



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA
FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

GISELE APARECIDA ALVES CORRAL DOS SANTOS

**CANCELAMENTO DE CIRURGIA ELETIVA: DOS MOTIVOS À COMPREENSÃO
DO ITINERÁRIO AGENDAMENTO – CENTRO CIRÚRGICO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

**Botucatu
2015**

GISELE APARECIDA ALVES CORRAL DOS SANTOS

**CANCELAMENTO DE CIRURGIA ELETIVA: DOS MOTIVOS À
COMPREENSÃO DO ITINERÁRIO AGENDAMENTO – CENTRO
CIRÚRGICO**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Botucatu

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Santos, Gisele Aparecida Alves Corral dos.

Cancelamento de cirurgia eletiva : dos motivos à
compreensão do itinerário agendamento - Centro Cirúrgico /
Gisele Aparecida Alves Corral dos Santos. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Capes: 40401006

1. Cuidados médicos - Avaliação. 2. Centros cirúrgicos.
3. Tratamento cirúrgico - Cancelamento 4. Assistência
hospitalar. 5. Indicadores de qualidade em assistência à
saúde.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Centros de cirurgia;
Comunicação; Suspensão de tratamento.

DEDICATÓRIA

A Deus e à espiritualidade,, por todo amparo e dedicação em todos os momentos de minha vida.

*“Porque aos seus anjos dará a ordem a seu respeito,
para te guardarem em todos os seus caminhos.”
Salmo 91.11.*

*Ao meu esposo Ezequiel, que sempre esteve presente,
motivando e inspirando minha vida. Te Amo!*

*Ao Dudu, meu pequeno amado, por compreender e me
apoiar mesmo quando deixei de brincar, assistir TV e
até passear, para alcançar esse objetivo.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais e irmãos, por estarmos unidos nesse ideal.

À minha querida mãe, mulher forte, objetiva, companheira e principalmente uma fonte inesgotável de amor, meu imenso carinho!

Ao “Veinho”, querido e amado pai, por ser um homem de caráter, de responsabilidade e principalmente por me ensinar a ver no outro apenas o que há de melhor e auxiliá-los em suas falhas. Meu imenso amor!

Aos meus irmãos, Rodrigo e Diego, por sempre me apoiarem nas escolhas da vida. Amo vocês!

À Profa. Dra. Sílvia Cristina Mangini Bocchi, pelo incentivo à pesquisa e ao crescimento pessoal, compreendendo as dificuldades e os desafios enfrentados. Obrigada por permitir o convívio com sua linda família e dividir seu conhecimento com humildade e maestria.

AGRADECIMENTOS

À minha Madrinha Sueli, pelo carinho e incentivo aos estudos.

À enfermeira Maria Carolina Franco e aos companheiros da UTI/UCO e UCO, por estarem presentes e me apoiarem nessa jornada.

A todos os enfermeiros, médicos anestesistas e cirurgiões, técnicos de enfermagem e oficiais administrativos que incentivaram e colaboraram ativamente nessa pesquisa.

À professora Wilza Carla Spíri,, pelo carinho e acolhimento, colaborando na realização desse trabalho.

Ao Carlos, Matheus e Marina, por sempre me receberem com carinho e atenção, dividindo o imenso amor que vem dessa família, minha eterna gratidão.

EPIGRAFE

O assunto mais importante do mundo pode ser simplificado até ao ponto em que todos possam apreciá-lo e compreendê-lo. Isso é ou deveria ser a mais elevada forma de arte.

CHARLES CHAPLIN

Santos GAAC dos. Cancelamento de cirurgias eletivas: dos motivos à compreensão do itinerário Agendamento – Centro Cirúrgico [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2015.

RESUMO

Objetivos. (a) caracterizar os cancelamentos de cirurgias eletivas quanto aos motivos clínicos e não clínicos, no ano de 2013, assim como verificar se existe influência da sazonalidade, no período de 2010 a 2013; (b) compreender a experiência dos atores envolvidos no itinerário cirúrgico eletivo cancelado - Agendamento cirúrgico – Ambulatório – Acolhimento – Unidades de internação – Central de Material Esterilizado (CME) – Centro Cirúrgico (CC); (c) elaborar modelo teórico representativo dessa experiência. **Métodos.** Pesquisa mista, sendo a primeira quantitativa, com dados secundários, extraídos de banco de dados de um Hospital Público do Estado de São Paulo, acerca dos cancelamentos cirúrgicos ocorridos em 2013, para alcançar o objetivo (a). Utilizou-se a estatística descritiva e especificamente para analisar as tendências sazonais relativas aos motivos de cancelamentos o modelo de regressão de Poisson, ajustado para identificar as diferenças mensais. O segundo método empregado foi o qualitativo, visando atender os objetivos (b) e (c). Realizou-se entrevista semiestruturada e individual com atores atuantes nos segmentos que compuseram o itinerário cirúrgico, totalizando 21: três médicos, 11 enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e dois oficiais administrativos. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas segundo os passos da Teoria Fundamentada nos Dados. **Resultados.** Das 8.443 (100%) cirurgias eletivas agendadas, realizaram-se 7.870 (93,21%) e suspenderam-se 573 (6,79%). Considerando essas 573 (100%), 48,33% foram por razões clínicas e 46,40% não clínicas. Dentre os motivos não clínicos de cancelamento cirúrgico, preponderaram os relacionados às razões médicas, categorizadas como: a pedido do cirurgião/mudança de conduta (17,93%), seguida por paciente não internou (8,96%). Os picos de cancelamentos deram-se às 07h00 e às 13h30, por falta de condições clínicas do usuário e da justificativa a pedido do cirurgião/mudança de conduta. Crianças e idosos totalizaram 61,86% dos cancelamentos cirúrgicos. As crianças (23,37%) e os idosos (13,18%) foram os mais acometidos por motivos clínicos, enquanto que os motivos não clínicos incidiram nos adultos (20,04%) e nos idosos (15,64%). A Cirurgia infantil (19,85%) e a Ortopedia (19,51%) foram as especialidades que mais cancelaram cirurgias. Não houve indicação de sazonalidade quanto à ocorrência de motivos de

cancelamento no período analisado. Da análise segundo os passos da Teoria Fundamentada nos Dados, emergiram três categorias (subprocessos): apontando procedimentos, desafios e sugestões para o segmento Agendamento cirúrgico – Ambulatório; mencionando condutas, propostas e problemas a serem superados no Acolhimento; vivenciando a experiência do cancelamento cirúrgico eletivo no segmento Unidades de internação – CME – CC. Do realinhamento dos componentes (subcategorias e elementos) dos subprocessos (categorias) emergiu a categoria central (processo e modelo teórico), itinerário Agendamento cirúrgico - Centro Cirúrgico: desafios e sugestões segundo os atores institucionais para minimizar cancelamentos e sofrimentos com a experiência. **Conclusões e produto.** Apesar da taxa de cancelamento cirúrgico eletivo apresentar-se menor que de outros hospitais de características semelhantes, ainda é possível reduzi-la de 6,79% para 1,36%, considerando que 80% das razões de cancelamento são preveníveis; sejam elas por motivos clínicos ou não clínicos. Para tanto, o modelo teórico sinaliza os desafios e as sugestões dos atores que compõem os seguimentos do itinerário da cirurgia eletiva, para que ocorra essa redução.

Descritores: Suspensão de tratamento; Centros de cirurgia; Avaliação em saúde; Comunicação.

Santos GAAC dos. Cancellation of elective surgery from reason to understanding of the Scheduling Sector - Surgical Center itinerary [master thesis]. Botucatu: Medical School, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2015.

ABSTRACT

Objectives. (a) To characterize the cancellations of elective surgeries for clinical and non-clinical reasons, in 2013, as well as check for influence of seasonality in the period from 2010 to 2013; (b) to understand the experience of the involved actors in canceled elective surgical itinerary Surgical Scheduling - Ambulatory - Inpatient Units - Sterilized Material Center (CME) - Surgical Center (CC); (c) to elaborate theoretical model representing this experience.

Methods. Mixed research, being the first a quantitative design, comprising secondary data from a Public Hospital of São Paulo database, about the surgical cancellations occurred in 2013, to achieve the objective (a). Descriptive statistics was applied, while the Poisson regression model adjusted to identify monthly differences was applied only to analyze seasonal trends concerning reasons for cancellations. The second method applied was qualitative, to meet the objectives (b) and (c). Semi-structured and individual interviews were conducted with the actors of the units which comprised the surgical itinerary, totaling 21 professionals: three doctors, 11 nurses, five technician nurses and two administrative officers. The interviews were recorded, transcribed and analyzed according to the steps of the Grounded Theory. **Results.** From 8.443 (100%) scheduled as elective surgeries, 7 870 (93.21%) were performed, and 573 (6.79%) canceled. Considering these 573 (100%), 48.33% were for medical reasons and 46.40% for non-clinical. Among the non-clinical reasons of surgical cancellation, predominated the ones referring to medical reasons, categorized as requested by the surgeon / change in conduct (17.93%), followed by patient not hospitalized (8.96%). Cancellations reached peaks at 7:00 AM and at 01:30 PM, due to lack of the patient's clinical conditions, and request of the Surgeon / change in conduct. Children and the elderly totaled 61.86% of the surgical cancellations. Children (23.37%) and the elderly (13.18%) were the most affected by clinical reasons, while the adults (20.04%) and the elderly (15.64), for non-clinical reasons. Infant Surgery (19.85%) and Orthopedics (19.51%) were the specialties which presented the highest amount of canceled surgeries. There was no indication of seasonality as occurrence for cancellation reasons during the period studied. From the

analyses according to the steps of the Grounded Theory, three categories have emerged (sub-process): pointing procedures, challenges and suggestions for Surgical Scheduling – Ambulatory Segment: citing guidelines, proposals and problems to be overcome in the hospital; living the experience of elective surgical cancellation in Inpatient Units - CME – CC Segment. The realignment of the components (subcategories and elements) of sub-processes (categories) emerged from the core category (process and theoretical model), Surgical Scheduling - Surgical Center itinerary: challenges and suggestions according to institutional actors to minimize cancellations and suffering, from the experience. **Conclusions and product.** Despite the elective surgical cancellation rate is lower than other hospitals with similar characteristics; it becomes possible to decrease it from 6.79% to 1.36%, whereas 80% of the cancellations reasons are preventable, either by clinical or non-clinical reasons. Therefore, the theoretical model indicates the challenges and suggestions of actors who take part in the segments of the elective surgery itinerary, so that this decrease may occur.

Descriptors: Treatment suspension; Surgery centers; Health evaluation; Communication.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. MÉTODOS.....	4
2.1 Tipo de estudo, cenário e procedimentos éticos.....	4
2.2 Método um.....	6
2.2.1 Tipo de estudo.....	6
2.2.2 Fonte e procedimentos de coletas de dados.....	6
2.2.3 Variáveis estudadas.....	6
2.2.4 Análise estatística.....	7
2.3 Método dois.....	8
2.3.1 Tipo de estudo.....	8
2.3.2 Atores.....	8
2.3.3 Procedimentos éticos de coleta de dados.....	8
2.3.4 Referencial metodológico.....	9
2.3.5 Referencial teórico.....	10
3. RESULTADOS.....	12
3.1 Caracterização dos cancelamentos cirúrgicos eletivos.....	12
3.2 A experiência dos atores institucionais com o itinerário cirúrgico eletivo.....	17
4. DISCUSSÃO.....	45
4.1 Caracterização das cirurgias eletivas canceladas quanto aos motivos e a sazonalidade.....	45
4.2 Avaliando a experiência dos atores, segundo os referenciais teóricos e a literatura....	47
5. CONCLUSÕES.....	57
6. PRODUTO.....	60
REFERÊNCIAS.....	62
ANEXO 1 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	69
ANEXO 2 MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA.....	73
APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	74

1 INTRODUÇÃO

A experiência com pacientes cirúrgicos permeiam minha vida profissional há mais de 10 anos, primeiramente como auxiliar de enfermagem, por quatro anos, trabalhando em unidade de internação cirúrgica em hospital de grande porte, onde vivenciei as dificuldades dos pacientes e seus familiares durante a internação e após terem seus procedimentos cancelados. Com a Graduação em Enfermagem finalizada em 2008, tive a oportunidade de observar as singularidades da Central de Materiais e Esterilização (CME) e da Unidade do Centro Cirúrgico (CC) de um hospital particular, durante dois anos.

Em seguida, cursei a Especialização em CC, CME e Recuperação Pós Anestésica (RPA), permitindo-me o aprofundamento dos conhecimentos sobre as especificidades da área.

O amadurecimento profissional e o convite para trabalhar como enfermeira assistencial na Unidade de Internação Cirúrgica e, posteriormente, na Unidade de CC da instituição estudada, contribuíram para despertar o interesse sobre os processos e articulações que envolvem todo o tratamento do paciente cirúrgico, motivando a realizar esta pesquisa.

O cancelamento cirúrgico constitui-se indicador no processo de avaliação da qualidade da assistência prestada por serviço hospitalar⁽¹⁾, sinalizando falha de planejamento administrativo da unidade de CC⁽²⁾, por ser considerado evitável, na maioria das vezes, se trabalhado pelos responsáveis da unidade⁽¹⁻³⁾. Portanto, trata-se de um evento que deve ser avaliado, mediante as repercussões desfavoráveis que envolvem não só o paciente, mas a família, a instituição e a própria equipe de saúde.

Perante o evento, o usuário tem seu vínculo de confiança rompido em relação à instituição⁽¹⁻²⁾, arremetendo-o ao sofrimento psíquico, se decepcionando com a não concretização do tratamento confiado ao serviço⁽⁴⁾. Além de repercussões psicológicas por atraso no tratamento, tanto pacientes como familiares reclamam de perdas financeiras relativas ao cancelamento da cirurgia⁽⁵⁾.

Por sua vez, a equipe que trabalha no CC é acometida por sentimentos de vergonha, tristeza e frustração ao constatarem a suspensão cirúrgica⁽⁶⁾, principalmente para anestesistas e enfermeiros, pois são eles que notificam os pacientes. Contudo, foi identificado que falhas no envolvimento terapêutico entre enfermeiros e pacientes no período pré-operatório causam suspensões cirúrgicas, pois ao serem informados dos motivos do cancelamento, os pacientes referem não terem sido bem orientados quanto aos cuidados necessários, gerando frustração à equipe de enfermagem, ao paciente e seus familiares⁽⁷⁾.

Além das repercussões sobre o usuário, família e equipe de saúde, a instituição sofre com os custos gerados pelo cancelamento de procedimentos cirúrgicos.

O estudo com 249 cirurgias eletivas canceladas em um hospital de Ribeirão Preto sinalizou o custo direto de R\$ 1.713,66, em 54 delas. Para este cálculo considerou-se apenas medicamentos, materiais de consumo e reprocessados. Observou-se, também, a média de R\$29,54 por paciente, assim como o custo indireto de R\$ 10.782,40 em perdas de oportunidades de ganhos para a instituição, relacionados ao tempo de ocupação da sala cirúrgica não utilizada. A pesquisa apontou que tais perdas poderiam ser evitáveis, desde que falhas no planejamento das atividades administrativas e má gestão do CC fossem corrigidas⁽¹⁾.

A contento, vários fatores contribuem para o cancelamento de cirurgias:

- Absenteísmo do usuário⁽¹⁻⁸⁾;
- Condições clínicas desfavoráveis à realização da cirurgia, principalmente por doenças crônicas descompensadas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes, além da falta de exames clínicos pré-operatórios^(1, 8-9);
- Ultrapassagem do tempo cirúrgico⁽⁸⁻¹⁰⁾;
- Falta de leito⁽⁸⁾;
- A desvinculação do processo de agendamento cirúrgico da equipe multiprofissional e a ausência da informatização induzem ao erro, acarretando os cancelamentos desnecessários⁽¹¹⁻¹²⁾;
- Tipo de hospital (universitários)⁽¹³⁾ e de cirurgia (cirurgia geral)⁽¹⁴⁾.

Dentre as estratégias recomendadas pela literatura para minimizar o cancelamento de cirurgias, estão:

- Realização de consulta pré-anestésica ou pré-operatória⁽¹⁻¹⁵⁾;
- Confirmação telefônica do comparecimento dos pacientes dois dias antes do procedimento⁽⁸⁾;
- A reestruturação do processo de trabalho, envolvendo a equipe de saúde, a tecnologia de informação e profissionais de nível médio⁽¹⁶⁾.

Desta forma, a notificação correta do cancelamento cirúrgico é imprescindível para que os gestores possam trabalhá-la com eficiência⁽¹⁷⁾, e para isso, o sistema de informação é uma ferramenta viável para a coleta de dados na unidade cirúrgica⁽¹⁶⁾.

A informatização do agendamento cirúrgico e a alimentação consciente do sistema de justificativa dos cancelamentos pelos colaboradores, são ações que aperfeiçoam a gestão do processo de trabalho da unidade⁽⁵⁾.

O sucesso do indicador de cancelamento cirúrgico está relacionado à alimentação correta e detalhada do sistema de informação utilizado pelo serviço⁽¹⁸⁾, portanto, atividades de conscientização e educação permanente devem ser constantes nessas instituições⁽¹⁹⁾.

Cabe ao enfermeiro como gerente do CC utilizar informações acerca dos apontamentos microeconômicos do processo, assim como custos diretos e de oportunidade, para gerenciar o CC e desenvolver estratégias para solução do problema⁽¹⁾.

Considerando que as funções do enfermeiro do CC envolvem o planejamento e o gerenciamento da utilização de salas cirúrgicas, assim como responsabilidade pela previsão e provisão de materiais, equipamentos e recursos humanos necessários a esta demanda, pergunta-se:

- Quais os motivos clínicos e não clínicos que contribuem para o cancelamento de cirurgias eletivas em Hospital Público do Estado de São Paulo?
- Esse cancelamento é sazonal e sofre influência da estrutura e do processo de trabalho?

Mediante as inquietações, pretende-se:

- a. Caracterizar os cancelamentos de cirurgias eletivas quanto aos motivos clínicos e não clínicos, assim como verificar se existe influência da sazonalidade;
- b. Compreender a experiência dos atores envolvidos no itinerário cirúrgico eletivo cancelado: Agendamento cirúrgico – Ambulatório – Acolhimento – Unidades de internação – CME – CC.
- c. Elaborar modelo teórico representativo dessa experiência.

Com o alcance desses objetivos, será possível subsidiar a reestruturação do processo de trabalho e sinalizar para a Instituição as necessidades de investimentos na estrutura, visando o declínio de cancelamentos de cirurgias eletivas.

2 MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo, cenário e procedimentos éticos

Trata-se de estudo misto, conduzido em Hospital Público do Estado de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Processo nº 476.671, com autorização para mudança de título do relatório final (Anexos 1 e 2) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de Participação dos atores envolvidos nesta pesquisa (Apêndice 1).

Essa Instituição é classificada como complexidade terciária, sendo referência para atendimento médico exclusivo para a população do Sistema Único de Saúde (SUS), de uma das Diretorias Regionais de Saúde (DRS), do Estado de São Paulo.

O Hospital iniciou suas atividades em 2002 e segue administrado por Organização Social (OS), a qual responsabiliza-se pelo cumprimento das metas contratuais de produção, enquanto o repasse financeiro fica ao encargo do Governo Estadual.

Possui 318 leitos operacionais e vem ampliando sistematicamente sua atuação. Atualmente realiza em média 10.000 consultas médicas, 26.000 exames, 900 internações e 600 cirurgias mensais.

O fluxograma disposto na Figura 1 percorre o itinerário desde o agendamento até a realização das cirurgias eletivas.

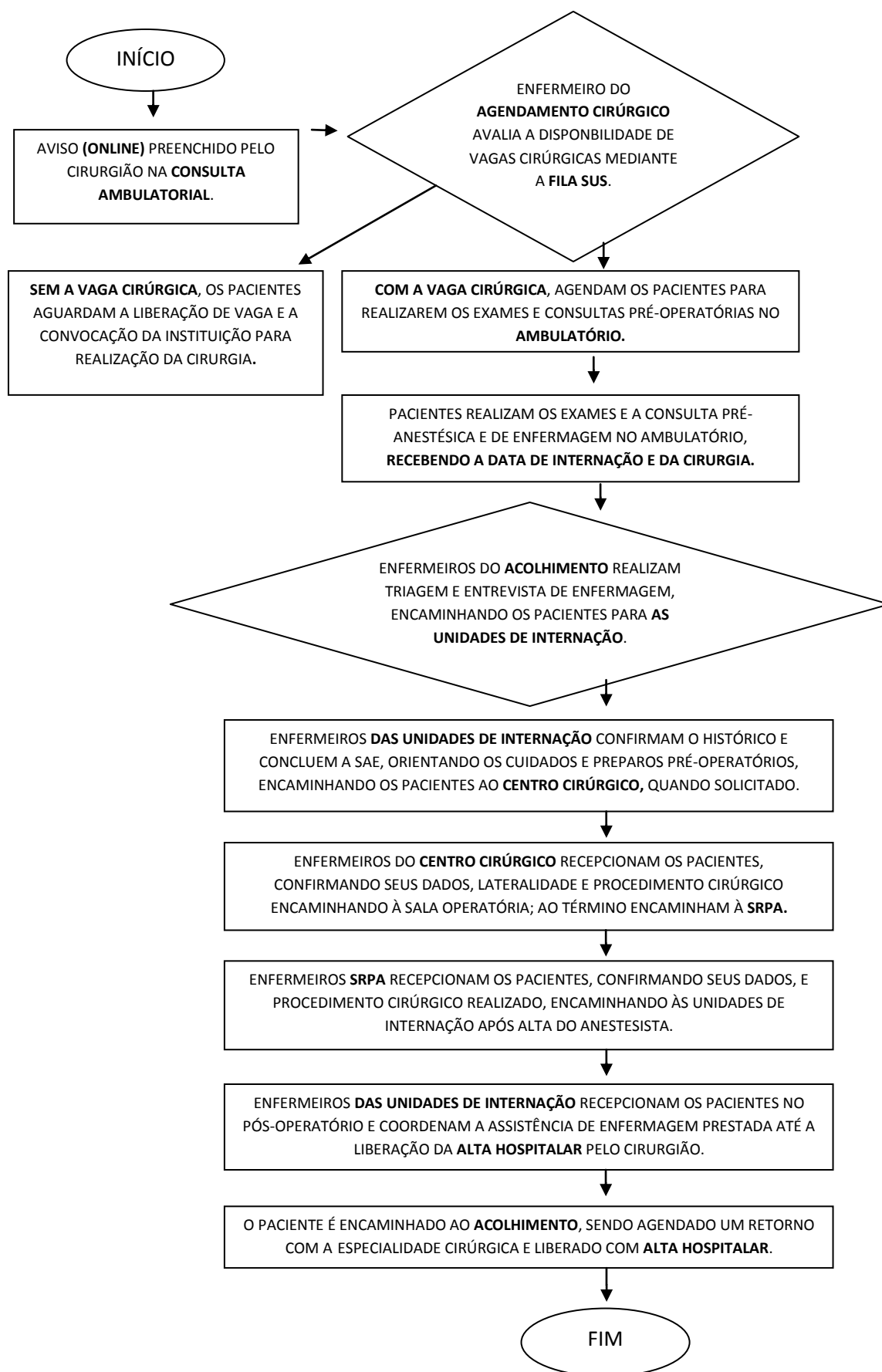


Figura 1. Fluxograma do itinerário Agendamento – Centro cirúrgico de cirurgias eletivas em Hospital Público do Estado de São Paulo, 2014.

