



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



---

## Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA MAPEAMENTO DA  
SUSPENSÃO DE CIRURGIA ELETIVA EM HOSPITAL DE ENSINO  
ESPECIALIZADO EM TRAUMA

Rosane Menchik

Orientador: M<sup>a</sup> Letícia de Pelegrini

Porto Alegre, 2008

## Sumário

<b>Introdução</b> .....	3
Justificativa.....	4
Problema.....	5
Delimitação do tema.....	5
<b>Objetivo</b> .....	6
Objetivo geral.....	6
Objetivo específico.....	6
<b>Fundamentação teórica</b> .....	7
<b>Metodologia</b> .....	12
<b>Considerações éticas</b> .....	16
Cronograma.....	17
<b>Orçamento</b> .....	18
<b>Referências</b> .....	19
<b>Apêndice</b> .....	20

## 1 INTRODUÇÃO

Trabalhar em um centro cirúrgico é realmente fascinante. Não existe uma rotina estática, são inúmeras as cirurgias dentro de cada especialidade e a equipe de funcionários também muda periodicamente de sala cirúrgica, trabalhando com todas as especialidades.

É um dos setores mais complexos do hospital onde se vive uma realidade que, a primeira vista, parece estar fora do mundo real. Até mesmo o tempo é diferenciado dentro deste ambiente. Trinta minutos de cirurgia não tem relação com o velho e conhecido relógio normal.

Para um leigo o centro cirúrgico causa temor e estranheza, onde a idéia de precisão e tensão é uma constante.

Contudo, mesmo neste microcosmo fascinante, e pretensamente perfeito, ocorrem fatos inesperados, imperfeitos, como a suspensão do ato cirúrgico. Isso causa prejuízos para a instituição e desconforto para o paciente.

A equipe cirúrgica encara como normal a suspensão de cirurgia, porém este fato acarreta prejuízos financeiros e de resolutividade para o hospital, pois uma instituição para alcançar a excelência depende do bom andamento de setores complexos como o centro cirúrgico.

Portanto, a suspensão de cirurgia agride a todos os envolvidos: equipe médica e de enfermagem, a administração, o paciente e seus familiares.

Quando o paciente recebe o diagnóstico de que deve se submeter a uma cirurgia, ele e seus familiares se mobilizam para este ato. Muitas dúvidas surgem neste momento: o medo da anestesia, de sentir dor, de se afastar da família, o receio de que pode não dar certo, o temor sobre a própria doença...

Os familiares sofrem com os mesmos temores, mas possuem um grande senso de fazer o que é preciso então, incentivam o doente a levar adiante o tratamento.

Depois de todos estes temores vencidos, com o paciente muitas vezes já dentro da sala cirúrgica, o procedimento é suspenso. Isso causa muita frustração e dúvidas até mesmo sobre a gravidade de sua doença. As longas horas de jejum são perdidas e a sensação de desrespeito que o paciente sente é nítida.

Muitos pacientes associam às férias a data da cirurgia, a fim de terem um período maior para o seu restabelecimento, outras vezes quem agenda férias é o familiar para cuidar do mesmo. A suspensão de cirurgia é nefasta, pois gera grande abalo emocional em toda família.

Até mesmo nas cirurgias estéticas, que não envolvem riscos para a saúde se não forem realizadas, causa abalo emocional se suspensas.

Para a instituição de saúde é igualmente desfavorável a suspensão de cirurgias, pelo uso indevido do tempo de trabalho dos funcionários, o gasto com material e esterilização, pelo preparo pré-operatório do paciente que é desperdiçado, pela perda da confiança do paciente e dos familiares na instituição.

Um procedimento suspenso implica em prejuízo para o atendimento da população, por isso o tempo no centro cirúrgico deve ter aproveitamento máximo, pois isso denota a medida de eficiência no uso de verbas.

O movimento do centro cirúrgico é um fator de grande importância nos indicadores de produtividade e qualidade de um hospital.

A suspensão de cirurgia aumenta o custo operacional e financeiro pelo maior tempo de permanência do paciente tendo mais chances de contrair infecção hospitalar, e com a conseqüente diminuição da disponibilidade de leitos.

O comprometimento com a busca da excelência da instituição hospitalar, passa pela resolutividade, qualidade com custo baixo, sem desperdício e com a melhoria do diagnóstico.

