-operatório e, portanto, a suspensão cirúrgica pode ser um fator que venha interferir ne-

gativamente nesse aspecto, além daqueles inerentes ao desempenho organizacional, incluindo o aumento de custos.^{10,11}

À luz do que foi explanado, acredita-se que fica evidente a relevância social e científica de estudos dedicados à temática do cancelamento cirúrgico, porque isso tem uma perspectiva dual de possibilidades de contribuição, a saber: para alicerçar a assertividade na tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde no redirecionamento de práticas que visem à redução de taxas, bem como, paralelamente, como meio de difundir estratégias diretas à clientela que contribuam para o manejo de possíveis sentimentos negativos quando na ocasião da suspensão de cirurgias, por meio do diagnóstico situacional da realidade e franca comunicação.

Vale dizer, reforçando a justificativa desta investigação, que a vivência no ensino e na pesquisa e a prática dos autores no âmbito da enfermagem perioperatória e na gestão da qualidade hospitalar também colaboram para o fomento do estudo ora apresentado, já que o cancelamento cirúrgico recorrentemente se apresenta como problema a ser manejado pelo enfermeiro. Com base nisso, questionou-se: qual é a taxa de cancelamento cirúrgico em um hospital universitário público? Quais são as características e os motivos das cirurgias canceladas? Portanto, o objetivo consistiu em identificar a taxa de cancelamento cirúrgico em um hospital universitário público, bem como caracterizar as cirurgias e os motivos à sua suspensão.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritiva, transversal, documental, retrospectiva, de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na UCC de um hospital universitário localizado no interior do estado do Paraná, Brasil, que tem por finalidade promover o ensino, a pesquisa e a assistência.

O hospital possui 210 leitos ativados exclusivamente conveniados ao Sistema Único de Saúde, abrangendo atendimento a uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes. É referência para as regiões Oeste e Sudoeste do estado do Paraná, com foco no atendimento de média e alta complexidade, assistência ao paciente vítima de trauma, neurocirurgia e cuidado ao portador do HIV.

A saber, a UCC investigada é constituída por cinco salas operatórias e uma sala de recuperação pós-anestésica, atendendo pacientes internados e ambulatoriais. A programação cirúrgica é desenvolvida no período das sete às 17 horas, diariamente, de segunda à sexta-feira. Os períodos noturnos, finais de semana e feriados são destinados preferencialmente a situações de urgência e emergência cirúrgicas.

O universo de estudo constituiu-se de todas as cirurgias eletivas agendadas no período de abril a novembro de 2013. A amostra a ser analisada, por sua vez, perfaz o total desses pro-

cedimentos que foram cancelados no período estabelecido, independentemente do motivo, desde que houvesse a suspensão documentada em prontuário ou agendamento cirúrgico, correspondendo ao único critério de exclusão para o estudo. Portanto, para verificar a ocorrência do cancelamento de cirurgias foram utilizados o prontuário eletrônico do paciente e a agenda cirúrgica da própria UCC, onde constava a programação operatória mensal.

A coleta de dados aconteceu entre dezembro de 2013 e janeiro de 2014. Para levantar as características do cancelamento cirúrgico, foi elaborado um formulário próprio, para fins da pesquisa, contendo as seguintes variáveis: sexo do paciente, especialidade médica, período da cirurgia, porte e as causas do cancelamento das cirurgias. Os cancelamentos cirúrgicos foram classificados em três períodos: antes do preparo da sala de operação (SO); durante o procedimento anestésico-cirúrgico; e depois do preparo da SO. E também em relação ao horário do dia (manhã e tarde), conforme sugere a literatura.¹² A especialidade médica foi definida segundo a notação do próprio cirurgião responsável pela operação cancelada.

As causas/motivos de cancelamento de cirurgias foram classificadas em três categorias, adaptadas da literatura¹¹: a) relacionadas ao paciente, que corresponde ao seu não comparecimento, condição clínica desfavorável ao procedimento cirúrgico e falta de jejum; b) relacionadas ao planejamento cirúrgico, que se refere a qualquer aspecto de organização/gestão do procedimento e da UCC e correlatos, tais como: prioridade de emergência; inversão da ordem cirúrgica; erro na programação cirúrgica; falta de vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para o pós-operatório; falta de exames e/ou documentos; falta de horário e falta de equipamentos; c) referentes aos recursos humanos, correspondendo à mudança de conduta médica, falta de profissional médico anestesiológico, cancelamento pelo cirurgião responsável e falta de preparo pré-operatório pela equipe cirúrgica.