O serviço hospitalar dispõe de internação, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Tratamento de Queimaduras, Unidade Coronariana e CC, e com relação aos exames, realiza diagnóstico por imagens, análises clínicas e procedimentos na área de Cardiologia.

Atualmente, o CC Geral realiza em torno de 600 cirurgias eletivas ao mês, com 12 salas de cirurgia, quatro leitos para pré-operatório e oito leitos para SRPA e conta com aproximadamente 50 técnicos de enfermagem, oito enfermeiros assistenciais e um enfermeiro coordenador.

Esse Hospital Público do Estado de São Paulo emprega mais de mil funcionários, sendo: 200 médicos, 93 enfermeiros, 345 técnicos e auxiliares de enfermagem e 50 outros profissionais de saúde, além de pessoal técnico-administrativo e de serviços gerais. Como hospital escola dispõe também de médicos residentes e estudantes que estão terminando os cursos de graduação de medicina e de enfermagem.

2.2 Método um

2.2.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, retrospectivo com dados secundários, extraídos de banco de dados relativos aos cancelamentos de cirurgias na Instituição, visando alcançar o objetivo “a”: caracterizar os cancelamentos de cirurgias eletivas quanto aos motivos clínicos e não clínicos, assim como verificar se existe influência da sazonalidade.

2.2.2 Fonte e procedimentos de coleta de dados

Para a realização da etapa, foi utilizado banco de dados englobando todas as cirurgias canceladas, no período de quatro anos, compreendido de 01/01/2010 até 31/12/2013, gerenciado pela própria Instituição, e para os motivos foram considerados apenas os dados de 2013, devido à nova coordenação da unidade de CC ter implantado novo instrumento de coleta de dados, discriminando motivos de cancelamento, a partir desse ano.

2.2.3 Variáveis estudadas

- Idade dos pacientes, segundo o estatuto da criança e do adolescente (ECA) e do idoso, considerando: criança (≤ 12), Adolescente (≥ 14 a ≤ 18), Adultos (≥ 19 a ≤ 59) e o idoso (≥ 60)⁽²⁰⁻²¹⁾.

- Horários de suspensão cirúrgica: matutino (7h00 às 13h00), vespertino (13h00 às 19h00) e “a seguir” (compreendem-se as cirurgias subsequentes a serem realizadas em determinada sala operatória, pelo mesmo cirurgião ou especialidade).

Os motivos da suspensão cirúrgica estudados foram padronizados pela Instituição, como: clínicos e não clínicos.

- Motivos clínicos: Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS); pneumonias, tosse produtiva e queda de saturação de O₂, Infecção de Trato Urinário (ITU), e outros.
- Motivos não clínicos:
 - Jejum;
 - Recusa do paciente/responsável;
 - Sem exame pré-operatório: falta de exame laboratorial ou de imagem;
 - Falta de equipamento;
 - Falta de material: CME; órtese e prótese; material/medicamento;
 - Erro de programação cirúrgica: agendamento cirúrgico/eletivo; agendamento/paciente internado;
 - Critério médico: atraso médico para liberação da sala, mudança de conduta médica, paciente menstruada, exame alterado, paciente em uso de anticoagulante, febre e HAS.

2.2.4 Análise estatística

Utilizou-se análise descritiva com frequências percentuais para as variáveis demográficas e indicadores de suspensão cirúrgica.

Para as análises de tendências sazonais relativas ao número de cancelamentos cirúrgicos, empregou-se um modelo de regressão de Poisson, ajustado para identificar as diferenças mensais.

Todas as análises foram feitas por meio do *Statistical Analysis Software, SAS for Windows*, V.9.3.

2.3 Método dois

2.3.1 Tipo de estudo

Estudo qualitativo, visando alcançar o objetivo “b”: compreender a experiência dos atores envolvidos no itinerário cirúrgico eletivo cancelado: Agendamento cirúrgico – Ambulatório – Acolhimento – Unidades de internação cirúrgicas – CME – CC.

2.3.2 Atores

- **Grupo 1.** Agendamento cirúrgico: enfermeira e os oficiais administrativos;
- **Grupo 2.** Ambulatório: enfermeiros, cirurgiões e anestesiológicos;
- **Grupo 3.** Acolhimento: enfermeiros assistenciais e oficiais administrativos;
- **Grupo 4.** Clínica cirúrgica e Pediatria: enfermeiros e técnicos de enfermagem;
- **Grupo 5.** Centro cirúrgico: enfermeiros, técnicos de enfermagem, anestesiológica e cirurgiões;
- **Grupo 6.** Central de materiais: enfermeiros, técnicos de enfermagem e oficiais administrativos;
- **Grupo 7.** Faturamento

Ressalta-se que a Clínica Cirúrgica e a Pediatria são referências para internação cirúrgica na Instituição.

2.3.3 Procedimentos éticos e técnicos de coleta de dados

Utilizou-se a entrevista individual e semiestruturada como técnica de coleta de dados. As entrevistas foram gravadas e conduzidas pela pesquisadora em locais que respeitassem o anonimato da participação dos atores na pesquisa. Empregou-se um roteiro de perguntas norteadoras que permitissem a pesquisadora apreender da experiência dos grupos amostrais com a estrutura e o processo de trabalho que implicassem na concretude ou não de cirurgias eletivas no Hospital. As perguntas foram:

- Poderia me contar sobre sua rotina de trabalho?
- Qual a sua experiência em relação à estrutura física, recursos materiais e humanos para a realização de suas atividades?
- Você poderia descrever a sua experiência com o cancelamento cirúrgico?
- Quais são as sugestões para minimizar os cancelamentos cirúrgicos?

As entrevistas foram coletadas e analisadas de março de 2014 a Abril de 2015, respeitando a decisão dos atores do Setor de Faturamento, de não participarem da pesquisa.

O retorno ao campo para coleta de dados, durante a análise dos mesmos, ocorreu uma vez, especificamente para obter informações que pudessem esclarecer os procedimentos realizados no segmento Agendamento cirúrgico – Ambulatório.

Ressalta-se que as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas foram deletadas, assim como a pesquisadora comprometeu-se a salvaguardar o anonimato dos atores envolvidos, utilizando-se dos dados somente para o fim proposto. Desta maneira, na apresentação dos resultados qualitativos, mais especificamente, na utilização de trechos de relatos dos atores para validarem a análise compreensiva, os mesmos foram identificados apenas por códigos alfa-numérico (A1, A2, A3...), evitando que fossem identificados.

2.3.4 Referencial metodológico

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas segundo os passos propostos pelo referencial metodológico - Teoria Fundamentada nos Dados, conforme descritos⁽²²⁾:

- a. Microanálise: análise detalhada linha por linha, necessária para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e dimensões), sugerindo relações entre as mesmas e uma combinação de codificação aberta e axial;
- b. Codificação aberta: processo analítico, por meio do qual são identificados os conceitos e suas propriedades e as dimensões são descobertas nos dados, conceituando o processo de agrupamento de itens similares de acordo com algumas propriedades definidas, e dando aos itens um nome que significa essa ligação comum. Na conceituação, podemos reduzir grandes quantidades de dados. Um conceito é uma representação abstrata de um evento, objeto ou ação/interação que um investigador identifica como sendo significativo nos dados. As categorias constituem conceitos derivados a partir de dados que representam fenômenos. É importante lembrar que, uma vez que os conceitos começam a se constituírem, o analista deve iniciar o processo de agrupá-los ou classificá-los em termos mais abstratos, ou seja, em categorias. Uma vez que uma categoria é identificada, torna-se importante desenvolver em termos as suas propriedades e dimensões e de diferenciá-la, quebrando-a em suas subcategorias, isto é, explicando quando, onde, porquê, como, e assim por diante, de uma categoria que possam existir;
- c. Codificação axial: é o processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, denominadas de codificação axial, porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, ou

seja, ligando categorias, segundo suas propriedades e dimensões, sistematicamente. Na codificação axial, nosso objetivo é desenvolver e relacionar as categorias. Esta etapa de análise é importante, porque estamos construindo a teoria. Classificando as relações entre conceitos e subconceitos pode ser difícil. Para tanto, deve-se ter em mente que não é a noção de condições, as ações/interações, e as consequências que são significativas; mas sim, são importantes as formas em que as categorias se relacionam entre si. O paradigma é apenas um dispositivo que os analistas podem usar para pensar sobre essas relações. Embora útil, o paradigma nunca deve ser usado de forma rígida, caso contrário, torna-se o fim e não o meio;

- d. Codificação seletiva: processo de integração e de aprimoramento da teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito central de motivos. A integração ocorre ao longo do tempo, começando com os primeiros passos na análise e muitas vezes não termina até a redação final. Uma vez que o compromisso é estabelecido com uma ideia central, as principais categorias são relacionadas a ela por meio de notas explicativas das relações (memorandos). Várias técnicas podem ser utilizadas para facilitar o processo de integração. Estas incluem a dizer ou escrever a história, utilizando diagramas, classificação e notas de revisão, e usando programas de computador.

Ressalta-se, que para esse tipo de pesquisa, o critério para determinar o número de entrevistas necessárias dá-se por saturação teórica. A saturação foi concluída quando as categorias estavam saturadas, no processo de análise da 21ª entrevista. Ao contrário da amostragem estatística, a amostragem teórica não pode ser numericamente estabelecida no projeto de pesquisa; somente ao finalizar a etapa de análise. Para tanto, as decisões específicas de amostragem evoluem durante o processo de investigação. É claro que, antes do início do inquérito, um projeto deve prever as populações e os locais onde os eventos são susceptíveis de serem encontrados⁽²²⁾.

2.3.5 Referencial teórico

As teorias de avaliação dos serviços de saúde proposta por Donabedian⁽²³⁾, e a teoria de Lins e Cecílio⁽²⁴⁾, subsidiaram a discussão dos resultados.

Donabedian realizou um estudo cujo objetivo era avaliar a qualidade da assistência médica prestada, sendo utilizados trabalhos que apresentavam alguns indicadores, tais como os índices de mortalidade e letalidade. O foco principal foi no resultado da ação realizada pela assistência médica. Durante a análise dos resultados da autora, surgiram algumas dúvidas

relacionadas à interpretação destes indicadores, como, por exemplo: pacientes que passaram pela assistência à saúde e apresentaram em decorrência desta atividade, uma diminuição da sua qualidade de vida, favoreciam os indicadores de morte e letalidade, e não era considerada sua atual situação⁽²³⁾.

Neste contexto, observou-se a necessidade de ampliar o conceito de qualidade na assistência médica, considerando alguns fatores determinantes para esta atividade, sendo eles: histórico clínico, exame físico, diagnóstico e sua justificativa, o controle e a coordenação do caso e o resultado obtido. Com essa nova visão, o foco deveria deixar de ser no resultado, para abranger a trajetória percorrida para alcançá-lo, trazendo o conceito de processo⁽²³⁾.

Ao reconhecer a importância do processo na obtenção dos resultados, as condições nas quais eram realizadas essas atividades também precisavam ser avaliadas, compreendendo que a estrutura é parte fundamental no processo de trabalho.

Descreve ainda a importância desta avaliação para o constante aperfeiçoamento da assistência prestada ao paciente. Para a realização desta avaliação, o autor considera três pontos principais: a estrutura, o processo e o resultado. Na estrutura observam-se os recursos humanos, os materiais, os financeiros e a estrutura física. No processo, são considerados os protocolos e os contratos internos. Os resultados são analisados quantitativamente, considerando o planejamento realizado pela Instituição⁽²³⁾.

Na busca do resultado positivo para as instituições e na realização de avaliações de qualidade, o relacionamento interpessoal tem grande relevância, visto que a filosofia implícita pode estimular, inibir ou manipular o processo de criação e interação entre os atores⁽²⁴⁾.

Nesse trabalho, discute-se a respeito da estruturação dos campos metodológicos de intervenção organizacional, dividindo-os didaticamente em três campos: universalista, particularista e singularista.

Na gestão universalista, a empresa que determina a ação e a criatividade e os colaboradores são elementos para a obtenção dos resultados. A particularista interage com as pessoas, dando liberdade e favorecendo a criatividade. A singularista estabelece a diferenciação nas relações de poder, manipulando o grupo para alcançar seus objetivos⁽²⁴⁾.

Portanto, a análise institucional deve considerar todos os aspectos envolvidos na gestão, os recursos estruturais, processuais e pessoais na busca dos resultados efetivos.

3 RESULTADOS

3.1 Caracterização dos cancelamentos cirúrgicos eletivos

Das 8.443 (100%) cirurgias eletivas agendadas, no ano de 2013, em um Hospital Público do Estado de São Paulo, realizaram-se 7.870 (93,21%) e foram suspensas 573 (6,79%). Destas, 275 (3,26%) por alterações clínicas do usuário; 264 (3,13%) por motivos não clínicos; 30 (0,36%) por motivos não informados e quatro (0,05%) por óbitos (Tabela 1).

Tabela 1 – Número absoluto e relativo de cirurgias eletivas agendadas, distribuídas em realizadas e suspensas por motivos. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2013

Cirurgias eletivas	N.	%
Realizadas	7.870	93,21
Suspensas:	573	6,79
– por motivos clínicos	275	3,26
– por motivos não clínicos	264	3,13
– por motivos não informados	30	0,36
– por óbito	4	0,05
Agendadas	8.443	100,00

Dentre os principais motivos não clínicos, o categorizado como “a pedido do cirurgião/mudança de conduta” destaca-se como o mais frequente (102; 17,93%), seguido por “paciente não internou” (51; 8,96%), “falta de material” (37; 6,50%), “não informado” (30; 5,27%) e “inclusão de cirurgia de urgência” (23; 4,04) (Tabela 2).

Tabela 2 – Números absolutos e relativos de cancelamento cirúrgico eletivo, segundo motivos categorizados por Hospital Público do Estado de São Paulo, 2013

Motivos de cancelamento cirúrgico eletivo	N.	%
Clínicos (sem condições)	275	48,33
Não clínicos	264	46,40
– A pedido do cirurgião/mudança de conduta	102	17,93
– Paciente não internou	51	8,96
– Falta de material	37	6,50
– Inclusão de cirurgia de urgência	23	4,04
– Desistência do paciente	18	3,16
– Falta de tempo de sala operatória	13	2,28
– Falta de preparo pré-operatório	11	1,93
– Cota cirúrgica excedida	2	0,35
– Falta do profissional anestesta	2	0,35
– Sem consulta pré-operatória	2	0,35
– Adolescente sem responsável	1	0,18
– Paciente sem exames pré-operatórios	1	0,18
– Paciente já realizou a cirurgia	1	0,18
Não informados	30	5,27
Total	569	100,00

Na Tabela 3, observam-se usuários alocados nos extremos da faixa etária (crianças e idosos) correspondendo a 61,86% dos cancelamentos cirúrgicos. Os mais afetados por “motivos clínicos” são as crianças (23,37%) seguidas pelos idosos (13,18%) e por “motivos não clínicos”, os adultos (20,04%) seguidos dos idosos (15,64%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos motivos de cancelamentos cirúrgicos por faixa etária. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2013

Faixa etária em anos ^(*)	Motivos		Não clínicos		Clínicos		Não informados		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adolescentes (≥ 14 a ≤ 18)	21	3,69	5	0,88	1	0,18	27	4,75		
Adultos (≥ 19 a ≤ 59)	114	20,04	62	10,90	14	2,46	190	33,39		
Crianças (≤ 12)	40	7,03	133	23,37	5	0,88	178	31,28		
Idosos (≥ 60)	89	15,64	75	13,18	10	1,76	174	30,58		
Total	264	46,40	275	48,33	30	5,27	569	100,00		

(*) Categorizadas segundo os Estatutos da Criança e Adolescente, assim como do Idoso⁽²⁰⁾.

Verifica-se na Tabela 4, que os cancelamentos cirúrgicos por motivos “não clínicos” (148; 56,06%), “clínicos” (149; 54,18%) e “não informados” (11; 36,67%) incidem principalmente no período matutino e no primeiro horário, às 7h00, enquanto no vespertino às 13h30, assim distribuídos: “não clínicos” (52; 19,70%), “clínicos” (58; 21,09%) e “não informados” (7; 23,33%).

Das 138 (100%) cirurgias canceladas, no horário das 7h00, em 2013, a principal razão de cancelamento aconteceu por falta de condições clínicas do usuário (70; 50,72%), seguida por “a pedido do cirurgião/mudança de conduta” (20; 14,49%), “falta de material” (13; 9,42%) e “paciente não internou” (11; 7,97%). No vespertino, das 117 cirurgias canceladas, às 13h30, perdurou a “falta de condições clínicas” (58; 49,57%), seguida por “a pedido do cirurgião/mudança de conduta” (24; 30,51%), “paciente não internou” (09; 7,69%).

Tabela 4 – Distribuição dos motivos de cancelamento cirúrgico eletivo, por períodos e horários programados. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2013

Motivos Períodos/horários	Não clínicos		Clínicos		Não informado	
	N.	%	N.	%	N.	%
Matutino	148	56,06	149	54,18	11	36,67
– 07h00	62	23,48	70	25,45	6	20,00
– 09h00	34	12,88	30	10,91	2	6,67
– 10h00	15	5,68	12	4,36	1	3,33
– Demais horários	37	14,02	37	13,45	2	6,67
Vespertino	107	40,53	120	43,64	18	60,00
– 13h00	7	2,65	9	3,27	4	13,33
– 13h30	52	19,70	58	21,09	7	23,33
– 15h00	25	9,47	25	9,09	3	10,00
– 15h30	3	1,14	10	3,64	2	6,67
– Demais horários	20	7,57	18	6,55	2	6,67
A seguir	9	3,41	6	2,18	1	3,33
TOTAL	264	100	275	100	30	100,00

A especialidade que mais cancelou cirurgias, em 2013, foi a “Cirurgia infantil” (19,85%), seguida pela “Ortopedia” (19,51%), “Cirurgia geral” (17,05%), “Otorrinolaringologia” (14,94%) e “Vascular” (9,14%). Esses cancelamentos tiveram uma maior incidência nas cirurgias planejadas no período da manhã (54,13%), distribuídas: Cirurgia infantil (11,42%), Ortopedia (10,37%) e Otorrinolaringologia (10,54%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição absoluta e relativa de cirurgias canceladas, segundo especialidades e horários previstos no mapa cirúrgico. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2013

Especialidades	A seguir		Matutino		Vespertino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cirurgia infantil	1	0,17	65	11,42	47	8,26	113	19,85
Ortopedia	7	1,23	59	10,37	45	7,91	111	19,51
Cirurgia geral	0	0,00	44	7,73	53	9,31	97	17,05
Otorrino	2	0,35	60	10,54	23	4,04	85	14,94
Vascular	3	0,53	39	6,85	10	1,76	52	9,14
Demais	3	0,53	41	7,21	67	11,78	111	19,51
Total	16	2,81	308	54,13	245	43,06	569	100,00

A análise dos dados relativa à sazonalidade de cirurgias eletivas canceladas, de 2010 a 2013, encontra-se segmentada em quatro Figuras (1, 2, 3 e 4), apenas para possibilitar uma apresentação legível dos 16 motivos de suspensão.

Essa análise apresenta o modelo de séries temporais, ajustado por modelo auto-regressivo de médias móveis, a qual não sinalizou a sazonalidade no período analisado com os motivos de cancelamento (Figura 1, 2, 3 e 4).



Figura 1 – Análise da sazonalidade de cirurgias eletivas por motivos de cancelamento (sem exames pré-operatórios, sem preparo adequado, suspenso por falta de tempo cirúrgico, sem condições clínicas), de 2010 a 2013, em Hospital Público do Estado de São Paulo.

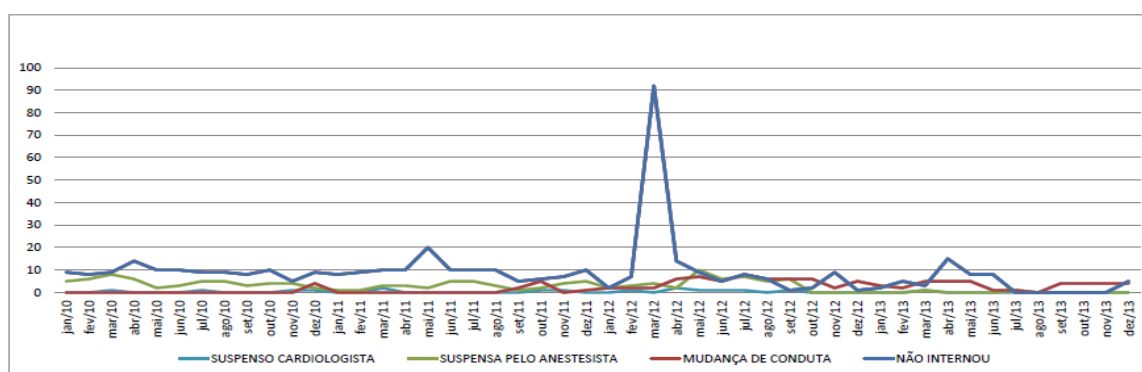


Figura 2 – Análise da sazonalidade de cirurgias eletivas por motivos de cancelamento (suspensão pelo cardiologista, suspensão pelo anestesista, mudança de conduta, não internou), de 2010 a 2013, em Hospital Público do Estado de São Paulo.

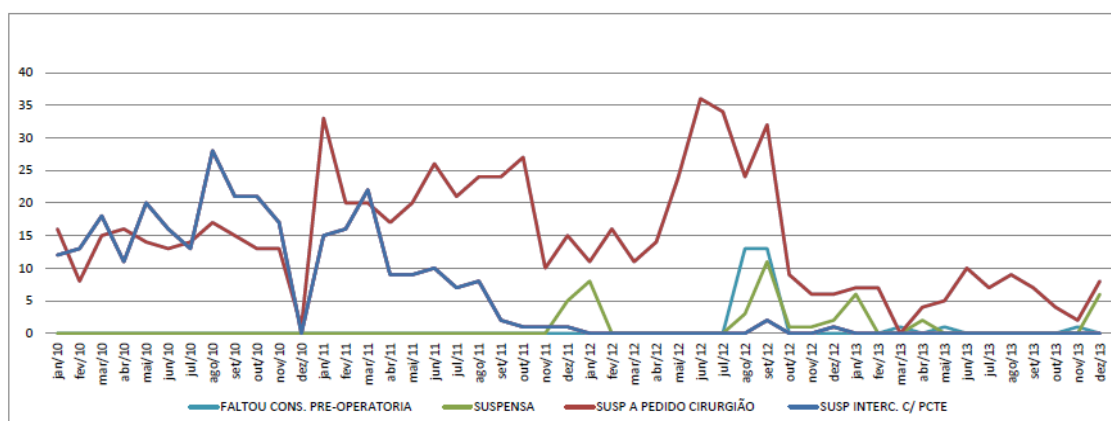


Figura 3 – Análise da sazonalidade de cirurgias eletivas por motivos de cancelamento (falta de consulta pré-operatória, suspensão, suspensão a pedido do cirurgião, suspensão por intercorrência com o paciente), de 2010 a 2013, em Hospital Público do Estado de São Paulo.