Para se chegar a este ideal, é importante levantar dados indicadores para que a gestão possa atuar neste sentido.

Para isso é imprescindível o uso da informação adequada num processo de educação permanente. Onde eventos como suspensão de cirurgia possam ser minimizados.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

“Apesar da vasta literatura existente abordando o preparo pré-operatório do paciente, assistência de enfermagem, fatores físicos e emocionais relacionados ao assunto, praticamente não há enfoque sobre a questão do cancelamento de cirurgia, surgindo a partir daí o interesse por essa temática.” (CAVALCANTE et al, 2000). Também não foi encontrado nenhum trabalho publicado sobre esta temática realizado em hospital de trauma.

Com certeza o assunto não será esgotado nem resolvido cabalmente através deste estudo, porém com a quantificação de dados será possível confeccionar e adequar o mapa cirúrgico advindo os seguintes benefícios:

- Reduzir o tempo de ociosidade das salas cirúrgicas;
- Melhorar a administração dos intervalos de utilização das salas, acarretando na diminuição dos atrasos;
- Possibilitar uma maior flexibilidade na agenda dos cirurgiões;
- Baixar o tempo médio de internação;
- Fazer uma melhor previsão do instrumental, dos equipamentos e materiais necessários para realização da cirurgia;
- Diminuir as situações de risco a que os pacientes são submetidos desnecessariamente, pois muitos preparos pré-operatórios e transferências entre a unidade de internação e o centro cirúrgico poderiam ser evitados (STROPARO et al, 2004).

É necessário desvelar o acontecimento para que se possa intervir na prevenção da suspensão do ato cirúrgico, ainda que se saiba que haverá circunstâncias tais em que as mesmas continuarão ocorrendo.

Este levantamento de dados, certamente é de interesse dos pacientes, dos enfermeiros e dos funcionários do Centro Cirúrgico, bem como da equipe cirúrgica e principalmente da Gestão do hospital.

### 1.3 PROBLEMA

Quais são as causas da suspensão de cirurgias eletivas?

### 1.4 DELIMITAÇÕES DO TEMA

A presente pesquisa será realizada em um hospital de ensino, 100% do Sistema Único de Saúde (SUS), situado em Porto Alegre, no Centro Cirúrgico, especificamente no acompanhamento da marcação de cirurgias e relatório de suspensão das mesmas. Compreendendo o período de agosto de 2007 a julho de 2008.

## 2 OBJETIVO

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a ocorrência e as causas da suspensão de cirurgias eletivas em um hospital de trauma e de ensino.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar o número de cirurgias programadas e suspensas
- Identificar a taxa de suspensão de cirurgia por especialidade médica
- Verificar qual o maior motivo de suspensão de cirurgia
- Quantificar o profissional responsável pela suspensão
- Indicar dados demográficos do paciente, sexo e faixa etária das cirurgias suspensas
- Demonstrar qual mês, semana e turno que mais suspende cirurgias

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Stroparo et al, (2004)

Dentro do ambiente hospitalar, está localizado o complexo sistema centro cirúrgico. O centro cirúrgico é uma unidade assistencial, onde são realizadas operações cirúrgicas, visando atender intercorrências clínicas, com suporte da ação de uma equipe de profissionais. Todavia requer suporte adequado de modo que os aspectos técnico-administrativos referentes à planta física e localização, aos equipamentos, ao regimento, às normas, as rotinas e aos recursos humanos sejam assegurados como mecanismos que subsidiam a prevenção e o controle dos riscos e sustentem, na prática, a proteção ético-legal da equipe e da instituição. (STROPARO, et al. 2004.)

Os mesmos autores relatam que os pacientes são submetidos nos ambientes cirúrgicos, tornam necessária a aplicação de novas técnicas e procedimentos que facilitem a execução de tarefas nesses ambientes. Um exemplo de uma situação que poderia ser evitada é o atraso ou o cancelamento de cirurgias que muitas vezes acabam fazendo com que os preparos pré-cirúrgicos dos pacientes sejam perdidos, além dos custos adicionais à instituição, o desconforto causado tanto aos pacientes bem como para os seus familiares e demais profissionais envolvidos, e que nem sempre são os responsáveis diretos pelos atrasos ou cancelamentos. Estes são fatores que devem ser minimizados, objetivando assim a qualidade da prestação de serviço e a satisfação do quadro funcional.

