

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde**

**NARA GABRIEL NIGRO ROCHA**

**OS PRINCIPAIS MOTIVOS DE SUSPENSÕES CIRÚRGICAS  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Recife**

**2024**

**Nara Gabriel Nigro Rocha**

**OS PRINCIPAIS MOTIVOS DE SUSPENSÕES CIRÚRGICAS  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Gestão e  
Economia da Saúde da Universidade Federal de  
Pernambuco, para a obtenção do Título de  
Mestre em Gestão e Economia da Saúde**

**Orientador: Prof. Dr. Paulo Melo**

**Recife**

**2024**

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Rocha, Nara Gabriel Nigro.

Os principais motivos de suspensões cirúrgicas em um hospital universitário / Nara Gabriel Nigro Rocha. - Recife, 2025.  
66f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde, 2024.

Orientação: Paulo Guilherme Melo Filho.

Inclui referências.

1. Indicadores de Saúde; 2. Hospital de Ensino; 3. Gestão de Centro Cirúrgico. I. Melo Filho, Paulo Guilherme. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

## RESUMO

ROCHA, N. G. N. Os principais motivos de suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. 2024. 000f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

O presente estudo aborda a importância dos indicadores de saúde, especificamente a taxa de suspensão cirúrgica, como uma ferramenta essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, especialmente em hospitais de ensino. Objetivos gerais e específicos do estudo, incluem identificar os principais motivos de suspensão cirúrgica, caracterizá-los por especialidades, investigar correlações com listas de espera e propor melhorias. Este estudo retrospectivo analisou dados secundários sobre suspensões cirúrgicas. Foi realizado um levantamento de janeiro de 2019 a dezembro de 2022. Os motivos foram agrupados em categorias como Paciente, Materiais/Equipamentos/Medicamentos, Processo de Trabalho e Equipe Assistencial. O estudo tem a carta de anuência do setor estudado e aprovação pela Gerência de Ensino e Pesquisa da unidade hospitalar e está em conformidade com a LGPD. O estudo em questão aborda a análise estatística de produção e suspensões cirúrgicas. Foi realizada uma análise descritiva dos números de produção e suspensões, classificados por grupos e subgrupos de motivos de suspensões e analisadas para a unidade hospitalar e por especialidades. Os principais motivos de suspensão cirúrgica foram relacionados ao "Processo de Trabalho", seguido por questões relacionadas ao paciente, equipe assistencial e materiais/equipamentos/medicamentos. Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Urologia e Ginecologia foram as especialidades mais afetadas pelas suspensões cirúrgicas. Apesar do teste de significância da correlação entre número de suspensões e lista de espera apresentar dados de que não existe associação entre número de suspensões e número de pacientes em lista de espera cirúrgica, seu p-valor é muito próximo algo que não deve ser descartado. As recomendações propostas fornecem diretrizes claras para melhorar a gestão da programação cirúrgica e reduzir as suspensões, abordando aspectos como coordenação, responsabilização, avaliação pré-operatória e capacitação dos profissionais envolvidos. Implementar essas recomendações pode contribuir significativamente para otimizar os processos de atendimento e proporcionar uma melhor experiência aos pacientes. As considerações finais do estudo destacam a importância da análise detalhada das suspensões cirúrgicas para identificar motivos evitáveis e inevitáveis, visando aprimorar a eficiência da unidade hospitalar.

**Palavras-chave:** Indicadores de Saúde; Hospital de Ensino; Gestão de Centro Cirúrgico.

## ABSTRACT

ROCHA, N. G. N. *The Main Reasons for Surgical Cancellations in a University Hospital*. 2024. 000f. Dissertation (Master's) – Federal University of Pernambuco, Recife, 2024.

This study addresses the importance of health indicators, specifically the surgical cancellation rate, as a key tool for improving the quality of healthcare services, particularly in teaching hospitals. The general and specific objectives include identifying the main reasons for surgical cancellations, categorizing them by specialty, investigating correlations with surgical waiting lists, and proposing improvements. This retrospective study analyzed secondary data on surgical cancellations from January 2019 to December 2022. Reasons were grouped into categories such as Patient, Materials/Equipment/Medications, Work Process, and Healthcare Team. The study was approved by the hospital's Teaching and Research Management and complies with the Brazilian General Data Protection Law (LGPD). A descriptive analysis was conducted on production and cancellation data, categorized by groups and subgroups of causes and analyzed both for the hospital unit and by specialty. The main reasons for cancellations were related to the Work Process, followed by issues related to the patient, healthcare team, and materials/equipment/medications. General Surgery, Ophthalmology, Orthopedics and Traumatology, Urology, and Gynecology were the most affected specialties. Although the correlation test between number of cancellations and surgical waiting list indicated no statistically significant association, the p-value was near the threshold and should not be disregarded. The proposed recommendations offer clear guidelines for improving surgical scheduling management and reducing cancellations by addressing coordination, accountability, preoperative evaluation, and training of healthcare professionals. Implementing these measures may contribute to optimizing care processes and enhancing patient experience. The final considerations emphasize the importance of detailed analysis of surgical cancellations to identify avoidable and unavoidable causes and improve hospital efficiency.

**Keywords:** Health Indicators. Teaching Hospital. Surgical Center Management.

## **Dedicatória**

À minha família, alicerce de tudo.

Ao meu marido e à minha filha, por serem meu porto seguro e minha maior motivação.

Aos meus pais, pelo amor incondicional e por me ensinarem o valor da educação e da persistência.

Ao meu irmão, pela presença constante e apoio em todas as fases da vida.

Aos amigos que caminharam comigo nesta jornada, com carinho, escuta e incentivo.

## **Agradecimentos**

A realização desta dissertação foi possível graças ao apoio, incentivo e contribuição de muitas pessoas e instituições, às quais expresso minha mais sincera gratidão.

Ao meu orientador, Professor Paulo Melo, pela orientação generosa, pelas valiosas contribuições acadêmicas e pela confiança depositada no meu trabalho. Sua escuta atenta e incentivo constante foram fundamentais durante todo o percurso.

Aos colegas de pesquisa e de jornada no CCSA – UFPE, pelo compartilhamento de saberes, pelas discussões enriquecedoras e pelo companheirismo nos momentos desafiadores e gratificantes da vida acadêmica.

Aos meus familiares, por todo o amor, apoio emocional e compreensão ao longo dessa caminhada. Em especial ao meu marido, minha filha, meus pais e meu irmão, por serem minha base, minha inspiração e meu refúgio em todos os momentos.

Aos amigos que, de diferentes formas, contribuíram com palavras de incentivo, apoio prático ou apenas estando presentes.

Ao Hospital das Clínicas da UFPE, onde trabalho, pelo ambiente de aprendizado e pela experiência que tanto contribuiu para a construção desta pesquisa.

A todos e todas que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa trajetória, o meu muito obrigada.

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Gráfico 1.</b> Taxas de suspensão cirúrgica por hospitais da Rede EBSEH  | <b>17</b> |
| <b>Gráfico 2.</b> Cirurgias realizadas e Produtividade por sala   | <b>29</b> |
| <b>Gráfico 3.</b> Lista de espera por Especialidades  | <b>59</b> |
| <b>Gráfico 4.</b> Gráfico de dispersão entre o número de agendamentos e o número de suspensões de procedimentos                 | <b>60</b> |
| <b>Gráfico 5.</b> Gráfico de dispersão entre o número de pacientes em lista de espera e o número de suspensões de procedimentos | <b>61</b> |

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Taxas de produção e suspensão cirúrgica por ano, 2019 a 2022 **28**
- Tabela 2.** Taxas de produção, suspensão e número de cirurgias extras por especialidade e por ano, 2019 a 2022 **31**
- Tabela 3.** Taxas de suspensões de grupos de motivos por ano, 2019 a 2022 **32**
- Tabela 4.** Tabela de suspensões por grupos de motivos por especialidades, de 2019 a 2022 **34**
- Tabela 5.** Taxas de suspensão por subgrupo do Grupo de Processo de Trabalho, por especialidade, 2019 a 2022 **36**
- Tabela 6.** Taxas de suspensão por subgrupo do Grupo de Paciente, por especialidade, 2019 a 2022 **47**
- Tabela 7.** Taxas de suspensão por subgrupo do Grupo de Equipe Assistencial, por especialidade, 2019 a 2022 **53**
- Tabela 8.** Taxas de suspensão por subgrupo do Grupo de Materiais, Equipamentos e Medicamentos, por especialidade, 2019 a 2022 **55**

## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CGU: Controladoria Geral da União

CHC – UFPR Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

CHU-UFPA: Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará

CINAHL: Índice Cumulativo para Enfermagem e e Allied Health Literature

CME: Central de Material Esterilizado

COMPLEXO HOSPITALAR – CH UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

COVID-19: Doença do Coronavírus

CTI: Centro de Terapia Intensiva

DEPAS: Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde

EBSERH: Empresa Brasileiras de Serviços Hospitalares

GEP: Gerência de Ensino e Pesquisa

HC – UFMG: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

HC – UFPE: Hospital das Clínicas de Pernambuco

HC-UFG: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

HC-UFTM: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

HC-UFU: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Hospital De Doenças Tropicais – Hdt Universidade Federal Do Tocantins

Hospital De Ensino Dr. Washington Antônio De Barros – Hu Universidade Federal Do Vale Do São Francisco – Univasf

Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (ufpel)

Hospital Universitário – Hu Universidade Federal De Juiz De Fora – Ufjf

Hospital Universitário - Hu Universidade Federal De Santa Catarina – Ufsc

Hospital Universitário - Hu Universidade Federal De São Carlos – Ufscar

Hospital Universitário - Hu Universidade Federal De Sergipe – Ufs

Hospital Universitário – Hu Universidade Federal Do Amapá - Unifap

Hospital Universitário - Hu Universidade Federal Do Piauí - Ufpi

Hospital Universitário Alcides Carneiro - Huac Universidade Federal De Campina Grande – Ufcg

Hospital Universitário Ana Bezerra – Huab Universidade Federal Do Rio Grande

Do Norte – Ufrn

Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS)

Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – Hucam Universidade Federal Do Espírito Santo – Ufes

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA)

Hospital Universitário De Lagarto - Hul Universidade Federal De Sergipe – Ufs

Hospital Universitário De Santa Maria – Husm Universidade Federal De Santa Maria – Ufsm

Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM-UFMS)

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Junior Universidade Federal Do Rio Grande

Hospital Universitário Gaffrée E Guinle - Hugg Universidade Federal Do Estado Do Rio De Janeiro – Unirio

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS)

Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL-UFRN)

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL)

Hospital Universitário Professor Edgard Santos – Hupes Universidade Federal Da Bahia – Ufba

Hu: Hospital Universitário Da Grande Dourados

HUAP: Hospital Universitário Antônio Pedro

HUB: Hospital Universitário de Brasília

HUGV: Hospital Universitário Getúlio Vargas

HUJBB: Hospital Universitário João Barros Barreto

Hujm: Hospital Universitário Júlio Müller

HULW: Hospital Universitário Lauro Wanderley

LGPD: Lei Geral de Proteção de Dados

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde

Maternidade Climério De Oliveira - Mco Universidade Federal Da Bahia – Ufba

Maternidade Escola Januário Cicco – Mejc Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte – Ufrn

MG: Minas Gerais

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde OPME Órteses, Próteses e Materiais Especiais

ORE: Operating Room Effectiveness

## **LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS**

PRO-REG: Programa de Avaliação de Maturidade em Regulação em Saúde;

RIPSA: Rede Interagencial de Informação para a Saúde;

SCIELO: Scientific Electronic Library Online;

SRA: Serviço de Regulação Assistencial;

SUS: Sistema Único de Saúde;

UBCME: Unidade de Bloco Cirúrgico e Central de Material Esterilizado;

UFAL: Universidade Federal de Alagoas;

UFAM: Universidade Federal do Amazonas;

UFF: Universidade Federal Fluminense;

UFMS: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

UFPA: Universidade Federal do Pará

UFPB: Universidade Federal da Paraíba

UFPE: Universidade Federal de Pernambuco

UFRN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFSM: Universidade Federal de Santa Maria

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

|      |  |    |
|------|--|----|
| 1.   | INTRODUÇÃO .....                                   | 14 |
| 2.   | OBJETIVOS .....                                    | 19 |
| 2.1. | Objetivo geral.....                                | 19 |
| 2.2. | Objetivos específicos .....                        | 19 |
| 3.   | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....                        | 20 |
| 4.   | METODOLOGIA .....                                  | 24 |
| 4.1. | Grupo paciente .....                               | 24 |
| 4.2. | Grupo materiais, equipamentos e medicamentos ..... | 24 |
| 4.3. | Grupo processo de trabalho .....                   | 25 |
| 4.4. | Grupo equipe assistencial .....                    | 25 |
| 4.5. | Aspectos éticos .....                              | 26 |
| 4.6. | Benefícios potenciais da pesquisa.....             | 26 |
| 4.7. | Riscos associados à pesquisa .....                 | 27 |
| 5.   | RESULTADOS E DISCUSSÕES.....                       | 27 |
| 6.   | PROPOSTAS DE MELHORIAS .....                       | 62 |
| 7.   | CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                          | 63 |
| 8.   | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                   | 64 |

## 1. INTRODUÇÃO

A busca pela melhoria da prestação de serviços de saúde é uma realidade para todos os sistemas de saúde atuais. Para o sistema público brasileiro também não é diferente, apesar das primeiras duas décadas dos anos 2000 terem sido de inúmeros avanços para questões de acesso e tamanho de redes, a qualidade dos serviços não acompanhou esse ritmo. Para a análise da qualidade dos serviços se faz imperativo avaliar indicadores de saúde produzidos pelos mesmos (Guimarães, 2018).

Os indicadores de saúde devem estar preparados para atender às metas de melhoria da assistência ao cliente, para assegurar a confiança dos usuários, para considerar as determinações de instituições de financiamento, para reduzir custos, para instigar e incentivar o comprometimento dos profissionais. (Kurcgant, Tronchin e Melleiro, 2006).

A geração e a análise sistemática de indicadores de saúde retroalimentam os sistemas visando melhorar a tomada de decisão em vários setores. Como exemplo, o aperfeiçoamento considerável na qualidade dos dados e indicadores produzidos nos Estados membros da OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde - é proveniente em grande parcela da melhoria nos sistemas nacionais de saúde na coleta, análise e controle de indicadores básicos de saúde. O Brasil é um exemplo, com a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) promovendo o desenvolvimento e o diagnóstico de indicadores de saúde e o feedback às fontes de dados e sistemas de informação nacionais. (OPAS, 2018)

Indicadores de saúde são fundamentais para o planejamento do Sistema Único de Saúde - SUS. Eles norteiam as políticas a serem adotadas e indicam o caminho a seguir para melhorias. Dentro de uma unidade hospitalar, vários são os indicadores que podem avaliar a qualidade do serviço prestado, a taxa de suspensão cirúrgica é um dos indicadores mais importantes, em relação a custos hospitalares e para aferição de qualidade de serviço prestado (Guimarães, 2018).

A eficiência dos serviços de saúde depende diretamente de um planejamento adequado e da gestão eficaz dos recursos disponíveis. No contexto das cirurgias eletivas, a lista de espera cirúrgica é uma ferramenta essencial para organizar os pacientes que necessitam de tratamento, garantindo um fluxo adequado de atendimento. Além de sua função assistencial, ela também desempenha um papel estratégico na gestão das unidades de saúde,

servindo como instrumento de monitoramento e cobrança por parte dos órgãos de controle, a fim de assegurar que a população tenha acesso às intervenções necessárias. (DIXON *et al*, 2021; MASTROIANNI *et al*, 2023).

Por meio dessa ferramenta, torna-se possível planejar a oferta de serviços cirúrgicos, otimizando a alocação de insumos, recursos humanos e logísticos. No entanto, a eficácia desse processo depende diretamente da forma como a lista é gerida. Uma administração inadequada pode comprometer a ordenação e a continuidade da assistência, gerando impactos negativos para os pacientes e para o sistema de saúde como um todo. Assim, é fundamental que as redes e os serviços de saúde estabeleçam normas claras e bem definidas para a organização dessas listas, prevenindo falhas que possam comprometer o atendimento.

Nesse contexto, a taxa de suspensão cirúrgica se destaca como um importante indicador de desempenho hospitalar, permitindo avaliar a capacidade dos serviços de saúde de cumprir suas programações operatórias. Esse indicador é calculado pela razão entre o número de cirurgias efetivamente realizadas conforme a programação e o total de cirurgias agendadas ou programadas em determinado período. Embora altas taxas de suspensão não representem, necessariamente, ociosidade dos serviços ou baixa produtividade, elas refletem falhas no gerenciamento e no planejamento. Dessa forma, a análise desse índice é essencial para aprimorar a organização dos serviços cirúrgicos, garantindo maior previsibilidade e eficiência no atendimento à população.

Ferreira e Boto (2021) realizou um estudo que pretendia avaliar a dimensão dos cancelamentos no dia da cirurgia numa instituição do Serviço Nacional de Saúde, quantificando-os, identificando as causas, origem e previsibilidade, sendo realizado em um Hospital Português. Neste estudo sobre cancelamentos de cirurgias eletivas no dia da cirurgia os pesquisadores refletem sobre a complexidade dos eventos que levam a suspensão da cirurgia e analisam os principais motivos de suspensão. (Ferreira e Boto, 2021).