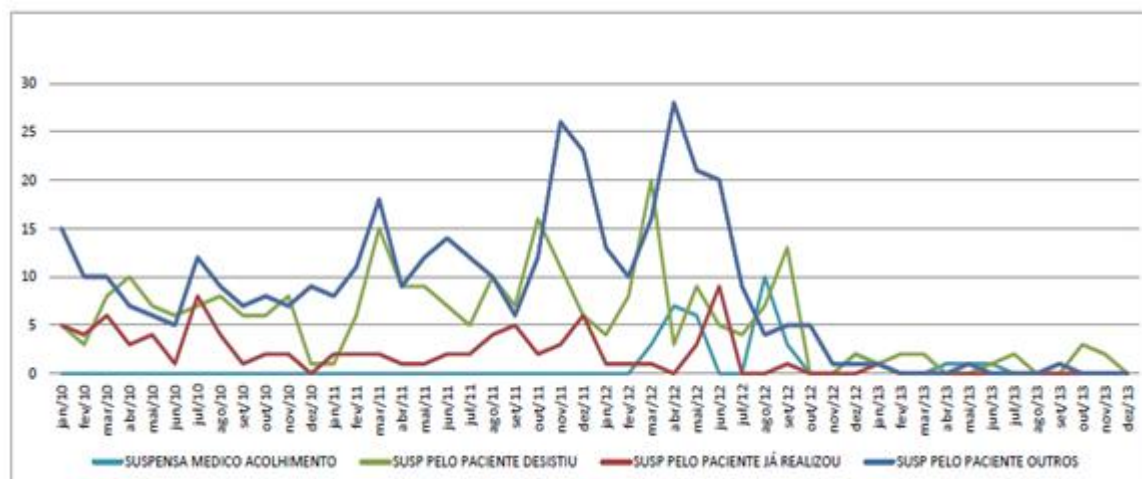


Figura 4 – Análise da sazonalidade de cirurgias eletivas por motivos de cancelamento (suspensas pelo médico no acolhimento, paciente desistiu, paciente já realizou, suspensão pelo paciente e outros), de 2010 a 2013, em Hospital Público do Estado de São Paulo.

3.2 A experiência dos atores institucionais com o itinerário cirúrgico eletivo

Da análise das entrevistas, segundo a Teoria Fundamentada nos Dados, permitiu-se compreender a experiência dos atores institucionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, oficiais administrativos, médicos cirurgiões e anestesistas), envolvidos no itinerário cirúrgico eletivo (Agendamento cirúrgico – Ambulatório – Acolhimento – Unidades de internação – CME – CC), de um Hospital Público do Estado de São Paulo, assim como estabelecer relações teóricas entre os componentes (categorias, subcategorias e elementos) (Quadro 1). Em consequência, desenvolveu-se o processo explicativo e analítico das ações e interações referentes à experiência, representado pela categoria central: *itinerário Agendamento cirúrgico - Centro Cirúrgico: desafios e sugestões segundo atores institucionais para minimizar cancelamentos e sofrimentos com a experiência*.

Esse processo desdobra-se em três subprocessos, os quais retratam o significado simbólico atribuído pelos atores para tal experiência, decorrentes do encadeamento das categorias: apontando procedimentos, desafios e sugestões para o segmento - Agendamento cirúrgico – Ambulatório; mencionando condutas, propostas e problemas a serem superados no Acolhimento; vivenciando a experiência do cancelamento cirúrgico eletivo no segmento Unidades de internação – CME – CC (Quadro 1).

Da inter-relação dessas categorias com a categoria central, abstraiu-se o modelo teórico representativo dessa experiência (Figuras 2, 3 e 4).

Quadro 1. Categorias (subprocessos), subcategorias e elementos que compõem o processo itinerário Agendamento cirúrgico - Centro Cirúrgico: desafios e sugestões segundo atores institucionais para minimizar cancelamentos e sofrimentos com a experiência. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2014

Categorias (subprocessos)	Subcategorias	Elementos
Apontando procedimentos, desafios e sugestões para o segmento Agendamento cirúrgico - Ambulatório	descrevendo a estrutura e os procedimentos - Agendamento cirúrgico – Ambulatório	
	reconhecendo o planejamento cirúrgico e a confirmação das condições pré-operatórias do usuário como as principais funções do segmento Agendamento cirúrgico – Ambulatório.	
	sinalizando desafios e sugestões ao Agendamento Cirúrgico – Ambulatório	(a) deparando-se com pacientes encaminhados pelo Agendamento Cirúrgico para consultas pré-operatórias sem exames
		(b) observando que o tempo entre as avaliações pré-operatórias e a data da internação não asseguram a condição cirúrgica
		(c) percebendo a qualidade das consultas pré-operatórias ambulatoriais comprometidas, a partir do momento que a Instituição aumentou a cota de cirurgia eletiva para o alcance de meta, sem ampliar recursos humanos
		(d) fazendo-se necessária implementar consultas pré-operatórias com os cirurgiões, de forma que as orientações atendam às necessidades de apoio informacional do usuário sobre a intervenção cirúrgica
		(e) deparando-se com a postergação do agendamento cirúrgico por déficit de cirurgiões e pela dificuldade de efetivar interconsultas com determinadas especialidades
		(f) verificando a necessidade do Agendamento Cirúrgico fundamentar-se na previsibilidade de leitos e atentar-se para a distribuição numérica heterogênea da agenda cirúrgica semanal
		(g) sugerindo a reelaboração de indicador de tempo cirúrgico por cirurgião e o tipo de contratação por produtividade

		(h) percebendo a falha de comunicação - Cirurgiões - Agendamento Cirúrgico sobre cirurgias de urgência de pacientes hospitalizados, influenciando as suspensões cirúrgicas
		(i) sugerindo a participação de um médico no Agendamento Cirúrgico para auxiliar a equipe a priorizar os procedimentos cirúrgicos
Mencionando condutas, propostas e problemas a serem superados no Acolhimento	descrevendo a estrutura e os procedimentos do Acolhimento	
	reconhecendo na reavaliação das condições cirúrgicas a principal atribuição do Acolhimento	
	apontando para as suas principais fragilidades e sugestões	(a) deparando-se no Acolhimento com usuários desinformados sobre seus procedimentos cirúrgicos e cenário deficitário de recursos humanos, equipamentos e espaço físico
		(b) deparando-se com a informatização parcial do processo de enfermagem na instituição gerando retrabalho ao Acolhimento
		(c) percebendo que os enfermeiros do Acolhimento assumem atividades do Gerenciamento de leito na previsão de vagas
		(d) considerando indispensável a atuação de um profissional médico junto à equipe do Acolhimento e das Unidades Cirúrgicas
Vivenciando a experiência do cancelamento cirúrgico eletivo no segmento Unidades de internação – CME – CC	descrevendo a estrutura e os procedimentos nas Unidades cirúrgicas	
	sendo a responsabilização pelo preparo pré-operatório imediato a principal atribuição das Unidades cirúrgicas ou de outras unidades que estejam alocados o usuário cirúrgico	
	especificando as dificuldades encontradas e sugestões no desenvolvimento de suas atividades nas Unidades de Internação	a) sugerindo a reformulação do horário de internação e da realização dos procedimentos cirúrgicos pediátricos
		(b) percebendo frustração, sofrimento e custos à Instituição com a falta de autonomia dos enfermeiros para suspenderem cirurgias.
		(c) reconhecendo o sofrimento

		dos enfermeiros na comunicação do cancelamento cirúrgico
	reconhecendo a incumbência da CME com o planejamento e a organização dos materiais cirúrgicos, especificamente no reprocessamento e distribuição de todos os materiais na Instituição	
	contextualizando a estrutura e os procedimentos da CME	
	indicando desafios e sugestões relativas à CME para minimizar cancelamentos	(a) sugerindo antecipar, além das 24 horas, o gerenciamento dos recursos materiais cirúrgicos pela CME
		(b) percebendo déficit de equipamentos, espaço físico e recursos humanos na CME
		(c) observando materiais cirúrgicos insuficientes para assegurar a qualidade do reprocessamento na CME
		(d) percebendo que a alta rotatividade de recursos humanos treinados na CME compromete a qualidade da assistência e gera custos à instituição
		(e) sugerindo ao CME manter atualizados e informados os setores sobre materiais cirúrgicos indisponíveis, assim como envolver a equipe na localização de materiais pontualmente solicitados pelo CC
		(f) observando a insegurança dos enfermeiros da CME na suspensão de procedimentos cirúrgicos, influenciada pelo cumprimento da meta cirúrgica.
	considerando o CC responsável pelo usuário na realização de procedimentos	
	detalhando a estrutura e os procedimentos no ponto final de tal trajetória.	
	apontando desafios e sugestões relativas ao CC na redução dos cancelamentos	(a) observando erros na solicitação dos kits cirúrgicos.
		(b) CC culpabilizando a CME pela suspensão cirúrgica por falta de materiais
		(c) sugerindo unificar impressos de solicitação de materiais e kits cirúrgicos no sistema E-Pront
		(d) considerando “a critério Médico” uma justificativa de cancelamento cirúrgico indefinida
		(e) observando ociosidade de sala operatória e de materiais cirúrgicos por falhas na

		comunicação de cancelamentos cirúrgicos na unidade de internação
		(f) considerando que alterações clínicas levam a cancelamentos cirúrgicos na instituição



Figura 2. Primeiro subprocesso do modelo teórico - Itinerário Agendamento cirúrgico - Centro Cirúrgico: desafios e sugestões segundo atores institucionais para minimizar cancelamentos e sofrimentos com a experiência. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2014

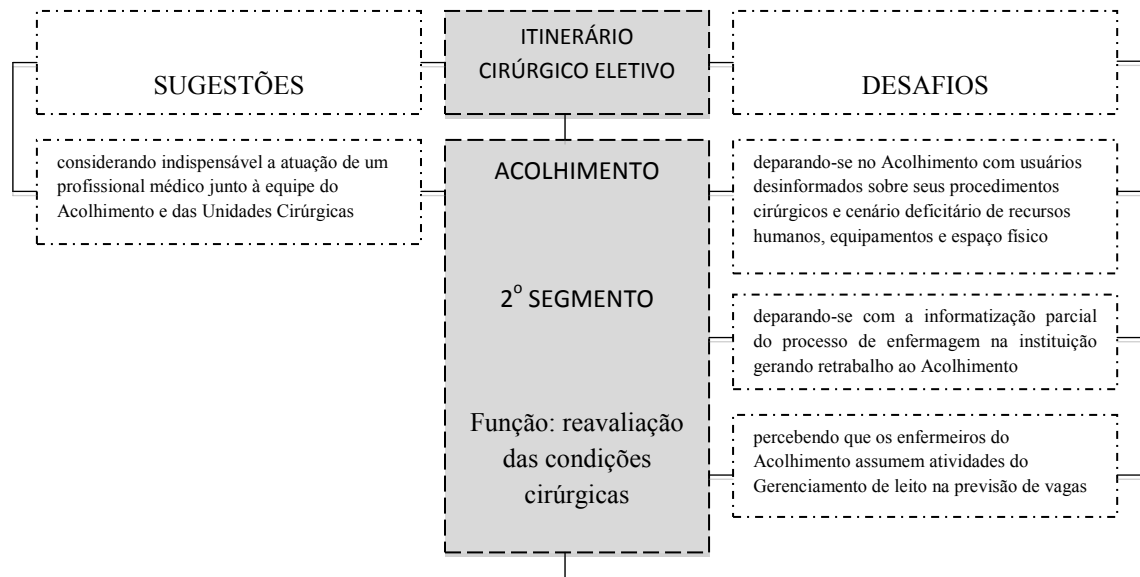


Figura 3. Segundo subprocesso do modelo teórico -Itinerário Agendamento cirúrgico - Centro Cirúrgico: desafios e sugestões segundo atores institucionais para minimizar cancelamentos e sofrimentos com a experiência. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2014

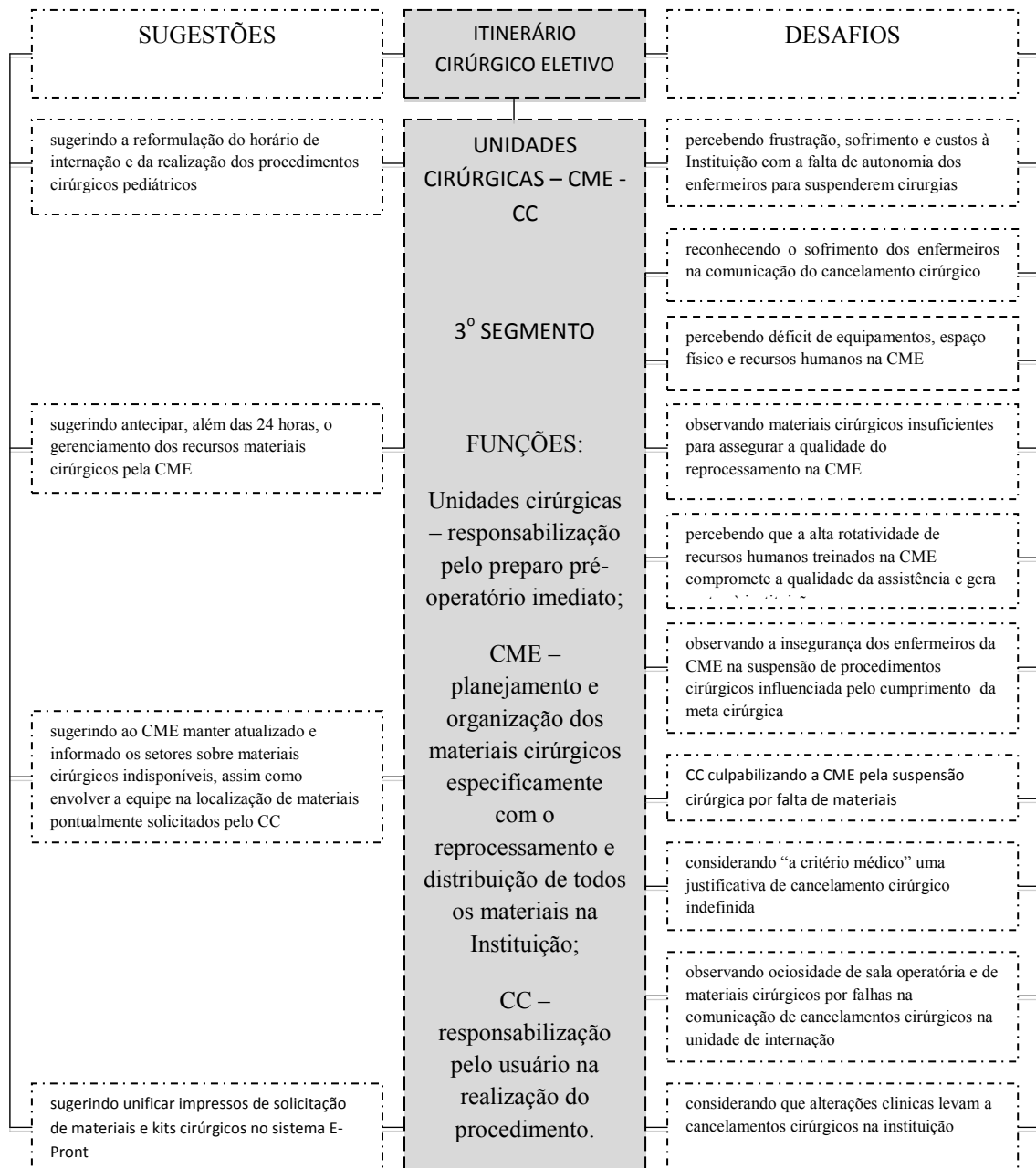


Figura 4. Terceiro subprocesso do modelo teórico - Itinerário Agendamento cirúrgico - Centro Cirúrgico: desafios e sugestões segundo atores institucionais para minimizar cancelamentos e sofrimentos com a experiência. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2014

O Itinerário Agendamento Cirúrgico - Centro Cirúrgico: desafios e sugestões segundo atores institucionais para minimizar cancelamentos e sofrimento com a experiência é o modelo teórico representativo e abstraído do movimento interacional, empreendido pela experiência dos atores institucionais com o cancelamento cirúrgico eletivo, em um Hospital Público do Estado de São Paulo.

Esse modelo divide-se em três segmentos: Agendamento Cirúrgico – Ambulatório, Acolhimento, Unidades de Internação – CME – CC, ladeados por símbolos apontados pelos próprios atores, denotando desafios a serem enfrentados e sugestões para minimizar cancelamentos cirúrgicos. Desses desafios, muitos deles gerando sobrecarga e frustração com o trabalho, principalmente para a equipe de enfermagem.

Apontando procedimentos, desafios e sugestões relativas ao Agendamento cirúrgico – Ambulatório configura-se no primeiro subprocesso do modelo teórico, abstraído das experiências dos atores, como uma forma de contribuir para a reestruturação dos dois primeiros pontos do segmento inicial do itinerário (Setores Agendamento cirúrgico e Ambulatório). Para tal, descrevem procedimentos rotineiros utilizados para o planejamento e o agendamento da cirurgia eletiva, sinalizando os desafios a serem enfrentados, assim como intervenções para minimizar cancelamentos e aprimorar as condições de trabalho.

Esse subprocesso desdobra-se, inicialmente, com os atores *descrevendo a estrutura e os procedimentos do Agendamento cirúrgico – Ambulatório*. Dois pontos do primeiro segmento do itinerário cirúrgico eletivo (Setores Agendamento Cirúrgico e Ambulatório), onde ocorrem interações de atores da Instituição com os usuários SUS, por meio de procedimentos técnicos e administrativos, gerenciados parcialmente por prontuário eletrônico (Sistema E-pront). Ferramenta comunicativa de apoio, entre os setores essenciais para a concretização do agendamento cirúrgico: Ambulatório, Agendamento cirúrgico, CC, CME e Faturamento. Ressalta-se que, o marco desse segmento é a consulta ambulatorial com médico da especialidade avaliando o usuário quanto à necessidade ou não de cirurgia. Na escolha pelo tratamento, esse médico preenche *online* o aviso cirúrgico, e manualmente os impressos de programação cirúrgica, e quando necessário, inclui outras solicitações, tais como: de órteses e próteses, reserva de sangue e leito na UTI. De posse desses documentos, os usuários são orientados para dirigirem-se à Central de Agendamento cirúrgico, onde o oficial administrativo verificará o procedimento solicitado pelo cirurgião. No caso de procedimentos que demandam fila de espera, o usuário será orientado por esse oficial, que o hospital entrará em contato telefônico para agendar os exames pré-operatórios e as consultas com o anestesista e a enfermagem. Neste caso, o aviso cirúrgico permanecerá pendente no sistema E-pront, até que seja agendado o procedimento pelo enfermeiro do Agendamento Cirúrgico. Os critérios seguidos por ele são: ordem de chegada dos avisos cirúrgicos, priorizando procedimentos quando sinalizados pelo médico, a escala semanal de cirurgias, tempo cirúrgico do cirurgião por procedimento. Para cirurgias sem demanda reprimida, com oportunidade de vagas imediatas, os exames e as consultas pré-operatórias são prontamente agendadas. Dentro dos

15 dias que antecedem a cirurgia, os oficiais administrativos treinados conferem a disponibilidade no E-pront dos exames e das consultas pré-operatórias e de possíveis alterações que poderiam implicar em cancelamentos, assim como ligar para os usuários com o intuito de verificar se o mesmo encontra-se em condições clínicas favoráveis para a realização da cirurgia. Na sinalização de falta de condição cirúrgica, aquele enfermeiro convoca o próximo usuário da fila. Os usuários que porventura encontrarem-se sem condições clínicas no momento da convocação são remanejados para a fila de espera da especialidade.

Quando agendamos a cirurgia, aproveitamos para comunicar o paciente ou a família que há uma lista de espera para a Ortopedia e Cirurgia geral, porque são as especialidades de maiores demandas cirúrgicas. No caso da Cirurgia pediátrica, assim que o paciente sai da consulta, é agendada a cirurgia [...], todo o pré-operatório... Marca a consulta com a enfermagem e com o anestesista... Num segundo momento, ele retornará no Ambulatório para fazer todas estas avaliações, quando informaremos a data cirúrgica (A6).

Posteriormente, a experiência dos atores denota-os *reconhecendo o planejamento cirúrgico e a confirmação das condições pré-operatórias do usuário como as principais funções do segmento*. Ademais, contribuem *sinalizando os desafios e sugestões ao Agendamento Cirúrgico – Ambulatório*, conforme observam no cotidiano do trabalho:

(a) *deparando-se com pacientes encaminhados pelo Agendamento Cirúrgico para consultas pré-operatórias sem exames*, culminando algumas vezes, com a hospitalização dos mesmos e o cancelamento da cirurgia no Centro Cirúrgico. Esta situação ocorre quando transposta a segunda barreira exercida pelo Setor de Acolhimento, o qual não foi informado que determinados resultados de exames ainda não foram avaliados pelo Anestesista, uma vez que esses haviam sido solicitados durante a consulta anestésica.

O correto seria vir com os exames pré-operatórios solicitados, quando chega à avaliação pré-anestésica, já deveria ter todos os exames complementares no sistema, mas às vezes faltam alguns exames e nós complementamos no momento da consulta. [...] Não ocorre avaliação pré-anestésica dos pacientes eletivos no Centro Cirúrgico. Todos passam obrigatoriamente no ambulatório, e se chegar aqui sem essa avaliação, a cirurgia será suspensa. Às vezes até suspende-se no Acolhimento (A18).

Os pacientes, principalmente as crianças, são encaminhados ao Centro Cirúrgico sem avaliação pré-anestésica, o que gera atrasos ou cancelamentos de cirurgias, pois os anestesistas não autorizam o procedimento (A17).

(b) *observando que o tempo entre as avaliações pré-operatórias e a data da internação não asseguram a condição cirúrgica*, ao internar usuários que realizaram as consultas e exames pré-operatórios, há um longo período (> 15 dias). Esse fator gera cancelamentos cirúrgicos por falta de condições clínicas.