Em contrapartida Cavalvante et al, (2000) constata que a suspensão de uma intervenção cirúrgica é uma ocorrência significativa que nem sempre tem recebido a devida atenção por parte da equipe de saúde, bem como da administração do próprio hospital. Aparentemente o cancelamento de cirurgias programadas não causa grande inquietação à equipe multiprofissional, dos serviços de saúde, muitas vezes existe o desejo velado para que a mesma ocorra, e os aspectos relativos à importância desse acontecimento para o paciente parecem estar esquecidos. A equipe encara esse acontecimento como rotineiro, inerente a estrutura organizacional e funcional da instituição.

Já Paschoal, et al, (2006) quanto a suspensão de cirurgias, bifurca o tema em dois importantes aspectos a primeira, voltada para as repercussões que envolvem o paciente; e a segunda, pelas conseqüências que causam para a instituição de saúde.

Sobre o paciente Cavalvante et al, (2000) relatam que: Quando um indivíduo procura um hospital com um problema de saúde e lhe é indicada uma cirurgia como a solução para esse

problema, ele aceita essa solução e marca sua cirurgia depositando na equipe de saúde e na instituição a certeza do apoio necessário para vencer mais essa etapa da sua vida. Após a indicação da cirurgia, o paciente passa então a mobilizar todos os seus recursos físicos, emocionais e financeiros para enfrentar esse momento. Os familiares se empenham para que o paciente tenha um pronto restabelecimento e para isso muita energia é empregada neste processo. A situação cirúrgica passa a ter agora um novo significado. Mesmo que a sua perspectiva seja angustiante e amedrontadora, ela passa a ser importante e emocionalmente necessária porque pode implicar em um estilo de vida mais saudável e com melhor qualidade de vida.

Conforme Brunner & Suddarth (1993) “As finalidades dos procedimentos cirúrgicos são várias: de diagnóstico, de tratamento eletivo, de prevenção, de aliviar sintomas, de cura, de reconstrução ou cosmética. Advém que, qualquer ato cirúrgico por menor que seja sua extensão, desencadeia no indivíduo uma série de reações fisiológicas e psicológicas.” (p.358)

Cavalcante et al, (2000) dizem que um procedimento cirúrgico, mesmo quando consentido e programado significa uma agressão ao indivíduo, uma ameaça a sua integridade física e emocional. É visível o impacto de uma cirurgia causa no o cliente, que na tentativa de extravasar seus sentimentos pode desenvolver quadros de angústia, depressão e isolamento. O cancelamento cirúrgico, muitas vezes, trás dificuldades para o profissional de saúde lidar com os sentimentos do paciente, situação essa que é agravada devido às peculiaridades individuais, pois um mesmo fato é capaz de desencadear diversas respostas em pessoas diferentes. Cada pessoa reage de modo peculiar frente a uma mesma situação em função de suas vivências anteriores.

“A intervenção cirúrgica requer um preparo prévio do paciente e da família, pois envolve aceitação da cirurgia, preparo físico e psicológico, interferência no estilo de vida, alterações socioeconômicas pelo afastamento no trabalho, além da situação de estresse gerada pelo medo do desconhecido.” (PASCHOAL, et al, 2006 p. 49)

O paciente cirúrgico ao ser hospitalizado traz consigo expectativas, dúvidas e temores sobre os acontecimentos que irá vivenciar. Ele estará em um ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, longe de sua família e amigos. Seu corpo será agredido, cortado, mutilado. Muitas dúvidas e medos emergem, teme sentir dor, ficar muito tempo no hospital, teme sobre a resolução desta cirurgia, sendo que essas preocupações, em geral, estão voltadas para realização da cirurgia, não para a suspensão da mesma. CAVALCANTE et al, (2000).

Em conformidade com esta idéia Paschoal, et al, (2006) falam que o paciente, ao se preparar para cirurgia, traz consigo expectativas, dúvidas e temores e muita insegurança 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 sua suspensão.

CAVALCANTE et al, (2000) enunciam que qualquer cirurgia, mesmo aquela que é estética, feita pela opção do indivíduo, cuja não realização não implicaria prejuízo para a sua saúde, porém para o paciente é a eliminação de um complexo ou um sonho de consumo e por isso tem importante significado e pode interferir em seu estado emocional.