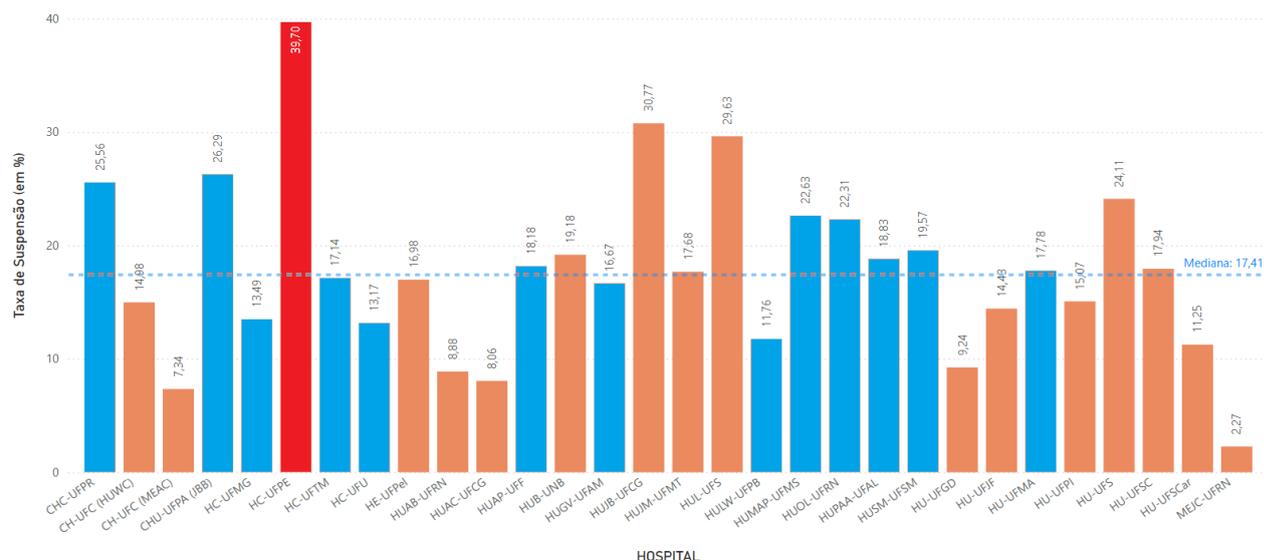
Em um artigo sobre a avaliação sobre os indicadores de qualidade de um centro cirúrgico de um hospital terciário foram analisadas várias taxas dentre elas taxa de suspensão cirúrgica corroborando com a ideia deste como indicador importante para gestão e monitoramento de qualidade da assistência. (Sousa, Mazzo, Almeida, Tonello e Lourençone, 2022).

A Controladoria Geral da União - CGU em 2020 realizou uma auditoria nos Hospitais Universitários da Rede EBSEERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - para fins de avaliação dos contratos de gestão com as Instituições de Ensino Superior. Esse relatório traz várias recomendações, entre elas: o monitoramento da taxa de suspensão cirúrgica e acompanhamento dos principais motivos de suspensão cirúrgica para minimizar sua ocorrência. (BRASIL, 2021) Além da CGU, o Programa de Avaliação de Maturidade em Regulação em Saúde - PRO- REG, coordenado pelo Serviço de Regulação Assistencial - SRA da Administração Central da EBSEERH, que agrupa um conjunto de ações mirando a ampliação de amadurecimento na gestão dos processos de Regulação e Avaliação em Saúde dos hospitais da Rede EBSEERH também indicou essa mesma taxa como importante indicador para reorganização de lista de espera cirúrgica e monitoramento de ofertas cirúrgicas (BRASIL,2022a).

Como parte de um plano de ação a EBSEERH publicou Portaria nº 16 da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde - DEPAS da EBSEERH em 19 de junho de 2022 (BRASIL,2022a), instituindo a obrigatoriedade do envio das informações necessárias ao monitoramento de indicadores cirúrgicos da Rede EBSEERH. Com esta portaria, o HC – UFPE – Hospital das Clínicas de Pernambuco da Universidade Federal de Pernambuco - iniciou o monitoramento junto ao SRA – EBSEERH onde foi possível constatar altos índices de suspensão cirúrgica sendo necessária uma intervenção para melhoria desse indicador. O HC - UFPE teve como meta a redução da taxa de suspensão cirúrgica para menos de 30% até setembro de 2023. Até o final desse processo a meta é de 18%.

O gráfico 1 abaixo mostra o último monitoramento registrado neste painel para taxas de suspensões cirúrgicas dos hospitais da rede (BRASIL, 2023).

**Gráfico 1. Taxas de suspensão cirúrgica por hospitais da Rede EBSEERH.**



**Fonte: Painel de Monitoramento de Oferta Cirúrgica da Rede EBSEERH, Maio 2023.**

O gráfico acima revela que, entre todas as taxas de suspensão cirúrgica, o HC-UFPE, que está em destaque vermelho, apresenta a maior taxa, atingindo 39,70%, independentemente do porte dos hospitais analisados. Os hospitais comparáveis com relação a porte e complexidade dentro da rede EBSEERH são um total de 13 unidades. As unidades comparáveis com o HC-UFPE estão aparecendo no gráfico em azul. Mesmo ao considerar hospitais de porte e complexidade comparáveis ao HC-UFPE, ainda há uma diferença superior a 10 pontos percentuais em relação ao hospital com a segunda maior taxa de suspensão, o Hospital Universitário João Barros Barreto da Universidade Federal do Pará (HUJBB – UFPA), que registra 26,29% (BRASIL, 2023).

Assim, este estudo pretende responder aos seguintes questionamentos: Quais os maiores motivos de suspensão cirúrgicas em um hospital de ensino? Como eles se caracterizam? Existe uma correlação entre as listas de espera cirúrgica e essas taxas de suspensão?

Compreende-se a importância destacada da pesquisa sobre as suspensões cirúrgicas. A análise aprofundada dessas suspensões não apenas lança luz sobre problemas desconhecidos, mas também oferece uma oportunidade crucial para melhorar a eficiência do Centro Cirúrgico e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Ao fornecer uma análise detalhada, incluindo um recorte histórico, a pesquisa está contribuindo significativamente para a compreensão das falhas nos processos hospitalares. Esse entendimento é fundamental para a gestão

hospitalar, pois permite a identificação de pontos críticos que necessitam de intervenção. Ao concentrar esforços nessas áreas específicas, é possível otimizar o funcionamento do Centro Cirúrgico e, por extensão, melhorar a eficiência global do hospital.

Além dos benefícios internos para a instituição, é crucial ressaltar os impactos positivos na população atendida. A melhoria na eficiência do Centro Cirúrgico significa que os pacientes terão acesso mais rápido e eficaz aos procedimentos necessários, influenciando diretamente na resolução de problemas de saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

Essa pesquisa não apenas contribui para o aprimoramento dos processos hospitalares, mas também desempenha um papel vital na promoção da saúde e bem-estar da comunidade. A ligação entre a eficiência operacional e o impacto positivo na vida das pessoas é um ponto-chave que pode sensibilizar gestores, profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância contínua desse tipo de investigação e a implementação de melhorias resultantes.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Identificar os principais motivos de suspensão cirúrgica dentro de hospital de ensino.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar os principais motivos de suspensão cirúrgica por especialidades dentro de hospital de ensino;
- Investigar se existe uma correlação entre as especialidades com as maiores listas de espera e as maiores suspensões;
- Apresentar proposta de melhoria para redução da taxa de suspensão cirúrgica.

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A suspensão de cirurgias tem se tornado um dilema cotidiano no Brasil e em outros países. Considera-se que a atividade cirúrgica é uma variável que afeta os indicadores de qualidade, produtividade e eficiência da gestão das instituições hospitalares. (Araújo *et al*, 2020).

A portaria nº 16 da DEPAS (BRASIL,2022a) traz alguns de conceitos importantes como:

- Cirurgias Programadas: são aquelas que constam da programação cirúrgica, contemplando os pacientes que atendem às condições necessárias ao agendamento do procedimento;
- Mapa Cirúrgico: é o documento que apresenta, separadamente, cada profissional, cada cirurgia com suas respectivas datas, os dados do paciente, o procedimento a ser realizado, materiais e medicamentos utilizados, observações e o total de cirurgias por dia e por profissional;
- Cancelamento ou Suspensão Cirúrgica: é o rompimento ou suspensão de qualquer operação que estava inserida no mapa cirúrgico e que não foi realizada naquele dia, sendo seus motivos normalmente identificados posteriormente.

Essa portaria foi implementada com o objetivo de padronizar as informações coletadas por todos os hospitais da Rede EBSEH. Anteriormente, as informações eram obtidas de maneira diversificada, sem seguir objetivos ou metas institucionais claras. Com essa uniformização, busca-se garantir que os dados coletados sejam consistentes e úteis para a gestão eficaz dos hospitais, permitindo uma melhor avaliação do desempenho e a implementação de estratégias mais eficientes para melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pela rede. (BRASIL,2022a).

No Regimento Interno do Bloco Cirúrgico do HC-UFPE são consideradas cirurgias suspensas aquelas que são as cirurgias canceladas após 24 horas antes do seu horário de agendamento inicial. Cirurgias desmarcadas ou canceladas antes desse prazo não são consideradas suspensas, mas elas deverão entrar em listas de espera e/ou serem reprogramadas (BRASIL, 2022b).

Cavalcante, Pagliuca e Almeida (2000) no decorrer de suas pesquisas realizaram uma investigação acerca das cirurgias agendadas e adiadas,

relatando quais os serviços que mais cancelavam procedimentos cirúrgicos em um hospital universitário. Esse estudo demonstrou quais as especialidades mais cancelavam os procedimentos cirúrgicos e se existem diferenças numéricas de suspensões entre os meses.

Um estudo sobre custos de cancelamentos cirúrgicos em um hospital de São José do Rio Preto apresentou taxas de suspensão por especialidades e motivos e ainda trouxe a discussão sobre os custos diretos dessas mesmas suspensões para a instituição. (Perroca, Jericó e Facundin, 2007a).

Para Perroca, Jericó e Facundin (2007a), a suspensão cirúrgica é uma falha decorrente do não atendimento aos pré-requisitos do planejamento administrativo do centro cirúrgico. Um ponto importante a destacar é que as cirurgias podem ser desmarcadas ou reagendadas não sendo necessariamente consideradas essas situações suspensões cirúrgicas. Também é necessário informar que existem prazos para que essas cirurgias sejam consideradas desmarcadas ou reagendadas e não suspensas. Não existem regras específicas para esses prazos ficando a critério dos hospitais definirem o mesmo.

Para que uma pessoa consiga fazer uma cirurgia toda uma cadeia de recursos é mobilizada. São exames, consultas pré-operatórias, compra de materiais descartáveis, processamento de instrumentais cirúrgicos, preparo da sala, e ainda todos os recursos humanos necessários para todos esses processos mencionados. Além dessa mobilização existe também uma própria conjuntura social do paciente que se tiver trabalho precisa se afastar, se for responsável pelo cuidado de menores ou idosos também precisará de apoio para seu cuidado pós-operatório. Sendo o paciente um menor ou idoso também temos a necessidade de afastamento de seus cuidadores de suas atividades diárias (Cavalcante, Pagliuca e Almeida, 2000; Araújo *et al*, 2020)

Em 2012, um estudo realizado em um hospital de ensino de Uberaba em Minas Gerais investigou as taxas de suspensões cirúrgicas por especialidades e ainda suas justificativas. O estudo informa que teve como limitação o não registro dos motivos de suspensão, o que só reforça a importância dos registros de motivos de suspensão cirúrgicas para melhoria dos processos. (Barbosa *et al*, 2012).

As suspensões cirúrgicas apesar de terem grande impacto para o paciente e as instituições, parecem fazer parte do cotidiano das equipes envolvidas no processo e elas não parecem dar a devida atenção ao problema.

Prestar uma assistência multiprofissional para evitar suspensões cirúrgicas deve ser um objetivo a ser atingido por todos. É necessário monitoramento de taxas de suspensão para fins de melhoria da assistência e para correção de processos gerenciais. Essas melhorias podem trazer resultados como otimização de ofertas e filas cirúrgicas e racionalização de recursos, minimizando os custos para a unidade hospitalar (Perroca, Jericó, e Facundin, 2007b).

Em artigo sobre a avaliação da produtividade do centro cirúrgico de um hospital universitário, aplicou-se uma metodologia para avaliar a eficiência do Bloco Cirúrgico a partir do método Operating Room Effectiveness (ORE) que mensura a eficiência real das salas cirúrgicas. Com isso, expôs como um dos motivos para diminuição da eficiência em um centro cirúrgico os cancelamentos das cirurgias. Neste mesmo artigo como uma das propostas de melhoria apresenta monitoramento dos motivos das suspensões (Bandeira, Junior e Bandeira, 2021).

A revisão sistemática de Conteratto *et al* (2020) sobre cancelamentos cirúrgicos aponta três grandes categorias para a suspensão cirúrgica que são Paciente, Serviço de Saúde e Profissional. Além desses 3 grandes grupos, a revisão também discutiu sobre motivos evitáveis e não evitáveis e os períodos em que esse cancelamento ocorre. Nesta revisão ratifica-se a importância do monitoramento dos motivos das suspensões cirúrgicas como forma de melhoria dos processos de qualidade da assistência, otimização de recursos e diminuição do estresse a todos os envolvidos.

O planejamento adequado do mapa cirúrgico juntamente com gestão dos insumos traz menor impacto ao paciente, diminui o tempo de internação e os riscos de infecção hospitalar e reduz os custos para o tratamento com benefícios diretos aos usuários que serão mais bem atendidos, e para a instituição que aumenta sua eficiência. (Cavalcante, Pagliuca e Almeida, 2000) Quando todo esse planejamento é inadequado, todos os custos envolvidos no processo aumentam tanto para o usuário quanto para a instituição. Com isso, as instituições padecem perdas financeiras decorrentes do retrabalho, absorvendo o tempo que seria utilizado para realizar outra atividade e os usuários não têm seu problema de saúde solucionado (Perroca, Jericó, e Facundin, 2007a).

Uma revisão integrativa sobre cancelamentos cirúrgicos traz que os autores acordam que há sempre espaço para o aperfeiçoamento dos serviços prestados, por meio da diminuição das taxas de suspensão, pois existem casos

evitáveis com a prática de melhorias. Estas têm grande importância nas instituições, tendo em vista que os cancelamentos geram impactos nas vidas dos pacientes e de seus familiares e no gerenciamento de recursos (tanto materiais quanto financeiros) da instituição, além de causarem prejuízos à imagem da instituição e custos ao sistema de saúde. (Botazini e De Carvalho, 2017).

Rangel *et al* (2019) apontam que o cancelamento cirúrgico causa prejuízo ao paciente, aos profissionais de saúde e à instituição, aumentando os custos com recursos materiais e humanos e influenciando na rotina hospitalar. A atenção do gerenciamento do centro cirúrgico em reduzir custos e impedir o uso indiscriminado de recursos deverá levar em consideração as necessidades do usuário e procurar assistência cirúrgica qualificada, segura, e sem intercorrências.

Araújo *et al* (2020) trazem a importância de estudos sobre os cancelamentos cirúrgicos para redução de custos e melhoria da eficiência das instituições. Os índices de suspensão de cirurgias eletivas retratam os centros cirúrgicos quanto à sua produtividade e atendimento ao cliente, e conseqüentemente, ao impacto econômico e de prestação de serviço. As conseqüências são a perda de oportunidade de inclusão de outro paciente, subutilização das salas do centro cirúrgico, aumento da taxa de permanência, risco de infecção hospitalar e diminuição da disponibilidade de leitos.

Conteratto *et al* (2020) em seu artigo concluem a importância de que se estude mais a temática de cancelamento cirúrgico principalmente dentro dos próprios serviços como forma de mitigar e guiar as unidades para traçar estratégias de melhoria.

A definição das razões mais persistentes de cancelamento cirúrgico, permitem um diagnóstico minucioso da gestão do indicador de suspensão cirúrgica e como conseqüência a qualidade de assistência prestada. A programação cirúrgica em conformidade é avaliada devido ao sucesso do procedimento cirúrgico eletivo, e para isso, faz-se indispensável o amadurecimento de abordagens analíticas, reflexivas e avançadas para assistência peri operatória efetiva e ao estímulo da autonomia e organização da equipe cirúrgica. (Rangel *et al*, 2019).

## **4. METODOLOGIA**

Este foi um estudo descritivo, retrospectivo com utilização de dados secundários referentes ao indicador de suspensão cirúrgica utilizado pelo hospital. O estudo foi realizado na UBCME – Unidade de Bloco Cirúrgico e Central de Material Esterilizado - do HC-UFPE.

O período analisado foi de janeiro/2019 a dezembro/2022. Foram consideradas cirurgias suspensas, todas as cirurgias desmarcadas após 24 horas antes do horário previamente agendado conforme Regimento Interno do Bloco Cirúrgico. Cirurgias desmarcadas antes das 24 horas que antecedem o horário previamente agendado foram excluídas da amostra. Todos os motivos identificados foram agrupados em grupo e divididos em subgrupos conforme indicadores utilizados pelo HC-UFPE.