Não sei corretamente o período que os pacientes aguardam para internar, após submetidos à consulta pré-anestésica, mas deveria acontecer próximo à data da cirurgia, evitando cancelamento cirúrgico por falta de condições clínicas e o deslocamento desnecessário dos pacientes de suas cidades de origem (A9).

Percebendo que os pacientes esperam um tempo indeterminado para a realização do procedimento cirúrgico, variando de dias a meses de espera (A7).

(c) Observou-se a qualidade das consultas pré-operatórias ambulatoriais comprometidas, a partir do momento que a Instituição aumentou a cota de cirurgias eletivas para o alcance de metas, sem ampliar recursos humanos para tais atendimentos (consultas pré-anestésicas e pré-operatórias de enfermagem). Por exemplo: um a dois anestesistas e um enfermeiro chegam a atender em média, 30 pacientes por dia, das 11h00 às 15h00, ressaltando que o enfermeiro procede a seu atendimento somente após a consulta anestésica, e algumas vezes tem interrompida sua consulta para outras demandas de seu escopo no Ambulatório, inclusive para atender usuários que passam mal na sala de espera.

Tem dias que eu preciso tirar uma funcionária de algum lugar para ajudar na triagem... os pacientes geralmente vêm de cidades distantes com acompanhantes, principalmente as crianças que vêm com o pai e a mãe, permanecendo um longo tempo na sala de espera. Às vezes passam mal e pergunto se estão esperando atendimento e eles falam que são acompanhantes, e temos que encaminhá-los à Emergência. Isso acaba tumultuando nosso trabalho, [...] Oriento para ligarem dois dias antes da cirurgia caso aconteça algo que não permita realizar a cirurgia, [...] agora, se for febre, vômito ou mal estar, oriento que a pessoa venha mesmo assim, porque antes da cirurgia ela passará pela avaliação médica. Isso acontece quando a data de cirurgia está um pouco longe, e a pessoa começa a piorar e ela já pode vir porque tem cirurgia. [...] Quando o paciente tem dúvidas sobre a cirurgia e são coisas que não sei explicar, por exemplo, uma informação médica, peço para o paciente, assim que internar falar com a enfermeira, pois ela tem condições de falar com o médico para ele orientá-lo antes da cirurgia (A7).

(d) torna-se necessário implementar consultas pré-operatórias com os cirurgiões, de forma que as orientações atendam às necessidades de apoio informacional do usuário sobre a intervenção cirúrgica que realizará. Ademais, atente para os cancelamentos cirúrgicos por preenchimento incorreto da solicitação de materiais cirúrgicos no Sistema E-pront e no impresso de materiais especiais.

Difícilmente ocorre cancelamento cirúrgico por falta de material, a não ser que o médico se esqueceu de solicitar o material, ou este não chegou a tempo na instituição (A14).

O paciente tem que chegar gerenciado no CC, com as dúvidas esclarecidas. No CC teríamos que conversar apenas sobre as rotinas do setor. O paciente tem que ter orientações sobre sua cirurgia durante o processo do Ambulatório, Acolhimento, Enfermaria e CC (A8).

Geralmente os médicos são avisados que não terá o material para a cirurgia e mesmo assim eles assumem que dá para fazer. [...] Falam que conseguirão fazer a cirurgia com tal caixa, pois tem tal material que serve e conseguem tudo no improviso. [...] Às vezes o paciente já se encontra anestesiado e os médicos percebem que o material não servirá para aquele determinado procedimento. [...] Eles suspendem e reagendam (A4).

(e) deparando-se com a postergação do agendamento cirúrgico por déficit de cirurgias e pela dificuldade de efetivar interconsultas com determinadas especialidades, propiciando a longa permanência de usuários na fila de espera, podendo incorrer na perda da oportunidade do tratamento cirúrgico.

Teve uma paciente com neoplasia cervical de aproximadamente três centímetros que aguardou uma interconsulta com o pneumologista por seis meses.[...] Agora ela está com uma massa enorme fixa, não é mais cirúrgico, perdeu a chance que ela tinha. [...] Perdeu o *time* cirúrgico. Tem muita demanda e poucos cirurgias operando na minha especialidade. Somos três cirurgias, sendo que dois operam de 15 em 15 dias (A19).

(f) Verificando a necessidade do Agendamento Cirúrgico fundamentar-se na previsibilidade de leitos e atentar-se para a distribuição numérica heterogênea da agenda cirúrgica semanal, visto que são fatores que implicam no redimensionamento de recursos humanos de enfermagem e no déficit desses, arremetendo-os à sobrecarga de trabalho nas Unidades de internação. Esse fato incide das terças às quintas-feiras, quando o número de cirurgias eleva-se, assim como os procedimentos de enfermagem, acarretando na queda da qualidade de sua assistência e na insatisfação com o trabalho. Ressalta-se que a inclusão de pacientes eletivos na agenda cirúrgica pelo Agendamento, acarreta sobrecarga de trabalho à enfermagem, ao desconsiderar a estimativa diária de altas, bem como a faixa etária e o sexo dos pacientes convocados para ocuparem vagas daqueles que tiveram suas cirurgias suspensas, e a previsão de roupas suficientes para os leitos cirúrgicos. O contexto desorganiza o processo de trabalho da equipe de enfermagem ao interromper suas atividades para dedicar-se ao remanejamento e arrumação de leitos nas Unidades de Internação. Contudo, quando não disponíveis para acomodar os pacientes nessas Unidades, esses permanecem temporariamente no Setor de Acolhimento, e após às 19 horas, são encaminhadas ao Setor de Emergência até a liberação de leitos.

Não sei se tem problema no Agendamento, porque eles disparam tantos procedimentos cirúrgicos e temos que internar, mas não tem leito... tem paciente que fica na Emergência... eles encaixam pacientes na oncologia, na clínica médica e cirúrgica que é própria para isto, quando não tem espaço aqui (A11).

Sempre houve problemas que impactaram a internação cirúrgica, quanto se tem o leito, falta o lençol, aquelas coisas que são da rotina (A6).

As sextas-feiras são mais calmas, pois não temos internação cirúrgica para operar no sábado ou no domingo... têm altas e não tem internação e a segunda-feira é um dia que a Agenda Cirúrgica não está tão cheia. As quartas e quintas-feiras são os dias mais cheios; isso interfere no dimensionamento da escala de folgas. São os dias que damos menos folga, pois preciso da equipe mais completa. Consigo liberar apenas uma funcionária de folga, devido ao número maior de pacientes na Agenda cirúrgica nesses dias e com mais médicos operando. [...] Elas sentiram é claro, onde internávamos 10 pacientes cirúrgicos, agora internamos 17, 20 pacientes eletivos numa tarde.... claro que a equipe sentiu, mas está dentro do nosso dimensionamento. A Pediatria tem meses de baixa produção devido à sazonalidade, então os meses que eram mais calmos agora não são mais. No final de ano que elas tiravam dias para descansar, eu conseguia liberar desconto de horas (DH), porque não tinha Agenda Cirúrgica. [...] Então, antes conseguíamos fazer algumas concessões e agora não conseguimos mais (A16).

O cancelamento é complicado, porque o Agendamento cirúrgico vai incluir outra pessoa e nós não sabemos se será da mesma idade, ou do mesmo sexo. Às vezes, a vaga que tínhamos disponível era para uma mulher, e incluíram um homem, e não tem o leito. Então para nós fica difícil quando ocorre a suspensão e a inclusão de pacientes cirúrgicos, e não se observam esses detalhes (A2).

(g) *Sugerindo a reelaboração de indicador de tempo cirúrgico por cirurgião e o tipo de contratação por produtividade*, mediante a constante preocupação no alcance das metas cirúrgicas, torna-se indispensável estabelecer uma revisão periódica do tempo cirúrgico por profissional atuante na instituição, visando otimizar a agenda cirúrgica diária e assim prevenir os cancelamentos por falta de tempo de sala operatória. A estratégia usada pela instituição em reformular os ganhos médicos por produtividade demonstrou-se eficiente na redução dos cancelamentos cirúrgicos.

Monitoramos os horários de chegada e os horários de cirurgia, para poder alinhar junto ao Agendamento cirúrgico o tempo de cada cirurgião, e não adianta, o porte cirúrgico é individual de cada cirurgião. [...] A Diretoria já está trabalhando a questão do cumprimento de horários dos profissionais, pois no hospital que trabalham por produtividade, os cirurgiões operam rapidamente e ganham. [...] Não precisam passar cartão, eles realizam a produtividade e vão embora. [...] Aqui não tem produtividade, eles são contratados por carga horária, mas isto tem mudado e a Diretoria tem trabalhado nisso. Para os médicos não importa se a cirurgia será ou não suspensão. [...] Se suspender é até melhor, porque eles vão sair mais cedo do CC, permanecendo no conforto médico até o horário de saída. [...] A Diretoria já combinou com algumas especialidades um “X” de produtividade, e percebemos que diminuíram as suspensões (A8).

(h) *Percebendo a falha de comunicação Cirurgiões - Agendamento Cirúrgico - sobre cirurgias de urgência de pacientes hospitalizados influenciando suspensões cirúrgicas* por falta de condições clínicas na unidade de CC. Esse contexto interfere no planejamento de cirurgias de urgência e eletiva, no âmbito dos cuidados pré-operatórios da Unidade de Internação, avaliação pré-anestésica e provisão da CME e do Faturamento. Ressaltando que

esses pacientes dão entrada via Emergência, e a não comunicação ao Setor de Agendamento cirúrgico por Cirurgiões Gerais, Ortopedistas e Residentes favorece a elaboração de uma lista cirúrgica informal de urgência, que são encaixadas por eles durante a semana. Esta prática desorganiza todo o planejamento cirúrgico, assim como aumenta o tempo de hospitalização de pacientes com cirurgias eletivas programadas, que chegam a experienciar duas ou três suspensões consecutivas, mesmo preparados para tal. Esse contexto vem frustrando a equipe de enfermagem.

Temos a disposição de atender o paciente, só que no meio disso, nós temos a pseudo urgência. Existe o plantonista da Ortopedia e da Cirurgia geral, eles fazem plantão de 24 horas, e o CROSS ou outros locais mandam pacientes, e às vezes de vaga zero ou pela liberação dos FAX pelos plantonistas. Esses pacientes ficam na Emergência aguardando uma avaliação da especialidade. A Ortopedia, no final de semana, conta com um plantonista, então quando chegam os pacientes, por exemplo: se chegarem 20, ele não vai conseguir operar todos naquele dia, então ele redistribui. Os que estão com fratura exposta, realmente urgências, sobem imediatamente para o CC e fazem a cirurgia, e os demais são internados e entram numa fila de espera, ou seja, fila de caderneta da mão do médico e não do Agendamento cirúrgico. A Instituição já pediu para eles passarem para o Agendamento Cirúrgico, mas está em fase de transição. Então eles selecionam os pacientes que estarão operando no decorrer da semana, não existindo um planejamento para estes pacientes. [...] Hoje, o grupo de plantonistas distribui os pacientes que só eles sabem; algumas vezes eles passam e deixam o paciente em jejum e falam diretamente com o paciente, e nem mesmo avisam o corpo de enfermagem. Lançam o aviso cirúrgico e não comunicam a enfermagem. Aí a enfermagem não realiza o preparo e não checa os exames pré-operatórios adequadamente, enquanto o Residente ou o Cirurgião ficam aguardando o paciente chegar no CC. Algumas vezes, o paciente está com hemograma alterado, fazendo uso de anticoagulante sem que este tenha sido suspenso. [...] O paciente que chega no CC teria que vir em condições plenas, e não para ser preparado aqui. Então, acontecem muitas decisões de suspensões, porque o paciente não foi devidamente avaliado (A8).

(i) *Sugerindo a participação de um médico no Agendamento Cirúrgico para auxiliar a equipe a priorizar procedimentos cirúrgicos, de acordo com a especificidade.*

A grande sugestão seria que um médico participasse do Agendamento Cirúrgico, sendo um gestor responsável pela fila de cada especialidade. [...] As funcionárias (Oficiais Administrativas) não têm experiência. [...] Agendaram primeiro um paciente que iria realizar uma tireoidectomia e postergaram o que precisava retirar uma neoplasia de boca, que é mais urgente (A19).

O segundo subprocesso do Modelo Teórico, intitulado *Mencionando condutas, propostas e problemas a serem superados no Acolhimento*, abstrai a experiência dos atores, nesse segmento da trajetória cirúrgica eletiva.

Esse subprocesso desdobra-se, inicialmente, com os atores *descrevendo a estrutura e os procedimentos realizados* no Setor, dotado de uma sala de espera pequena, com dois computadores e uma impressora na recepção, para atendimento administrativo, assim como dois consultórios pequenos. Ambiente com sanitários feminino e masculino, funcionando das

7h00 às 19h00, dividido em dois turnos: das 7h00 às 15h00 e das 11h00 às 19h00. No primeiro turno trabalham: um oficial administrativo, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, e no segundo: dois oficiais administrativos, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. O Acolhimento desempenha a função de porta de entrada e, conseqüentemente, de sala de espera para usuários que realizarão cirurgia eletiva, cumprindo com o compromisso de revalidar as condições clínicas dos mesmos. Na divisão do trabalho, cabe aos técnicos de enfermagem aferirem e registrarem os sinais vitais e dados pôndero-estaturais (peso e altura) e aos enfermeiros revalidar os dados referentes à entrevista de enfermagem, confirmar a realização dos exames e consultas pré-anestésica e de enfermagem, realizadas ambulatorialmente. Estando o usuário liberado, os oficiais administrativos procedem a abertura do prontuário para internação. Caso o enfermeiro detecte acometimento das condições clínicas, esse solicita ao anestesista coordenador para reavaliar, e na falta de exames ou consultas pré-anestésicas, comunica o Agendamento cirúrgico para providenciá-las. No caso de suspensão desse usuário, o oficial administrativo avisa por telefone o Agendamento cirúrgico, o qual realizará o reagendamento e a convocação de substituto. Destaca-se que o Acolhimento funciona, também, como porta de saída de usuários hospitalizados, os quais terão o retorno agendado e o transporte para seus destinos providenciados.

Desta forma, os atores acabam *reconhecendo na reavaliação das condições cirúrgicas a principal atribuição do Acolhimento*. No entanto, para esse Setor desempenhar sua principal função como segunda barreira da internação de usuários sem condições pré-operatórias, manifestam *apontando para as suas principais fragilidades e sugestões*:

(a) *Deparando-se no Acolhimento com usuários desinformados sobre seus procedimentos cirúrgicos e cenário deficitário de recursos humanos, equipamentos e espaço físico*, condições que inviabilizam a reavaliação das condições cirúrgicas em tempo hábil e com qualidade de número expressivo de usuários. É o momento em que os enfermeiros iniciam a realização do processo de enfermagem na hospitalização, com coleta dos dados relativos à entrevista de enfermagem, de aproximadamente 30 a 40 pacientes, das 12h00 às 14h00, de segunda até sexta-feira. Desta forma, os enfermeiros sentem-se sobrecarregados, não só pelo déficit de pessoal, para atender tal demanda em tão pouco tempo, mas em reparar possíveis falhas do Agendamento cirúrgico ao encaminhar usuários para a internação, ainda desprovidos de resultados de exames no sistema E-pront, de prescrição médica, com dúvidas sobre as suas condições de saúde, assim como sem compreenderem o procedimento que realizarão. Esse contexto gera atrasos no encaminhamento desses usuários às Unidades de

internação e sofrimento aos enfermeiros desse Setor, não só pela sobrecarga de atividades, mas também psicologicamente, porque, caso o Acolhimento falhe como segunda barreira da internação de usuários sem condições plenas para cirurgia eletiva, esses enfermeiros serão culpabilizados pelos companheiros dos demais Setores, principalmente das Unidades de internação.

O espaço físico é pequeno quando tem muita internação. Tem paciente, às vezes, que fica até em pé porque não tem cadeira... é muita internação para um dia só, é somente um enfermeiro... porque no dia de semana, já faz a internação, já agiliza e já sobe... mas de domingo não, o espaço físico fica menor, porque o processo é bem mais demorado... eles demoram um pouquinho mais para subir. [...] São dois oficiais, então conforme vou triando e liberando. Por exemplo: tem cinco liberados e eles estão fazendo o segundo ainda, então atrasa para os pacientes chegarem na Clínica cirúrgica. [...] Os pacientes ligam no Agendamento cirúrgico e comunicam que estão tomando antibiótico, mas estão melhorando. [...] Muitas vezes, as pessoas que estão no Agendamento não são preparadas e falam para eles virem. [...] De qualquer forma temos que ligar para o médico (A3).

Temos uma recepção, que os pacientes permanecem até serem triados e precisamos de outra sala de espera para encaminhar os pacientes que já foram internados e estão aguardando a liberação do leito nas unidades de internação. [...] Quando demora para sair a vaga, chamamos os pacientes para se alimentarem na mesa da sala das altas, para não ficarem desconfortáveis. [...] O paciente chega e recebe uma senha e aguarda ser chamado, na qual será triado pelas técnicas e depois passa comigo para fazer a entrevista de enfermagem, e pergunto: a cidade, se tem alguma doença de base, se é etilista, tabagista, os medicamentos que faz uso, se tem alguma alergia. No caso de criança: se a vacinação está em dia, se já fez alguma cirurgia antes. Basicamente é isso... ver se tem alguma coisa que interfira, se está bem ou resfriado, em uso de antibiótico. Esta é a parte que vejo aqui no Acolhimento. [...] Ligo no Agendamento cirúrgico e aviso que o paciente está sem a consulta pré-anestésica... eles geralmente encaixam o paciente no Ambulatório antes da internação, e no caso da falta das prescrições médicas, ligo para o cirurgião e aviso (A2).

Falta colaboração, não só dos médicos, mas dos outros enfermeiros que fazem parte do processo cirúrgico, por não fazerem uma entrevista bem feita no Ambulatório. Não orientam direito. O paciente chega aqui e sou eu que tenho que ver se faltaram exames ou a prescrição médica, pois, se internar sem a prescrição médica, as enfermeiras das Unidades de internação me matam. [...] O trabalho poderia ser bem feito no Ambulatório (A1).

Tem suspensão dentro do Acolhimento, porque os pacientes mesmo sendo orientados no Ambulatório, chegam sem condições clínicas para realizarem a cirurgia: com tosse, escoriações no local da cirurgia, pacientes da ginecologia menstruadas. [...]. Temos tempo hábil para fazer a reposição, pois eles são orientados a chegar até o meio dia, e o tempo para triagem no Acolhimento geralmente ocorre de trinta minutos até no máximo duas horas. Em casos de suspensões, realizo a inclusão de outro paciente na Agenda. Como trabalho com quinze dias de antecedência, temos pacientes já preparados para a reposição (A6).

(b) Deparando-se com a informatização parcial do Processo de Enfermagem na instituição gerando retrabalho ao Acolhimento, uma vez que as unidades de internação adotam formulários diferentes para a entrevista de enfermagem. Na vigência de mudança do paciente

de unidade, o enfermeiro do Acolhimento é obrigado a refazer suas anotações em formulário apropriado.

Na internação, preencho o documento próprio da entrevista de enfermagem específica da unidade de internação no qual o paciente será locado. Geralmente com os adultos, uso o impresso manual, e para as crianças o disponível no sistema informatizado. Contudo, o gerenciamento de leitos altera as vagas cedidas, gerando retrabalho no Acolhimento ao ter que preencher novamente a SAE. [...] A informatização parcial da assistência de enfermagem no hospital, dificulta o trabalho no Acolhimento (A2).

(c) Percebendo que os enfermeiros do Acolhimento assumem atividades do Gerenciamento de Leito na previsão de vagas, ao realizarem a busca ativa nas unidades cirúrgicas, apropriando-se do papel de mediador do Gerenciamento de Leito na captação de vagas, por meio de levantamento de leitos disponíveis e altas previstas de pacientes que ocupam leitos cirúrgicos na Pediatria e Unidade Cirúrgica. Contudo, esse papel torna-se limitado, à medida que os enfermeiros do Acolhimento não têm acesso para essas informações, nas demais Unidades da Instituição.

Quando eu chego, pego a agenda cirúrgica, dou uma olhada no número de leitos vagos no hospital, só para ter uma noção de quantos pacientes vamos conseguir encaixar nos andares. Essa informação é passada para o outro enfermeiro do Acolhimento, que fará a busca ativa dos leitos (A1).

Eu percorro os andares todos os dias de manhã. Na Pediatria, privilegio a busca por vagas para crianças menores. Depois, vou para o 5º D. (5º andar direito - Clínica Cirúrgica) para captar leitos para as demais crianças. Lá também identifico a previsão de leitos para os adultos, preferencialmente da GO (Ginecologia) e cabeça e pescoço. Volto e entrego a agenda para o Gerenciamento de Leitos (GL) e o que ficar faltando, o GL passará os leitos depois. [...] Tenho acesso à Pediatria e ao 5º D., minha busca é nesses andares, depois passo para o GL, que realizará a busca nos demais setores. Tenho algumas limitações, não posso captar leitos em todos os andares. [...] (A2).

(d) Considerando indispensável a atuação de um profissional médico junto à equipe do Acolhimento e das Unidades cirúrgicas, para apoiá-los na avaliação e, conseqüentemente, na responsabilização pelo ato de não internar pacientes sem condições clínicas. Essa medida evitaria hospitalizações desnecessárias e a suspensão do procedimento no Centro-Cirúrgico, uma vez que, obter uma avaliação clínica não programada nas Unidades cirúrgicas tem sido também uma das dificuldades da equipe de enfermagem. Ressalta-se que a cobertura de plantonistas médicos nessas unidades só ocorre para casos classificados como urgência e emergência, assim, a exemplo de um paciente internado nas Unidades cirúrgicas com infecção de Vias Aéreas Superiores, provavelmente terá sua cirurgia suspensa no Centro-Cirúrgico, mediante a avaliação do Médico anestesista, assim como ocorre com pacientes sem resultados de exames laboratoriais.

Precisamos de um médico nas Unidades cirúrgicas para atender as intercorrências clínicas [...]. O cirurgião é o responsável pelas intercorrências até às 16h00 e depois tenho que ligar na Emergência [...]. Muitas vezes, a gente liga para o cirurgião e ele solicita para aguardar o anestesista avaliar no dia seguinte [...]. Seria bom contar com um plantonista aqui, para detectar o que não foi constatado clinicamente no Acolhimento (A3).

O certo seria ter um médico no Acolhimento e permanecer na hora que se está triando os pacientes, porque já aconteceu de muitos pacientes adultos ou crianças internarem com tosse produtiva e febre (A13).

Na medida que os leitos são liberados, os usuários são encaminhados, após às 14h00, por técnicos de enfermagem do Acolhimento às unidades de internação, adentrando ao terceiro e último subprocesso do modelo teórico, denominado *vivenciando a experiência do cancelamento cirúrgico eletivo no segmento Unidades de internação – CME – CC*.