Muitas vezes o ato cirúrgico é visto como a possibilidade do retorno a uma vida “normal”, quando então cessarão todos os desconfortos advindos da doença que vem incomodando. No caso de cancelamento de cirurgia os sentimentos podem assumir maiores proporções potencializando o aparecimento de situações desagradáveis, causando maior tensão, bem como aumentando o nível de estress do paciente e também de seus familiares. (ANTÔNIO et al, 2002).

De acordo com esta idéia Brunner & Suddarth (1993) reiteram: Caso a operação tenha sido adiada por falta de disponibilidade de horário, ou por qualquer outro problema de ordem administrativa, o paciente que é simplesmente informado de que “algo aconteceu”, pode começar a se preocupar, ao achar que a razão do adiamento da cirurgia seja a piora de seu estado.

Sobre as conseqüências da suspensão de cirurgia para a instituição de saúde Vieira (1982) informa que interfere na própria equipe de saúde, no que se refere à operacionalização do trabalho, ao consumo de tempo dos profissionais e de recursos materiais. Para o hospital, a ocupação do leito, a reserva da sala operatória, o desperdício de material cuja esterilização é dispendiosa, a perda da oportunidade de inclusão de outro paciente na programação cirúrgica acarretam prejuízos incalculáveis para todo o sistema hospitalar envolvido.

PASCHOAL, et al, (2006) demonstram ter a mesma linha de pensamento quando afirmam que as repercussões do cancelamento cirúrgico incidem, desfavoravelmente, não apenas sobre o cliente, que tem seu vínculo de confiança rompido em relação à instituição (confiança muito frágil, tendo em vista que o que está em jogo é a própria vida do paciente), como também sobre a equipe de enfermagem (operacionalização do trabalho, consumo de tempo e de recursos

materiais, diminuição da qualidade da assistência) e sobre a própria instituição de cuidados de saúde com a perda da confiança dos cliente e também com prejuízos financeiros.

ARIETA (1995) endossa essa idéia:

A racionalização do uso de recursos é fundamental para um maior atendimento da população necessitada de cuidados em saúde e deve conter medidas que visem ao aproveitamento máximo do tempo disponível dos centros cirúrgicos. Mesmo nos países desenvolvidos, a redução dos gastos no tratamento cirúrgico tornou-se de primordial importância, não apenas para área de saúde pública, como no contexto sócio-econômico como um todo. Um programa que vise ao aumento do número de cirurgias deve basear-se no uso de tecnologia apropriada, [...] A utilização máxima da capacidade cirúrgica está entre as principais medidas de eficiência no uso de recursos de um hospital. (ARIETA 1995 p. 233)

“Uma vez que o movimento cirúrgico tem sido apontado como fator interveniente nos indicadores de produtividade e qualidade hospitalar, a utilização máxima da capacidade cirúrgica constitui uma das principais medias para a eficiência do uso de verbas.” GATTO et al, (1998). Coaduna com Arieta, bem como Perroca et al, (2007) que afirmam: O movimento cirúrgico é uma variável que interfere nos indicadores de qualidade e produtividade das instituições hospitalares. Constitui-se em parâmetros de avaliação e produtividade na sala de cirurgia. A produtividade pode ser avaliada pelo tempo de ocupação da sala cirúrgica, tempo de duração da cirurgia, intervalo de tempo entre cirurgias, taxa de atraso e de suspensão de cirurgia, recuperação anestésica, quando eventualmente o paciente é recuperado em sala cirúrgica por falta de leito da sala de recuperação.

O cancelamento do procedimento cirúrgico aumenta o custo operacional e financeiro, trazendo prejuízos para a instituição. O prejuízo financeiro é causado pela deficiência do processo e pode ser evidenciado pela reserva e perda de oportunidade de inclusão de outro paciente, subutilização das salas do centro cirúrgico, aumento da taxa de permanência (risco de infecção hospitalar) com conseqüente encarecimento do leito-dia e diminuição da disponibilidade de leitos. Outras fontes constituem desperdício de material esterilizado, retrabalho de pessoal envolvido tanto no preparo da sala operatória quanto no processo de esterilização. CAVALCANTE et al, (2000).

Ratificando Robles (1994) diz que para obter excelência, a instituição hospitalar deve estar continuamente comprometida com a resolutividade, qualidade e custos baixos dos procedimentos médicos. Dessa forma, torna-se necessária a eliminação de desperdícios bem como habilidade para melhorar o processo hospitalar (diagnóstico, tratamento, internação, apoio

gerencial), através de adequada automação, aumento da informação e diminuição da permanência do paciente no hospital.