Os grupos dos motivos de suspensão cirúrgicas são divididos em:

### **4.1. Grupo paciente**

- Não internou
- Recusa ou Desistência
- Condição Clínica Desfavorável: exame alterado, hiperglicemia, infecções, lesão de pele, instabilidade hemodinâmica;
- Óbito

### **4.2. Grupo materiais, equipamentos e medicamentos**

- Equipamento: equipamento necessário à realização que esteja com defeito ou problema
- Hemoderivados: falta de componentes hemoderivados, sangue ou falha no pedido;
- Material de consumo: por falta do material em estoque ou por falha no pedido do material;
- Medicamento: falta de medicamentos necessários em estoque ou falha no pedido do medicamento;
- Rouparia: problemas no fornecimento do enxoval para a realização da cirurgia;

- OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais: falta de OPME em estoque ou falha no pedido;

#### **4.3. Grupo processo de trabalho**

- Conduta Clínica: cirurgia eletiva substituída por cirurgia de urgência;
- Documentação: documentação clínica incompleta ou não preenchida;
- Programação Cirúrgica: prolongamento da cirurgia anterior, marcação errada da cirurgia, overbooking;
- Pré-operatório: avaliação clínica não realizada ou insuficiente, exames pré-operatórios insuficientes, jejum não prescrito ou inadequado;
- Pós-operatório: falta de leitos de RPA, UTI ou enfermaria;
- Sala Operatória: condicionamento de ar inadequado, sala em manutenção;

#### **4.4. Grupo equipe assistencial**

- Anestesia
- Equipe de Enfermagem
- Cirurgião
- Instrumentador
- Outros

Com os grupos e seus subgrupos, os dados foram tabulados e analisados segundo estatística descritiva, em frequência absoluta e média. Os resultados estão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos. Também foi realizado um teste de significância estatística para avaliar se quanto maior o número de suspensões cirúrgicas para a especialidade, maior sua lista de espera cirúrgica.

Durante o período do estudo, ocorreram mudanças significativas nos processos de registro hospitalar da unidade analisada. Entre as principais alterações, destacam-se a transição do prontuário manual para o prontuário eletrônico, a reclassificação dos grupos de registro de suspensão cirúrgica e a modificação no sistema de agendamento das cirurgias eletivas. Essas mudanças impactaram diretamente a padronização e o acesso aos dados, exigindo adaptações metodológicas na coleta das informações da pesquisa. Os ajustes realizados tiveram como base as orientações fornecidas pela própria unidade

estudada, especialmente no que se refere à nova nomenclatura e categorização dos registros, garantindo assim a fidedignidade dos dados utilizados na análise.

#### **4.5. Aspectos éticos**

O presente estudo, por se tratar de uma pesquisa que faz uso de dados secundários restritos, foi encaminhado para Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HC-UFPE onde foi aprovado e tem a anuência da gestão hospitalar da unidade envolvida.

É essencial destacar que a pesquisa está em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados -LGPD, pois está lidando apenas com dados secundários e não inclui informações pessoais sensíveis. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em nuvem segura e em conformidade com as regulamentações de proteção de dados sob responsabilidade da pesquisadora Nara Gabriel Nigro Rocha no endereço naragabrielnigro@gmail.com, pelo período de mínimo 5 anos. O orçamento foi de inteira responsabilidade da pesquisadora principal.

A pesquisa que visa trazer luz ao problema crônico das suspensões cirúrgicas é uma iniciativa valiosa, pois pode proporcionar uma compreensão mais profunda desse desafio significativo na gestão hospitalar. Analisar os números detalhadamente pode revelar padrões, tendências e áreas específicas que precisam de atenção para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços cirúrgicos.

#### **4.6. Benefícios potenciais da pesquisa**

- **Compreensão Aprofundada:** A pesquisa pode fornecer uma visão mais clara sobre as razões específicas para as suspensões cirúrgicas, identificando padrões e áreas críticas que demandam intervenção.
- **Otimização da Gestão:** Ao compreender os motivos subjacentes, os gestores hospitalares podem tomar decisões informadas para otimizar os processos e recursos, reduzindo assim as suspensões cirúrgicas.
- **Aprimoramento da Qualidade:** A análise detalhada pode levar a melhorias na qualidade do atendimento cirúrgico, garantindo que os procedimentos sejam realizados de forma mais eficiente e segura.
- **Elaboração de Propostas de Melhoria:** A pesquisa pode fornecer insights valiosos para a criação de propostas específicas de melhoria, abordando os motivos fundamentais das suspensões cirúrgicas.

#### **4.7. Riscos associados à pesquisa**

- **Confidencialidade:** A exposição detalhada dos números de cancelamentos cirúrgicos pode envolver informações sensíveis. Garantir a confidencialidade dos dados é crucial para evitar problemas éticos e legais.
- **Resistência Interna:** Alguns membros da equipe hospitalar podem resistir à divulgação de números específicos, especialmente se isso expuser falhas ou áreas de melhoria.
- **Impacto na Reputação:** Se os resultados da pesquisa indicarem desafios significativos na gestão cirúrgica, pode haver um impacto na reputação do hospital. No entanto, a transparência e a ação proativa podem atenuar esse risco.
- **Necessidade de Intervenção Imediata:** Se a pesquisa identificar problemas críticos, a pressão para uma intervenção rápida pode aumentar, exigindo uma abordagem cuidadosa para evitar decisões precipitadas.

Para mitigar esses riscos, é crucial adotar medidas de segurança, como anonimização de dados sensíveis, garantir a conformidade com regulamentações de privacidade e envolver as partes interessadas desde o início para construir apoio e compreensão em relação aos objetivos da pesquisa.

### **5. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A análise estatística foi dividida em três etapas. Tem-se uma etapa descritiva, mostrando os números de produção cirúrgica e suspensões de acordo com os grupos e subgrupos de motivos de suspensões. A segunda etapa é a aplicação do teste exato de Fisher para testar se existe independência ou associação entre as especialidades e os grupos e subgrupos de suspensão. A terceira etapa de análise do estudo traz os perfis das especialidades que durante o período estudado apresentam características de suspensões mais semelhantes entre si.

**Tabela 1.** Taxas de produção e suspensão cirúrgica por ano, de 2019 a 2022.

| Cirurgias  | Ano    |        |        |        | Total  |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|            | 2019   | 2020   | 2021   | 2022   |        |
| Agendados  | 8911   | 3609   | 4703   | 4765   | 21988  |
| Realizados | 5296   | 2184   | 2821   | 2892   | 13193  |
| Suspensos  | 3615   | 1425   | 1882   | 1873   | 8795   |
| Produção   | 59,43% | 60,52% | 59,98% | 60,69% | 60,00% |
| Suspensão  | 40,57% | 39,48% | 40,02% | 39,31% | 40,00% |

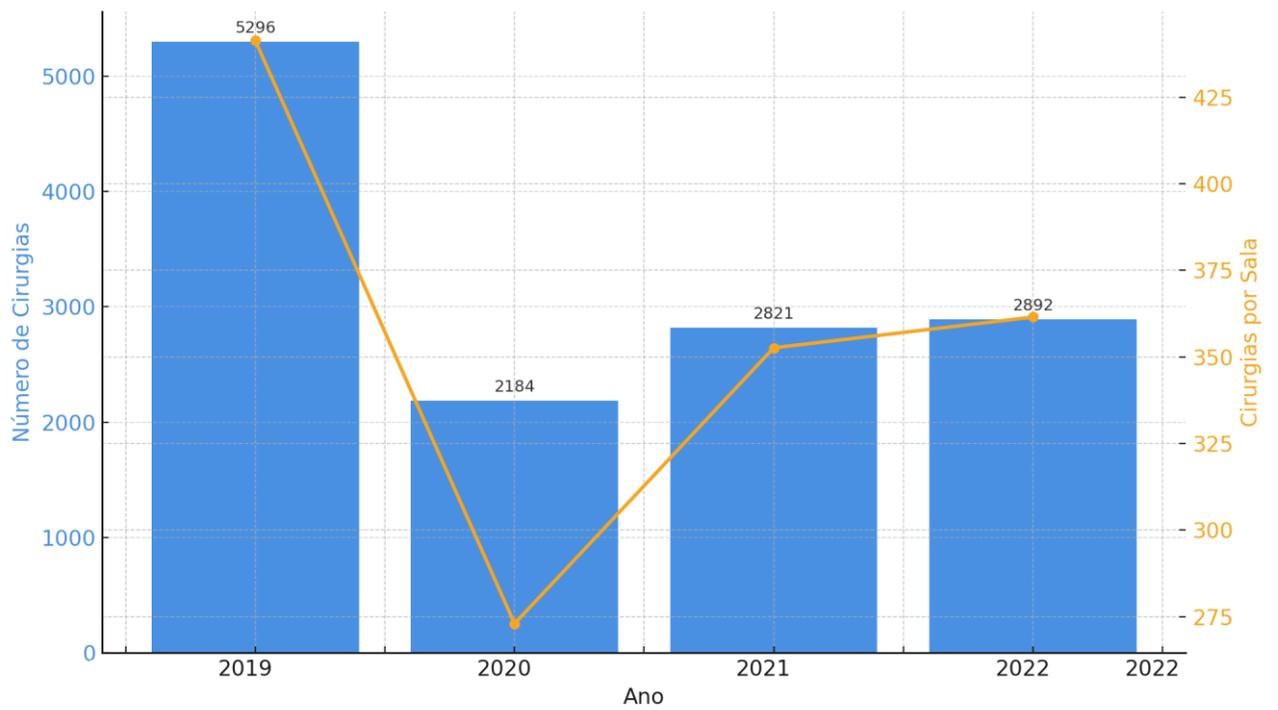
Fonte: Indicadores da UBCME, 2019 a 2022.

Na tabela 1 estão consolidados todos os números de produção e suspensão para os anos 2019 a 2022 com o total de 21.988 cirurgias agendadas, 13.193 cirurgias realizadas e 8.795 procedimentos cirúrgicos suspensos com taxa de suspensão consolidada de 40,00%. O ano de 2020, primeiro ano da Pandemia da COVID-19 (Doença do Coronavírus), teve uma redução de todos os números apresentados na tabela 1 o que era esperado para o período em relação ao restante dos anos tanto pré-pandemia como pós-pandemia aparecendo com números semelhantes, mas as taxas de suspensão permaneceram entre 39,48% e 40,02% sem grandes variações.

Em 2019, a instituição contava com 12 salas cirúrgicas em funcionamento — 8 no Bloco Cirúrgico Central e 4 no Bloco Cirúrgico Ambulatorial — realizando um total de 5.296 cirurgias no ano. A partir de março de 2020, com o fechamento do Bloco Cirúrgico Ambulatorial, a capacidade foi reduzida para 8 salas cirúrgicas. Essa mudança, aliada ao impacto da pandemia, provocou uma queda expressiva na produção cirúrgica: em 2020, foram realizados apenas 2.184 procedimentos, representando uma redução de aproximadamente 59% em relação ao ano anterior.

Nos anos seguintes, mesmo com a estrutura cirúrgica mantida em 8 salas, observou-se uma recuperação gradual da produção. Em 2021, foram realizadas 2.821 cirurgias (53% do volume de 2019), e em 2022, esse número subiu para 2.892 (aproximadamente 55% do volume de 2019). Apesar de os números absolutos permanecerem inferiores aos de 2019, a produtividade por sala teve queda importante em 2020, mas foi recuperada nos anos seguintes, e as taxas de produção e de suspensão de cirurgias se mantiveram estáveis, indicando uma reorganização eficiente dos recursos disponíveis e uma adaptação progressiva à nova realidade operacional, conforme demonstrado gráfico abaixo.

**Gráfico 2.** Cirurgias realizadas e produtividade por sala, de 2019 a 2022.



Fonte: Indicadores da UBCME, 2019 a 2022.

Cavalcante, Pagliuca e Almeida (2000) estudaram os cancelamentos cirúrgicos em um hospital público de ensino de grande porte em Fortaleza-CE. Em seu artigo, observaram uma taxa de cancelamento de cirurgias programadas de 33% durante o período analisado, valor um pouco inferior ao encontrado no presente estudo.

Botazini e De Carvalho (2017) realizaram uma revisão integrativa da literatura sobre o tema, considerando publicações entre 2010 e junho de 2016, disponíveis em periódicos indexados nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS, CINAHL, CAPES e SCOPUS, nos idiomas inglês, português e espanhol. Na revisão, os autores classificaram taxas globais de suspensão de 0,48%, 1,98% e 2,00% como baixas, e de 27,4% e 38,0% como altas. A maioria dos estudos analisados apresentou taxas de cancelamento entre 5% e 20%.

Sousa et al. (2022), em seu estudo sobre avaliação de indicadores de qualidade da gestão do centro cirúrgico de um hospital terciário em São Paulo, relataram uma taxa de cancelamento cirúrgico de 4,1%. Apesar de considerada baixa, os autores destacam que ainda há espaço para melhorias.

Ferreira e Boto (2021) realizaram um estudo em hospital universitário português sobre cancelamento de cirurgias eletivas e trazem em seu artigo sobre cancelamentos cirúrgicos uma taxa de suspensão de 2,98%, corroborando com a tese do estudo de Sousa e *et al* (2022) que é possível diminuir ainda mais as taxas de suspensão cirúrgica.

Todos esses estudos e o estudo aqui realizado demonstram que a unidade hospitalar pode rever seus processos e apresentar melhora significativa em suas taxas de suspensão cirúrgica.

**Tabela 2.** Taxas de produção, suspensão e número de cirurgias extras por especialidade e por ano, 2019 a 2022.

| Especialidade             | Produção e Suspensão por Especialidade e por Ano |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
|---------------------------|--|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|
|                           | 2019   |              |                | 2020         |              |                | 2021         |              |                | 2022         |              |                |
|                           | Produção   | Suspensão    | Cirurgia Extra | Produção     | Suspensão    | Cirurgia Extra | Produção     | Suspensão    | Cirurgia Extra | Produção     | Suspensão    | Cirurgia Extra |
| Cirurgia geral            | 706 (48,62%)                                     | 746 (51,38%) | 377            | 279 (48,52%) | 296 (51,48%) | 207            | 398 (49,26%) | 410 (50,74%) | 379            | 393 (56,38%) | 304 (43,62%) | 253            |
| Oftalmologia              | 1080 (58,92%)                                    | 753 (41,08%) | 429            | 285 (64,04%) | 160 (35,96%) | 79             | 510 (68,73%) | 232 (31,27%) | 168            | 426 (70,30%) | 180 (29,70%) | 134            |
| Urologia                  | 656 (64,57%)                                     | 360 (35,43%) | 237            | 239 (58,01%) | 173 (41,99%) | 169            | 244 (61,31%) | 154 (38,69%) | 273            | 311 (60,98%) | 199 (39,02%) | 123            |
| Ginecologia               | 514 (63,77%)                                     | 292 (36,23%) | 131            | 345 (69,70%) | 150 (30,30%) | 56             | 405 (72,84%) | 151 (27,16%) | 75             | 168 (60,87%) | 108 (39,13%) | 23             |
| Otorrino                  | 325 (58,45%)                                     | 231 (41,55%) | 206            | 181 (63,73%) | 103 (36,27%) | 89             | 177 (50,57%) | 173 (49,43%) | 94             | 220 (49,55%) | 224 (50,45%) | 99             |
| Cirurgia vascular         | 89 (24,59%)                                      | 273 (75,41%) | 412            | 92 (42,79%)  | 123 (57,21%) | 188            | 179 (51,44%) | 169 (48,56%) | 264            | 183 (73,49%) | 66 (26,51%)  | 58             |
| Ortopedia e traumatologia | 319 (47,97%)                                     | 346 (52,03%) | 192            | 159 (50,16%) | 158 (49,84%) | 47             | 180 (48,78%) | 189 (51,22%) | 55             | 82 (37,79%)  | 135 (62,21%) | 15             |
| Cirurgia plástica         | 530 (73,00%)                                     | 196 (27,00%) | 58             | 164 (76,64%) | 50 (23,36%)  | 35             | 231 (68,55%) | 106 (31,45%) | 27             | 104 (67,97%) | 49 (32,03%)  | 4              |
| Cirurgia pediátrica       | 363 (62,16%)                                     | 221 (37,84%) | 93             | 84 (50,30%)  | 83 (49,70%)  | 59             | 127 (56,95%) | 96 (43,05%)  | 60             | 191 (67,97%) | 90 (32,03%)  | 60             |
| Endoscopia                | 156 (84,78%)                                     | 28 (15,22%)  | 23             | 80 (85,11%)  | 14 (14,89%)  | 18             | 82 (78,85%)  | 22 (21,15%)  | 22             | 42 (61,76%)  | 26 (38,24%)  | 5              |
| Cirurgia torácica         | 67 (60,36%)                                      | 44 (39,64%)  | 59             | 82 (65,60%)  | 43 (34,40%)  | 45             | 59 (71,95%)  | 23 (28,05%)  | 21             | 45 (73,77%)  | 16 (26,23%)  | 6              |
| Cabeça e pescoço          | 77 (68,14%)                                      | 36 (31,86%)  | 8              | 48 (72,73%)  | 18 (27,27%)  | 5              | 54 (58,70%)  | 38 (41,30%)  | 8              | 54 (69,23%)  | 24 (30,77%)  | 2              |
| Neurocirurgia             | 47 (66,20%)                                      | 24 (33,80%)  | 5              | 19 (67,86%)  | 9 (32,14%)   | 4              | 43 (50,00%)  | 43 (50,00%)  | 13             | 35 (51,47%)  | 33 (48,53%)  | 1              |
| Cirurgia cardíaca         | 51 (69,86%)                                      | 22 (30,14%)  | 5              | 43 (70,49%)  | 18 (29,51%)  | 1              | 30 (47,62%)  | 33 (52,38%)  | 7              | 27 (54,00%)  | 23 (46,00%)  | 3              |
| Cirurgia oncológica       | 0 (0,00%)  | 0 (0,00%)    | 0              | 0 (0,00%)    | 0 (0,00%)    | 0              | 35 (74,47%)  | 12 (25,53%)  | 1              | 120 (70,59%) | 50 (29,41%)  | 25             |
| Mastologia                | 61 (80,26%)                                      | 15 (19,74%)  | 6              | 0 (0,00%)    | 0 (0,00%)    | 0              | 0 (0,00%)    | 0 (0,00%)    | 0              | 33 (84,62%)  | 6 (15,38%)   | 1              |

Nota: Os percentuais nas colunas são valores distribuídos por produção, suspensão e cirurgias extras. Fonte: Indicadores da UBCME, 2019 a 2022.