Esse subprocesso desdobra-se, primeiramente com os atores *descrevendo a estrutura e os procedimentos nas Unidades cirúrgicas*, consideradas como primeiro ponto do segmento, onde estão alocadas as Unidades de internação, preferencialmente as destinadas aos pacientes cirúrgicos (Clínica Cirúrgica com 43 leitos e Pediatria com 36 leitos). Contudo, na falta de leitos nessas unidades, os usuários são encaminhados para outras.

Na divisão do trabalho, designada aos enfermeiros, geralmente dois por unidade no período da tarde, para complementarem as próximas etapas do processo de enfermagem iniciado no Acolhimento: exame físico, diagnósticos e prescrição de enfermagem, assim como sua operacionalização, com: orientação do jejum, o preparo pré-operatório em geral e as normas e rotinas da unidade. Os técnicos de enfermagem, geralmente entre seis a sete, são os responsáveis por conferirem os sinais vitais, auxiliarem no banho e realizarem a medicação. No período da noite, um enfermeiro por unidade confirmará os horários de cirurgia com o CC, ressaltando o início do jejum com a equipe (três técnicos de enfermagem) e o usuário, assim como confirmam os preparos pré-operatórios prescritos. No outro dia, os usuários serão encaminhados ao CC, conforme solicitados, onde receberão o pré-anestésico e realizarão o procedimento, ressaltando que a concretização da cirurgia dependerá da disponibilidade de sala operatória e equipamentos, materiais esterilizados pelo CME e a disponibilidade do cirurgião e do anestesista.

Destaca-se aqui, como *sendo a responsabilização pelo preparo pré-operatório imediato a principal atribuição das Unidades cirúrgicas ou de outras unidades que estejam alocados os usuários*.

Os pacientes internam geralmente no período da tarde, vêm pelo Acolhimento, e quando chegam, já estão com os leitos definidos. Nós os encaminhamos aos leitos,

orientamos sobre as normas e as rotinas da unidade: o uso de banheiros, os horários das refeições, de visitas e de trocas de acompanhantes (A11).

A minha rotina é conversar com os acompanhantes, explico a questão do banheiro, das torneiras que tem água fria e quente, o horário que virão as dietas, quando entrarão em jejum, que o enfermeiro do noturno comunicará o horário da cirurgia, pois dependerá da confirmação do CC, porque as Unidades Cirúrgicas não têm acesso à agenda (A12).

Os atores sequencialmente contribuem *especificando as dificuldades encontradas e sugestões no desenvolvimento de suas atividades nas Unidades de internação*:

(a) *Sugerindo a reformulação do horário de internação e da realização dos procedimentos cirúrgicos pediátricos.* Os pacientes cirúrgicos eletivos são orientados a chegarem para internação cirúrgica às 12h00. Entretanto, alguns desses pacientes são de cidades da região e dependem de transporte municipal coletivo, saindo da sua origem de madrugada, permanecendo nos arredores do Hospital até o horário determinado, às vezes desprovidos de alimentação adequada, gerando cansaço físico e estresse. Portanto, sugerem que a internação pediátrica ocorra durante a visita do Projeto Alegria, que as recepcionariam de modo lúdico, diminuindo o estresse. O horário de cirurgia pediátrica na instituição ocorre durante a tarde, sendo considerado um fator estressante para a criança e família, pelo fato da criança permanecer em jejum prolongado e dividir quartos com demais pacientes e acompanhantes se alimentando, ocasionando sofrimento e cancelamento cirúrgico por coriza, após o paciente passar aproximadamente oito horas chorando.

Com o estresse da internação, a criança teve febre à noite e na avaliação não se encontra o foco. O que eu acho é que poderíamos pensar no menor tempo de internação possível, chegando ao final da tarde, aquele momento que é de descontração na Pediatria, que é o horário do Projeto Alegria com os palhaços. Ela entraria em jejum à noite e operaria de manhã. O que seria fundamental é o horário de cirurgia de criança ser de manhã. As cirurgias ocorrem à tarde e não no começo, mas às 16 horas, às 17 horas. A criança passa o dia inteiro em jejum, vendo as outras crianças do quarto comerem. Às vezes, vendo a mãe comer, porque tem mãe que, sei lá, não se importa, come na frente da criança em jejum. Então são coisas que deveríamos pensar em trabalhar, porque já teve caso da criança estar bem, mas porque chorou o dia inteirinho, vendo outras comendo, [...] bebendo água. Ai no final do dia apresentou coriza nasal, porque ela chorou o dia inteiro e o anestesista suspendeu [...]. Coitada! São oito horas de jejum, das oito às 16 horas. Isso é uma coisa que daria para evitar, porque suspende-se muitas cirurgias pediátricas por coriza nasal, e nós falamos: – “Doutor dá uma observada melhor, porque ela chorou o dia inteiro” (A16).

(b) *Percebendo frustração, sofrimento e custos à instituição com a falta de autonomia dos enfermeiros para suspenderem cirurgias.* Ao avaliarem os pacientes e constatarem a falta de condições clínicas destes para realização cirúrgica, os enfermeiros ligam e comunicam os cirurgiões e os anestesistas. Contudo, estes pedem para encaminharem os usuários ao CC para

reavaliação médica; fator que demanda tempo do anestesista para reavaliação clínica no CC, preenchimento de documentação de suspensão cirúrgica e orientação do paciente e da família, tempo dispendido de enfermagem para manter os cuidados pré-operatórios nas clínicas, preparo dos materiais cirúrgicos e a montagem de sala no CC/CME, mesmo sabendo que a cirurgia será suspensa, provavelmente, por doença infecciosa. Esses fatos geram frustração aos enfermeiros e às famílias que acompanham o jejum prolongado e o desapontamento do paciente após o cancelamento cirúrgico.

Às vezes, o paciente está com tosse ou gripado em casa e a mãe não falou no Acolhimento. Aí, ele sobe para a Unidade Cirúrgica e acaba me contando. Algumas vezes, eu consigo cancelar antes, mas outras vezes, eu ligo para o médico que diz que o anestesista avaliará somente no outro dia [...]. Ele só será avaliado no dia seguinte! [...] Permanecerá em jejum, como se ele fosse fazer a cirurgia. Desta maneira, oriento o jejum, o banho, tudo conforme demanda o pré-operatório, mas sabendo que vai acabar cancelando, mas o médico não vem avaliar, e é ele que determina e que dá alta, faz resumo de saída e AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Então a gente faz o processo para chegar no CC e o anestesista avalia e cancela a cirurgia (A3).

(c) reconhecendo o sofrimento dos enfermeiros na comunicação do cancelamento cirúrgico aos pacientes, por considerarem os cirurgiões e os anestesistas como responsáveis por realizarem essa função, mesmo sabendo, às vezes, que as informações são incompletas e duvidosas. Mediante esses fatos, os enfermeiros evitam comunicar o cancelamento aos usuários e seus familiares, gerando sofrimento e angústia à equipe de enfermagem.

Quando conhecemos as mães e sabemos que são calmas, nós comunicamos o cancelamento, [...] mas têm acompanhantes, nos quais percebemos que faz a diferença se forem comunicados pelos médicos ou pela enfermagem. [...] Isso nos angustia (A16).

Muitas vezes, tenho dó do paciente. [...] Quando vem do CC com a cirurgia suspensa e o médico não fala nada sobre isso... [...] Explico para ele que o médico virá conversar sobre os motivos do cancelamento da cirurgia (A13).

Normalmente, o cirurgião e o anestesista são os que acabam realizando a comunicação da suspensão cirúrgica (A19).

Como terceiro ponto do segmento Unidades de Internação – CME – CC do itinerário cirúrgico, a experiência dos atores vem *reconhecendo a incumbência da CME com o planejamento e a organização dos materiais cirúrgicos, especificamente com o reprocessamento e distribuição de todos os materiais na Instituição*, assim como *contextualizando a estrutura e os procedimentos da CME*. Desta forma, esse setor conta com sete enfermeiros, sendo um coordenador e seis assistenciais distribuídos: dois matutinos, dois vespertinos e outros dois, um para cada noturno (dias pares e ímpares). Os técnicos de

enfermagem são 21: sete atuando de manhã, sete à tarde e seis divididos igualmente para cobrir o noturno (dias pares e ímpares). Os enfermeiros assistenciais responsabilizam-se semanalmente por dimensionar os técnicos por sítio de atuação: expurgo, inalatórios, mesa de montagem de materiais, arsenal de materiais esterilizados e distribuição. Após receberem o plantão, em todos os períodos, os técnicos de enfermagem direcionam-se para suas áreas de atuação, enquanto os enfermeiros assistenciais iniciam a gestão dos materiais a serem utilizados nas cirurgias agendadas (mapa cirúrgico) para o dia seguinte. Para isso, conferem o mapa cirúrgico diário (impresso), assim como a agenda cirúrgica institucional, a qual se mantém informatizada no sistema E-pront. Com esse mapa conferido, os enfermeiros assistenciais imprimem os avisos cirúrgicos (documento que contém a descrição dos materiais cirúrgicos solicitados pelos cirurgiões), para conferirem a disponibilidade de tais materiais na CME. Os materiais especiais, também chamados de consignados (órteses, próteses e instrumentais cirúrgicos especiais), são averiguados junto ao faturamento, quanto aos horários estimados de entrega pela empresa terceirizada. Após essa etapa, supervisionam a produção de roupas cirúrgicas e a reesterilização dos materiais cirúrgicos devolvidos na CME, garantindo sua rotatividade. À tarde, os enfermeiros assistenciais recebem os materiais consignados, conferindo-os, identificando-os e encaminhando-os ao reprocessamento. O período vespertino se configura com grande fluxo de caixas cirúrgicas na CME, enquanto o noturno realiza a montagem dos kits cirúrgicos conforme solicitados nos avisos cirúrgicos. A equipe disponibiliza de sistema informatizado desvinculado do E-pront para cadastramento da produção e distribuição dos materiais, como ferramenta de apoio à rastreabilidade dos materiais produzidos pelo setor. Esses relatórios são impressos e conferidos pelos enfermeiros assistenciais, os quais assinam e encaminham para os oficiais administrativos reconferirem a veracidade da produção.

No período da manhã produzimos todas as roupas cirúrgicas que serão utilizadas em 24 horas. [...] Tem uma margem de segurança, um estoque mínimo de acordo com o Mapa de cirurgia. [...] À tarde, ocorre o fluxo maior de caixas cirúrgicas. Reprocessamos tudo que será utilizado no dia seguinte (A14).

Trabalhamos uma semana em cada setor da CME. [...] No expurgo, na mesa, no avulso, na secagem, no arsenal e no respiratório [...] (A4).

Contudo, a experiência dos atores com o itinerário cirúrgico eletivo vem *indicando desafios e sugestões relativas à CME, para minimizar cancelamentos*:

(a) *Sugerindo antecipar, além das 24 horas, o gerenciamento dos recursos materiais cirúrgicos pela CME*, visto que a agenda cirúrgica é disponibilizada pelo Agendamento com meses de antecedência no sistema E-pront. Porém, o planejamento desses recursos materiais,

rouparia e insumos cirúrgicos na CME, é frequentemente realizado com um intervalo menor que 24 horas da cirurgia. Considerando que a instituição depende de empresas terceirizadas para a entrega de determinados materiais cirúrgicos e, algumas vezes, únicos, a exemplo do aspirador cautério, que, ao ter dois procedimentos que o utilizarão no mesmo dia, demandam agendamentos com horas de intervalo para a realização do reprocessamento. Desta forma, é importante conversar com o cirurgião sobre a real necessidade do uso desse material, e se o mesmo aguardará o tempo necessário, evitando o cancelamento por indisponibilidade de material. Mediante estes fatos, os atores envolvidos no itinerário cirúrgico sugerem mudanças na CME, quanto ao planejamento dos materiais, visando melhor articulação dos procedimentos da unidade, para reduzir cancelamentos cirúrgicos por falta de materiais.

O material nós temos. [...] Temos a agenda cirúrgica liberada com antecedência e precisa ser conferida antes. Não adianta esperar para gerenciar no momento da internação do paciente. [...] Senão ocorre suspensão no CC... [...] O gestor da CME tem que se preocupar com isso, avaliar a quantidade de material para reesterilizar. [...] O Agendamento Cirúrgico tem essa preocupação com o material que será necessário reprocessar por mais de uma vez durante o dia (A6).

O Paciente chega ao hospital e tem sua cirurgia cancelada por falta de material. Às vezes, ocorre a perda ou atraso na entrega do material. Tudo poderia ser evitado, caso realizássemos o planejamento dos materiais com mais antecedência [...]. Atualmente, conferimos o aviso cirúrgico anterior à cirurgia. O ideal seria verificá-los com dois dias a uma semana de antecedência [...]. Tem momentos que não planejamos bem, acontece no improviso (A4).

(b) Percebendo déficit de equipamentos, espaço físico e recursos humanos na CME, uma vez que as atividades realizadas nessa unidade aumentaram significativamente devido à demanda de cirurgias, aumentando o fluxo de todo processamento de materiais. Esse contexto demandaria aquisição de equipamentos apropriados, com maior capacidade de reprocessamento, a exemplo das termolavadoras modernas, com menos manutenção; assim como ampliação de espaço físico e funcionários para o devido atendimento dos serviços. Esses fatores geram sobrecarga de trabalho e dificuldades em manter um padrão de segurança no reprocessamento de materiais.

Todo o material é assim... quanto mais se utiliza, mais desgasta [...] e acaba se deteriorando. Como se fosse um carro que usamos muito... Ele se deteriora mais do que aquele que não é utilizado. É o que acontece, pois se utiliza muito mais as autoclaves e os equipamentos, como as lavadoras; portanto, elas têm mais problemas. Como vimos as autoclaves, duas delas são desde que o hospital foi inaugurado e apresentam muito mais problemas que as novas. Porém, a eficácia delas não são comprovadas e não são totalmente confiáveis. Elas passam por mais manutenção. O excesso de materiais que vão nessas autoclaves prejudicam o funcionamento desses equipamentos (A4).

Com o aumento do número de cirurgias, o nosso estoque ficou limitado. [...] Intercalamos os procedimentos que irão utilizar o mesmo material, para viabilizar o reprocessamento em tempo hábil para uso (A5).

(c) *Observando materiais cirúrgicos insuficientes para assegurar a qualidade do reprocessamento na CME.* Esta evidência deve-se ao aumento de procedimentos cirúrgicos e à quantidade deficitária de materiais, sendo necessária a utilização da autoclave de ciclo rápido para procedimentos de reesterilização. Esse contexto tem comprometido o segmento de protocolos de esterilização dos materiais, visto que os funcionários se obrigam a modificá-los para atenderem em tempo hábil as demais cirurgias. Esses procedimentos geram inseguranças aos trabalhadores de enfermagem quanto à qualidade da esterilização e, consequentemente, frustração por sentirem-se impedidos de realizar um trabalho dentro dos padrões requeridos de segurança.

Temos que fazer o melhor, para ser completo e eficaz o trabalho e seguir à risca o protocolo. Culpamo-nos quando sabemos que aquele material foi utilizado no paciente e você não pode dar atenção devida para ele. Estava muito sujo e deveríamos lavá-lo com mais atenção e nesse processo de agilidade não conseguimos seguir todos protocolos. Então lavamos manualmente... já não passa pela lavadora, nem na termodesinfecção. Ele passa direto pela janela, às vezes, não esterilizamos na autoclave grande, usamos a de ciclo rápido, e tudo isso faz com que a garantia da esterilização, de certificação se o material está realmente sem bactéria nenhuma, fique prejudicado. Você não tem tempo e nem certeza, como já houve casos (A4).

Quando ocorre a inclusão de procedimentos cirúrgicos de urgência, inevitavelmente será realizado a reest, ou seja, o material vem para a CME após o uso imediato no CC para ser reprocessado [...]. A duração do ciclo da autoclave grande é longo, portanto, usamos a Statin (ciclo rápido), para acelerar o reprocesso (A14).

(d) *Percebendo que a alta rotatividade de recursos humanos treinados na CME compromete a qualidade da assistência e gera custos à instituição,* considerando que esta é uma unidade especializada no cuidado com os materiais cirúrgicos, sendo estes de custos elevados como as óticas utilizadas na vídeocirurgia, entre outros, requerendo profissionais capacitados para realizar a conservação e a manipulação destes materiais. Contudo, a falta de estímulo financeiro, a equipe de enfermagem tem incentivado o *turnover* na Instituição, permanecendo os colaboradores inexperientes em fase de treinamento, resultando em custos por falha na manipulação dos materiais e equipamentos cirúrgicos, dificultando o serviço na CME.

A instituição não retém mão de obra especializada, treina para os outros hospitais, porque hoje não temos um atrativo para os profissionais permanecerem aqui, e com isso continuamos a treinar e passar por todas as situações inerentes ao funcionário em fase de aprendizado. Uma sucessão de erros acontece durante o treinamento, e quando estão treinados, vão embora... porque na outra instituição remunera-se com um *ticket* alimentação ou 12% a mais. Os outros hospitais já entenderam que

remunerando melhor a enfermagem, conseguem retê-la, e nossa Instituição permanece com profissionais recém-formados. O *turnover* é muito grande. [...] Esses fatores, na minha opinião, refletem na assistência de enfermagem, e não podemos desconsiderá-los (A8).

A quantidade de funcionários na escala é suficiente; o que acaba atrapalhando é a quantidade de licença médica, principalmente a licença maternidade [...] Os atestados de curta permanência são um problema.[...] Então, se tivesse mais funcionários, com certeza o serviço fluiria melhor, seria mais tranquilo. (A14).

(e) Sugerindo ao CME manter atualizado e informado os setores sobre materiais cirúrgicos indisponíveis, assim como envolver a equipe na localização de materiais pontualmente solicitados pelo CC. Por ser a CME unidade responsável pela liberação de materiais a todos os setores, principalmente os que trabalham com o paciente cirúrgico, participando desde seu planejamento até a execução da cirurgia, é indispensável a realização de um processo efetivo de comunicação interna e externa à CME. Contudo, algumas falhas de comunicação têm sido observadas, como a de não comunicar a quebra ou indisponibilidade de materiais únicos ao setor de Agendamento Cirúrgico, o qual considera esse material para liberação da cirurgia. A decisão de não envolver os técnicos de enfermagem na busca ativa de materiais dentro da CME, quando solicitados, implica em cancelamentos cirúrgicos por falta de materiais e frustração na equipe de enfermagem.

A informação do cancelamento da cirurgia não chega tanto nos técnicos de enfermagem da CME, passa mais pelos enfermeiros, de supervisor para supervisor. [...] Às vezes, somos informados que cancelou por falta de um material, entretanto sabemos que tínhamos o material, mas que foi para outro paciente, ou não sabia onde o mesmo estava. [...] Então não nos comunicam, é de supervisor para supervisor (A4).

Temos um problema com a gestão do material, como já aconteceu de agendarmos cirurgias que usariam o aspirador cautério. É um material único no hospital e este não se encontrava disponível para o uso, estava em manutenção e não me avisaram (A6).

(f) observando a insegurança dos enfermeiros da CME na suspensão de procedimentos cirúrgicos, influenciada pelo cumprimento da meta cirúrgica. A liberação de procedimentos cirúrgicos na Instituição envolve vários setores, como: Agendamento cirúrgico, CME, CC, Faturamento e Diretoria, com o objetivo de alcançar a meta cirúrgica para recebimento de verba do Estado. Mediante esta realidade, os enfermeiros sentem-se inseguros em cancelar os procedimentos cirúrgicos com antecedência, tentando postergar o cancelamento, na esperança que o material seja entregue em tempo hábil para reprocessamento.

O fluxo de cirurgia é grande, e a liberação de cirurgias não depende apenas dos médicos e das enfermeiras, depende de vários setores, passando pela Supervisão da CME, pelo Agendamento e a empresa que empresta o material para o hospital. [...] Tudo isso vem do planejamento da cirurgia e da liberação dos procedimentos pelos

enfermeiros, que se sentem pressionados com a necessidade da Instituição em receber a cota cirúrgica. [...] Portanto, cancelar uma cirurgia tem seus desdobramentos e seus ônus, muitas vezes ficam no impasse: - Nós vamos autorizar a cirurgia? [...] Fazemos o possível para realizar o máximo de procedimentos, mas às vezes a qualidade do processo fica prejudicada pela quantidade de materiais que são utilizados. [...] O hospital é uma instituição que não gera lucro, mas precisa de uma rotatividade maior de pacientes para alcançar a meta cirúrgica, e assim receber a cota do governo (A4).

Os atores *consideram o CC responsável pelo usuário na realização de procedimentos, assim como contribuem detalhando a estrutura e os procedimentos no ponto final de tal trajetória*. Para tanto, ao receber o plantão, os enfermeiros dimensionam os funcionários nas salas operatórias disponíveis e mediante esta informação, os técnicos de enfermagem anotam o nome do paciente em que foram escalados. Dirigem-se à sala de materiais esterilizados no CC para apanharem os kits cirúrgicos dos pacientes, montarem a sala cirúrgica e testarem os carrinhos de anestesia. As enfermeiras solicitam às Unidades de Internações a transferência dos pacientes para o CC, os quais serão recepcionados por enfermeiros e técnicos de enfermagem que confirmam as documentações (prontuário, SAE, SAEp), pulseira de identificação e perguntam aos pacientes e seus familiares sobre quais procedimentos serão submetidos, se possuem alguma alergia e doenças de base, encaminhando-os à sala operatória. Em seguida, solicitam a presença dos anestesistas para realizarem o procedimento, permitindo que o restante da equipe adentre para a sala e inicie a cirurgia. Nesse momento, os técnicos de enfermagem anotam as intercorrências e os materiais utilizados. Com o término do procedimento e o fim da anestesia, o usuário é transferido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), com passagem de plantão para o enfermeiro. Os técnicos retornam para a sala operatória e encaminham os materiais ao expurgo, comunicando a equipe de limpeza para higienização da sala, enquanto aguardam a liberação da mesma para o início do próximo procedimento.

Recebemos o paciente e nos identificamos para ele. Perguntamos qual cirurgia ele irá realizar, e se for criança, confirmamos com a mãe. Encaminhamos o paciente para a sala, monitorizamos, instalamos acesso venoso quando necessário. [...] Confirmamos se tem alguma alergia, se passou por alguma cirurgia anterior e se essa ocorreu bem, se está tomando alguma medicação. [...] Pacientes em isolamento de contato chegam no CC e são imediatamente direcionados para a sala cirúrgica (A17).

Sou convidado a anestesiar em uma sala. [...] Avalio se o paciente tem a ficha pré-anestésica e os exames pré-operatórios, realizo uma breve entrevista e inicio a anestesia (A10).