Perroca et al, (2007), fazem a seguinte análise: Apesar de vários autores reconhecerem o impacto do cancelamento de cirurgias, elevando os custos operacionais e financeiros da Unidade do Centro Cirúrgico e reduzindo a eficiência do serviço oferecido, poucos estudos têm analisado a temática sob a vertente econômico-financeira, principalmente no que se refere aos custos diretos (recursos humanos, medicamentos e materiais) e custo de oportunidade de fazer uso da mão-de-obra e do material disponível. O cancelamento cirúrgico é falha decorrente do não atendimento aos requisitos do planejamento administrativo da unidade. Dessa forma, torna-se necessária a eliminação de desperdícios.

Ainda de acordo com Perroca et al (2007) desperdício pode ser conceituado como todo e qualquer recurso que se gasta na execução de produto, ou serviço, além do necessário (material de consumo, insumos, esforço humano, energia, tecnologia, dentre outros), constitui dispêndio extra, acrescentando aos custos normais do produto ou serviço sem qualquer tipo de melhoria para o cliente. Quando os processos de trabalho tornam-se inadequados, o custo dos produtos ou serviços aumenta. Conseqüentemente, as instituições sofrem perdas financeiras decorrentes do trabalho, absorvendo o tempo que seria utilizado para realizar outra atividade. O custo de oportunidade pode ser definido como o valor de um recurso em seu melhor uso alternativo. Representa o valor que se deixa de ganhar devido à decisão de investir o recurso em determinada alternativa de ação, em detrimento de outra.

Por isso, é tão importante um sistema de informação bem alimentado, dentro dos Centros Cirúrgicos, de onde serão levantados os dados que formarão os indicadores sobre suspensão de cirurgias para a gestão, que, a partir daí, poderá tomar as atitudes cabíveis para racionalizar as atividades no setor.

Assim diante desta fundamentação justifica-se a investigação da suspensão cirúrgica na instituição a ser estudada, a partir de robusto sistema de informação.

#### 4 METODOLOGIA

O presente estudo será realizado em um hospital referência em trauma, de média complexidade com capacidade de 280 leitos com média de 600 cirurgias realizadas por mês. Este hospital é 100% SUS e está situado em Porto Alegre. Também é uma instituição de ensino, atende não apenas a comunidade local, mas, também, serve ao interior do Estado.

As cirurgias realizadas compreendem as seguintes especialidades: Traumatologia, Neurocirurgia, Buco- facial, Plástica, Cirurgia Geral e Vascular. O maior volume de cirurgias é da traumatologia e da neurocirurgia, são poucas as cirurgias eletivas da cirurgia geral e mais raras ainda as da vascular, por se tratar de um hospital de trauma estas especialidades tem normalmente suas cirurgias na sala de urgência, não sendo assim, eletivas.

A população de estudo será constituída de todas as cirurgias eletivas no período de agosto de 2007 a julho de 2008, no hospital de estudo.

O levantamento de dados será feito através do sistema informatizado, na coordenação do bloco cirúrgico, que é alimentado com os dados relevantes para esta pesquisa.

O presente estudo é de natureza exploratória, transversal, descritiva. Quanto ao tratamento de dados, possui uma abordagem quantitativa.

Para levantar o número de cirurgias programadas e suspensas foi criada uma tabela onde mensalmente será anotado o número de cirurgias programadas, o número de cirurgias suspensas e a percentagem das cirurgias suspensas. (tabela – 1)

Para identificar a taxa de cirurgia suspensa por especialidade médica foi construída uma tabela onde constam todas às especialidades cirúrgicas do hospital a ser estudado.

Mensalmente será anotado de cada uma delas o número de cirurgias programadas e o numero de cirurgias suspensas e a percentagem das suspensas. (tabela-2)

Para verificar qual o maior motivo de suspensão de cirurgia será utilizada a listagem da coordenação do bloco cirúrgico. Esta listagem foi elaborada através de um “benchmarking” no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, no Hospital da PUC do Paraná e na UNICAMP.