A tabela 2 traz informações sobre as produções, suspensões e cirurgias extras de cada especialidade pelos anos estudados. Nessa tabela foram apresentadas as especialidades estudadas. Observa-se que apesar de haver grande número de suspensões para a maioria das especialidades, existe um número de cirurgias extras que entram para a programação como substituições dessas suspensões. Essas cirurgias extras não cobrem o número de suspensões, mas trazem a informação que as salas cirúrgicas não ficam necessariamente ociosas com a suspensão da cirurgia. Aqui também é possível observar que duas especialidades apresentam número de cirurgias extras bem próximos ou até em alguns anos maiores que as suspensões que são a Cirurgia Vascular e a Cirurgia Torácica, trazendo novamente a ideia que as salas cirúrgicas estão em funcionamento apesar do grande número de suspensões no serviço.

**Tabela 3.** Taxas de suspensões por grupos de motivos por ano, 2019 a 2022.

| Grupos                                 | Total do período<br>N=8795 | Ano                    |                        |                        |                        |
|--|----------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|  |                            | 2019<br>(N=3615;41,1%) | 2020<br>(N=1425;16,2%) | 2021<br>(N=1882;21,4%) | 2022<br>(N=1873;21,3%) |
| Paciente                               | 1974 (22,4%)               | 871 (24,1%)            | 301 (21,1%)            | 394 (20,9%)            | 408 (21,8%)            |
| Materiais, equipamentos e medicamentos | 583 (6,6%)                 | 234 (6,5%)             | 61 (4,3%)              | 203 (10,8%)            | 85 (4,5%)              |
| Processo de trabalho                   | 4299 (48,9%)               | 1960 (54,2%)           | 704 (49,4%)            | 744 (39,5%)            | 891 (47,6%)            |
| Equipe assistencial                    | 1939 (22,1%)               | 550 (15,2%)            | 359 (25,2%)            | 541 (28,7%)            | 489 (26,1%)            |

Nota: Os percentuais nas colunas são valores distribuídos por grupos de motivos de suspensões. Fonte: Indicadores da UBCME, 2019 a 2022.

A Tabela 3 apresenta as taxas de suspensão por grupos de motivos. O principal motivo de suspensão no consolidado é o grupo “Processo de Trabalho”, responsável por 48,9% das suspensões. O grupo “Paciente” aparece como o segundo principal motivo no consolidado, porém apresenta uma leve tendência de queda ao longo dos anos analisados, encerrando o período como o terceiro motivo de suspensão. Já o grupo “Equipe Assistencial”, que figura como o terceiro motivo no consolidado, teve uma variação significativa de 10 pontos percentuais entre 2019 e 2020. A partir de então, manteve-se relativamente estável, passando a ocupar a segunda posição entre os motivos de suspensão. Por fim, o grupo “Materiais, Equipamentos e Medicamentos” apresentaram as menores taxas de suspensão durante o período estudado, com variações entre 4,5% e 10,8%.

Perroca, Jericó e Facundin (2007a) realizaram um estudo sobre os custos dos cancelamentos cirúrgicos em um hospital de ensino no interior de São Paulo. Nesse estudo, os principais motivos de suspensão estiveram relacionados aos pacientes, especialmente aqueles sem condições clínicas adequadas e os casos de não comparecimento.

O estudo de Barbosa et al. (2012) investigou as taxas de suspensão cirúrgica por especialidade, bem como suas justificativas, em um hospital de ensino de grande porte e caráter terciário, localizado no município de Uberaba, Minas Gerais. O artigo apontou uma taxa de suspensão de 14,14% no hospital analisado, sendo que, em 63,78% dos casos, não houve registro do motivo da suspensão. Entre as justificativas mais frequentemente registradas estavam: não internação do paciente, condições clínicas inadequadas e problemas administrativos, como falta de prontuário ou ausência de recursos humanos.

A revisão integrativa de Botazini e De Carvalho (2017) aponta que a

maioria dos estudos sobre cancelamentos cirúrgicos realiza uma primeira categorização dos motivos como evitáveis e não evitáveis. Além disso, os autores identificam três grandes grupos de causas: condições clínicas desfavoráveis à realização do procedimento, problemas relacionados à estrutura e à organização dos serviços de saúde, e o não comparecimento do paciente. A revisão também destaca a dificuldade enfrentada por muitos pesquisadores quanto à ausência de registro dos motivos de suspensão, o que compromete uma compreensão mais clara sobre as principais causas dos cancelamentos.

Guimarães (2018) realizou uma análise de eficiência do Centro Cirúrgico do Hospital Regional de Samambaia Norte, no Distrito Federal. Em seu relatório, apontou os recursos humanos como o principal motivo de suspensão cirúrgica, representando 38,30% dos casos. Outro motivo relevante identificado foi o relacionado aos pacientes, que correspondeu a 34,75% das suspensões. Em seguida, destacaram-se os fatores ligados à organização da unidade (17,02%) e à indisponibilidade de equipamentos e materiais (7,80%).

Araújo *et al.* (2020) analisaram os dados de cancelamentos cirúrgicos no Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL-UFRN). No estudo, os motivos relacionados à organização da unidade representaram 34,4% das suspensões; os relacionados aos recursos humanos, 27,1%; aos pacientes, 26,5%; e à indisponibilidade de materiais e equipamentos, 6,2%.

Os dados apresentados por Araújo *et al.* (2020) mostram um perfil de suspensão semelhante ao do presente estudo nos aspectos relacionados aos recursos humanos e aos pacientes. No entanto, observa-se uma diferença de mais de 10 pontos percentuais nos motivos ligados à organização da unidade. Essa comparação torna-se ainda mais relevante pelo fato de os hospitais analisados pertencerem à mesma rede e apresentarem perfis institucionais semelhantes, o que reforça a validade da análise comparativa.

**Tabela 4.** Tabela de suspensões por grupos de motivo por especialidades, de 2019 a 2022.

| Especialidade             | Total<br>N=8795 | Paciente<br>(N=1974;22,4%) | Grupos   |   |  |
|---------------------------|-----------------|----------------------------|--|---|--|
|                           |                 |                            | Materiais,<br>equipamentos e<br>medicamentos<br>(N=583;6,6%) | Processo de<br>trabalho<br>(N=4299;48,9%) | Equipe<br>assistencial<br>(N=1939;22,1%) |
| Cirurgia geral            | 1839 (20,9%)    | 402 (21,9%)                | 95 (5,2%)  | 970 (52,7%)                               | 372 (20,2%)                              |
| Oftalmologia              | 1325 (15,1%)    | 472 (35,6%)                | 62 (4,7%)  | 555 (41,9%)                               | 236 (17,8%)                              |
| Ortopedia e traumatologia | 905 (10,3%)     | 125 (13,8%)                | 119 (13,1%)  | 458 (50,6%)                               | 203 (22,4%)                              |
| Urologia                  | 886 (10,1%)     | 159 (17,9%)                | 48 (5,4%)  | 478 (54,0%)                               | 201 (22,7%)                              |
| Ginecologia               | 759 (8,6%)      | 144 (19,0%)                | 84 (11,1%)   | 370 (48,7%)                               | 161 (21,2%)                              |
| Cirurgia vascular         | 751 (8,5%)      | 117 (15,6%)                | 37 (4,9%)  | 428 (57,0%)                               | 169 (22,5%)                              |
| Otorrino                  | 731 (8,3%)      | 113 (15,5%)                | 35 (4,8%)  | 393 (53,8%)                               | 190 (26,0%)                              |
| Cirurgia pediátrica       | 490 (5,6%)      | 167 (34,1%)                | 16 (3,3%)  | 192 (39,2%)                               | 115 (23,4%)                              |
| Cirurgia plástica         | 430 (4,9%)      | 135 (31,4%)                | 12 (2,8%)  | 154 (35,8%)                               | 129 (30,0%)                              |
| Cirurgia torácica         | 135 (1,5%)      | 27 (20,0%)                 | 18 (13,3%)   | 62 (45,9%)                                | 28 (20,7%)                               |
| Cabeça e pescoço          | 117 (1,3%)      | 22 (18,8%)                 | 10 (8,5%)  | 60 (51,3%)                                | 25 (21,4%)                               |
| Neurocirurgia             | 109 (1,2%)      | 13 (11,9%)                 | 10 (9,2%)  | 59 (54,1%)                                | 27 (24,8%)                               |
| Cirurgia cardíaca         | 96 (1,1%)       | 11 (11,5%)                 | 16 (16,6%)   | 34 (35,4%)                                | 35 (36,5%)                               |
| Endoscopia                | 90 (1,0%)       | 32 (35,6%)                 | 9 (10,0%)  | 39 (43,3%)                                | 10 (11,1%)                               |
| Cirurgia oncológica       | 62 (0,7%)       | 13 (21,0%)                 | 4 (6,5%)   | 33 (53,2%)                                | 12 (19,3%)                               |
| Psiquiatria               | 25 (0,3%)       | 2 (8,0%)                   | 0 (0,0%)   | 7 (28,0%)                                 | 16 (64,0%)                               |
| Mastologia                | 21 (0,2%)       | 12 (57,1%)                 | 6 (28,6%)  | 0 (0,0%)                                  | 3 (14,3%)                                |
| Outros                    | 18 (0,2%)       | 7 (38,9%)                  | 1 (5,6%)   | 5 (27,8%)                                 | 5 (27,8%)                                |
| Bucomaxilofacial          | 5 (0,1%)        | 0 (0,0%)                   | 1 (20,0%)  | 2 (40,0%)                                 | 2 (40,0%)                                |

Nota: (1) Os percentuais na primeira coluna são valores distribuídos por especialidades. (2)

Os percentuais das demais colunas são os valores distribuídos por grupos para cada especialidade. Fonte: Indicadores da UBCME, 2019 a 2022.

A Tabela 4 traz suspensões por grupos de motivo por especialidades. Para a unidade hospitalar como um todo o grupo “Processo de Trabalho” (48,9%) tem elevado percentual de suspensão, sendo ponto crítico. Os grupos “Paciente” (22,4%) e “Equipe Assistencial” (22,1%) aparecem com percentuais semelhantes. O grupo “Materiais, Equipamentos e Medicamentos” têm percentual de suspensão de 6,6%, bem abaixo dos demais grupos.

Analisando esses grupos de motivos por especialidades, todas as especialidades têm as maiores taxas de suspensão no grupo “Processo de Trabalho”, exceto Mastologia, Transplante, Psiquiatria e Cirurgia Cardíaca. Levando em consideração o índice que a Rede EBSEH preconizou para o HC-UFPE somente Mastologia e Transplante tem o índice dentro do recomendado. A Psiquiatria não é uma especialidade cirúrgica e não tem monitoramento, seus dados não serão apresentados nas tabelas a seguir e não foram analisados em

separado. As especialidades de Bucomaxilofacial e Transplante apresentaram 5 suspensões e uma suspensão, respectivamente, para o período estudado e seus dados não serão apresentados nas tabelas. O item “Outros” dentro das especialidades também não será analisado para as próximas tabelas, por não apresentar especialidade específica para sua análise. Obstetrícia foi excluída do estudo por não apresentar taxas de suspensão para a unidade estudada dentro do Hospital.

Analisando as taxas globais de suspensões por especialidades, um dado importante a destacar é que todas as especialidades com altas taxas de suspensão possuem programas de residência médica cirúrgica ativos no hospital. É relevante notar que, na maioria dos casos, a marcação dos procedimentos fica sob a responsabilidade dos médicos residentes, com pouco ou nenhum envolvimento dos cirurgiões principais ou professores.

Por outro lado, especialidades como Mastologia e Transplante Renal, nas quais o próprio cirurgião é responsável pela marcação ou está mais diretamente envolvido no processo, apresentam menores taxas de suspensão. Esse contraste sugere que a maior participação dos cirurgiões principais na marcação dos procedimentos pode estar associada à redução das taxas de suspensão. Tal hipótese pode ser explorada em estudos futuros, a fim de verificar a influência direta do envolvimento médico no agendamento cirúrgico sobre a efetividade da realização dos procedimentos.

Na revisão integrativa de Botazini e De Carvalho (2017) as especialidades que tiveram as maiores taxas de suspensão foram Ortopedia, Cirurgia Geral, Urologia, Oftalmologia e Cirurgia de Mão. Além disso, eles afirmam que hospitais de ensino, como é o caso da unidade estudada, tiveram taxas de cancelamento 2,23 vezes maiores que os hospitais de médio e de pequeno porte.

**Tabela 5 .** Taxas de suspensão por subgrupo do Grupo de Processo de Trabalho, por especialidade, de 2019 a 2022.

| Subgrupo - Processo de trabalho |                 |                                   |  |                                |                                  |                                    |
|---------------------------------|-----------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Especialidade                   | Total<br>N=4299 | Conduta clínica<br>(N=1166;27,1%) | Programação<br>cirúrgica<br>(N=1426;33,2%) | Pré-operatório<br>(N=257;6,0%) | Pós-operatório<br>(N=1246;29,0%) | Sala<br>operatória<br>(N=204;4,7%) |
| Cirurgia geral                  | 970 (22,6%)     | 254 (26,1%)                       | 325 (33,5%)                                | 52 (5,4%)                      | 316 (32,6%)                      | 23 (2,4%)                          |
| Oftalmologia                    | 555 (12,9%)     | 281 (50,6%)                       | 239 (43,1%)                                | 14 (2,5%)                      | 6 (1,1%)                         | 15 (2,7%)                          |
| Urologia                        | 478 (11,1%)     | 121 (25,3%)                       | 153 (32,0%)                                | 22 (4,6%)                      | 162 (33,9%)                      | 20 (4,2%)                          |
| Ortopedia e traumatologia       | 458 (10,7%)     | 76 (16,7%)                        | 133 (29,0%)                                | 28 (6,1%)                      | 197 (43,0%)                      | 24 (5,2%)                          |
| Cirurgia vascular               | 428 (10,0%)     | 180 (42,1%)                       | 149 (34,8%)                                | 21 (4,9%)                      | 75 (17,5%)                       | 3 (0,7%)                           |
| Otorrino                        | 393 (9,1%)      | 62 (15,8%)                        | 130 (33,1%)                                | 21 (5,3%)                      | 155 (39,4%)                      | 25 (6,4%)                          |
| Ginecologia                     | 370 (8,6%)      | 79 (21,4%)                        | 100 (27,0%)                                | 42 (11,3%)                     | 126 (34,1%)                      | 23 (6,2%)                          |
| Cirurgia pediátrica             | 192 (4,5%)      | 65 (33,9%)                        | 42 (21,9%)                                 | 24 (12,5%)                     | 45 (23,4%)                       | 16 (8,3%)                          |
| Cirurgia plástica               | 154 (3,6%)      | 27 (17,5%)                        | 82 (53,2%)                                 | 8 (5,3%)                       | 17 (11,0%)                       | 20 (13,0%)                         |
| Cirurgia torácica               | 62 (1,4%)       | 3 (4,8%)                          | 20 (32,3%)                                 | 5 (8,1%)                       | 31 (50,0%)                       | 3 (4,8%)                           |
| Cabeça e pescoço                | 60 (1,4%)       | 1 (1,7%)                          | 13 (21,7%)                                 | 4 (6,7%)                       | 37 (61,6%)                       | 5 (8,3%)                           |
| Neurocirurgia                   | 59 (1,4%)       | 6 (10,2%)                         | 14 (23,7%)                                 | 2 (3,4%)                       | 28 (47,5%)                       | 9 (15,2%)                          |
| Endoscopia                      | 39 (0,9%)       | 5 (12,8%)                         | 2 (5,1%)                                   | 4 (10,3%)                      | 23 (59,0%)                       | 5 (12,8%)                          |
| Cirurgia cardíaca               | 34 (0,8%)       | 3 (8,8%)                          | 4 (11,8%)                                  | 3 (8,8%)                       | 23 (67,7%)                       | 1 (2,9%)                           |
| Cirurgia oncológica             | 33 (0,8%)       | 2 (6,1%)                          | 11 (33,3%)                                 | 6 (18,2%)                      | 3 (9,1%)                         | 11 (33,3%)                         |

Nota: (1) Os percentuais na primeira coluna são valores distribuídos por especialidades. (2) Os percentuais das demais colunas são os valores distribuídos por subgrupos para cada especialidade. Fonte: Indicadores da UBCME, 2019 a 2022.