A experiência dos atores com o cancelamento cirúrgico eletivo no último ponto da trajetória, os permite contribuir *apontando desafios e sugestões relativas ao CC na redução dos cancelamentos*:

(a) *Observando erros na solicitação dos kits cirúrgicos* pelos enfermeiros do CC, os quais desenvolveram o impresso desvinculado do sistema E-pront, para discriminar todos os materiais necessários para a realização dos procedimentos conforme a cirurgia. À tarde, os enfermeiros imprimem esse documento, constando o nome e o registro do paciente que utilizará o material, enviando-o à CME.

Trabalhamos sempre com 24 horas de antecedência. [...] Às sete horas da manhã começo a planejar o dia seguinte, buscando no sistema E-pront todos os avisos cirúrgicos que contêm reserva de UTI e de sangue, assim como todos os materiais necessários para as cirurgias. [...] Enviamos uma cópia do mapa cirúrgico para o hospital inteiro, CME e às enfermarias para que seja tudo gerenciado (A8).

Às 16 horas, conferimos novamente o sistema E-pront para verificar se houve inclusão ou suspensão de procedimentos cirúrgicos e encaminhamos a solicitação dos kits cirúrgicos à CME. [...] Elaboramos a solicitação de material médico-cirúrgico para o dia seguinte (A5).

(b) *Culpabilizando a CME pela suspensão cirúrgica por falta de materiais*, quando esses não foram devidamente solicitados pelos médicos e enfermeiros do CC, gerando conflito entre os profissionais CC-CME e frustração na equipe de enfermagem da CME.

Uma parte do material vem especificada no aviso cirúrgico e a outra é vinculada ao kit cirúrgico. [...] A exemplo de uma septoplastia, os enfermeiros do CC sabem o que será necessário para o procedimento e elaboram o pedido, encaminhando-o para a CME (A6).

São diversos fatores que geram o cancelamento cirúrgico por falta de materiais. Ocorrem erros no agendamento cirúrgico e na solicitação dos kits pelo CC que não fazem um levantamento ideal do que será necessário para as cirurgias, solicitando os kits cirúrgicos incompletos. Por isso sempre falta material [...] Esse fato gera ansiedade na equipe da CME (A15).

(c) *Sugerindo unificar impressos de solicitação de materiais e kits cirúrgicos no sistema E-pront*, visto que são realizados por meio de três formulários distintos (aviso cirúrgico, impresso de órtese e prótese e kit cirúrgico), facilitando a solicitação dos materiais pelos médicos, assim como a visualização pela equipe da unidade de CC, CME e Faturamento, evitando extravios de impressos.

No ícone *aviso de cirurgia*, no sistema E-Pront temos cadastrados os kits cirúrgicos, a agenda e as caixas cirúrgicas. O único problema consiste na informática instalar um *layout* que correlacione tudo no CC. [...] Para isso, precisamos que os kits cirúrgicos sejam atualizados. [...] Atualmente, eles salvam os kits cirúrgicos no *Word*, sendo que temos a opção de tê-lo no sistema. [...] Podemos personalizar a

solicitação por procedimento cirúrgico e cirurgião, mantendo-os atualizados. [...] E quando necessário, selecionamos o kit cirúrgico, anexamos ao aviso cirúrgico, imprimimos e enviamos para a CME. [...] Acabou o problema (A15)

Em outras instituições, a solicitação de materiais é realizada no sistema informatizado e aqui eles não aceitam. Seria mais fácil se fosse tudo informatizado, assim não esqueceríamos de preencher os impressos e não extraviariam. Estaria tudo no sistema (A19).

(d) *Considerando “a critério Médico” uma justificativa de cancelamento cirúrgico indefinida*, gerando várias interpretações associadas: suspensão por atraso na liberação de sala operatória a pacientes em uso de anticoagulantes e a falta de exames pré-operatórios.

Estabelecemos como critério médico os motivos que variam de um cirurgião para outro. [...] O fator *critério médico* varia desde a recusa do paciente em realizar a cirurgia, à falta de avaliação pré-operatória, o atraso do médico em liberar a sala cirúrgica, a pacientes com alterações nos exames pré-operatórios, entre outros. [...] Separamos os motivos clínicos, dos não clínicos (A5).

A cirurgia que estava prevista para acabar até às 13h pelo cirurgião Y, termina às 14h30. O próximo cirurgião que estava agendado às 13h30 acaba aguardando a liberação da sala operatória [...]. Vou protelando o horário no mapa cirúrgico e às 18h os cirurgiões que estão aguardando, suspendem por falta de tempo cirúrgico [...] Os médicos possuem mais de um vínculo empregatício, e quando ocorre o atraso, acabam suspendendo suas cirurgias, por terem que assumir o plantão em outra instituição às 19h (A8).

(e) *Observando ociosidade de sala operatória e de materiais cirúrgicos por falhas na comunicação de cancelamentos cirúrgicos pelas unidades de internação*, por não avisarem sobre o cancelamento cirúrgico dos pacientes, a CME realiza todo o preparo e os disponibiliza, enquanto o centro cirúrgico organiza a sala operatória para o atendimento. Esse fato gera frustração e sobrecarga de trabalho.

Quando a cirurgia for cancelada nas unidades de internação, o setor deve comunicar ao CC e à CME. [...] Os enfermeiros do CC são informados que a cirurgia foi cancelada quando ligam nas unidades para pedirem que encaminhem o paciente ao CC. [...] Neste caso, a sala cirúrgica e o material ficam parados por um determinado período. [...] Se houvesse comunicação, nem a sala operatória nem o material cirúrgico permaneceriam parados, sendo destinados a outros pacientes (A14).

A falha na comunicação do cancelamento cirúrgico causa impacto na CME, devido ao tempo despendido no preparo do material para a cirurgia suspensa. (A15).

(e) *Considerando que alterações clínicas são as que mais incidem para os cancelamentos cirúrgicos na instituição*. Durante a internação, os usuários apresentam mudança no estado de saúde, relacionado ao *Diabetes Mellitus* e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), assim como ao agravamento da doença cirúrgica, a exemplo da mudança do estadiamento oncológico e a manifestação do estado gripal nas crianças. Esses fatores culminam na avaliação do usuário pelo anestesista na unidade de CC, e posteriormente na suspensão do procedimento.

Cancelamos as cirurgias dos pacientes que apresentam tosse, febre, ou coriza nasal. [...] Passando por avaliação com o anestesista. [...] E a cirurgia é cancelada (A16).

O cancelamento cirúrgico é realizado pelos anestesistas após constatarem alterações do estado clínico dos pacientes e pelos cirurgiões ao perceberem a mudança no estadiamento cirúrgico. [...] O paciente apresentou mudança na área tumoral ou internou com pneumonia. [...] Foi suspensa a cirurgia por intercorrência clínica (A19).

4 DISCUSSÃO

A taxa reduzida de cancelamentos cirúrgicos é um dos indicadores de qualidade e, consequentemente, de eficiência da gestão do serviço. Suspender cirurgias implica em subutilização do cenário cirúrgico, aumento da fila de espera dos usuários e de custo institucional⁽²⁵⁾.

Desta forma, os atores envolvidos no itinerário cirúrgico, sejam assistenciais ou gerenciais, precisam ter a clareza que a estrutura pública subutilizada aumenta o custo dos serviços, o qual recairá sobre os usuários, familiares e sobre eles mesmos, não só financeiramente, mas também psicologicamente. O mau uso dos recursos públicos, muitas vezes, não contribui para investimentos nas condições de trabalho e, consequentemente, na qualidade do serviço oferecido aos cidadãos.

Para aprofundar o conhecimento sobre o objeto estudado, organizou-se a discussão em dois itens, de forma a atender aos objetivos propostos por esta pesquisa.

4.1 Caracterização das cirurgias eletivas canceladas quanto aos motivos e a sazonalidade

Quando os hospitais são classificados como universitários/escola, o desafio do cancelamento cirúrgico aumenta para o gestor, em razão de apresentarem taxas maiores quando comparadas às de outros tipos de hospitais. Pesquisa multicêntrica, conduzida em 82 serviços cirúrgicos da Alemanha, verificou 12,4% de cancelamentos cirúrgicos em hospitais universitários, ou seja, 2,23 vezes maior quando comparados aos comunitários de médio e pequeno porte (5,0%)⁽¹³⁾. Em estudos recentes, os hospitais universitários brasileiros superam essa taxa de cancelamento, perfazendo de 16,1%⁽²⁶⁾ a 17,3%⁽⁵⁾.

Desta forma, pode-se considerar a Instituição deste estudo, a qual também é um hospital escola, com percentagem de cancelamento cirúrgico eletivo menor (6,79%), em relação às taxas de instituições nacionais (16,1% a 17,3%) e internacionais (12,4%), com as mesmas características.

Contudo, apesar da taxa de cancelamento cirúrgico da Instituição estudada ter se apresentado menor que as de outros hospitais, sugere-se aos seus gestores manterem-se empenhados em reduzi-la, uma vez que, das 6,79% cirurgias suspensas, 3,13% ocorreram por “motivos não clínicos” e 3,26% por “motivos clínicos”.

Esse apontamento está subsidiado no conhecimento de que a maioria das razões (80%) de cancelamentos cirúrgicos é evitável, inclusive por motivos clínicos, como alterações da

Hipertensão Arterial Sistêmica e do *Diabetes Mellitus*, no dia da cirurgia⁽²⁷⁾. Alterações essas, apontadas por vários estudos como as principais razões de suspensões de cirurgias⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Neste estudo, não foi possível determinar as principais alterações clínicas responsáveis pelos cancelamentos cirúrgicos, tendo em vista que, o instrumento empregado pela Instituição para o registro de tais dados não oferece possibilidade aos profissionais de especificarem essas alterações.

Os “motivos não clínicos”, nesse mesmo instrumento, apesar de elencar uma relação de itens que permitem aos profissionais categorizarem os cancelamentos cirúrgicos, percebe-se que alguns deles, também não favorecem expressar a especificidade do cancelamento, dificultando uma leitura clara e, conseqüentemente, uma interpretação mais precisa dos dados, como pode-se perceber no prosseguimento dessa discussão.

Quando a análise passou a considerar as 569 (100%) cirurgias canceladas, distribuídas em 48,33% delas por “razões clínicas” e 46,40% por “motivos não clínicos”, preponderou dentre “os motivos não clínicos” a justificativa: “a pedido do cirurgião/mudança de conduta” (17,93%); seguida por “paciente não internou” (8,96%); “falta de material” (6,50%); “não informado” (5,27%); e inclusão de cirurgia de urgência” (4,04%) (Tabela 2).

Estudo multicêntrico, conduzido em hospitais universitários alemães corrobora com este estudo, verificando dentre os motivos não clínicos de cancelamento cirúrgico, preponderar os relacionados com as razões médicas (43,4%), assim como quanto às similaridades percentuais do motivo “paciente não internou” (8,2%). Contudo, enquanto o motivo “falta de material” não foi impedimento para se realizar cirurgias nos hospitais universitários alemães⁽¹³⁾, neste estudo foram canceladas 6,50%.

Ademais, nesta pesquisa, observou-se que, dos 46,40% cancelamentos cirúrgicos por razões “não clínicas”, 23,20% deles não permitiram interpretar os motivos com precisão, em face de justificativa não clara, ou ausência da mesma, como: “a pedido do cirurgião/mudança de conduta (17,93%), somado ao “não informado” (5,27%).

Para esse fato, sugere-se a necessidade de reestruturar o instrumento de coleta de dados, utilizado pela Instituição estudada, tornando os itens que categorizam os motivos de cancelamentos cirúrgicos mais específicos e claros.

Por outro lado, para o gerenciamento do indicador *cancelamento cirúrgico institucional*, não basta realizar a adequação do instrumento de coleta de dados, mas é preciso contar com equipe cirúrgica consciente de sua importância em colaborar na elaboração de justificativas claras e pertinentes, acerca das razões de cancelamentos de cirurgias⁽⁵⁾.

Contudo, pode-se considerar essa contribuição desafiante, pois há estudo relatando 69,9% dos casos de cancelamento cirúrgico sem qualquer justificativa, fato considerado pelos autores como preocupante, por impedir o conhecimento dos gestores sobre os verdadeiros motivos e, conseqüentemente, possibilitá-los de investirem em soluções apropriadas⁽¹⁹⁾.

Na presente pesquisa, os cancelamentos por “motivos clínicos”, assim como “não clínicos” e “não informados” apresentaram maior incidência no período matutino e no primeiro horário de cirurgia, mais especificamente às 7h00 e no vespertino às 13h30, em início de turnos (Tabela 4).

Usuários alocados nos extremos da faixa etária (crianças e idosos) corresponderam a 61,86% dos cancelamentos cirúrgicos. Os mais afetados por “motivos clínicos” foram as crianças (23,37%), seguidas pelos idosos (13,18%), enquanto por “motivos não clínicos”, os adultos (20,04%), seguidos dos idosos (15,64%) (Tabela 3).

As duas especialidades que mais cancelaram cirurgias no presente estudo, foram: a “Cirurgia infantil”(19,85%), e a “Ortopedia”(19,51%), preponderando a incidência no período da manhã de 11,42% para a Cirurgia infantil e 10,37% para a Ortopedia.

Na presente pesquisa, a Cirurgia infantil foi a especialidade com maior percentual de cancelamentos cirúrgicos, provavelmente uma peculiaridade da Instituição. Já a Ortopedia tem sido apontada por outros estudos, com percentagens próximas ao encontrado neste estudo, como: 17,85%⁽²⁸⁾ e 18,4%⁽⁵⁾.

Alguns estudos têm observado sazonalidade dos cancelamentos cirúrgicos, como por exemplo, os meses de inverno, apresentando os maiores índices de suspensão de cirurgias de catarata⁽⁹⁾.

No entanto, nesta investigação, a análise da sazonalidade de cirurgias eletivas canceladas, de 2010 a 2013, por meio de modelo de séries temporais ajustado por modelo auto-regressivo de médias móveis, não indicou sazonalidade no período analisado, com os motivos de cancelamento (Figuras 1, 2,3 e 4).

4.2 Analisando a experiência dos atores, segundo os referenciais teóricos e a literatura

Segundo Donabedian⁽²³⁾, compreende-se por Estrutura, os recursos totais ou parcialmente estáveis necessários à assistência, sendo eles: recursos humanos, financeiros, materiais e insumos. Entende-se como Processo, todo embasamento científico e metodológico aceitos para as práticas médicas, tais como diagnósticos e a assistência prestada. Nesse contexto, os atores da Instituição estudada contribuíram apontando os desafios e as sugestões vivenciados no itinerário cirúrgico eletivo.

No primeiro segmento do itinerário Agendamento cirúrgico - Ambulatório, os atores sinalizaram o aumento do número de cirurgias eletivas agendadas para alcançar as metas, o que corrobora com a política nacional de cirurgias eletivas de média complexidade (Portaria GM/MS n. 252/2006). Esta incorporou novas especialidades para a realização das cirurgias previstas, com o objetivo de diminuir as filas de espera e promover maior acessibilidade à população atendida pelo SUS⁽²⁹⁻³⁰⁾, aumentando significativamente o número de procedimento eletivos nas instituições públicas. Contudo, não ocorreram adequações nos recursos humanos, implicando na qualidade das consultas pré-operatórias ambulatoriais.

Estudos de dimensionamento de profissionais da enfermagem, apontam que as quantidades destinadas à assistência aos pacientes está diretamente relacionada com a qualidade dessa prática⁽³¹⁻³²⁾.

Mediante a problemática do cancelamento cirúrgico, os atores atribuem como funções do segmento Agendamento cirúrgico – Ambulatório, a realização do planejamento cirúrgico e a confirmação das condições pré-operatórias. Na Tanzânia, uma pesquisa indicou que grande parte dos cancelamentos cirúrgicos podem ser evitados, quando o planejamento do processo agendamento e internação consideram as limitações estruturais existentes na instituição, tais como: o número de leitos, salas operatórias, recursos humanos, entre outros⁽³⁾.

Nesse segmento, os atores relataram a importância dos cirurgiões implementarem orientações mais concisas aos usuários, mediante a decisão cirúrgica no Ambulatório. Um estudo internacional, no qual as operadoras de saúde, com o objetivo de apurar as imperícias médicas denunciadas por seus assegurados, observaram que em 444 casos cirúrgicos, 258 pacientes obtiveram lesão físicas após as cirurgias. Ao estratificar os motivos que geraram tais danos, concluíram que em 60 casos ocorridos, foram por graves falhas na comunicação dos cirurgiões⁽³³⁾. Tais falhas também repercutem em sobrecarga de trabalho aos enfermeiros do Acolhimento, os quais têm reorientado os usuários sobre os procedimentos que irão realizar.

Problemas relacionados à comunicação relatados pelos atores desta pesquisa, apontaram os profissionais médicos, residentes e cirurgiões Ortopédicos e da Cirurgia Geral, não comunicando a internação de pacientes potencialmente cirúrgicos ao setor de Agendamento, cuja função é promover um preparo pré-operatório de qualidade, por agendamento de consultas e exames, quando necessários. Esses fatores promovem um acesso seguro do paciente à unidade de CC.

Pesquisa realizada em quatro hospitais universitários de Boston – EUA, verificou que a comunicação não efetiva entre residentes e cirurgiões geram danos aos pacientes cirúrgicos⁽³⁴⁾. Na Universidade da Pensilvânia - EUA, estudo revelou que pacientes cirúrgicos

internados em comparação aos ambulatoriais, possuem mais chances de terem seus procedimentos suspensos, uma vez que aumentam as falhas no preparo pré-operatório dentro da unidade hospitalar⁽³⁵⁾.

A experiência dos atores deste estudo aponta as falhas de comunicação como fontes de custos à Instituição, uma vez que, por não serem comunicados pelas unidades de internação do cancelamento cirúrgico dos usuários, tanto a CME quanto o CC disponibilizam os recursos materiais, humanos e insumos para as cirurgias, aguardando a entrada dos mesmos na unidade de CC.

Estudo internacional ressaltou a seriedade da instituição definir sua estratégia para a realização de cirurgias eletivas, em decorrência da entrada de procedimentos de emergência e urgência. Razão que estimulou os pesquisadores a analisarem, por dois anos, os dados relativos ao início e término de todos os procedimentos, tanto os eletivos como os de classificação de risco. Isto fez com que chegassem a um consenso sobre o tempo destinado para cada tipo de urgência. Após a classificação, redesenharam os horários de cirurgias, assim como os turnos de trabalho da equipe de saúde, resultando na melhor distribuição dos procedimentos cirúrgicos, assim como na diminuição de custos à instituição, com o pagamento de horas extras⁽³⁶⁾.

No Brasil, entende-se como emergência, situação em que o indivíduo apresenta uma alteração de saúde com risco iminente de morte ou algia intensa, e como urgência, aquela alteração que pode ou não, trazer danos à vida, e precisam de atendimento imediato⁽³⁷⁾.

Em relação ao Agendamento cirúrgico, os atores sinalizaram a importância desse setor se fundamentar na previsibilidade de leitos e na distribuição heterogênea da agenda cirúrgica. Nesse contexto, um estudo realizado no Qatar aplicou o Princípio de Pareto (quanto menor o índice, maior o impacto) para encontrar os motivos que levavam às suspensões cirúrgicas, concluindo que o índice subjacente e de maior relevância à instituição foi a falta de leitos⁽²⁸⁾.

Em 2015, em estudo conduzido no Hospital Universitário de Marília/SP, as pesquisadoras descreveram os desafios na implantação de uma central reguladora de leitos e sinalizaram a importância desse serviço em manter um diálogo contínuo e eficiente com todas as unidades de internação e, principalmente, com aquelas responsáveis pelos agendamentos de cirurgias e o CC, visando melhorar a distribuição de leitos dentro do hospital⁽³⁸⁾. Portanto, torna-se indispensável uma revisão do processo de trabalho apontado pelos atores dessa pesquisa, na qual os enfermeiros do Acolhimento fazem o intermédio de captação de leitos cirúrgicos na Instituição, com restrições de locais para a realização dessa função, gerando sobrecarga de trabalho à unidade e seus atores.

Conforme a análise realizada por este estudo, a agenda cirurgia na Instituição é operacionalizada mediante a reserva de sala operatória no CC, por cirurgião/especialidade durante a semana, conforme sua carga horária de trabalho. Essa forma de agendamento cirúrgico é conhecida como *tempo de bloqueio* e pode ter aspecto positivo à Instituição, quando vinculado às vantagens econômicas aos cirurgiões, como o ganho por produtividade. Visto que, durante seu tempo de sala, o profissional pode subestimar o tempo cirúrgico, gerando custos à Instituição. A periodicidade de avaliação recomendada pelos pesquisadores varia de três até seis meses, e tem o objetivo de redefinir o tempo de bloqueio e a produção gerada no período⁽³⁹⁾.

Em 2011, um estudo internacional avaliando o tempo de sala cirúrgica e os modelos de agendamento cirúrgico, critica essa metodologia utilizada na instituição estudada, devido ao risco de ociosidade e de ultrapassagem do tempo de sala, propondo a implantação de um modelo pautado na previsibilidade matemática, que segundo eles, reduz em média 59% dos custos⁽⁴⁰⁾.

A falta de profissionais médicos para atender a demanda operatória e a dificuldade de se obter interconsultas com as demais especialidades, dificultam o agendamento de procedimentos cirúrgicos na Instituição investigada. Segundo o referencial teórico⁽²³⁾, a falta de recursos humanos especializados está ligada às falhas estruturais e interfere diretamente na realização de atividades importantes dentro das instituições, denominada como processos. Contudo, sendo a Instituição desta pesquisa financiada pelo governo estatual, seus gestores dependem de liberação de verbas para esse fim.

Na revisão da literatura, notou-se escassez de pesquisas que analisam o déficit de profissionais médicos no âmbito nacional e internacional, assim como o impacto do custo do trabalho médico para as instituições hospitalares.

Os atores desta pesquisa observaram a falta de autonomia dos enfermeiros no cancelamento cirúrgico, como fonte de frustração e sofrimento para os mesmos, assim como em custos ao hospital estudado. Eles apoiam a necessidade de ter um profissional médico em pontos importantes dessa trajetória, tais como: no Agendamento cirúrgico, Acolhimento e Unidades de internação, com o intuito de respaldar a equipe na tomada de decisão quanto à priorização de casos eletivos a serem agendados, avaliação clínica pré-internação e nas intercorrências durante a hospitalização. Ressaltando que, na Instituição estudada, todos os usuários passam por consultas pré-anestésicas no Ambulatório, e para os internados, dispõem-se de profissionais médicos referenciados no setor de Emergência, em casos de instabilidade clínica.

Mediante a falta de autonomia dos enfermeiros e o respaldo encontrado na presença do profissional médico, um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, descreveu sobre os conflitos inerentes às instituições hospitalares, visto a multiplicidade de profissionais atuantes e a histórica hegemonia médica na tomada de decisões⁽⁴¹⁾. Na análise realizada em 2011, conclui-se que o poder médico em detrimento da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, na realização de tarefas, é fonte geradora de estresse e sofrimento⁽⁴²⁾.