Os dados coletados manualmente pela extração de variáveis nos formulários foram transportados para planilhas eletrônicas do *software Microsoft Office Excel*, versão 2010. Aos dados tabulados empregou-se análise estatística descritiva, em percentual, com o uso do mesmo aparato tecnológico. A taxa geral de cancelamento cirúrgico valeu-se da relação percentual entre cirurgias agendadas e canceladas, conforme fórmula do indicador segundo um Programa de Qualidade e Produtividade Hospitalar do estado de São Paulo.⁵

Cumprе ressaltar que este estudo respeitou integralmente os ditames éticos que regem as pesquisas com seres humanos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Ademais, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, recebendo parecer favorável protocolado 029/2013.

RESULTADOS

No recorte temporal estudado, houve 2.828 procedimentos cirúrgicos agendados. Destes, 522 foram cancelados, o que resultou em uma taxa geral de cancelamento cirúrgico de 18,45%. Em relação ao sexo, a distribuição de suspensões foi de 298 cirurgias canceladas para homens (57,09%) e 224 para mulheres (42,91%). A Tabela 1 apresenta a frequência do cancelamento cirúrgico por mês analisado, sendo destaque o mês de outubro, no qual 391 cirurgias foram agendadas, 97 (18,59%) foram suspensas, seguido do mês de maio, com 73 (13,98%) cancelamentos.

Tabela 1 - Distribuição do cancelamento cirúrgico segundo o mês – Cascavel, 2013

Mês	Total de cirurgias agendadas (n=2828)	%	Total de cirurgias canceladas (n=522)	%
Abril	312	11,03	52	9,97
Maio	470	16,62	73	13,98
Junho	349	12,35	50	9,58
Julho	197	6,97	46	8,81
Agosto	417	14,75	63	12,07
Setembro	346	12,23	70	13,40
Outubro	391	13,82	97	18,59
Novembro	346	12,23	71	13,60

Por sua vez, a Tabela 2 sumariza os achados relacionados ao cancelamento cirúrgico segundo especialidade médica e mês de referência para análise. Houve amplo destaque para as áreas de Cirurgia Geral, Ortopedia, e Neurocirurgia quanto ao

cancelamento cirúrgico, correspondendo a mais da metade da proporção de suspensões.

Além das especialidades médicas prevalentes, o porte operatório considerado médio, o período matutino e a suspensão operatória prévia ao preparo da sala de cirurgia também se destacaram nas características relacionadas ao cancelamento cirúrgico estudado. Nesse aspecto, a Tabela 3 sumariza os achados acerca do cancelamento cirúrgico segundo o período do dia, momento da suspensão cirúrgica e porte da operação cancelada.

Tabela 3 - Distribuição do cancelamento cirúrgico (N=522) segundo o período do dia, momento da suspensão e porte da cirurgia – Cascavel, 2013

Cirurgias Canceladas	N	%
Período do dia		
Manhã	167	32,00
Tarde	266	50,95
Não especificado	89	17,05
Momento		
Antes do preparo da SO*	367	70,30
Durante o procedimento	3	0,58
Depois do preparo da SO*	5	0,96
Não especificado	147	28,16
Porte		
Pequeno	75	14,36
Médio	256	49,04
Grande	191	36,60

*SO – Sala Operatória.

Tabela 2 - Distribuição de cirurgias canceladas (N=522) segundo a especialidade médica e mês de referência – Cascavel, 2013

Especialidade Médica	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Total	%
Cirurgia Geral	9	15	18	9	20	19	28	15	133	25,48
Ortopedia	10	24	9	11	17	9	22	21	123	23,57
Neurocirurgia	14	8	11	11	12	15	20	14	105	20,11
Plástica	2	7	2	5	1	7	1	0	25	4,79
Ginecologia	3	3	5	0	4	8	7	7	37	7,09
Bucomaxilo	6	5	1	4	3	3	2	1	25	4,79
Urologia	4	1	1	1	2	1	4	7	21	4,02
Pediatria	2	0	0	3	1	6	2	3	17	3,26
Vascular	0	3	0	2	0	1	3	2	11	2,10
Pneumologia	2	3	1	0	1	0	2	1	10	1,91
Endoscopia	0	1	0	0	1	0	2	2	6	1,14
Otorrino	0	0	0	0	1	1	2	0	4	0,77
Oftalmologia	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0,39
Oncologia	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0,39
Cardiologia	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,19

Do total de cirurgias canceladas (n=522) não constava o motivo de suspensão em 36 casos analisados. Portanto, a Tabela 4 ilustra os achados atinentes às causas do cancelamento cirúrgico, segundo as categorias de relação com o paciente, com o planejamento cirúrgico e os recursos humanos responsáveis pela cirurgia, esta última categoria constituindo a principal razão para a suspensão operatória.