As motivações de suspensões elencadas dentro do grupo de “Processo de Trabalho” trazem informações pertinentes sobre como a unidade hospitalar e as especialidades se organizam para atender as demandas cirúrgicas.

O subgrupo “Documentação Clínica” foi zerado para todas as especialidades e, por esse motivo, foi retirado da tabela apresentada. Esse subgrupo refere-se à ausência de documentos indispensáveis para a realização da cirurgia, como termos de consentimento, exames complementares ou outros registros clínicos obrigatórios.

Esse dado chama a atenção, pois pode indicar uma subnotificação desse motivo de suspensão, seja por desconhecimento por parte do profissional responsável pelo registro, seja pela obtenção da documentação pendente no momento da cirurgia, o que, embora evite o cancelamento formal, pode ocasionar atrasos no início do procedimento e comprometer a pontualidade das cirurgias subsequentes.

As especialidades de Mastologia e Transplante Renal também foram excluídas da tabela por apresentarem percentuais zerados de suspensão para o grupo de motivos analisados. Já a especialidade Bucomaxilofacial foi retirada

por ter registrado apenas duas suspensões ao longo do período estudado, número considerado insuficiente para análise estatística relevante.

No subgrupo “Programação Cirúrgica”, que concentra o maior percentual dentro do grupo “Processo de Trabalho”, destaca-se a necessidade de uma análise mais aprofundada sobre uma prática adotada por diversas especialidades: a marcação de pacientes fictícios. Devido à falta de organização ou planejamento antecipado, é comum que algumas especialidades agendem cirurgias para pacientes que, sabidamente, ainda não estão aptos para o procedimento, com o objetivo de garantir a disponibilidade da sala cirúrgica na data desejada.

Essa prática compromete o funcionamento de serviços como a Avaliação Pré-Anestésica on-line e a visita de enfermagem realizada pela profissional do plantão noturno, que dependem de informações precisas e atualizadas para garantir a segurança e a efetividade do cuidado pré-operatório.

Conforme o regimento interno do Bloco Cirúrgico da unidade estudada, as especialidades devem realizar o agendamento até a quarta-feira da semana anterior à data prevista da cirurgia, sendo permitida a troca de pacientes até 24 horas antes do horário agendado. O cumprimento dessa norma poderia contribuir significativamente para a redução das suspensões classificadas como decorrentes da “Programação Cirúrgica”.

O grupo “Pós-operatório” está fortemente relacionado a questões de gestão de leitos no hospital, especialmente no que diz respeito às especialidades que dependem da disponibilidade de vagas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para seus pacientes. Trata-se de um fator crítico, cuja solução exige a articulação entre o Bloco Cirúrgico, a Central de Regulação de Leitos e as próprias especialidades médicas. A integração entre esses setores é fundamental para otimizar a alocação de leitos e, assim, evitar suspensões de procedimentos cirúrgicos por indisponibilidade no pós-operatório imediato.

O subgrupo “Conduta Clínica” apresenta características bastante peculiares, pois está fortemente condicionado a fatores externos ao paciente e aos demais atores envolvidos no processo cirúrgico, estando também intimamente relacionado à natureza específica de cada especialidade. Nos registros analisados, a principal justificativa associada a esse subgrupo foi a substituição de cirurgias eletivas por procedimentos de urgência.

Dois aspectos se destacam nesse contexto. O primeiro é que a unidade

estudada não dispõe de uma sala cirúrgica reservada exclusivamente para atendimentos de urgência. O segundo diz respeito ao regimento interno do Bloco Cirúrgico, que prevê dois fluxos distintos para cirurgias de urgência ou emergência:

1. Caso a especialidade que solicita o atendimento de urgência esteja, naquele momento, com uma sala programada para cirurgia eletiva, esta deverá ser suspensa para que a urgência seja realizada.
2. Caso a especialidade não disponha de sala eletiva no momento da solicitação, a cirurgia de urgência será alocada na sala disponível, respeitando um sistema de rodízio entre todas as especialidades.

Essa dinâmica impacta diretamente nas taxas de suspensão por conduta clínica e reforça a importância de estratégias de organização que considerem a demanda por atendimentos de urgência sem comprometer excessivamente o fluxo de cirurgias eletivas.

Conforme o regimento interno do Bloco Cirúrgico da unidade estudada, as especialidades devem realizar o agendamento até a quarta-feira da semana anterior à data prevista da cirurgia, sendo permitida a troca de pacientes até 24 horas antes do horário agendado. O cumprimento dessa norma poderia contribuir significativamente para a redução das suspensões classificadas como decorrentes da “Programação Cirúrgica”.

O subgrupo “Pré-operatório” está diretamente relacionado ao planejamento da assistência ao paciente cirúrgico. Para que o procedimento seja efetivamente agendado, é fundamental que todo o preparo pré-operatório esteja completo, incluindo a realização de exames, cumprimento das exigências clínicas e demais orientações específicas. A ausência de qualquer um desses itens pode resultar na suspensão da cirurgia, evidenciando a importância de um acompanhamento rigoroso dessa etapa para garantir a segurança do paciente e a eficiência do processo cirúrgico.

O subgrupo “Sala Operatória” refere-se a questões diretamente relacionadas à disponibilidade física das salas cirúrgicas, com pouca ou nenhuma interferência das especialidades médicas. Esse tipo de suspensão geralmente decorre de limitações estruturais ou operacionais da unidade, como ocupação prolongada das salas, atrasos acumulados ao longo do dia ou indisponibilidade de espaço físico para acomodar novos procedimentos. Trata-

se, portanto, de um aspecto que exige atenção da gestão do centro cirúrgico para otimizar o uso das salas e minimizar impactos no fluxo de cirurgias agendadas.

Baseado nas informações tabeladas, a análise das suspensões apresenta a Cirurgia Geral como a especialidade com maiores números de suspensões cirúrgicas. A tabela também revela pontos críticos significativos nos subgrupos de “Programação Cirúrgica” e “Pós-operatório” e com percentuais relativamente baixos nos subgrupos

“Pré-Operatório” e “Sala Operatória” para a especialidade e abaixo da média para todo o subgrupo. O motivo “Programação Cirúrgica” com 33,5% se mostra como o principal motivo de suspensão, indicando que há problemas no planejamento das cirurgias. Apesar deste subgrupo ser crítico para a especialidade ele está bem próximo a média percentual do subgrupo. O subgrupo “Pós-operatório” (32,6%) também pode ser considerado crítico para a especialidade, aqui o subgrupo apresenta-se acima da média para o mesmo dentro da unidade estudada. Para este subgrupo, tem-se pontos críticos que vão da organização da especialidade até a gestão de leitos da unidade hospitalar estudada. O subgrupo “Conduta Clínica” (26,1%) revela que a organização da especialidade e a avaliação de riscos dos pacientes podem ser inadequadas durante a fase de agendamento, para este subgrupo o valor apresenta-se um ponto percentual abaixo da média para o subgrupo.

A Oftalmologia ocupa o segundo lugar entre as especialidades com maior número de suspensões, conforme apresentado na Tabela 4. Para essa especialidade, os subgrupos ‘Conduta Clínica’ (50,6%) apresentando-se 23 pontos percentuais acima da média para o subgrupo, sendo ponto crítico para a Oftalmologia. O subgrupo ‘Programação Cirúrgica’ tem de percentual 43,1% de suspensões dentro da análise da especialidade, também bem acima da média para o subgrupo. Esses subgrupos são os principais pontos críticos. Por outro lado, os subgrupos ‘Sala Operatória’, ‘Pré-operatório’ e ‘Pós-operatório’ apontam baixos percentuais de suspensão e abaixo da média para cada subgrupo.

A Urologia parece como terceira especialidade em números de suspensão na tabela acima. Os subgrupos problemáticos para ela são “Pós-operatório” (33,9%), “Programação Cirúrgica” (32,0%) e “Conduta Clínica” (25,3%). Os subgrupos apresentados estão acima da média para eles. Os subgrupos “Pré-operatório” (4,6%) e “Sala Operatória” (4,2%) mostram-se baixos para a

especialidade e para a média dos subgrupos. A especialidade em questão lida com um perfil de pacientes críticos, o que pode resultar em uma maior frequência de situações de urgência. Essa característica pode ser a razão pela qual a taxa de procedimentos no subgrupo 'Conduta Clínica' é mais elevada. Pacientes críticos frequentemente necessitam de intervenções mais frequentes e complexas, elevando assim os números observados nesse subgrupo.

Seguindo a ordem por especialidade com maiores números de suspensão Ortopedia e Traumatologia aparecem em quarto lugar para o grupo de "Processo de Trabalho" com percentual de 10,7%. Analisando os subgrupos da especialidade, "Pós-operatório" aparece como 43,0% das suspensões, portanto com quatorze pontos percentuais acima da média para o subgrupo, seguidos de "Programação Cirúrgica" com 29,0% com o mesmo valor para média do subgrupo. Os subgrupos "Conduta Clínica", "Pré-operatório" e "Sala operatória" apresentam-se com percentuais baixos para a especialidade 16,7%, 6,1% e 5,2%, respectivamente. O percentual para "Sala Operatória" está praticamente na média para subgrupo e "Pré-operatório" apresenta-se levemente acima da média.

A Cirurgia Vasculiar ocupa o quinto lugar entre as especialidades com maior número de suspensão de procedimentos. Dentro dessa especialidade, os subgrupos 'Conduta Clínica' e 'Programação Cirúrgica' apresentam percentuais de suspensão de 42,1% e 34,8%, respectivamente, apresentam-se acima da média para os subgrupos. O alto índice no subgrupo 'Conduta Clínica' pode ser atribuído ao perfil de pacientes críticos, que frequentemente requerem intervenções imediatas. Os subgrupos 'Pós-operatório', 'Pré-operatório' e 'Sala Operatória' apresentam respectivamente percentuais de 17,5%, 4,9% e 0,7% estão abaixo dos percentuais para os subgrupos da especialidade e da média dos subgrupos.

A especialidade Otorrinolaringologia tem número de suspensão para o grupo "Processo de Trabalho" dentro da unidade estudada de 9,1% sendo a sexta especialidade com maior percentual. Para os subgrupos, analisando dentro da própria especialidade tem-se "Pós-operatório" com 39,4%, mostrando-se acima da média do subgrupo dez pontos percentuais. O subgrupo "Programação Cirúrgica" com percentual de 33,1%, apresentando-se praticamente dentro da média para o subgrupo. O subgrupo "Conduta Clínica" está baixo com 15,8% em relação a outros subgrupos e abaixo da média para subgrupo. Para os subgrupos

“Sala Operatória” e “Pré-operatório” os percentuais se apresentam baixos em relação aos outros subgrupos. Em relação à média do subgrupo, a especialidade apresenta percentual levemente acima para o subgrupo “Sala Operatória” e na média para o subgrupo “Pré-operatório”.

A Ginecologia aparece em sétimo lugar com percentual de 8,6% no grupo analisado pela tabela acima. Analisando os subgrupos da tabela para a Ginecologia, o subgrupo “Pós-operatório” com 34,1% de suspensão estando acima da média para o subgrupo. Os subgrupos “Programação Cirúrgica” com percentual de 27,0% e “Conduta Clínica” com 21,4%, apresentando-se seis pontos percentuais abaixo da média para o subgrupo. Os subgrupos “Pré-operatório” apresenta-se com 11,3%, percentual abaixado dos demais subgrupos para a especialidade, mas apresentando-se acima da média para o subgrupo, sendo o maior percentual entre as especialidades. O subgrupo “Sala Operatória” está com percentual 6,2%, bem abaixo dos percentuais de outros subgrupos, mas levemente acima da média para o subgrupo.

A especialidade de Cirurgia Pediátrica ocupa o oitavo lugar em termos de suspensões no grupo de “Processo de Trabalho”. Analisando os dados dos subgrupos dentro desta especialidade, observa-se que “Conduta Clínica” apresenta a maior percentual de suspensão, com 33,9%, acima da média para o subgrupo quase seis pontos percentuais. Os subgrupos “Pós-Operatório” com 23,4% e “Programação Cirúrgica” com 21,9%, estão abaixo da média para seus respectivos subgrupos. O alto percentual de suspensão no subgrupo “Conduta Clínica” pode estar relacionado ao perfil dos pacientes atendidos pela unidade, que é referência para gestantes de alto risco. Isso pode resultar em um maior número de recém-nascidos que necessitam de intervenções cirúrgicas imediatas, aumentando a frequência de situações de urgência. Além disso, a necessidade de sedação para a implantação de acesso venoso central — uma intervenção comum nas urgências pediátricas — também pode contribuir para a elevação do percentual de suspensão neste subgrupo. O subgrupo “Pré-operatório” também se apresenta acima da média para o subgrupo em seis pontos e meio. Para este subgrupo, pode haver a necessidade de melhoria de orientações pré-operatórias. O subgrupo “Sala Operatória” mostra-se abaixo da média do subgrupo.

A nona colocada em números de suspensão cirúrgica no grupo de “Processo de Trabalho” para a unidade estudada está a especialidade de Cirurgia Plástica. O subgrupo “Programação Cirúrgica” tem percentual de 53,2%,

ponto crítico para a especialidade. A necessidade de intervenção no planejamento cirúrgico da especialidade é evidenciada nesse estudo. O subgrupo "Conduta Clínica" apresenta percentual de 17,5% bem abaixo do subgrupo "Programação cirúrgica" dentro da própria especialidade, além de abaixo da média para o subgrupo. O subgrupo "Sala Operatória" mostra um percentual de 13,0% também abaixo dos outros subgrupos citados acima, mas com bem acima da média para o subgrupo. O subgrupo com menor percentual para a especialidade é "Pré-operatório" com percentual 5,3% também é menor que média para o subgrupo.

A Cirurgia Torácica está em décimo lugar para números de suspensão para o grupo "Processo de Trabalho". Os dados para subgrupos dentro da especialidade apresentam como ponto crítico "Pós-Operatório" com percentual de 50,0, vinte e um pontos percentuais acima da média para o subgrupo. O subgrupo "Programação Cirúrgica" tem percentual de 32,3% somente um ponto percentual menor que a média para o subgrupo. O subgrupo "Pré-operatório" apresenta-se com 8,1%, estando acima da média para o subgrupo. Os subgrupos "Conduta Clínica" e "Sala operatória" apresentam o mesmo percentual para os subgrupos dentro da especialidade. Porém quando comparado as médias para os subgrupos o valor de percentual do subgrupo "Conduta Clínica" mostra-se bem abaixo da média para o subgrupo enquanto para o subgrupo "Sala Operatória" apresenta-se na média para o subgrupo. Para a especialidade analisada, necessário ressaltar a complexidade da maioria dos procedimentos cirúrgicos da especialidade, que para maioria dos seus pacientes requer cuidados intensivos pós-cirúrgicos, o que pode explicar alta taxa de suspensão para o subgrupo "Pós-operatório".

A especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço ocupa o 11º lugar em termos de número de suspensões, conforme apresentado na Tabela 4. Analisando os subgrupos dessa especialidade, observa-se que "Pós-Operatório" tem percentual de suspensão de 61,6%, apresenta-se mais de trinta pontos percentuais acima da média. O alto percentual de suspensão no subgrupo 'Pós-Operatório' sugere uma possível dificuldade na disponibilidade de leitos, tanto em terapia intensiva quanto em enfermaria, para essa especialidade, indicando a necessidade de intervenção para resolver esses problemas. O subgrupo "Programação Cirúrgica" apresenta percentual de 21,7%, estando abaixo da média para o subgrupo. O subgrupo "Sala Operatória" apresenta-se com

percentual de 8,3%, estando acima da média do subgrupo. Para esse subgrupo, pode-se avaliar uma necessidade de disponibilidade de sala para a especialidade. O subgrupo "Pré-operatório" apresentou-se percentual semelhante à média para o subgrupo com 6,7%. O subgrupo "Conduta Clínica" destaca-se bastante por apresenta-se extremamente abaixo da média para o subgrupo com 1,7%.

A Neurocirurgia fica 12ª colocação em números de suspensões para tabela acima. Dentro dos dados dos subgrupos apresentados na tabela "Pós-Operatório" com 47,5% destaca-se por estar acima da média para o subgrupo em dezoito pontos e meio, sendo ponto crítico para a especialidade. Para a especialidade apresenta o mesmo tipo de perfil de complexidade cirúrgica que a Cirurgia Torácica e por conta de isso apresentar elevadas taxas de suspensão no subgrupo "Pós-operatório" por necessidade de suporte de unidade de terapia intensiva no pós-cirúrgico dos seus pacientes. O subgrupo "Programação Cirúrgica" apresenta-se com 23,7% mostrando-se abaixo da média para o subgrupo. Para o subgrupo "Sala Operatória", a Neurocirurgia apresenta o segundo maior percentual em relação a outras especialidades com 15,2%, o que pode apontar uma necessidade de melhor disponibilidade de salas para a especialidade. O subgrupo "Conduta Clínica" aponta percentual de 10,2% de suspensões para a especialidade, este percentual está abaixo da média para o subgrupo. O subgrupo "Pré-Operatório" está com percentual abaixo da média para o subgrupo com 3,4%.