Segundo Lins e Cecílio⁽²⁴⁾, os “Campos metodológicos da intervenção organizacional” emergiram da árdua tarefa de tomada de decisões pelos gestores nos serviços de saúde. Por meio de uma análise sociológica, considera a atuação do indivíduo mediante a logística de trabalho imposta pela organização, como sendo: universalista, particularista e singularista. Na primeira, o eixo de trabalho é bem definido e alinhado pela empresa, e o indivíduo é considerado um insumo, ou seja, seus conhecimentos e habilidades são ferramentas a serem utilizadas e a sua criatividade é limitada pelos interesses coletivos. A realização do trabalho advém dos gestores e são respeitados pelos subordinados. Na segunda, o recurso humano é considerado um agente ativo no trabalho e realiza suas atividades cooperando no processo criativo, mas ainda direcionado. Na terceira, o indivíduo é livre para criar e realizar suas tarefas de forma aleatória. Considerando que dentro das organizações não existe uma única forma de interação, ou seja, ocorre o predomínio de uma dessas formas apresentadas.

Outro fator relevante está no sofrimento dos enfermeiros na comunicação do cancelamento cirúrgico, relacionado com a autonomia parcial desse profissional dentro da instituição, conforme discutido anteriormente.

Estudo nacional discorre sobre a falta de comprometimento, posicionamento e alienação do enfermeiro perante o cancelamento cirúrgico pediátrico, repercutindo na maneira do paciente interpretar essa experiência⁽⁷⁾. Contudo, um estudo realizado num centro de traumatologia de um hospital universitário no Reino Unido, encontrou que 83% dos pacientes que haviam sido comunicados por enfermeiros sobre o cancelamento de suas cirurgias, preferiram que estas informações tivessem sido realizadas por médicos⁽⁴³⁾.

Neste contexto, na compreensão a partir da experiência dos atores participantes, predominou a visão universalista.

Um estudo sueco, com o objetivo de melhorar a assistência aos pacientes, entrevistaram médicos e enfermeiros, por meio de rodadas de conversas, apontando como ponto positivo a melhora da interação entre os profissionais, o pensamento reflexivo e alívio moral⁽⁴⁴⁾. Ademais, estudos realizados em Portugal, relatam a importância de ampliar a atuação

do profissional de enfermagem, respeitando os limites éticos de cada profissão, para melhorar o acesso dos usuários de serviço de saúde no país⁽⁴⁵⁾.

De forma geral, pesquisa conduzida no Brasil, salientou a importância do acompanhamento dos indicadores hospitalares e da interação entre os processos envolvidos com pacientes cirúrgicos, com o intuito de verificar as falhas nesse trajeto e por meio do planejamento estratégico elaborar maneiras de evitar os cancelamentos, por razões não clínicas⁽⁴⁶⁾. Portanto, o uso de indicadores de qualidade discutidos na atualidade, dentre eles o de cancelamento de cirurgias, também apontado pelos atores dessa pesquisa, sugeriu uma periodicidade na verificação de tempo cirúrgico por médico na Instituição.

Estudo realizado no Rio de Janeiro, aponta a importância de prevenir os cancelamentos cirúrgicos, considerando os custos gerados com materiais, recursos humanos e perda de credibilidade, por parte dos pacientes cirúrgicos⁽¹²⁾.

Na compreensão dos atores deste estudo, “critério médico” é uma justificativa indefinida para cancelamento cirúrgico.

A falta de clareza e objetividade nos dados coletados para elaboração do indicador de cancelamento cirúrgico, denota falta de empenho da equipe de saúde em sanar os problemas relacionados com essa questão⁽⁵⁾.

No cenário estudado, em face da necessidade de otimização dos recursos financeiros destinados à saúde, torna-se indispensável repensar o critério de cancelamento cirúrgico por falta de exames pré-operatórios, apontados pelos atores da instituição.

Uma pesquisa internacional discorre sobre a importância da consulta pré-operatória bem elaborada, contemplando um exame físico e a coleta do histórico detalhados, classificado de acordo com a *American Society of Anesthesiologists (ASA)*, que considera as variáveis de comorbidades⁽⁴⁷⁾. Outro estudo, avalia a importância do atendimento médico pré-operatório e a sua autonomia para decidir sobre a solicitação de exames adicionais, assim como propõe que as equipes de saúde estipulem um protocolo de avaliação local⁽⁴⁸⁾.

A dificuldade nas realizações de interconsultas médicas foi abordada na experiência dos atores desta pesquisa, como uma fonte importante de cancelamento e perda de oportunidade cirúrgica. Contudo, um estudo realizado em âmbito nacional, ponderou sobre a importância da avaliação pré-operatória ser realizada por médicos anestesistas, uma vez comprovada a redução de até 96,8% dos casos de solicitações de avaliações para outras especialidades, pautado na percentagem de prevalência de 2% para pacientes ASA III ou IV, assim como na diminuição de solicitação de exames, acima estudada⁽⁴⁹⁾.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), mediante a resolução 1.802/2006, é de responsabilidade do profissional anestesta a realização da consulta pré-operatória, com ou sem a solicitação de exames prévios, preferencialmente de forma ambulatorial e em ambiente que assegure sua atividade⁽⁵⁰⁾. Estas determinações são criteriosamente seguidas no hospital estudado, contudo, os atores observaram que a distância entre a consulta anestésica e a realização dos procedimentos não garantem as condições clínicas do paciente, levantando um questionamento sobre a validade das consultas pré-operatórias.

A literatura que aborda o tempo de validade das consultas pré-operatórias é escassa no país. A contento, o Parecer Nº 2432/2013 do CRM-PR, sugere a validade de três meses para avaliação pré-anestésica, conforme consenso geral entre os anestestistas, salvo as necessidades de reavaliações⁽⁵⁰⁾.

O segundo segmento, que correspondente ao setor de Acolhimento, os atores evidenciaram o déficit de recursos humanos, que vem se apresentando como um desafio na trajetória cirúrgica, assim como de equipamentos e espaço físico. No cenário internacional, achados correspondentes foram encontrados, nos quais atribuíram a falta de tais recursos ao planejamento cirúrgico ineficiente⁽³⁻⁵¹⁾.

A informatização parcial do processo de enfermagem foi apontada como fonte de retrabalho para os enfermeiros na instituição. Atualmente, as tecnologias de informação têm contribuído para o avanço no processo de trabalho empresarial, subsidiando na gestão e na assistência em saúde⁽⁵²⁾, melhorando o desempenho profissional dos trabalhadores conforme a perspectiva do indivíduo, mediante a inovação tecnológica⁽⁵³⁾ e considerando importante a participação da equipe na elaboração do instrumento informatizado⁽⁵⁴⁾.

A experiência dos atores desta pesquisa sugere a reformulação no horário de internação e das cirurgias pediátricas, visando um olhar mais humanizado no cuidado à criança.

Estudos apontam sobre o impacto negativo da hospitalização ao ser humano, como fonte de estresse, medo, angústia, reformulação familiar para amparo ao ente internado⁽⁵⁵⁾.

O nível de estresse elevado em mães de crianças internadas, para a realização de cirurgias, sugere que ações de orientação e que promovam o bem estar devem ser elaboradas, com o objetivo de diminuir a ansiedade e proporcionar a esse binômio o melhor convívio dentro do âmbito hospitalar⁽⁵⁶⁾.

Outro fator relevante apreendido da experiência dos atores da Instituição investigada, é o jejum prolongado, no qual adultos e crianças permanecem por mais de oito horas à espera da cirurgia. Para essas crianças, o agravante encontra-se na incompreensão da mesma quanto

à espera e o preparo cirúrgico, onde fica locada geralmente em quartos coletivos, experienciando a fome, enquanto visualiza os demais usuários se alimentarem.

Estudos apontam para os benefícios da implantação do projeto denominado ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória), fundamentado nas práticas baseadas em evidências, com a participação da equipe multiprofissional, que instituiu a liberação de líquidos até duas horas antes da realização de procedimentos cirúrgicos e de uma substância a base de proteínas. Essa intervenção resultou na diminuição da ansiedade e estresse dos pacientes, assim como no tempo de internação pós-operatório em determinadas especialidades, também reduzindo custos à instituição⁽⁵⁷⁾. Vale ressaltar que, devido ao choro prolongado das crianças internadas na Instituição estudada, elas têm seu procedimento cirúrgico suspenso pelos anestesistas no CC, conforme experiência dos atores deste estudo.

A experiência dos atores com o terceiro segmento da trajetória cirúrgica, sinalizou a carência de equipamentos, espaço físico, recursos humanos e materiais na CME.

Estudo realizado na cidade de Goiânia verificou que as forças que interferem nas reações dos indivíduos na CME, advém da maneira como eles vivenciam o ambiente, afetando o desenvolvimento de suas atividades e o processo de trabalho como um todo⁽⁵⁸⁾.

Com o intuito de analisar as condições de reprocessamento de materiais cirúrgicos, um estudo que abrangeu dez hospitais públicos do estado da Bahia, concluiu que em todos os polos havia inconformidades que poderiam causar danos ou prejuízos à saúde dos usuários⁽⁵⁹⁾. Atualmente, a implantação do gerenciamento de riscos nos serviços de saúde, tem colaborado na avaliação da qualidade dos reprocessamentos de materiais médicos cirúrgicos, em que o conceito de riscos residuais norteia as decisões sobre a liberação ou não de reuso de materiais reesterilizados, assim como instituem uma rotina de reavaliação de processos, permeadas por indicadores de processo, como a taxa de infecção de sítio cirúrgico⁽⁶⁰⁾.

Neste contexto, vale ressaltar o fundamento das atividades realizadas nas unidades de esterilização de materiais cirúrgicos e sua fundamental importância à saúde dos pacientes, correlacionando a falta de condições de trabalho à queda de qualidade da assistência⁽⁶¹⁾.

A intensa rotatividade de mão de obra especializada na CME estudada, tem contribuído para a queda na qualidade do serviço prestado, corroborando com estudo realizado no HCU/SP em 2010, no qual gestores experientes associaram a alta taxa de licenças médicas e a rotatividade de colaboradores com problemas no setor de ocorrência, devendo ser pontuados e solucionados⁽⁶¹⁾.

Em relação à provisão de recursos para as cirurgias, a experiência dos atores sugere aos gestores realizarem o planejamento dos materiais cirúrgicos com mais de 24h de

antecedência, para prevenir os cancelamentos cirúrgicos por falta de materiais. Em 2010, um estudo realizado no Paraná, discutiu a importância do enfermeiro no planejamento dos recursos materiais e humanos, assim com dos insumos necessários para efetivação das cirurgias nos hospitais. Segundo os pesquisadores, além dos enfermeiros assumirem intrinsecamente essa preocupação, são responsabilizados em nível institucional por tê-lo como função atribuída⁽⁶²⁾.

Da experiência dos atores, emerge que a implantação das novas cotas também impactou no cancelamento cirúrgico tardio na CME, visto que os enfermeiros aguardam a chegada dos materiais até o último momento, a fim de evitarem o cancelamento por falta de materiais.

Como anteriormente discutido, esses fatores são relacionados à autonomia dos profissionais enfermeiros dentro da organização, conforme apresentado por Lins e Cecílio⁽²²⁾.

Vale ressaltar, que os enfermeiros da CME lidam diariamente com situações estressantes, devido à quantidade de trabalho imposto pela rotina, assim como a desmotivação e despreparo dos colaboradores, mediante a importância do processo realizado. Manejar a assistência indireta ao paciente, mas igualmente importante fazer a equipe compreender essa faceta, são os desafios desses profissionais⁽⁶³⁾. Torna-se essencial a valorização da enfermagem dentro da CME, visto que dispõem de conhecimentos e habilidades específicas para a realização do reprocessamento de materiais usados na assistência à saúde. Esse setor pode ser figuradamente comparado ao coração da instituição⁽⁶⁴⁾.

Da vivência dos atores, emerge a sugestão de unificar os impressos de solicitação de materiais e kits de cirurgia ao sistema E-pront, por meio da elaboração de um ícone pelo serviço de informática. Esse procedimento facilitaria o processo de solicitação dos materiais e o acesso de toda a equipe pertencente ao itinerário cirúrgico à informação dos materiais discriminados para cada usuário na Instituição. Essa estratégia preveniria conflitos entre os atores, em que a unidade de CC, responsável por preencher e encaminhar o pedido de kits cirúrgicos culpabiliza a CME, por falta de materiais oriundos dessa solicitação.

A informática como ferramenta de auxílio nos serviços de saúde, foi esplanada anteriormente, contudo sugere-se uma reformulação das ferramentas de apoio utilizadas na assistência à saúde na Instituição, devendo ser repensada pelo setor responsável.

Na experiência dos atores, o motivo clínico é reconhecido como fator preponderante no cancelamento de cirurgias na Instituição, corroborando com o achado num estudo conduzido em serviço de Fortaleza, no qual 50,3% dos cancelamentos foram pela mesma razão⁽¹¹⁾.

Mediante a problemática do cancelamento cirúrgico e suas implicações até aqui discutidas, no sentido de humanização da assistência ao paciente cirúrgico, um estudo questionou sobre o tratamento que os pacientes receberam após o cancelamento de suas cirurgias, e sugeriu que as instituições considerassem como adiadas aquelas cirurgias realizadas no decorrer da semana e canceladas aquelas efetuadas após este período, trazendo um dado mais confiável aos indicadores, facilitando rastrear as verdadeiras causas desses cancelamentos⁽⁵⁾.

Por fim, reconhece nesta pesquisa a limitação de caracterizar os cancelamentos cirúrgicos da Instituição, uma vez que seu banco de dados ainda não utiliza instrumentos com itens claros de caracterização dos motivos clínicos e não clínicos. Outro fato foi o Setor de Faturamento recusar-se a participar do estudo. Contudo percebeu-se, que só o fato de ter realizado as entrevistas com os atores do itinerário cirúrgico, levou-os à reflexão sobre o trabalho, repercutindo em várias mudanças, mesmo antes da finalização deste estudo. Este fenômeno é denominado pela literatura como Efeito Hawthorne⁽¹³⁾.

5 CONCLUSÕES

Em face da realização desta pesquisa, em um Hospital Público do Estado de São Paulo, primeiramente para caracterizar os cancelamentos cirúrgicos quanto aos motivos clínicos e não clínicos, bem como se existe influência da sazonalidade, verificou-se que:

- A taxa de cancelamento cirúrgico eletivo apresentou-se menor ao ser comparada com as de outros hospitais de características semelhantes. Contudo, ainda é possível reduzi-la de 6,79% para 1,36%, considerando que 80% das razões de cancelamento podem ser prevenidas, sejam elas por motivos clínicos ou não clínicos;
- 48,33% desses cancelamentos foram por “razões clínicas” e 46,40% por “não clínicas”, todavia, não foi possível conhecer quantitativamente quais foram as razões clínicas. O instrumento de coleta de dados utilizado pela Instituição estudada não permitiu tal caracterização. Segundo a experiência dos atores com o itinerário cirúrgico investigado, a Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS), foi apontada como a principal razão de cancelamento cirúrgico em crianças, e em adultos e idosos o *Diabetes Mellitus* e a Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Dentre os motivos não clínicos de cancelamento cirúrgico, preponderaram os relacionados com razões médicas, categorizadas como “a pedido do cirurgião/mudança de conduta” ; seguido por “paciente não internou”; motivos esses corroborados por estudos nacionais e internacionais. Contudo, a “falta de material”, o terceiro motivo de cancelamento neste estudo, não se configurou em hospitais universitários de país com estabilidade econômica;
- 50% dos cancelamentos cirúrgicos por razões “não clínicas”, não permitiram interpretar os motivos com precisão, em face de justificativas não claras ou ausência das mesmas, por exemplo: “a pedido do cirurgião/mudança de conduta” somado ao “não informado”. Fato desafiante encontrado também em outros estudos, por impedir o conhecimento dos gestores sobre os verdadeiros motivos e, conseqüentemente, dificultando soluções apropriadas;

- Dois horários como picos de cancelamentos cirúrgicos, às 7h00 e às 13h30, primeiramente por “falta de condições clínicas do usuário, seguida da justificativa “a pedido do cirurgião/mudança de conduta”;
- Crianças e idosos, usuários alocados nos extremos da faixa etária, totalizaram 61,86% dos cancelamentos cirúrgicos. Os mais acometidas por “motivos clínicos” são as crianças, seguidas pelos idosos, enquanto que por “motivos não clínicos”, os adultos, seguidos dos idosos;
- A “Cirurgia infantil” seguida da “Ortopedia”, constituem as especialidades que mais cancelam cirurgias na Instituição. Contudo, essa característica da Cirurgia Infantil é merecedora de investigação, pois pareceu uma característica exclusiva da Instituição estudada, quando se comparou com a literatura;
- Não houve indicação de sazonalidade quanto à ocorrência de motivos de cancelamento no período (2010-2013), porém novos estudos são necessários, quando a Instituição reestruturar a sua forma de categorizar os motivos clínicos. Este fato, provavelmente, interferiu na análise.

A utilização do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, permitiu a construção de um modelo teórico que abstrai a experiência dos atores com os segmentos da trajetória cirúrgica eletiva na Instituição. Esse modelo aponta os desafios e sugestões para minimizar cancelamentos e sofrimentos com a experiência, como a possibilidade de reduzir a taxa de cancelamento de 6,79% para 1,36%, considerando que 80% das razões de cancelamento são preveníveis, sejam elas por motivos clínicos ou não clínicos.

Analisando esses desafios e sugestões segundo Donabedian (1966), pode-se perceber algumas falhas estruturais, tais como:

- Recursos humanos especializados insuficientes no Ambulatório (Anestesista e Enfermeiros);
- Déficit de computadores/impressoras e espaço físico no Acolhimento;
- Falta de espaço físico, equipamentos, insumos e materiais cirúrgicos, corroborando com o achado de cancelamento por falta de materiais CME de 6,50% na Instituição, enquanto nos dados internacionais os índices assemelham a zero;
- Número reduzido de técnicos de enfermagem treinados e experientes na CME, comprometendo a qualidade dos reprocessamentos dos materiais.

- Em relação aos elementos descritos pelo referencial como Processo, evidenciou-se:
- Planejamento cirúrgico ineficiente, no qual o serviço de Agendamento cirúrgico não considera a previsibilidade de leitos na instituição e a variação da agenda cirúrgica semanal, gerando sobrecarga de trabalho à equipe de enfermagem. Contudo, sofrem influências negativas com as falhas de comunicação dos médicos;
- Dados incompletos na estratificação dos motivos de cancelamento cirúrgico para subsidiar o indicador de suspensão, fatos que podem estar dificultando os gestores na resolução de tais problemas;
- Evidenciou-se falhas na comunicação em todos os segmentos da trajetória cirúrgica, gerando conflitos, os quais podem estar acarretando aumento de custos.

À luz do referencial proposto por Lins e Cecílio⁽²⁴⁾, verificou-se que o eixo de trabalho da Organização estudada é bem definido e alinhado pela empresa, e o indivíduo é considerado um insumo, ou seja, seus conhecimento e habilidades são ferramentas a serem utilizadas. No entanto, tem sua criatividade limitada pelos interesses coletivos. A realização do trabalho advém dos gestores e são respeitados pelos subordinados. Nessa interface, justifica-se também as falhas de comunicação entre os atores, assim como a falta de autonomia dos profissionais enfermeiros, gerando frustração aos mesmos e custos ao Hospital.

6. PRODUTO

Uma das finalidades do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem fornecidos pela Unesp/Botucatu-SP, vai além do aprimoramento pessoal e profissional do aluno, para auxiliar a Instituição pesquisada por meio da elaboração de um produto final. Sendo este um material ou processo de intervenção, o mesmo será apresentado à instituição, durante a Reunião Clínica de Enfermagem. Nesta oportunidade, os atores participantes terão a oportunidade de validarem o modelo teórico abstraído da experiência dos mesmos, com a trajetória cirúrgica na Instituição,

Para alcançar esse objetivo, optou-se em apresentar sugestões e recomendações para reformulação do processo de trabalho:

- Durante a caracterização dos motivos de cancelamento cirúrgico, observou-se multiplicidade de significados nos dados utilizados pela instituição (*A critério médico e Mudança de conduta*); fator que dificulta a análise do indicador de cancelamento cirúrgico. Conforme amplamente discutido na literatura, a elaboração de dados assertivos favorece a construção dos indicadores de qualidade e consequentemente a tomada de decisão pelo gestor do CC;
- Envolver a CME no processo de agendamento cirúrgico eletivo, estimulando o gerenciamento de materiais antecipados na instituição;
- Elaborar em conjunto com o Setor de Informática, um ícone de cancelamento de cirurgias no sistema E-pront, na página de Aviso Cirúrgico, contendo a descrição precisa de todos os tipos de cancelamento, a exemplo dos motivos clínicos (DM, HAS, IVAS, febre e um espaço para preenchimento de causas eventuais), e dos não clínicos (atraso médico, falta de tempo de sala, erro no agendamento, falta de materiais cirúrgicos, mudança de conduta médica e um espaço para preenchimento de causas eventuais. Contudo, para o item “mudança de conduta” e “a pedido médico”, deverá ser descrita em campo próprio, a justificativa);
- Fazendo-se necessário implementar consultas pré-operatórias com os cirurgiões que atendam as necessidades de apoio informacional do usuário;
- Reelaboração do indicador de tempo cirúrgico por cirurgião e o tipo de contratação por produtividade;
- Participação do médico no Agendamento cirúrgico para auxiliar a equipe a priorizar procedimentos cirúrgicos;

- Considerando indispensável a participação de um profissional médico junto da equipe de Acolhimento e das Unidades cirúrgicas;
- A reformulação do horário de internação e da realização dos procedimentos cirúrgicos pediátricos;
- Antecipar, além das 24 horas, o gerenciamento dos recursos materiais cirúrgicos pela CME;
- A CME, manter atualizado os setor de Agendamento e CC sobre materiais cirúrgicos indisponíveis, assim como envolver sua equipe na localização de materiais pontualmente solicitados pelo CC;
- Unificar os impressos de solicitação de materiais e kits cirúrgicos no sistema E-pront.