Tabela 4 - Distribuição das cirurgias canceladas (n=466) segundo as causas de relação com o paciente, o planejamento cirúrgico e os recursos humanos – Cascavel, 2013

Causas de cancelamento cirúrgico	N	%
Relacionadas ao paciente	80	17,17
Não comparecimento	49	10,51
Condição clínica do paciente	20	4,29
Falta de jejum	11	2,37
Relacionadas ao planejamento cirúrgico	100	21,45
Erro na programação cirúrgica	29	6,22
Inversão da ordem cirúrgica	28	6,00
Falta de vaga de UTI	18	3,87
Falta de horário	12	2,57
Falta de equipamentos	11	2,37
Falta de exames e documentos	2	0,42
Relacionadas aos recursos humanos	286	61,38
Cancelamento pelo cirurgião responsável	167	35,83
Mudança de conduta médica	112	24,03
Falta de profissional médico anestesiológico	5	1,08
Falta de preparo pré-operatório pela equipe cirúrgica	2	0,44

DISCUSSÃO

Obteve-se taxa de cancelamento de cirurgias eletivas em 18,45%. Este é um dado que, por si só, certamente tem muito valor para os gestores da UCC e do próprio hospital, desde que seja utilizado racionalmente para sua análise, comparação, seguida do planejamento estratégico visando à redução do indicador. Ademais, os dados revelam que o último trimestre do período analisado correspondeu à maior parcela de cancelamentos, em torno de 45% do total, o que sugere que os meses próximos do final do ano talvez correspondam a um problema a ser visto com mais prioridade pelas lideranças.

Observando a literatura, percebe-se dificuldade de comparação da taxa geral de cancelamento cirúrgico, uma vez que não se tem conhecimento de um padrão aceitável para o indicador. Desse modo, nota-se que a taxa de suspensão encontrada neste estudo foi superior à de outros dois hospitais públicos, ou seja, organizações com o mesmo tipo de atendimento, determinadas em 17,3% em instituição do interior paulista tam-

bém vinculada à universidade¹² e 13,6% em hospital municipal da capital do estado de São Paulo.⁷

A taxa de cancelamento cirúrgico determinada foi muito superior à de outro grande hospital de ensino público da cidade de Rio Preto (SP), identificada como apenas 5,1% sobre um total de 4.870 cirurgias agendadas.¹¹ Ademais, enveredando-se na produção científica internacional, os resultados constatados podem ser interpretados como desfavoráveis à qualidade na UCC de inquérito, uma vez descrita taxa de suspensão de 7,6% em estudo multicêntrico com 25 hospitais da Arábia Saudita¹³; 11,1% num montante de mais de 50 mil cirurgias agendadas também naquele país¹⁴; e apenas 4,4% no Líbano.¹⁵

Em contraponto ao exposto, em outra pesquisa realizada também em hospital universitário público situado no estado do Rio de Janeiro, demonstrou-se taxa de cancelamento de cirurgias eletivas maior à constatada, determinada em 27,4%.¹⁶ Ainda, foi publicada recentemente taxa de 21,2% também no estado carioca, mas sem menção do tipo e porte da organização hospitalar⁹, e 26% em Omã, região árabe.⁸ Apesar de esses dados serem superiores ao descrito nesta pesquisa, comparando os resultados com a literatura geral, talvez se possa afirmar que a taxa de cancelamento cirúrgico foi discretamente alta.