A especialidade de Endoscopia ocupa a 13ª posição em termos de número de suspensões no grupo de "Processo de Trabalho". O subgrupo 'Pós-Operatório' destaca-se como o ponto crítico, com um percentual de suspensão de 59,0%. A alta taxa de suspensão no subgrupo 'Pós-Operatório' na Endoscopia é semelhante à observada na especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Isso sugere uma possível dificuldade na disponibilidade de leitos, tanto em terapia intensiva quanto em enfermaria, para essas especialidades, indicando a necessidade de uma intervenção para resolver essas questões. Os subgrupos "Conduta Clínica e "Sala Operatória" tem percentual iguais de 12,8% para a especialidade. Porém, este percentual para o subgrupo "Conduta Clínica" apresenta-se bem abaixo da média para o subgrupo, enquanto para o subgrupo "Sala Operatória" esse percentual de 12,8% mostra-se bastante acima da média apresentada para o subgrupo. O subgrupo "Pré-operatório" apresenta percentual

de 10,3%, mas com percentual acima da média para o subgrupo. Com o menor percentual de suspensão para esse grupo para a especialidade, o subgrupo "Programação Cirúrgica" apresenta o menor percentual para o subgrupo entre as especialidades com 5,1%.

A especialidade de Cirurgia Cardíaca ocupa o 14º lugar em termos de número de suspensões, conforme apresentado na Tabela 4. O subgrupo 'Pós-Operatório' é o ponto crítico, com uma taxa de suspensão de 67,7%. Os outros subgrupos estão com taxas de suspensão dentro do padrão estabelecido. A Cirurgia Cardíaca lida com um perfil de pacientes críticos e procedimentos de alta complexidade, o que exige cuidados pós-cirúrgicos intensivos. Esse perfil é semelhante ao observado na Cirurgia Torácica e na Neurocirurgia, onde a complexidade e a necessidade de monitoramento intensivo também contribuem para as altas taxas de suspensão no subgrupo 'Pós- Operatório'.

A especialidade de Cirurgia Oncológica ocupa a 15ª posição em termos de número de suspensões. O subgrupo "Programação Cirúrgica" e "Sala Operatória", ambos com percentuais de 33,3%. O subgrupo "Programação Cirúrgica" apresenta-se com percentual semelhante à média para o subgrupo. O subgrupo "Sala Operatória" apresenta-se bastante acima da média para o subgrupo. O alto percentual de suspensão neste subgrupo sugere a necessidade de aumentar a disponibilidade de salas cirúrgicas para essa especialidade. O subgrupo "Pré-operatório" tem percentual de 18,2%, estando também bastante acima da média para o subgrupo. Este percentual pode indicar a necessidade de reavaliar o planejamento do pré- operatório dos pacientes. O subgrupo "Pós-Operatório" apresenta percentual de 9,1%, mostrando valores abaixo da média para o subgrupo. O subgrupo "Conduta Clínica" apresentam bastante abaixo da média para o subgrupo.

Analisando os dados, a unidade hospitalar enfrenta desafios significativos em diferentes etapas do processo cirúrgico.

1. **Programação Cirúrgica (33,2%)**: Este é o principal motivo de suspensão, indicando que há problemas na coordenação ou agendamento das cirurgias. Pode ser útil revisar os processos de agendamento, melhorar a comunicação entre equipes e otimizar o planejamento de salas e equipamentos.
2. **Pós-operatório (29,0%)**: As suspensões nesta fase podem sugerir problemas com o acompanhamento ou com o planejamento da

recuperação. Avaliar as práticas de monitoramento e suporte pós-operatório pode ajudar a reduzir essas taxas. Revisar protocolos de alta e seguir de perto a evolução dos pacientes pode ser uma estratégia eficaz.

3. **Conduta Clínica (27,1%):** Suspensões relacionadas à conduta clínica podem apontar para falhas em diagnósticos, decisões ou tratamento pré-operatório. Revisar as diretrizes clínicas, treinar a equipe e garantir a adesão a protocolos estabelecidos pode ajudar a minimizar esses problemas.
4. **Pré-operatório (6,0%):** Embora essa seja a menor taxa, ainda é significativa. Pode estar associada a preparações inadequadas ou à falta de avaliações prévias. Melhorar os processos de triagem e garantir que todos os exames e preparações estejam completos antes da cirurgia pode reduzir as suspensões nessa fase.
5. **Sala Operatória (4,7%):** Este é o menor percentual de suspensão, mas é importante garantir que os problemas relacionados à sala operatória, como equipamentos e logística, sejam resolvidos para evitar qualquer impacto negativo na programação das cirurgias.

Ferreira e Boto (2021) analisando as suspensões por overbooking trazem esse motivo como multifatorial e pode ser expresso por mau planejamento cirúrgico, deficiência de comunicação entre as equipes e ainda ausência de consultas pré-operatória e pré-anestésicas. Nesse estudo, as especialidades que mais suspendem cirurgias por overbooking são Cirurgia Geral e Ortopedia. Eles também analisaram que os motivos das suspensões no dia da cirurgia, sinalizam que existem evidências suficientes que falta de consultas pré-operatória e pré-anestésicas associam-se a maiores taxas de cancelamento. O artigo aponta ainda que as especialidades que mais geram suspensões por motivos pré-operatórios são Oftalmologia, Ortopedia e Cirurgia Geral.

Em seu artigo Ferreira e Boto (2021) concluem que embora ocorram por questões imprevisíveis as urgências que causam cancelamentos ainda assim podem ser minimizadas com redução de tempo de espera em lista cirúrgica e contato prévio com o doente para consultas pré-operatórias e pré-anestésicas em tempo mais próximo a data da cirurgia.

Santos e Bocchi (2017) realizaram um estudo sobre motivos de cancelamento cirúrgico em em um hospital universitário de São Paulo. Neste estudo Santos e Bocchi (2017), sugerem maior engajamento de entes como responsáveis pelo agendamento cirúrgico, ambulatório, acolhimento, unidades de internação, Central de Material Esterilizado (CME) e o próprio Centro Cirúrgico do hospital para diminuição dos números de suspensão.

Bandeira, Junior e Bandeira (2021) em um estudo sobre produtividade de um centro cirúrgico, onde um dos pontos avaliados foram as causas de suspensão, traz que 42% dos motivos de cancelamento estão diretamente relacionados ao hospital. Nele são citados motivos como falta de leito de CTI, falta de exames ou pendência de pareceres documentais de outra especialidade. Como alternativas para melhoria dessas taxas, eles afirmam que planejamento com antecedência e alinhamento com outros setores podem diminuir consideravelmente as suspensões. Aqui esse estudo aponta motivo que se apresentam como motivos importantes de intervenção também para o estudo aqui realizado, falta de leitos enquadrado no grupo “Pós-operatório”.

Ferreira e Boto (2021) alegam que as suspensões por falta de leitos é uma questão mais abrangente e complexa que envolvem pontos de gestão clínica dos doentes internado de diversas especialidades, além de respostas sociais às demandas existentes. Aqui este estudo corrobora com a ideia que para além da gestão interna de leitos o quadro social da localidade também colabora com essa motivação de suspensão.

**Tabela 6.** Taxas de suspensão por subgrupo do Grupo de Paciente, por especialidade, de 2019 a 2022.

| Especialidades            | Subgrupo - Paciente |  |  |                      |
|---------------------------|---------------------|--|--|----------------------|
|                           | Total<br>N=1974     | Recusa ou<br>desistencia<br>(N=1196;60,6%) | Condição<br>clínica<br>desfavorável<br>(N=753;38,1%) | Óbito<br>(N=25;1,3%) |
| Oftalmologia              | 472 (23,9%)         | 332 (70,3%)                                | 139 (29,5%)  | 1 (0,2%)             |
| Cirurgia geral            | 402 (20,4%)         | 300 (74,6%)                                | 98 (24,4%)   | 4 (1,0%)             |
| Cirurgia pediátrica       | 167 (8,5%)          | 82 (49,1%)                                 | 84 (50,3%)   | 1 (0,6%)             |
| Urologia                  | 159 (8,1%)          | 104 (65,4%)                                | 54 (34,0%)   | 1 (0,6%)             |
| Ginecologia               | 144 (7,3%)          | 52 (36,1%)                                 | 88 (61,1%)   | 4 (2,8%)             |
| Cirurgia plástica         | 135 (6,8%)          | 102 (75,6%)                                | 30 (22,2%)   | 3 (2,2%)             |
| Ortopedia e traumatologia | 125 (6,3%)          | 58 (46,4%)                                 | 62 (49,6%)   | 5 (4,0%)             |
| Cirurgia vascular         | 117 (5,9%)          | 65 (55,6%)                                 | 51 (43,5%)   | 1 (0,9%)             |
| Otorrino                  | 113 (5,7%)          | 45 (39,8%)                                 | 63 (55,8%)   | 5 (4,4%)             |
| Endoscopia                | 32 (1,6%)           | 15 (46,9%)                                 | 17 (53,1%)   | 0 (0,0%)             |
| Cirurgia torácica         | 27 (1,4%)           | 6 (22,2%)                                  | 21 (77,8%)   | 0 (0,0%)             |
| Cabeça e pescoço          | 22 (1,1%)           | 7 (31,8%)                                  | 15 (68,2%)   | 0 (0,0%)             |
| Cirurgia oncológica       | 13 (0,7%)           | 5 (38,5%)                                  | 8 (61,5%)  | 0 (0,0%)             |
| Neurocirurgia             | 13 (0,7%)           | 3 (23,1%)                                  | 10 (76,9%)   | 0 (0,0%)             |
| Mastologia                | 12 (0,6%)           | 11 (91,7%)                                 | 1 (8,3%)   | 0 (0,0%)             |
| Cirurgia cardíaca         | 11 (0,6%)           | 2 (18,2%)                                  | 9 (81,8%)  | 0 (0,0%)             |

Nota: (1) Os percentuais na primeira coluna são valores distribuídos por especialidades. (2) Os percentuais das demais colunas são os valores distribuídos por subgrupos para cada especialidade.

Fonte: Indicadores da UBCME, 2019 a 2022.

Esse grupo de “Paciente” tem como motivos de suspensão não internou, recusa ou desistência, condição clínica desfavorável no momento da cirurgia e óbito.

O subgrupo “Não Internou” aparece zerado nos registros do período estudado na unidade hospitalar, não sendo apresentado na tabela acima. O subgrupo “Óbito” para a unidade estudada apresenta percentual bem abaixo dos demais subgrupos.

O subgrupo "Recusa ou Desistência" apresenta o maior percentual de suspensão dentro do grupo ‘Paciente’, com 60,6% dentro da unidade estudada. Este subgrupo tem um perfil altamente dependente das decisões e circunstâncias do paciente, o que indica que as altas taxas de suspensão estão mais relacionadas a questões socioemocionais e pessoais complexas, que não são diretamente controláveis ou solucionáveis pela própria unidade estudada.

O subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" apresenta um percentual de 38,1%. Esse subgrupo representa um ponto crítico que pode ser abordado dentro da unidade. Uma solução potencial seria a realização de consultas pré-operatórias ou avaliações pré-anestésicas mais próximas da data da cirurgia. Essas avaliações podem identificar condições clínicas desfavoráveis a tempo de determinar se elas podem ser resolvidas

antes da cirurgia ou se serão necessárias intervenções adicionais. Caso a condição não possa ser resolvida a tempo, o procedimento cirúrgico pode ser reprogramado, permitindo que outro paciente apto seja contemplado na data originalmente prevista.

Na análise dos dados da Tabela 6, a especialidade de Oftalmologia apresenta o maior percentual das suspensões no grupo 'Paciente'. Dentro deste grupo, o subgrupo "Recusa ou Desistência" tem o percentual mais alto, com 70,3%, aqui a especialidade também apresenta percentual acima da média para o subgrupo. Esses valores devem ser analisados com cuidado para entender o que acontece com essa população que desisti ou recusa seu tratamento. Cabe aqui uma nota que bom acolhimento, informações de qualidade e uma boa rede de apoio talvez façam esses percentuais caírem consideravelmente. Em seguida, o subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" representa 29,5% das suspensões, aqui o subgrupo se apresenta abaixo da média para ele. Apesar de estar abaixo da média da unidade hospitalar estudada, algumas estratégias podem ser implementadas para reduzir ainda mais os percentuais de suspensão. O subgrupo "Óbito" apresenta-se abaixo da média para o subgrupo.

Para o subgrupo "Recusa ou Desistência", deve-se considerar a possibilidade de falha no preenchimento desse item, uma vez que a informação registrada pode estar relacionada a fatores externos, como a falta de transporte para o tratamento de saúde, ou a outras causas que não se vinculam, necessariamente, a uma recusa ou desistência por parte do paciente.

A especialidade de Cirurgia Geral ocupa o segundo lugar entre as especialidades com maiores percentuais de suspensão no grupo de motivos 'Paciente', com 20,4% de cancelamentos. O subgrupo com o maior percentual de suspensão para esta especialidade é 'Recusa ou Desistência', com 74,6%. Esse valor percentual deste subgrupo deve ser estudado para entender em quais aspectos a especialidade pode tentar diminuir esse percentual tão elevado. Novamente, acolhimento, boa comunicação sobre a importância do tratamento de saúde para a qualidade de vida do paciente pode fazer a diferença para esse subgrupo. O subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" apresenta um percentual de 24,4%, estando abaixo da média para o subgrupo. Mesmo abaixo da média para o subgrupo esse valor pode ser melhorado com Intervenções visando abordar e gerenciar melhor as condições clínicas desfavoráveis. O subgrupo "Óbito" apresenta-se na média para o subgrupo.

A Cirurgia Pediátrica ocupa a terceira posição em termos de números de suspensões no grupo 'Paciente'. Para essa especialidade, os subgrupos "Condições Clínicas Desfavoráveis" e "Recusa ou Desistência" têm percentuais semelhantes, com 50,3% e 49,1%, respectivamente. Para o subgrupo "Condições Clínicas Desfavoráveis", o percentual apresentado encontra-se acima da média para o subgrupo. Isso sugere que

a implementação de consultas pré-operatórias e avaliações pré-anestésicas realizadas com qualidade e em tempo hábil pode contribuir para a melhoria desses indicadores. O subgrupo "Recusa ou Desistência" apresenta-se abaixo da média para o subgrupo. As mesmas intervenções para o subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" podem ajudar a reduzir as taxas de suspensão ao identificar e abordar problemas sociais e questões de desistência antes da data da cirurgia.

Em quarta colocação para percentuais de suspensão pelo grupo "Paciente" está a especialidade Urologia. O subgrupo "Recusa ou Desistência" ficou com percentual de 65,4%, apresentando-se acima da média para o subgrupo. O subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" tem 34,0% de suspensões, mostrando-se abaixo da média para o subgrupo. O subgrupo "Óbito" mostrou-se abaixo da média para o subgrupo.

A especialidade de Ginecologia apresenta o quinto maior percentual de suspensão cirúrgica no grupo "Paciente". O subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" destaca-se com um percentual de 61,1%, um dos mais altos entre as especialidades para esse subgrupo. Isso indica a necessidade de intervenções significativas para melhorar a gestão clínica dessas pacientes e reduzir esse percentual. O subgrupo 'Recusa ou Desistência' tem um percentual de 36,1%, abaixo da média para o subgrupo. Para a Ginecologia, é importante considerar que fatores sociais e estigmas relacionados à saúde sexual e reprodutiva podem contribuir para um maior percentual de recusa e desistência. Essas questões sociais podem levar algumas mulheres a evitarem ou desistir da assistência médica, sugerindo a necessidade de abordagens mais sensíveis e educativas para reduzir esses valores.

O subgrupo "Óbito" apresentou-se acima da média para o subgrupo com 2,8%, controle maior de condições clínicas dos pacientes listados e que entraram em planejamento cirúrgico podem trazer esse percentual para próximo a média.

A Cirurgia Plástica ocupa o sexto lugar no grupo "Paciente". O subgrupo "Recusa ou Desistência" apresenta o maior percentual para o subgrupo, com 75,6%. Esse elevado índice pode ser atribuído ao fato de que muitas cirurgias estéticas envolvem decisões pessoais adicionais que não estão diretamente ligadas a correções de incapacidade, melhorias na qualidade de vida ou riscos à saúde, o que pode aumentar a probabilidade de desistências. Além disso, o subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" tem um percentual de 22,2%, apresentando-se abaixo da média para o subgrupo. Mesmo com esse percentual cabe sugerir que há espaço para a implementação de medidas que visem reduzir esse percentual ainda mais. A adoção de avaliações e preparações adequadas pode ajudar a melhorar os resultados e reduzir as suspensões associadas a condições clínicas desfavoráveis. O subgrupo "Óbito" apresentou-se acima da média para o subgrupo. Aqui pode-se trazer a mesma reflexão sobre maior controle das condições

clínicas dos pacientes planejados podem fazer o valor para próximo a média do subgrupo.

Em sétimo lugar para números de suspensão no grupo "Paciente" está a especialidade de Ortopedia e Traumatologia. O subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" é o subgrupo com maior percentual para a especialidade com 49,6% de suspensões para esse grupo de motivo. Esse ponto crítico para a especialidade que pode ser trabalhado para melhoria do indicador. O subgrupo de "Recusa ou Desistência" aparece com percentuais de 46,4%, apresentando abaixo da média para o subgrupo. O subgrupo "Óbito" apresenta-se acima da média para o subgrupo com percentual de 4,0%. Intervenções no planejamento, consultas pré-operatórias e avaliações pré-anestésicas podem trazer grande impacto nesses números.