A coordenação do Centro Cirúrgico forneceu trinta e três motivos de suspensão, porém cada um deles se enquadra em um dos quatro itens de outra lista mais genérica. Os motivos de suspensão envolvem o paciente, os médicos, o hospital ou a administração. Vendo por este

ângulo, poderemos dizer que são esses os quatro grandes motivos de suspensão. Porém se somente estes motivos genéricos fossem computados, a coordenação do bloco cirúrgico não teria dados de informação suficientes para buscar solucionar os problemas com as respectivas gerências, pois não basta saber que a cirurgia foi suspensa por causa do médico, deve-se saber se foi pelo cirurgião ou pelo anestesista, se houve falta, esta foi por doença ou por ir a congresso, se foi por atraso do cirurgião anterior etc.

Os motivos também foram surgindo de forma empírica, conforme eles aconteciam eram catalogados.

O sistema de informação é alimentado, com as seguintes alternativas:

- 01 Paciente não compareceu
- 02 Paciente sem exames
- 03 Paciente sem condições clínicas por indicação do médico clínico ou cardiologista.
- 04 Paciente sem condições clínicas indicado pelo anestesista
- 05 Paciente não quer ser submetido à cirurgia
- 06 Paciente sem indicação de cirurgia
- 07 Paciente sem condições de pele
- 08 Paciente não aceita o atraso da cirurgia
- 09 Paciente sem acompanhante
- 10 Paciente não está em jejum
- 11 Paciente teve alta hospitalar
- 12 Paciente foi a óbito
- 13 Cirurgião atrasou cirurgia anterior
- 14 Outro cirurgião atrasou cirurgia anterior
- 15 Cirurgião deslocado para urgência
- 16 Cirurgião em congresso
- 17 Cirurgião com problema de saúde
- 18 Cirurgião não veio e não avisou
- 19 Cirurgião não solicitou ou encomendou errado material de órteses e próteses
- 20 Anestesista com problema de saúde
- 21 Anestesista deslocado para urgência
- 22 Anestesista solicitou leito na sala de recuperação e não tinha

- 23 Cirurgião trocou por outro paciente
- 24 Falta sala com estrutura
- 25 Falta equipamento
- 26 Falta material de órtese e prótese
- 27 Falta pessoal de enfermagem
- 28 Falta anestesista
- 29 Falta leito na sala de recuperação
- 30 Falta leito no hospital
- 31 Falta avaliação clínica
- 32 Falta avaliação cardiológica
- 33 Falta termo de consentimento assinado
- 34 Quando o motivo do cancelamento não for quantificado

Foi montada uma tabela com os trinta e quatro motivos onde mensalmente serão anotadas quantas vezes cada um dos motivos foi o responsável pela suspensão da cirurgia. (tabela-3)

Para quantificar quem suspendeu a cirurgia foi criada uma tabela que mensalmente identificará o profissional que mais suspende os procedimentos cirúrgicos, se a enfermagem, o cirurgião, o anestesista ou o clínico e o cardiologista. (tabela-4)

Para identificar os dados demográficos dos pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas foi construída uma tabela onde consta a faixa etária dos pacientes dividida da seguinte forma:  $\leq$  a 10 anos, 11 a 20 anos, 21 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos 51 a 60 anos, 61 a 70 anos,  $\geq$  a 71 anos.

Os pacientes também, nesta tabela, serão classificados por sexo. Todos estes dados serão anotados mensalmente, dando a percentagem de cada item. (tabela-5)

Para demonstrar qual o mês do ano que mais suspende cirurgias foi criada uma tabela simples onde será anotado o número de cirurgias suspensas a cada mês e sua percentagem. (tabela-6)

Para examinar qual o dia da semana que mais suspende cirurgia foi programada uma tabela onde aparece o total de cirurgias suspensas a cada dia da semana e sua percentagem. O domingo não consta na tabela, pois não ocorrem cirurgias eletivas no domingo. (tabela-7)

Para mostrar qual o turno que mais suspende cirurgias, temos uma tabela onde aparecem os três turnos, manhã, tarde e noite, mesmo sabendo que raramente ocorrem cirurgias eletivas à

noite, não deixaremos de citá-lo. Nesta tabela anotaremos o número de cirurgias suspensas por turno e sua respectiva percentagem. (tabela-8)

Como os dados em saúde são de grande relevância, os resultados parciais serão divulgados, para a coordenação do centro cirúrgico, a cada sete dias da realização desta pesquisa.

## 5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo, por não se tratar de pesquisa em seres humanos, nem oferecer riscos, não incorrerá em questões éticas, no entanto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa Científica para referendo.