Reforçando a necessidade de se interpretar mais assertivamente os achados da pesquisa, foram consultados os resultados referentes ao indicador de taxa de suspensão cirúrgica de hospitais gerais (mesma característica deste estudo) com mais de 50 leitos selados pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), sediado em São Paulo.⁵ Nesse aspecto, percebeu-se que, para o mês de novembro de 2013, ano da coleta de dados deste estudo, os resultados do indicador tiveram valor máximo de 17,88 em um hospital participante, contudo, a mediana do indicador foi muito baixa comparando-se aos dados desta investigação, estimada em 3,73%.¹⁷

O controle dos indicadores de qualidade, a exemplo da taxa de cancelamento cirúrgico, pode ser um fator que venha a contribuir para a redução do evento, que é indesejável.⁵⁻⁸ Nesses termos, os dados descritos neste estudo não são tão discrepantes na comparação com os de outras pesquisas, especialmente as nacionais, demonstrando claramente que as ações gerenciais devem ser estratégicas e sistemáticas para a diminuição das taxas, ou seja, deve-se ir além do monitoramento matemático do indicador, visando também ao incremento de iniciativas de melhoria ao mesmo.

O cancelamento de cirurgias eletivas em uma instituição hospitalar atua como um indicador da qualidade e produtividade das ações desenvolvidas pela UCC, corroborando o planejamento do serviço e redução de custos evitáveis à organização.¹⁰ Entende-se que altas taxas desse indicador incidem de maneira negativa, na medida em que prejudicam o vínculo paciente-profissional-instituição, reduzem a eficiência do serviço e aumentam

os custos operacionais e financeiros.^{10,11} Diante disso, aprecia-se uma perspectiva favorável dos achados, já que pelo menos a maior parte (70,30%) dos cancelamentos se deu antes do preparo da sala operatória, portanto, possivelmente as suspensões não acarretaram maior custo direto à organização se tivessem ocorrido após isso ou durante o procedimento propriamente dito.

No presente estudo, as especialidades que mais colaboraram para o aumento do cancelamento cirúrgico foram a cirurgia geral (25,48%), seguida pelas cirurgias ortopédicas (23,57%) e as neurológicas (20,11%). 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 e neurológica.

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 (20,7%), seguida da cirurgia otorrinolaringológica (19,0%) e da cirurgia ortopédica (13,8%).¹⁰ Portanto, fica claro que a taxa de cancelamento cirúrgico merece ser um indicador a ser visto sob uma ótica gerencial proativa, incorporando os princípios e o perfil da organização, do contrário, talvez a medida deste e de outros indicadores possa resultar em aporte burocrático e não estratégico.

Ante o exposto, sugere-se que a direção clínica hospitalar determine medidas austeras de redução da taxa de cancelamento cirúrgico, no entanto, compartilhadas com o corpo de médicos cirurgiões, com enfoque àqueles que concorrem mais frequentemente para o aumento da taxa de cancelamento de cirurgias. Isso talvez possa ser viabilizado com o privilégio para o agendamento cirúrgico de equipes que têm o indicador mais reduzido no cotidiano assistencial, o que, à experiência dos pesquisadores, já tem sido observado em hospitais que adere modelos mais robustos de gestão da qualidade, a exemplo da acreditação hospitalar, colaborando para um clima de competitividade, mas também de caráter educativo. Destarte, isso pode ser um desafio aos serviços públicos devido aos modelos de gestão arcaicos, pouco estratégicos e colegiados, sabidamente ainda presentes com frequência nessas instituições.

Identifica-se claramente que a maior parcela dos cancelamentos de cirurgias se deu por motivos alheios ao paciente, ou seja, vinculados expressivamente às decisões médicas e ineficiência no planejamento operatório. Isso é preocupante e contribui para a apreciação negativa dos fatos, já que, talvez, se houvesse melhor comunicação entre setores e profissionais, ou seja, medidas simples, o indicador pudesse ser mais favorável à qualidade do serviço. Ademais, sabe-se que, por motivos muitas vezes alheios à sua decisão, como expresso neste estudo, o paciente pode chegar a esperar desde um a mais de 30 dias para um novo procedimento cirúrgico¹², o que talvez possa se

prestar para a existência de leitos “ociosos” no hospital, devido à diminuição do índice de renovação de internações, aumento de custos, riscos à segurança do paciente e insatisfação do usuário e dos profissionais.

Estudo realizado em hospital de ensino no interior do estado de São Paulo revelou que 56,3% dos pacientes não compareceram para realizar a cirurgia¹¹. E outro, na capital daquele mesmo estado, mostrou que 33,8% determinaram o motivo mais prevalente para a suspensão operatória.⁷ Isso pode ser interpretado como um dado favorável à qualidade da UCC investigada, no qual houve baixa proporção de pacientes faltantes (10,51%) em comparação à literatura, talvez até mesmo pelo caráter das cirurgias, que normalmente eram de grande ou médio porte. Portanto, a maior parte dos pacientes possivelmente já estava internada no hospital, o que reforça que o planejamento cirúrgico e a comunicação entre profissionais, especialmente o médico, sem dúvida conformam-se como os pontos-chave para busca de melhorias para o indicador pesquisado.