A especialidade de Cirurgia Vascular ocupa a oitava posição em termos de números de suspensão no grupo apresentado na Tabela 6. O subgrupo "Recusa ou Desistência" tem um percentual de 55,6%, abaixo da média para o subgrupo. Para essa especialidade, um fator adicional que pode contribuir para o alto percentual de recusa é a resistência dos pacientes a procedimentos como amputações, que são percebidos como mutilações. O subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" apresenta um percentual de 43,5%, acima da média para o subgrupo. Este subgrupo possui um perfil distinto para a Cirurgia Vascular, pois os pacientes frequentemente têm condições clínicas críticas e múltiplas comorbidades, o que pode aumentar a número de suspensão devido à complexidade e gravidade das condições que precisam ser gerenciadas. O subgrupo "Óbito" apresenta-se abaixo da média para o subgrupo.

Em nono lugar para percentuais de suspensão do grupo de motivo "Paciente" está a especialidade de Otorrinolaringologia. O subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" tem índice de 55,8%, mostrando-se acima da média para o subgrupo. Para esse subgrupo, é necessário levar em consideração o perfil do paciente. Para a maioria dos procedimentos cirúrgicos existem condições prévias do paciente que podem interferir em sua condição clínica levando a um aumento desse motivo de cancelamento. Para o subgrupo "Recusa ou Desistência" apresenta taxa de suspensão 39,8%, apresenta-se abaixo da média para o subgrupo. No entanto, acredita-se que para os dois subgrupos apresentados os números podem ser melhorados com a implementação de consultas pré-operatórias ou avaliações pré-anestésicas mais próximas da data da cirurgia. O subgrupo "Óbito" apresenta-se acima da média para os subgrupos, maior controle sobre esses pacientes pode interferir na queda desse número de registros de suspensão.

A especialidade de Endoscopia ocupa a décima posição em relação aos percentuais de suspensão, conforme apresentado na Tabela 6. O subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" apresenta um percentual de 53,1%, acima da média para o

subgrupo. A implementação de intervenções pré-operatórias e avaliações anestésicas mais eficazes pode ajudar a reduzir essa taxa. O subgrupo "Recusa ou Desistência" tem um percentual de 46,9%, abaixo da média para o subgrupo. Esse subgrupo pode ser influenciado por fatores culturais, especialmente para procedimentos que envolvem acesso retal, o que pode inibir alguns pacientes de prosseguir com a cirurgia. Intervenções para com maiores informações sobre esses procedimentos podem interferir nesses valores apresentados. O subgrupo "Óbito" aparece zerado para a especialidade.

A Cirurgia Torácica aparece em 11º lugar para percentual de suspensão do grupo de motivo apresentado na Tabela 6. O subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" aparece com percentual de 77,8% para a especialidade, apresentando bastante acima da média para o subgrupo. Aqui semelhante ao que acontece para Cirurgia Vasculuar, a especialidade tem pacientes com perfis críticos que podem interferir diretamente nessa taxa. Para o subgrupo de "Recusa ou Desistência" tem a taxa de suspensão para a especialidade de 22,2%, apresentando-se abaixo da média para o subgrupo. O subgrupo "Óbito" aparece zerado para a especialidade.

A especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço ocupa a 12ª posição em percentuais de suspensão no grupo "Paciente". O subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" representa 68,2% dos motivos de suspensão dentro dessa especialidade, apresentando-se acima da média para o subgrupo. Embora uma parte dessa taxa possa estar relacionada ao perfil clínico crítico dos pacientes, há também oportunidades para intervenções que possam melhorar esses números. O subgrupo "Recusa ou Desistência" aparece com um percentual de 31,8%, mostrando-se abaixo da média para o subgrupo. Este valor de suspensões para esse subgrupo pode estar associado a preocupações com possíveis sequelas estéticas e deformidades resultantes dos procedimentos cirúrgicos. Melhorias na comunicação e suporte aos pacientes sobre os resultados e alternativas podem ajudar a reduzir o número de desistência. O subgrupo "Óbito" aparece zerado para a especialidade.

A Cirurgia Oncológica e a Neurocirurgia apresentam o mesmo percentual de suspensão para o grupo de motivo "Paciente" ambas no 13º lugar em números de suspensões.

Para a Cirurgia Oncológica, o subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" apresenta percentual de 61,5%, mostrando-se acima da média para o subgrupo. Aqui novamente pode-se atribuir esse valor maior há alguns pacientes oncológicos mais complexos e que podem ter condições clínicas de difícil manejo. Ainda assim, pode haver planejamentos cirúrgicos adequados com consultas pré-operatória e avaliações anestésicas para diminuir esse indicador. O subgrupo "Recusa ou Desistência" aparece com índice de 38,5%, apresentando-se abaixo da média para o subgrupo. Esclarecimentos sobre a importância

do tratamento e seguimentos para esses pacientes são fundamentais para redução deste número. O subgrupo "Óbito" aparece zerado para a especialidade.

Para a Neurocirurgia, o subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" também aparece percentual mais alto dentro do grupo de motivo "Paciente" com 76,9%. O alto percentual sugere que muitos pacientes têm condições clínicas que complicam a cirurgia. Para melhorar, pode-se considerar uma avaliação pré-operatória mais rigorosa, a otimização do estado clínico antes da cirurgia e o planejamento cirúrgico adaptado às necessidades individuais. O subgrupo "Recusa ou Desistência" apresenta percentual de 23,1%, abaixo da média para o subgrupo. O subgrupo "Óbito" aparece zerado para a especialidade.

A Mastologia aparece em 14<sup>a</sup> posição para número de suspensão cirúrgicas para o grupo de motivo da Tabela 6. O subgrupo de "Recusa ou Desistência" apresenta percentual de 91,7%, bastante acima da média para o subgrupo. Esse índice elevado pode ser influenciado por fatores semelhantes aos da Cirurgia Vascular, como a percepção de procedimentos cirúrgicos como mutiladores e a influência de questões íntimas, especialmente para mulheres. O subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" aparece bem abaixo da média para o subgrupo. A Mastologia pode compartilhar com outras especialidades as práticas bem-sucedidas que contribuíram para manter percentual de suspensão tão abaixo da média, indicando uma boa gestão clínica que deve contar com avaliação pré-operatória detalhada e manejo otimizado das condições clínicas.

A especialidade de Cirurgia Cardíaca aparece como última especialidade com baixos números para esse grupo de motivo "Paciente". Ainda assim analisando os dados desse grupo para a especialidade, o subgrupo "Condição Clínica Desfavorável" apresenta percentual de 81,8%, mostrando-se bem acima da média para o subgrupo. Alto percentual pode ser explicado por a maioria dos pacientes ter condições clínicas graves e comorbidades. Esses pacientes frequentemente estão em risco iminente de morte, o que contribui para o alto percentual. O subgrupo "Recusa ou Desistência" aparece com 18,2%, abaixo da média para o subgrupo. A complexidade dos procedimentos e o receio dos pacientes sobre o que pode ocorrer durante ou após a cirurgia podem ser fatores contribuintes. O subgrupo "Óbito" aparece zerado para a especialidade.

Ferreira e Boto (2021) refletem em seu artigo que absenteísmo/ recusa no dia da cirurgia é multifatorial e altamente dependente da qualidade e de quantidade de contatos que se estabelecem entre a unidade hospitalar e o doente, além de fatores socioeconômicos. Ainda nesse mesmo estudo sobre cancelamentos cirúrgicos no dia da cirurgia quando analisado item alteração do estado de saúde é o segundo maior motivador de suspensão cirúrgica. Novamente o artigo enfatiza a importância de pré-operatório bem executado para evitar suspensão.

Santos e Bocchi (2017) referem dificuldade sobre informações de dados sobre as

causas dos óbitos registrados como motivos para suspensão e sobre as alterações clínicas responsáveis por cancelamentos. Aqui também cabe o registro que no estudo presente esses motivos deveriam ser melhor esclarecidos.

**Tabela 7.** Taxas de suspensão por subgrupo do Grupo de Equipe Assistencial, por especialidade, 2019 a 2022.

| Especialidades            | Subgrupo - Equipe assistencial |                            |                            |                          |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
|                           | Total<br>N=1939                | Anestesia<br>(N=265;13,7%) | Cirurgião<br>(N=322;16,6%) | Outros<br>(N=1339;69,1%) |
| Cirurgia geral            | 372 (19,2%)                    | 52 (14,0%)                 | 57 (15,3%)                 | 260 (69,9%)              |
| Oftalmologia              | 236 (12,2%)                    | 41 (17,4%)                 | 44 (18,6%)                 | 151 (64,0%)              |
| Ortopedia e traumatologia | 203 (10,5%)                    | 21 (10,3%)                 | 49 (24,2%)                 | 131 (64,5%)              |
| Urologia                  | 201 (10,4%)                    | 35 (17,4%)                 | 28 (13,9%)                 | 138 (68,7%)              |
| Otorrino                  | 190 (9,8%)                     | 23 (12,1%)                 | 23 (12,1%)                 | 144 (75,8%)              |
| Cirurgia vascular         | 169 (8,7%)                     | 7 (4,1%)                   | 14 (8,3%)                  | 145 (85,8%)              |
| Ginecologia               | 161 (8,3%)                     | 23 (14,3%)                 | 38 (23,6%)                 | 99 (61,5%)               |
| Cirurgia plástica         | 129 (6,7%)                     | 31 (24,0%)                 | 40 (31,0%)                 | 58 (45,0%)               |
| Cirurgia pediátrica       | 115 (5,9%)                     | 20 (17,4%)                 | 17 (14,8%)                 | 78 (67,8%)               |
| Cirurgia cardíaca         | 35 (1,8%)                      | 5 (14,3%)                  | 4 (11,4%)                  | 24 (68,6%)               |
| Cirurgia torácica         | 28 (1,4%)                      | 3 (10,7%)                  | 0 (0,0%)                   | 25 (89,3%)               |
| Neurocirurgia             | 27 (1,4%)                      | 0 (0,0%)                   | 2 (7,4%)                   | 24 (88,9%)               |
| Cabeça e pescoço          | 25 (1,3%)                      | 1 (4,0%)                   | 0 (0,0%)                   | 24 (96,0%)               |
| Cirurgia oncológica       | 12 (0,6%)                      | 0 (0,0%)                   | 0 (0,0%)                   | 12 (100,0%)              |
| Endoscopia                | 10 (0,5%)                      | 1 (10%)                    | 0 (0,0%)                   | 9 (90,0%)                |

Nota: (1) Os percentuais na primeira coluna são valores distribuídos por especialidades. (2) Os percentuais das demais colunas são os valores distribuídos por grupos para cada especialidade. Fonte: Indicadores da UBCME, 2019 a 2022.

Esse grupo de motivos tem relação direta com os profissionais que fazem a assistência ao paciente dentro do Bloco Cirúrgico e ainda tem um subgrupo “Outros” onde são colocadas as suspensões que não foram encaixadas em quaisquer outros grupos e subgrupos ou sem motivo referenciado. Os subgrupos “Equipe de Enfermagem” e “Instrumentador” foram retirados da tabela por apresentarem somente 9 e 2 registros respectivamente para o período estudado. Também foi retirada da tabela a especialidade Mastologia que só apresentou 3 registros para o período estudado.

Na unidade estudada, o subgrupo com o maior percentual de suspensão dentro do grupo “Equipe Assistencial” é o subgrupo “Outros”, com 69,1%. Este subgrupo inclui todas as suspensões cuja causa não foi esclarecida. O alto percentual sugere a necessidade de

melhorias nos registros dos motivos das suspensões cirúrgicas. Os subgrupos “Cirurgião” e “Anestesista” apresentaram percentuais de suspensão de 16,6% e 13,7%, respectivamente.

Na análise dos dados por especialidade, o subgrupo “Outros” apresenta percentuais de suspensão, variando de 45,0% a 96,0%, configurando-se como um ponto crítico para todas as especialidades. As especialidades Mastologia e Cirurgia Oncológica registraram todas as suas suspensões neste subgrupo.

No subgrupo “Anestesista”, as especialidades com percentuais acima da média são Cirurgia Plástica com 24,0%, Cirurgia Pediátrica, Oftalmologia, Urologia, todas com percentual de 17,4%, Cirurgia Cardíaca e Ginecologia com 14,3% e Cirurgia Geral com 14,0%. Todas as outras especialidades têm percentual menor que a média para o subgrupo.

Para o subgrupo “Cirurgião”, as especialidades Cirurgia Plástica, Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia e Oftalmologia apresentaram percentuais de suspensão acima da média, com 31,0%, 24,2%, 23,6% e 18,6%, respectivamente. Todas as outras especialidades estiveram abaixo da média para o subgrupo.

Santos e Bocchi (2017) em seu artigo sobre cancelamento cirúrgico relatam dificuldade para encontrar registros de motivos para suspensões em 69% dos cancelamentos. Eles consideram alta essa falta de registro e informam que isso impede o gestor de investir em soluções mais definitivas para evitar futuras suspensões.

Guimarães (2018) traz um percentual de suspensões com causas não específicas em 2,13%, valor com uma diferença significativa para esse estudo.

Araujo *et al* (2020) refere apresenta percentuais de suspensão por falta de anestesistas e cirurgiões em 9,7% e 4,5%, respectivamente. Ao comparar com o estudo aqui realizado vê-se que os valores apesar de estarem dentro do limite estabelecido, podem ser melhorados. Araujo *et al* (2020) ainda traz percentual de cancelamentos sem justificativa com 0,3% que também mostra a necessidade da unidade analisada pode reduzir significativamente seu índice. Aqui os valores apresentam uma diferença importante entre as suspensões por motivo de falta de cirurgião. A diferença entre anestesista não apresenta grande variação.

**Tabela 8.** Taxas de suspensão por subgrupo do Grupo de Materiais, Equipamentos e Medicamentos, por especialidade, 2019 a 2022.

| Especialidades            | Subgrupo - Materiais, equipamentos e medicamentos |                              |                                |  |                              |                      |
|---------------------------|---|------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|----------------------|
|                           | Total<br>N=583                                    | Equipamento<br>(N=152;26,1%) | Hemoderivados<br>(N=118;20,2%) | Material de<br>consumo<br>(N=94;16,1%) | Medicamento<br>(N=139;23,8%) | OPME<br>(N=79;13,6%) |
| Ortopedia e traumatologia | 119 (20,4%)                                       | 17 (14,3%)                   | 35 (29,4%)                     | 25 (21,0%)                             | 13 (10,9%)                   | 29 (24,4%)           |
| Cirurgia geral            | 95 (16,3%)  | 22 (23,2%)                   | 12 (12,6%)                     | 23 (24,2%)                             | 30 (31,6%)                   | 8 (8,4%)             |
| Ginecologia               | 84 (14,4%)  | 21 (25,0%)                   | 34 (40,5%)                     | 9 (10,7%)                              | 17 (20,2%)                   | 3 (3,6%)             |
| Oftalmologia              | 62 (10,6%)  | 29 (46,8%)                   | 0 (0,0%)                       | 11 (17,7%)                             | 18 (29,0%)                   | 4 (6,5%)             |
| Urologia                  | 48 (8,2%)   | 26 (54,2%)                   | 9 (18,8%)                      | 6 (12,5%)                              | 3 (6,2%)                     | 4 (8,3%)             |
| Cirurgia vascular         | 37 (6,3%)   | 6 (16,2%)                    | 5 (13,5%)                      | 7 (18,9%)                              | 1 (2,7%)                     | 17 (45,9%)           |
| Otorrino                  | 35 (6,0%)   | 8 (22,9%)                    | 1 (2,9%)                       | 3 (8,6%)                               | 19 (54,2%)                   | 4 (11,4%)            |
| Cirurgia torácica         | 18 (3,1%)   | 3 (16,7%)                    | 12 (66,7%)                     | 0 (0,0%)                               | 0 (0,0%)                     | 3 (16,6%)            |
| Cirurgia cardíaca         | 16 (2,7%)   | 2 (12,5%)                    | 6 (37,5%)                      | 3 (18,8%)                              | 0 (0,0%)                     | 5 (31,2%)            |
| Cirurgia pediátrica       | 16 (2,7%)   | 4 (25,0%)                    | 1 (6,3%)                       | 2 (12,5%)                              | 9 (56,2%)                    | 0 (0,0%)             |
| Cirurgia plástica         | 12 (2,1%)   | 3 (25,0%)                    | 0 (0,0%)                       | 1 (8,3%)                               | 7 (58,4%)                    | 1 (8,3%)             |
| Cabeça e pescoço          | 10 (1,7%)   | 0 (0,0%)                     | 1 (10,0%)                      | 0 (0,0%)                               | 9 (90,0%)                    | 0 (0,0%)             |
| Neurocirurgia             | 10 (1,7%)   | 2 (20,0%)                    | 1 (10,0%)                      | 2 (20,0%)                              | 4 (40,0%)                    | 1 (10,0%)            |
| Endoscopia                | 9 (1,5%)  | 1 (11,1%)                    | 0 (0,0%)                       | 0 (0,0%)                               | 8 (88,9%)                    | 0 (0,0%)             |
| Cirurgia oncológica       | 4 (0,7%)  | 1 (25,0%)                    | 1 (25,0%)                      | 1 (25,0%)                              | 1 (25,0%)                    | 0 (0,0%)             |

Nota: (1) Os percentuais na primeira coluna são valores distribuídos por especialidades. (2) Os percentuais das demais colunas são os valores distribuídos por grupos para cada especialidade. Fonte: Indicadores da UBCME, 2019 a 2022.