REFERÊNCIAS

1. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Surgery cancelling at a teaching hospital: implications for cost management. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. [cited 2015 Sep 16]; 15(5):1018-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500021&lng=en&nrm=iso&tlng=en. DOI: 10.1590/S0104-11692007000500021.
2. 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* [Internet]. 2006 [cited 2015 Sep 17]; 14(1):48-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100007&lng=en. DOI: 10.1590/S0104-11692006000100007.
3. Chalya PL, Gilyoma JM, Mabula JB, Simbila S, Ngayomela IH, Chandika AB, et al. Incidence, causes and pattern of cancellation of elective surgical operations in the University Teaching Hospital in the Lake Zone, Tanzania. *Afr Health Sci*. 2011;11(3): 438-43.
4. Ivarson B, Kimbald PO, Sjöberg T, Larsson S. Patient reactions to cancelled or postponed heart operations. *J Nurs Manag* [Internet]. 2002 [cited 2015 Sep 17]; 10(2):75-81. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.0966-0429.2001.00293.x/abstract;jsessionid=D49D99C63E0AF38EECCCE03BD8B936319.f01t01>. DOI: 10.1046/j.0966-0429.2001.00293.x.
5. Macedo JM, Kano JA, Braga EM, Garcia MA, Caldeira SM. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. *Rev SOBECC*. 2013;18(1):26-34.
6. Korki, AC, Fonseca LF. The issue of the surgical cancellation: the perspective of anesthesiologists. *Rev Enferm UFPE Online* [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 17]; 7(2):481-90. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/64>. DOI: 10.5205/r euol.3073-24791-1-LE.0702201321 ISSN: 1981-8963.
7. Risso ACMCR, Braga EMA. Communicating pediatric surgery suspension: feelings of the relatives involved in the process. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 22]; 44(2): 360-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200017>.
8. Avila MAG, Bocchi SCM. Telephone confirmation of a patient's intent to be present for elective surgery as a strategy to reduce absenteeism. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 17]; 47(1):193-97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100024>.
9. Magri MPF, Espíndola RF de, Santhiago MR, Mercadante EF, Kara Júnior N. Cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência. *Arq Bras*

- Oftalmol [Internet]. 2012 [cited 2015 Sep 17]; 75(5):333-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492012000500007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492012000500007>.
10. Chiu CH, Lee A, Chui PT. Cancellation of elective operations on the day of intended surgery in a Hong Kong hospital: point prevalence and reasons. *Hong Kong Med J*. 2012;18(1):5-10.
 11. Landim FM, Paiva FDS de, Fiuza MLT, Oliveira EP de, Pereira JG, Siqueira IA. Analyses of the related factors for surgery suspension at a general surgery service of medium complexity. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2009 [cited 2015 Sep 17]; 36(4):283-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000400002&lng=en. DOI: 10.1590/S0100-69912009000400002.
 12. Chaves Sá SP, Gomes do Carmo T, Secchin Canale L. Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico. *Enferm glob [revista en la Internet]*. 2011 [citado 2015 Sep 17]; 10(23): 190-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300014&lng=es. DOI: 10.4321/S1695-61412011000300014.
 13. Schuster M, Neumann C, Neumann K, Braun J, Geldner G, Martin J, et al. The effect of hospital size and surgical service on case cancellation in elective surgery: results from a prospective multicenter study. *Anesth Analg* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 17]; 113(3):578-85. Available from: <http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/pages/articleviewer.aspx?year=2011&issue=09000&article=00022&type=abstract>. DOI: 10.1213/ANE.0b013e318222be4d.
 14. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital escola: um estudo exploratório. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2000 [cited 2015 Sep 21]; 8(4): 59-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000400009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000400009>.
 15. Sung WC, Chou AH, Liao CC, Yang MW, Chang CJ. Operation cancellation at Chang Gung Memorial Hospital. *Chang Gung Med J*. 2010;33(5):568-75.
 16. Hovlid E, von Plessen C, Haug K, Aslaksen AB, Bukve O. Patient experiences with interventions to reduce surgery cancellations: a qualitative study. *BMC Surg* [internet]. 2013 [cited 2015 Sep 16]; 13(1):30. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2482/13/30>. DOI: 10.1186/1471-2482-13-30.
 17. Schofield WN, Rubin GL, Piza M, Lai YY, Sindhusake D, Fearnside MR, Klineberg PL. Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *Med J Aust*. 2005;182(12):612-5.
 18. Leslie R, Beiko D, Van Vlymen J, Siemens DR. Day of surgery cancellation rates in urology: identification of modifiable factors. *Can Urol Assoc J* [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 22]; 7:167-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699075/>. DOI: 10.5489/cuaj.12020.

19. Barbosa MH, Miranda Goulart DM, Vieira de Andrade E, Mattia A. Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente. *Enferm Global*. 2012;11(26):164-73.
20. Presidência da República. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 3 Out 2003; Seç. 1:1.
21. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
22. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnica e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
23. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [cited 2015 Sep 22]; 83(4): 691–729. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
24. Lins AM, Cecílio LCO. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2007 [cited 2015 Sep 22]; 11(23): 503-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300008>.
25. Kumar R, Gandhi R. Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* [Internet]. 2012 [cited 22 Sep 2015]; 28(1):66-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275976/>. DOI: 10.4103/0970-9185.92442.
26. Cihoda JH, Alves JR, Fernandes LA, de Souza Neto EP. The analysis for the causes of surgical cancellations in a Brazilian university hospital. *Care Manag J* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 22]; 16(1):41-7. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/cmanj/2015/00000016/00000001/art00005?token=005e1f9d3f960f9224bd2396720297d76345f7b514a46247a7b4d573a6d3f6a4b6e4e395e4e6b6331c93c1afac2164>. DOI: 10.1891/1521-0987.16.1.41.
27. Bamashmus M, Haider T, Al-Kershy R. Why is cataract surgery canceled? A retrospective evaluation. *Eur J Ophthalmol*. 2010;20(1):101-5.
28. Sahraoui A, Elarref M. Bed crisis and elective surgery late cancellations: an approach using the theory of constraints. *Qatar Med J*. 2014;(1):1-11.
29. Ministério da Saúde. Portaria nº 252 GM, de 06 de fevereiro de 2006. Redefine a política nacional de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade. *Diário Oficial da União*. 30 Mar 2006; Seç. 1:107-8.
30. Pedroso MM, Calmon PCDP, Bandeira LF, Lucena RAV. Eficiência relativa da política nacional de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade. *Rev*

- adm contemp [Internet]. 2012 [cited 2015 Sep 22]; 16(2):237-52. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552012000200005&lng=en&nrm=iso. DOI: 10.1590/S1415-65552012000200005.
31. Maya CM, Simões ALA. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. Rev bras enferm [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 21]; 64(5): 898-904. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500015>.
 32. Vituri DW, Lima SM, Kuwabara CT, Gil RB, Évora YDM. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. Texto contexto - enferm [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 21]; 20(3): 547-56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300017>.
 33. Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM, Lipsitz SR, Rogers SO, Zinner MJ., et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. J Am Coll Surg [Internet]. 2007 [cited 2015 Sep 22]; 204(4):533-40. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1072751507000610>. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.01.010.
 34. Elbardissi AW, Regenbogen SE, Greenberg CC, Berry W, Arriaga A, Moorman D, et al. Communication practices on 4 Harvard surgical services: a surgical safety collaborative. Ann Surg [Internet]. 2009 [cited 2015 Sep 22]; 250(6):861-5. Available from: <http://journals.lww.com/annalsofsurgery/pages/articleviewer.aspx?year=2009&issue=12000&article=00001&type=abstract>. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181afe0d
 35. Xue W, Yan Z, Barnett R, Fleisher L, Liu R. Dynamics of elective case cancellation for inpatient and outpatient in an academic center. J Anesth Clin Res. 2013;1(4):314.
 36. Sandbaek BE, Helgheim BI, Larsen OI, Fasting S. Impact of changed management policies on operating room efficiency. BMC Health Serv Res [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 16]; 14(224). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/224>. DOI: 10.1186/1472-6963-14-224.
 37. Ministério da Saúde. Portaria nº 354 GM, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Diário Oficial da União. 10 Mar 2014. Seç. 1:39.
 38. Rodrigues LCR, Juliani CMCM. Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2015 [citado 2015 Sep 21]; 13(1): 96-102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000100016&lng=pt. DOI: 10.1590/S1679-45082015GS3235.
 39. Macario A. The limitations of using operating room utilisation to allocate surgeons more or less surgical block time in the USA. Anaesthesia [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 2015]; 65(6):548-52. Available from:

- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.2010.06374.x/abstract>.
DOI: 10.1111/j.1365-2044.2010.06374.x.
40. Batun S, Denton BT, Huschka TR, Schaefer AJ. Operating room pooling and parallel surgery processing under uncertainty. *INFORMS J Comput* [Internet]. [cited 2015 Sep 22] 2011; 23(2):220-37. Available from: <http://pubsonline.informs.org/doi/abs/10.1287/ijoc.1100.0396>. DOI: 10.1287/ijoc.1100.0396.
 41. Farias LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2002 [cited 2015 Sep 21]; 18(5): 1229-41. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500015>.
 42. Costa TD, Martins MCF. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 21]; 45(5): 1191-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500023&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500023>.
 43. Mehta SS, Bryson D J, Mangwani J, Cutler L. Communication after cancellations in orthopaedics: the patient perspective. *World J Orthop* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 16]; 5(1):45-50. DOI: 10.5312/wjo.v5.i1.45. eCollection 2014.
 44. Svantesson H, Löfmark, Thorsen H, Kallenberg K, Ahlström G. Learning a way through ethical problems: Swedish nurses' and doctors' experiences from one model of ethics rounds. *J Med Ethics* [Internet]. 2008 [cited 2015 Sep 22]; 34(5):388-406. Available from: <http://jme.bmj.com/content/34/5/399.long>. DOI: 10.1136/jme.2006.019810.
 45. Temido M, Dussault G. Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança. *Rev Port Saude Publica* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 21]; 32(1):45-54. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000029>. DOI: 10.1016/j.rpsp.2013.11.002
 46. Callegari DC, Batista HT, Silveira GBM, Bentes IMS, Rocha RPB, Batista LAS, et al. Monitoring the suspension of surgical procedures. *Int Arch Med* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 16]; 8(111). Available from: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1151/905>. DOI: 10.3823/1710.
 47. Nazar JC, Bastidas EJ, Lema GF. Exámenes pré-operatórios de rutina en cirugía electiva: actual es la evidencia? *Rev Chil Cir* [Internet]. 2014 [citado 2015 Sep 22]; 66(2): 188-193. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000200017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262014000200017>.

48. Giordano LA, Giordano MV, Giordano EB, Silva RO. Exames pré-operatórios nas cirurgias ginecológicas eletivas. *Femina* [Internet]. 2009 [cited 22 Sep 2015]; 37(11). Available from: http://www.febrasgo.org.br/site/?page_id=5560.
49. Issa MRN, Isoni NFC, Soares AM, Fernandes ML. Avaliação pré-anestésica e redução dos custos do preparo pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 21]; 61(1):65-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942011000100007>.
50. Conselho Regional de Medicina. Do parecer consulta pré-anestésica para cirurgias eletivas - Tempo mínimo para atendimento de consultas antes de realizar cirurgias conforme Resolução nº. 1.802, de 01 de novembro de 2006. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Retificação no Diário Oficial da União. 20 Dez 2006;Seç. I;160. Parecer nº 2432/2013 CRM-PR processo consulta nº 26/2013 – protocolo n.º 23460/2013. Parecerista: cons. Clovis Marcelo Corso. Aprovado em Sessão Plenária nº 3414.^a de 16/12/2013 CÂM IV[Internet]. [Citado 5 Jul 2015]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1802_2006.htm.
51. Ganesan I, Anuradha R, Ravindrakumar P. Audit of cancellation of elective surgeries in a teaching hospital in south India. *J Evol Med Dent Sci* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 21]; 09(4):5322-8. Available from: http://www.jemds.com/latest-articles.php?at_id=7485. DOI: 10.14260/jemds/2015/778.
52. Santos SR. Informática em enfermagem: desenvolvimento de software livre com aplicação assistencial e gerencial. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 21]; 44(2):295-301. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200008>.
53. Farias JS, Guimarães TA, Vargas ER, Albuquerque PHM. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha: a percepção de profissionais de saúde. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 21];45(5):1303-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000500004&lng=en&nrm=iso. DOI: 10.1590/S0034-76122011000500004.
54. Bouamrane MM, Mair FS. A study of clinical and information management processes in the surgical pre-assessment clinic. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 21]; 14(22). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/14/22>. DOI:10.1186/1472-6947-14-22.
55. Souza NVDO, Mauricio VC, Marques LG, Mello CV, Leite GFP. Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 21];14(1):82-7. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/91>. DOI: S1415-27622010000100012.
56. Carnier LE, Rodrigues OMPR, Padovani FHP. Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. *Estud psicol.* [Internet]. 2012 [cited 2015 Sep 21]; 29(3): 315-25.

- Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000300002&lng=en&nrm=iso. DOI: 10.1590/S0103-166X2012000300002.
57. Nascimento EA, Salomão AB, Caporossi C, Silva RM, Cardoso EA, Santos TP. Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios em cirurgia geral. *Rev Col Bras Cir*. [Internet]. 2006 [cited 2015 Sep 21]; 33(3): 181-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912006000300010&lng=en. DOI: 10.1590/S0100-69912006000300010.
 58. Martins VMF, Munari DB, Tipple AFV, Bezerra ALQ, Leite JL, Ribeiro LCM. Driving and hindering forces for team work in a Material and Sterilization Center of a teaching hospital. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 21]; 45(5): 1183-1190. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500022&lng=en. DOI: 10.1590/S0080-62342011000500022.
 59. Costa EAM, Dórea EO, Alves MA, Nery F, Schettini H, Belmonte M, et al. Reprocessamento de produtos para saúde: análise da qualidade sanitária em hospitais públicos. *Rev SOBECC* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 21]; 20(1): 17-23. Available from: <http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2012/?op=paginas&tipo=pagina&secao=19&pagina=32>. DOI: 10.5327/Z1414-4425201500010003.
 60. Costa EAM. Gerenciando risco em reprocessamento de produtos para saúde: uma metodologia para serviços hospitalares. *Rev SOBECC*. 2013;18(2):33-44.
 61. Vieira APM, Kurcgant P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo a percepção dos enfermeiros. *Acta paul enferm* [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 22]; 23(1):11-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100002&lng=en. DOI: 10.1590/S0103-21002010000100002.
 62. Morgan W, Bernardino E, Wolff LDG. Implicações do cancelamento de cirurgias em centro cirúrgico – exploratório. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 21]; 9(1): Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2591/585>.
 63. Pezzi MSM, Leite JL. Investigação em central de material e esterilização utilizando a teoria fundamentada em dados. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 22]; 63(3): 391-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300007&lng=en. DOI: 10.1590/S0034-71672010000300007.
 64. Gil RF, Camelo SH, Laus AM. Nursing tasks in the Material Storage Center of hospital institutions. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 22]; 22(4): 927-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400008&lng=en. DOI: 10.1590/S0104-07072013000400008.

ANEXO 1. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CANCELAMENTO DE CIRURGIA ELETIVA: DOS MOTIVOS À COMPREENSÃO DESDE O AGENDAMENTO AO CENTRO CIRÚRGICO

Pesquisador: GISELE APARECIDA ALVES CORRAL DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24810713.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 476.671

Data da Relatoria: 02/12/2013

Apresentação do Projeto:

O cancelamento cirúrgico constitui-se indicador no processo de avaliação da qualidade da assistência prestada por serviço hospitalar, sinalizando falha de planejamento administrativo da unidade de Centro Cirúrgico (CC), por ser considerado evitável, na maioria das vezes, se trabalhado pelos responsáveis da unidade. Portanto, trata-se de evento que deve ser avaliado, mediante as repercussões desfavoráveis que envolvem não só o paciente, mas a família, a instituição e a própria equipe que lá trabalha.

Os objetivos do estudo são: 1) Caracterizar os cancelamentos de cirurgias eletivas quanto aos motivos clínicos e não clínicos ocorridos no Hospital do interior São Paulo; 2) Compreender na perspectiva dos atores envolvidos no processo cirúrgico desde a fase de agendamento até a admissão do paciente na unidade de CC.

Trata-se de estudo quantiquantitativo a ser conduzido no Hospital do interior de São Paulo. Para realização do primeiro objetivo será realizado estudo retrospectivo quantitativo, com utilização de um banco de dados de todas as cirurgias canceladas, no período de quatro anos, compreendido de 01/01/2010 a 31/12/2013. Nessa etapa as análises de tendências para o número de cancelamento serão feitas ajustando um modelo de regressão de Poisson para identificar as diferenças mensais. Para o segundo objetivo será realizado estudo qualitativo, com

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 476.671

previsão de inclusão de 34 participantes) visando compreender a trajetória do processo de trabalho, assim como a estrutura envolvida, desde a fase de agendamento até a realização da cirurgia eletiva, sendo realizada entrevista semiestruturada com gravação de áudio para captar a experiência de sete grupos amostrais de atores envolvidos em cada fase. (Agendamento cirúrgico: enfermeira e os oficiais administrativos; Ambulatório: enfermeiros e anestesiológista; Acolhimento: enfermeiros coordenador e assistenciais, técnicos de enfermagem, médicos, assistente social e oficiais administrativos; Clínica cirúrgica Clínica médica e Pediatria: enfermeiros coordenador e assistencial, técnico de enfermagem e oficiais administrativos; Centro cirúrgico: enfermeiros coordenadores e assistenciais, técnicos de enfermagem, médicos anestesiológista e cirurgiões, oficiais administrativos; Central de materiais: enfermeiros coordenador e assistencial, técnico de enfermagem e oficiais administrativo; Faturamento: coordenador e oficiais administrativos; Nutrição: nutricionista, técnica de nutrição e copeira).

A técnica de registro utilizada será a gravação de áudio e os conteúdos das entrevistas serão descritos na íntegra e posteriormente deletados os respectivos arquivos, assim como qualquer informação que possa identificar os atores participantes. Depois de transcritas na íntegra, as entrevistas serão submetidas à análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do estudo são: 1) Caracterizar os cancelamentos de cirurgias eletivas quanto aos motivos clínicos e não clínicos ocorridos em um hospital do interior de SP ; 2) Compreender na perspectiva dos atores envolvidos no processo cirúrgico desde a fase de agendamento até a admissão do paciente na unidade de CC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são relacionados à manipulação dos dados existentes na instituição. E os benefícios relacionados à compreensão do funcionamento do processo de agendamento cirúrgico, o que permitirá a proposição de um protocolo que atenda as necessidades de acordo com os achados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo quantiquantitativo a ser conduzido em um hospital do interior de São Paulo . O estudo é interessante e bem delineado. Os riscos são relacionados apenas à confidencialidade dos dados, e os benefícios são relacionados à compreensão do funcionamento do processo de agendamento cirúrgico, o que permitirá a proposição de um protocolo que atenda as necessidades

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 476.671

de acordo com os achados. Todos os documentos e autorizações necessárias foram anexados ao processo. Há autorização do Chefe do Departamento de Enfermagem e do presidente da Comissão Científica do hospital do interior São Paulo para realização do projeto. Há também a autorização do diretor executivo do Hospital para utilizar o banco de dados de registros de cirurgias cancelados e prontuários médicos. O TCLE está na forma de convite, em linguagem condizente com aqueles que irão respondê-lo. Consta o tempo estimado de duração da entrevista que será de 2 horas. os custos ficarão a cargo da pesquisadora e foram estimados em R\$1010,00 para transporte, aquisição de gravador e materiais de consumo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos e autorizações necessárias foram anexados ao processo. Há autorização do Chefe do Departamento de Enfermagem e do presidente da Comissão Científica do hospital do interior de SP para realização do projeto. Há também a autorização do diretor executivo do Hospital para utilizar o banco de dados de registros de cirurgias cancelados e prontuários médicos.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Acredito que o projeto possa ser aprovado sem necessidade de envio à CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião do CEP de 02 de Dezembro de 2.013, sem necessidade de envio à CONEP.

Ao Final deste projeto os pesquisadores devem encaminhar ao CEP o respectivo Relatório Final de Atividades.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 476.671

BOTUCATU, 03 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

ANEXO 2. MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA

Campus de Botucatu

MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA

Objetivo Acadêmico:

- () Pós Doutorado
 () Tese Doutorado
 (X) Dissertação de Mestrado
 () Trabalho científico
 () Outros: Especificar

Título Inicial:

CANCELAMENTO DE CIRURGIA ELETIVA: DOS MOTIVOS A COMPREENSÃO DESDE O AGENDAMENTO AO CENTRO CIRÚRGICO.

Título Final:

CANCELAMENTO DE CIRURGIA ELETIVA: DOS MOTIVOS À COMPREENSÃO DO ITINERÁRIO AGENDAMENTO - CENTRO CIRÚRGICO.

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 02/12/2013

Declaro que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

Nome e Assinatura do Orientador(a)

Dr.ª Silvia Cristina Manzini Bocchi

Nome e Assinatura do Orientado(a)

Guilherme Alves Limal dos Santos

- **Projetos submetidos via Plataforma Brasil:** Preencher o formulário, digitalizar, protocolar no CEP e postar no sistema Plataforma Brasil.
- **Projetos submetidos anteriormente à Plataforma Brasil:** Preencher o formulário em duas vias e protocolar no CEP que emitiu o parecer inicial de aprovação.

APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho convidar o Sr^o(a)_____ para participar da pesquisa **“Cancelamento de cirurgia eletiva: dos motivos à compreensão desde o agendamento ao centro cirúrgico”**.

Este estudo trata-se de uma pesquisa mista, no qual serão coletados dados referentes ao cancelamento de cirurgias eletivas nos bancos de dados existentes na instituição e visa compreender a trajetória do processo de trabalho e estrutura envolvida desde a fase de agendamento até a realização da cirurgia eletiva, segundo a experiência dos atores envolvidos e esclareço que os custos gerados pela pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora, não acarretando nenhum encargo para a instituição envolvida no estudo.

Os dados serão coletados através de entrevistas com colaboradores que participam do processo cirúrgico do hospital estudado e do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho – UNESP.

Para os participantes da pesquisa não haverá custos e nem encargos adicionais. Esclareço que, qualquer informação obtida sobre os sujeitos, será confidencial, também esclareço que os registros de pesquisa estarão disponíveis para revisão do CEP e dos sujeitos participantes que as identidades dos mesmos não serão reveladas em nenhuma publicação deste estudo.

Explico aos sujeitos que estão livres para recusar a participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento.

Certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo e, por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos. E

este documento após aprovação do CEP será elaborado em 2 vias, sendo uma entregue a mim e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante pesquisa:_____

Data:_____/_____/_____.

Eu, Gisele Aparecida Alves Corral dos Santos certifico que expliquei ao sujeito acima, a natureza e propósitos associados à sua participação neste estudo, esclareci que respondi todas as questões que me foram feitas, estarei à disposição para qualquer esclarecimento dos sujeitos durante e após o estudo e testemunhei assinatura acima. E foi esclarecido aos sujeitos desta pesquisa, que em qualquer dúvida adicional poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho - UNESP, através dos fones: (14) 3880-1608/3880-1609.

Assinatura do Pesquisador Responsável:_____.

Endereço: Rua capitão Alcides, n20-17, Apt B13. Bauru-SP. **Fone:** (14) 3208 5641/81454294

Pesquisador responsável: Gisele Aparecida Alves Corral dos Santos