## 6 CRONOGRAMA

Etapas	NOV/DEZ 2007	JAN/FEV MAR/ 2008	MAI/JUN/ JUL 2008	AGO/SET 2008	OUT/NOV 2008	DEZ 2008
Escolha do assunto e estudos exploratórios						
Elaboração do projeto						
Levantamento bibliográfico e seleção de material						
Elaboração de instrumentos para coletas de dados						
Aplicação de instrumentos para coleta de dados						
Avaliação do projeto e instrumentos de avaliação						
Interpretação de dados e redação do relatório						
Revisão e redação final						
Digitação e encadernação do relatório						
Publicação e apresentação à comunidade acadêmica						

## 7 ORÇAMENTO

O presente estudo será realizado com informações já existentes no sistema de informação do hospital não incorrendo em despesas adicionais para seu desenvolvimento.

As despesas operacionais (material de escritório) serão pagas pela própria autora da pesquisa.

## 8 REFERÊNCIAS

- ANTÔNIO PS; MURARI DB; COSTA HK. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. **Rev. Eletrônica de Enfermagem (online).v.4.n1.p.33 -39.2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>**
- ARIETA CEL, TAIAR A, KARA JN. Utilização e causas de suspensão de intervenções cirúrgicas oculares em centro cirúrgico ambulatorial universitário. Núcleo da prevenção de cegueira da UNICAMP, Campinas, SP. **Rev. Ass Med Brasil 1995; 41(3): 233-5.**
- BRUNNER LS, SUDDARTH DS. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Granabara Koogan, 1993. V 1, p. 344 a 358.
- CAVALCANTI JB; PAGLIUCA LMF; ALMEIDA PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. **Rev. Latino-am Enfermagem 2000 julho-agosto; 8(4):59-65**
- GATTO MAF, JOUCLAS VMG. Otimizando o uso da SO. **Ver. SOBECC 1998 janeiro-março; 3 (1): 23-8.**
- PASCHOAL MLH; GATTO MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. [dissertação]. São Paulo (SP) **Ver. Latino-am Enfermagem 2006 janeiro fevereiro; 14(1):48-53**
- PERROCA MG; JERICÓ MC; FACUNDIN SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. **Ver. Latino Americana de Enfermagem 2007 setembro outubro; 15(5) [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)**
- ROBLES A Júnior. Custos da qualidade: uma estratégia para a competição global. São Paulo (SP): Atlas; 1994.
- STROPARO JR; BICHINHO GL; PROTIL RM. Estudo da taxa de ocupação do centro cirúrgico através da modelagem e simulação de sistemas. [dissertação]. Pontifícia Universidade do Paraná (PUCPR),
- VIEIRA MJ. Causas e conseqüências da suspensão de cirurgia programadas em uma cidade do nordeste do país [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ; 1982.

**Tabela – 1 Demonstrativo de Cirurgias Programadas e Suspensas**

<b>Mês</b>	<b>Cirurgias Programadas</b>	<b>Cirurgias Suspensas</b>	<b>Porcentagem Cirurgias Suspensas %</b>
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			
Janeiro			
Fevereiro			
Março			
Abril			
Maiο			
Junho			
Julho			
Total			



**- 3 Tabela Demonstrativo dos Motivos de Suspensão das Cirurgias**

<b>Cancelamento Motivo de Cirurgia</b>	<b>Quantidade no Mês de Agosto</b>	<b>Quantidade no Mês de Setembro</b>	<b>Quantidade no Mês de Outubro</b>	<b>Quantidade no Mês de Novembro</b>	<b>Quantidade no Mês de Dezembro</b>	<b>Quantidade no Mês de Janeiro</b>
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						

<b>Motivo Cancelamento de Cirurgia</b>	<b>Quantidade no Mês de Fevereiro</b>	<b>Quantidade no Mês de Março</b>	<b>Quantidade no Mês de Abril</b>	<b>Quantidade no Mês de Maio</b>	<b>Quantidade no Mês de Junho</b>	<b>Quantidade no Mês de Julho</b>
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						