Alternativa para minimizar o cancelamento cirúrgico, especialmente aqueles de causas inerentes aos pacientes, pode relacionar-se à consulta pré-operatória, que tem participado com orientação mais eficaz e, conseqüentemente, diminuído o número de suspensões de procedimentos operatórios.¹¹ Ademais, o uso de escalas de avaliação de risco cirúrgico, especialmente pelo enfermeiro, também pode se postar como estratégia eficaz que qualifique o cuidado e, talvez, concorra para o planejamento mais racional visando à redução do cancelamento operatório.¹⁸

Embora as causas de cancelamento cirúrgico sejam variadas, essa é uma situação frequentemente vivenciada nos hospitais, principalmente nas instituições públicas, devido às deficiências na estrutura física dos referidos serviços de saúde.^{7,19} Apesar disso, cumpre refletir que as causas relacionadas à falta de horário, não preparo da sala operatória, falta de vaga na UTI, inversão da ordem cirúrgica, erro na programação cirúrgica, falta de exames e/ou documentos e falta de equipamentos muito provavelmente são produtos da dinâmica atribulada vivenciada comumente nos hospitais públicos.

Mesmo que reconhecida a complexidade das causas ao cancelamento cirúrgico, talvez estas sejam igualmente evitáveis com o uso de meios e instrumentos de gestão clássicos, a exemplo do planejamento, avaliação e controle atrelados às competências advindas da organização do trabalho pelos profissionais, tornando-se mais críticos e resolutivos.²⁰ Isso se reforça quando se depara com alta proporção (21,45%) de suspensão operatória pela ineficiência do planejamento cirúrgico.

Ante o exposto, dá-se destaque ao enfermeiro, que historicamente é reconhecido como aquele trabalhador da área da saúde que melhor adere aos princípios da gestão pela qualidade.¹ Todavia, é válido refletir também que o enfermeiro talvez

precise de governabilidade para controlar os processos de trabalho com vistas à redução da taxa de cancelamento cirúrgico, bem como de extensiva habilidade de liderança e comunicação²⁰, especialmente com a equipe médica e também com a gerência da qualidade hospitalar.

As alternativas para a redução das taxas de cancelamento talvez estejam essencialmente calcadas na comunicação eficaz por meio do uso mais racional de dados controlados pela UCC; mapeamento do perfil de cirurgias e equipes operatórias; agendamento mais racional de salas cirúrgicas, por meio do controle do tempo despendido para cirurgias e a necessidade de leitos de referência em outras unidades; uso de meios e instrumentos para o melhor planejamento de recursos¹⁵; além do compromisso profissional que, na realidade investigada, claramente merece ser monitorado pela média e alta gestão hospitalar.

É válido ressaltar que a ausência de análise estatística inferencial e o não conhecimento sobre um padrão do indicador estudado são limitações inerentes à pesquisa ora descrita. No entanto, acredita-se que o estudo acrescenta sobremaneira para a gestão hospitalar, especialmente as UCCs, no sentido de nortear ações corretivas dedicadas à redução de taxas de cancelamento cirúrgico, além de servir de aporte teórico para a construção de parâmetros mais sólidos para a interpretação do indicador em questão.

CONCLUSÕES

Com base nos achados e na sua extensa comparação com a literatura correlata nacional e internacional, concluiu-se que a taxa de cancelamento cirúrgico foi discretamente elevada. Ademais, as características inerentes ao indicador com mais destaque são: especialidades médicas de Cirurgia Geral, Ortopedia e Neurocirurgia; procedimentos de médio porte cancelados antes do preparo da sala operatória; e suspensões relacionadas à deficiência no planejamento cirúrgico e por conta dos próprios recursos humanos envolvidos nos procedimentos.

Postula-se que as medidas de melhoria no indicador de cancelamento cirúrgico no contexto investigado são calcadas na mais efetiva comunicação entre setores e profissionais, além do monitoramento da gerência clínica e da qualidade hospitalar acerca do capital humano.

Por fim, espera-se que o estudo fomenta novas investigações, a exemplo de pesquisas qualitativas com profissionais médicos como participantes para melhor compreender o fenômeno ainda em construção de entendimento, bem como a aproximação da definição numérica de padrões para a melhor interpretação e *benchmarking* da taxa de cancelamento cirúrgico como indicador de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Vituri DW, Évora YDM. Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Bras Enferm*. 2015[citado em 2016 out. 02];68(5):945-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20156805251>
2. Galdino SV, Reis EMB, Santos CB, Soares FP, Lima FS, Piedade MACR, et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. *Rev Gest Saúde*. 2016[citado em 2016 out. 02];7(Supl.1):1023-57. Disponível em: <http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/1503/pdf>
3. Pena MM, Silva EMS, Tronchin DMR, Melleiro MM. The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. *Rev Esc Enferm USP*. 2016[citado em 2016 out. 02];47(5):1227-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>
4. Vituri DW, Évora YDM. Reliability of indicators of nursing care quality: testing interexaminer agreement and reliability. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014[citado em 2016 out. 02];22(2):234-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3262.2407>
5. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Caderno de indicadores CQH. 2009. [citado em 2016 out. 02]. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=127
6. Sousa SC, Akamine J. Aplicação de indicadores para análise de desempenho do centro cirúrgico. *RAS*. 2008[citado em 2016 out. 03];10(41):147-50. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=2148&p_nanexo=96
7. Sodré RLS, Fahl MAFE. Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo. *RAS*. 2014[citado em 2016 out. 03];16(63):67-70. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=1355&p_nanexo=611
8. Appavu ST, Al-Shekaili SM, Al-Sharif AN, Elawdy MM. The burden of surgical cancellations and no-shows: quality management study from a large regional hospital in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2016[citado em 2016 out. 03];16(3):298-302. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4996291/#!po=3.57143>
9. Sampaio CEP, Gonçalves RA, Seabra Júnior HC. Determination of surgery suspension factors and their contributions with nursing assistance. *J Res Fundam Care online*. 2016[citado em 2016 out. 03];8(3):4813-20. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/4346/pdf_1
10. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007[citado em 2016 out. 03];15(5):1018-24. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a20.pdf
11. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 [citado em 2016 out. 03];41(1):113-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a14.pdf>
12. Macedo JM, Kano JA, Braga EM, Garcia MA, Caldeira SM. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. *Rev SOBECC*. 2013[citado em 2016 out. 03];18(1):26-34. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_cancelamento-de-cirurgias-em-um-hospital-universitario.pdf
13. Dahfar KO, Ulmalki MA, Felemban MA, Mahfouz ME, Baljoon MJ, Gazaz ZJ, et al. Cancellation of operations in Saudi Arabian hospitals: frequency, reasons and suggestions for improvements. *Pak J Med Sci*. 2015[citado em 2016 out. 03];31(5):1027-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.315.7932>
14. Fayed A, Elkouny A, Zoughaibi N, Wahabi HA. Elective surgery cancelation on day of surgery: an endless dilemma. *Saudi J Anaesth*. 2016[citado em 2016 out. 03];10(1):68-73. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4103%2F1658-354X.169479>
15. Kaddoum R, Fadlallah R, Hitti E, El-Jardali F, El Eid G. Causes of cancellations on the day of surgery at a tertiary teaching hospital. *BMC Health Serv Res*.

- 2016[citado em 2016 out. 03];16(259):67-70. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12913-016-1475-6>
16. Souza NVDO, Mauricio VC, Marques LC, Mello CV, Leite GFP. Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. REME – Rev Min Enferm. 2010[citado em 2016 out. 03];14(1):82-7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/91>
17. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Indicadores hospitalar – ano 2013 – hospitais gerais selados pelo CQH. [citado em 2016 out. 02]. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/icqh/estat/ind/web.php>
18. Locks MOH, Fernandez DLR, Amante LN, Hammerschmidt KSA, Sebold LF, Girondi JB. Assistência de enfermagem segura e qualificada: avaliação do risco cirúrgico no cuidado perioperatório ao idoso. Cogitare Enferm. 2016[citado em 2016 out. 03];21(3):1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45265>
19. Schofield WN, Rubin GL, Piza M, Lai YY, Sindhusake D, Fearnside MR, *et al.* Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. Med J Aust. 2005[citado em 2016 out. 03];182(12):612-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15963016>
20. Rosin J, Tres DP, Santos RP, Peres RR, Oliveira JLC. Desenvolvimento de competências gerenciais na enfermagem: experiência entre residentes. Rev Gest Saúde. 2016[citado em 2016 out. 03];7(1):231-46. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1461/pdf>
-