### Legenda:

- 01 Paciente não Compareceu
- 02 Paciente sem Exames
- 03 Paciente sem condições clínicas por indicação do clínico ou cardiologista
- 04 Paciente sem condições clínicas indicado pelo anestesista
- 05 Paciente não quer ser submetido a cirurgia
- 06 Paciente sem indicação de cirurgia
- 07 Paciente sem condições de pele
- 08 Paciente não aceita atraso da cirurgia
- 09 Paciente sem acompanhante
- 10 Paciente não está em jejum
- 11 Paciente teve alta hospitalar
- 12 Paciente foi a óbito
- 13 Cirurgião atrasou cirurgia anterior
- 14 Outro Cirurgião atrasou cirurgia anterior
- 15 Cirurgião deslocado para urgência
- 16 Cirurgião em Congresso
- 17 Cirurgião com problema de saúde
- 18 Cirurgião não veio e não avisou
- 19 Cirurgião não solicitou ou encomendou errado material de órteses e próteses
- 20 Anestesista com problema de saúde
- 21 Anestesista deslocado para urgência
- 22 Anestesista solicitou leito na sala de recuperação e não tinha
- 23 Cirurgião trocou por outro paciente
- 24 Falta de sala com estrutura
- 25 Falta de equipamento
- 26 Falta de material de órtese e prótese
- 27 Falta de pessoal de enfermagem
- 28 Falta Anestesista
- 29 Falta leito na sala de recuperação
- 30 Falta leito no hospital
- 31 Falta avaliação clínica
- 32 Falta avaliação cardiológica
- 33 Falta termo de consentimento assinado
- 34 Quando o motivo do cancelamento não for quantificado

**Tabela – 4 Demonstrativo Cirurgias Suspensas por Profissional**

Mês	Enfermagem	Cirurgião	Anestesista	Clínico/Cardiologista	Total Cirurgias Suspensas no Mês
Agosto					
Setembro					
Outubro					
Novembro					
Dezembro					
Janeiro					
Fevereiro					
Março					
Abril					
Maio					
Junho					
Julho					

**Tabela – 5 Demonstrativo Dados Demográficos dos Pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas**

Mês	Total por Faixa Etária			Sexo					
	Idade	Total	%	Masculino		Feminino		Total	%
Agosto	<= 10			Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20								
	21-30								
	31-40								
	41-50								
	51-60								
	61-70								
	>=71								
Setembro	<= 10			Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20								
	21-30								
	31-40								
	41-50								
	51-60								
	61-70								
	>=71								
Outubro	<= 10			Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20								
	21-30								
	31-40								
	41-50								
	51-60								
	61-70								
	>=71								
Novembro	<= 10			Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20								
	21-30								
	31-40								
	41-50								
	51-60								
	61-70								
	>=71								
Dezembro	<= 10			Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20								
	21-30								
	31-40								
	41-50								
	51-60								
	61-70								
	>=71								
Janeiro	<= 10			Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20								
	21-30								
	31-40								
	41-50								
	51-60								
	61-70								
	>=71								

Fevereiro	<= 10	Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20						
	21-30						
	31-40						
	41-50						
	51-60						
	61-70						
	>=71						
Março	<= 10	Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20						
	21-30						
	31-40						
	41-50						
	51-60						
	61-70						
	>=71						
Abril	<= 10	Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20						
	21-30						
	31-40						
	41-50						
	51-60						
	61-70						
	>=71						
Maio	<= 10	Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20						
	21-30						
	31-40						
	41-50						
	51-60						
	61-70						
	>=71						
Junho	<= 10	Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20						
	21-30						
	31-40						
	41-50						
	51-60						
	61-70						
	>=71						
Julho	<= 10	Masculino	Total	%	Feminino	Total	%
	11-20						
	21-30						
	31-40						
	41-50						
	51-60						
	61-70						
	>=71						

**Tabela 6 – Demonstrativo Total de Cirurgias Suspensas por Mês**

Mês	Marcadas	Realizadas	Suspensas	%
Agosto				
Setembro				
Outubro				
Novembro				
Dezembro				
Janeiro				
Fevereiro				
Março				
Abril				
Maio				
Junho				
Julho				

**Tabela 7 – Demonstrativo Total de Cirurgias Suspensas por dia da semana**

Dia	Marcadas	Realizadas	Suspensas	%
Domingo				
Segunda-Feira				
Terça-Feira				
Quarta-Feira				
Quinta-Feira				
Sexta-Feira				
Sábado				

**Tabela 8 – Demonstrativo Total de Cirurgias Suspensas por turno**

Turno	Marcadas	Realizadas	Suspensas	%
Manhã				
Tarde				
Noite				