Esse grupo apresenta o menor número de registros de suspensão. É importante destacar que, para este grupo, as especialidades têm pouca ou nenhuma influência sobre as suspensões. Todos os subgrupos deste grupo de motivos são fortemente dependentes do setor responsável pelas compras do hospital, exceto o subgrupo “Hemoderivados”, que depende do fornecimento do Hemocentro Estadual e, portanto, do volume de doações.

Para o subgrupo “Hemoderivados” pode ser útil implementar orientações e incentivos para pacientes e seus familiares sobre a importância da doação de sangue. Este tipo de implementação deve ser realizado para todas as especialidades, principalmente aos com maior percentual de suspensões com esse motivo.

O subgrupo “Rouparia” foi removido da tabela devido ao seu único registro de suspensão. A especialidade Mastologia apresentou seis suspensões para o grupo, todas ela no subgrupo “Equipamentos”, sendo removida da tabela.

A Ortopedia e Traumatologia apresenta o maior número de suspensões para o grupo de motivos listado na Tabela 8, com percentual de 20,4%. Dentro desta especialidade, o subgrupo “Hemoderivados” é o que possui o maior percentual de suspensão, com 29,4%, ultrapassando a média para o subgrupo. Os subgrupos “OPME” e “Materiais de Consumo” têm percentuais de suspensão de 24,4% e 21,0%, respectivamente, também acima da média para o subgrupo. Esses subgrupos são

fortemente dependentes do setor de compras da unidade, mas é crucial considerar o planejamento das cirurgias que exigem materiais desses tipos. Uma comunicação eficaz e um planejamento mais cuidadoso podem contribuir significativamente para a redução desses valores. Os subgrupos “Equipamentos” e “Medicamentos” estão abaixo da média para cada subgrupo.

A especialidade Cirurgia Geral aparece em segundo lugar em número de suspensões pelo grupo de motivo “Materiais, Equipamentos e Medicamentos”. Para a especialidade, os subgrupos “Medicamentos” e “Materiais de Consumo” aparecem com percentuais de suspensões de 31,6% e 24,2% respectivamente, acima da média para cada subgrupo. Cabe analisar que todos eles são passíveis de diminuição com planejamento e otimização de insumos. Os subgrupos “Equipamentos”, “Hemoderivados” e “OPME” estão abaixo das médias para cada um dos subgrupos.

Em terceira colocação para o número de suspensões para o grupo de motivo da Tabela 8 está a especialidade Ginecologia. O subgrupo “Hemoderivados” apresenta percentual de suspensão 40,5%, acima da média para o subgrupo. Os subgrupos “Equipamentos”, “Medicamentos”, “Material de consumo” e “OPME” estão com percentuais abaixo da média para cada subgrupo.

A Oftalmologia apresenta-se em quarta posição em números de suspensões para o grupo de motivo “Materiais, Equipamentos e Medicamentos”. O subgrupo “Equipamentos” é o ponto crítico para a especialidade com percentual de 46,8%. Aqui tem-se um impacto direto na capacidade da especialidade de realizar procedimentos cirúrgicos de forma eficiente e segura. Cabe a reflexão sobre o planejamento das compras ou processos licitatórios de equipamentos consignados e ainda sobre planejamento de manutenção periódicas de equipamentos. Também apresenta percentual acima da média para o subgrupo “Medicamentos” com 29,0% de suspensões. Os subgrupos “Material de consumo” “OPME” e “Hemoderivados” a especialidade têm percentuais abaixo da média para cada subgrupo.

A especialidade de Urologia ocupa quinto lugar em percentual de suspensão para o grupo de motivo apresentado na Tabela 8. O subgrupo “Equipamentos” tem um impacto significativo, representando 54,2% das suspensões, semelhante à situação da Oftalmologia. Contudo, ao contrário da Oftalmologia, a Urologia pode implementar mudanças em seu programa para minimizar essas suspensões. Indiscutivelmente, existe a necessidade de um planejamento de compras ou processos licitatórios também se faz premente para a especialidade, assim como programa eficiente de manutenções dos equipamentos utilizados pela especialidade. Os subgrupos “Hemoderivados”, “Materiais de Consumo”, “OPME” e “Medicamentos” aparecem abaixo da média de suspensões para cada subgrupo.

Em sexto lugar para suspensões para o grupo de motivos “Materiais, Equipamentos e Medicamentos” aparece a especialidade Cirurgia Vascular. O subgrupo “OPME” aparece com 45,9% de suspensões, mais de 30 pontos percentuais acima da média para o subgrupo. O subgrupo “Materiais de Consumo” apresenta-se com percentual de 18,9% para a especialidade, também acima da média para o subgrupo. Analisando esse grupo de motivo para a especialidade, faz necessário frisar a necessidade de planejamento de compras ou processos licitatórios para consignados a fim de evitar essas suspensões. Os subgrupos “Equipamentos”, “Hemoderivados” e “Medicamentos” estão com os percentuais abaixo da média para cada subgrupo.

Ocupando o sétimo lugar em percentual de suspensão para o grupo de motivos da tabela acima está a especialidade Otorrinolaringologia. O subgrupo “Medicamentos” aparece como principal motivo para a especialidade com 54,2%, mais de 30 pontos acima da média para o subgrupo. O planejamento de compras ou processos licitatórios é essencial para diminuição desse indicador. Os subgrupos “Equipamentos”, “OPME”, “Materiais de Consumo” e “Hemoderivados” estão abaixo da média para cada subgrupo.

A Cirurgia Torácica aparece em oitava posição para suspensões para o grupo de motivo da Tabela 8. O subgrupo “Hemoderivados” apresenta percentual de 66,7% sendo o ponto crítico para a especialidade. Também acima da média o subgrupo “OPME” aparece com 16,6%. O subgrupo “Equipamentos” está abaixo da média para o subgrupo. Os subgrupos “Materiais de Consumo” e “Medicamentos” não apresentam suspensão para a especialidade.

Dividindo o nono lugar em suspensões para o grupo de motivos “Materiais, Equipamentos e Medicamentos” aparecem a Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Pediátrica. Mas elas apresentam diferenças quando analisados os subgrupos.

A Cirurgia Cardíaca tem como pontos críticos e apresentando-se acima da média para os subgrupos estão “Hemoderivados” e “OPME”, com percentuais de 37,5% e 31,2%, respectivamente. Para o subgrupo “Hemoderivados”, a especialidade é bem dependente pois seus procedimentos são bastante complexos e muitas vezes precisam de uma quantidade significativa de hemoderivados. O subgrupo “OPME” apresenta uma questão de planejamento de insumos adequada para evitar essas suspensões. O subgrupo “Material de Consumo” também aparece acima da média para o subgrupo com 18,8%, também necessário aqui planejamento para melhoria do indicador. O subgrupo “Medicamentos” aparece com valores zerados para o subgrupo.

A Cirurgia Pediátrica apresenta com percentuais acima média para o subgrupo, “Medicamentos” com 56,2%. Os subgrupos “Equipamentos”, “Materiais de Consumo” e “OPME” estiverem aparecem abaixo da média para cada subgrupo. O subgrupo “Hemoderivados” está zerado.

A especialidade de Cirurgia Plástica apresenta-se em décimo lugar para suspensões do grupo de motivos “Materiais, Equipamentos e Medicamentos”. O subgrupo “Medicamentos” aparece como maior motivo de suspensões neste grupo para a especialidade com 58,4%, mais de 35 pontos percentuais acima da média para o subgrupo. O planejamento e logística de compras de medicamentos apresenta-se como um ponto a ser trabalhado pela unidade estudada. Os subgrupos “Equipamentos”, “OPME” e “Materiais de Consumo” mostram percentuais abaixo da média para cada subgrupo e “Hemoderivados” zerado para a especialidade.

As especialidades de Cabeça e Pescoço e Neurocirurgia estão em 11ª posição para o grupo de motivo de Tabela 8. Analisando os subgrupos tem-se algumas diferenças que serão apontadas.

A Cabeça e Pescoço apresenta o subgrupo “Medicamentos” como principal motivo de suspensão para a especialidade com 90,0%, assim como as especialidades da Otorrinolaringologia e Cirurgias Plástica. O subgrupo “Hemoderivados” aparece abaixo da média para o subgrupo. Os subgrupos “Equipamentos”, “Hemoderivados, Materiais de Consumo” e “OPME” estão zerados para a especialidade.

A Neurocirurgia apresenta percentuais acima da média para cada subgrupo nos subgrupos “Materiais de consumo” e “Medicamentos”, com 20,0% e 40,0%, respectivamente. Os subgrupos “Equipamentos”, “Hemoderivados” e “OPME” aparecem abaixo da média para cada subgrupo.

A Endoscopia foi a última nesta análise para o grupo de motivos “Materiais, Equipamentos e Medicamentos”. O subgrupo principal para suspensão é “Medicamentos” com percentual de 88,9%. O outro subgrupo com registro de suspensão para a especialidade foi “Equipamentos”, mas abaixo da média para o subgrupo. Os subgrupos “Hemoderivados”, “Materiais de Consumo” e “OPME” zerados para a especialidade.

Analisando os subgrupos e ainda em sua análise por especialidades veem possibilidades de melhorias dos percentuais para cada subgrupo. Aqui é necessário reflexão sobre como a unidade estudada se organiza para planejamento, compras e aquisição de materiais de consumo, medicamentos, equipamentos e OPME.

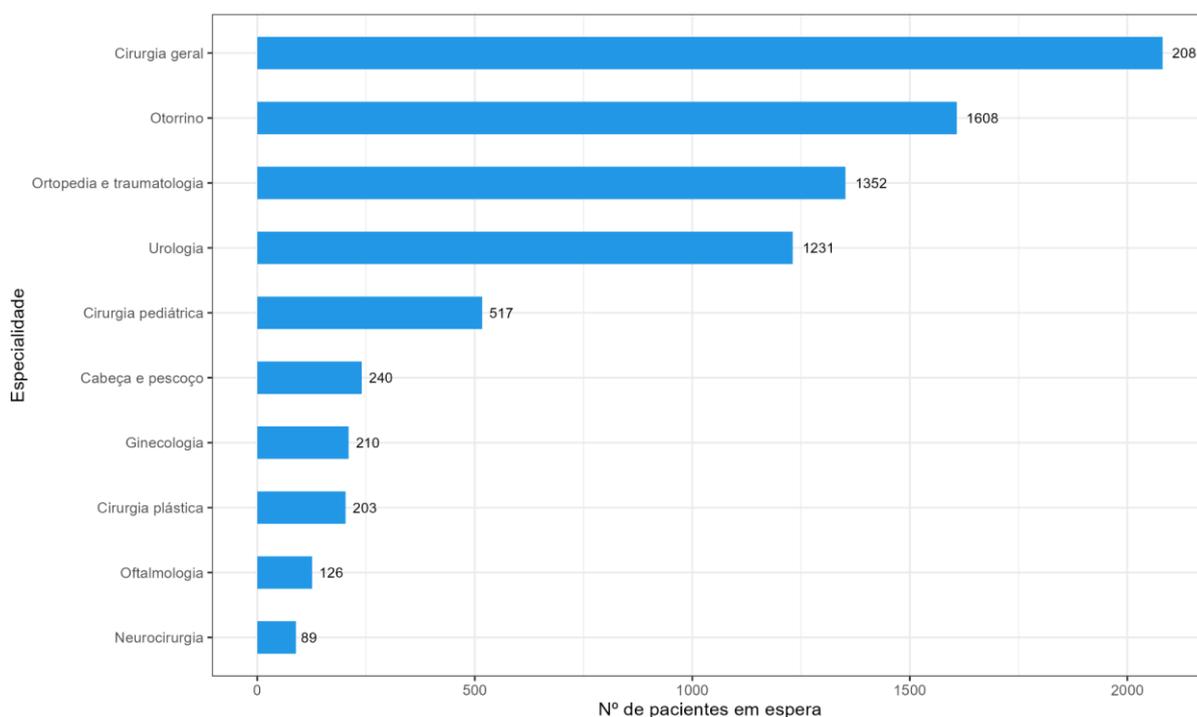
Guimarães (2018) apresenta taxa global de suspensão relacionadas a Materiais e Equipamentos em 7,80%, taxa semelhante ao estudo. Araujo *et al* (2020) também apresenta taxa semelhante ao estudo com 6,2% de suspensão para esse grupo de motivos.

Um detalhe para todos os grupos e subgrupos de motivos que chamou atenção que a maior parte das suspensões parecem se apresentar em especialidades com residências médicas ou onde os preceptores têm menor envolvimento com o agendamento cirúrgico. Esse não foi objetivo do estudo sendo necessário maior investigação sobre a temática

para verificar se existe um viés sobre esse ponto.

A segunda etapa tem por objetivo verificar se existe correlação entre o número de procedimentos e o número de suspensões e entre o número de pacientes em lista de espera e o número de suspensões. Para isto foi feito um gráfico de dispersão, acompanhado da reta de regressão com o intuito de mostrar a tendência nos dados.

**Gráfico 3.** Lista de espera por Especialidades

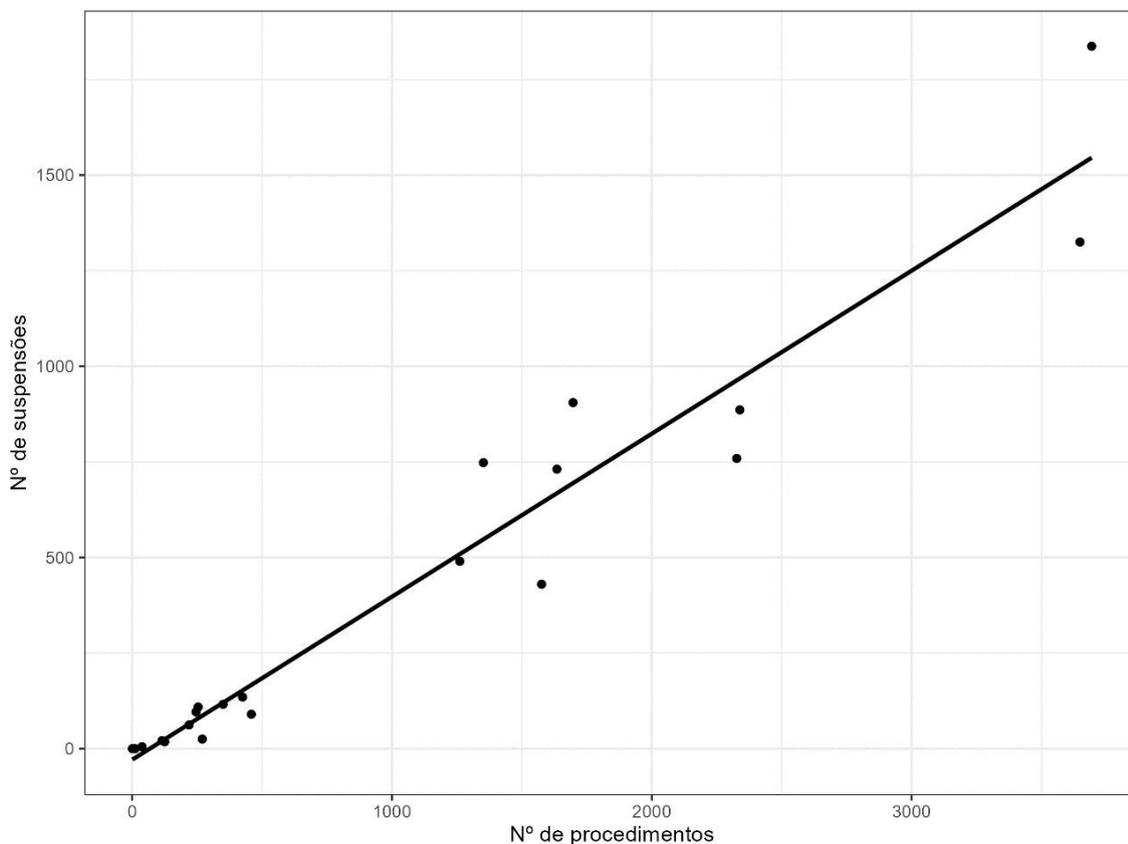


Fonte: Site do HC-UFPE, 2022.

O Gráfico 3 dispõe sobre números de pacientes em listas de espera cirúrgica por especialidade. Dentro de cada especialidade tem-se diversas listas que são separadas por tipo de procedimento. Esse gráfico traz o número unificado por especialidade. Dependendo da prevalência do problema de saúde na população tem-se a tendência dessas listas estarem com maiores ou menores números. As especialidades que têm o maior número de pacientes em lista de espera são Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Traumatologia, Urologia e Cirurgia Pediátrica.

Essas listas de espera são alvos constantes de questionamento do Ministério Público, CGU e outros órgãos de controle e existem projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional para a obrigatoriedade de suas divulgações e atualizações.

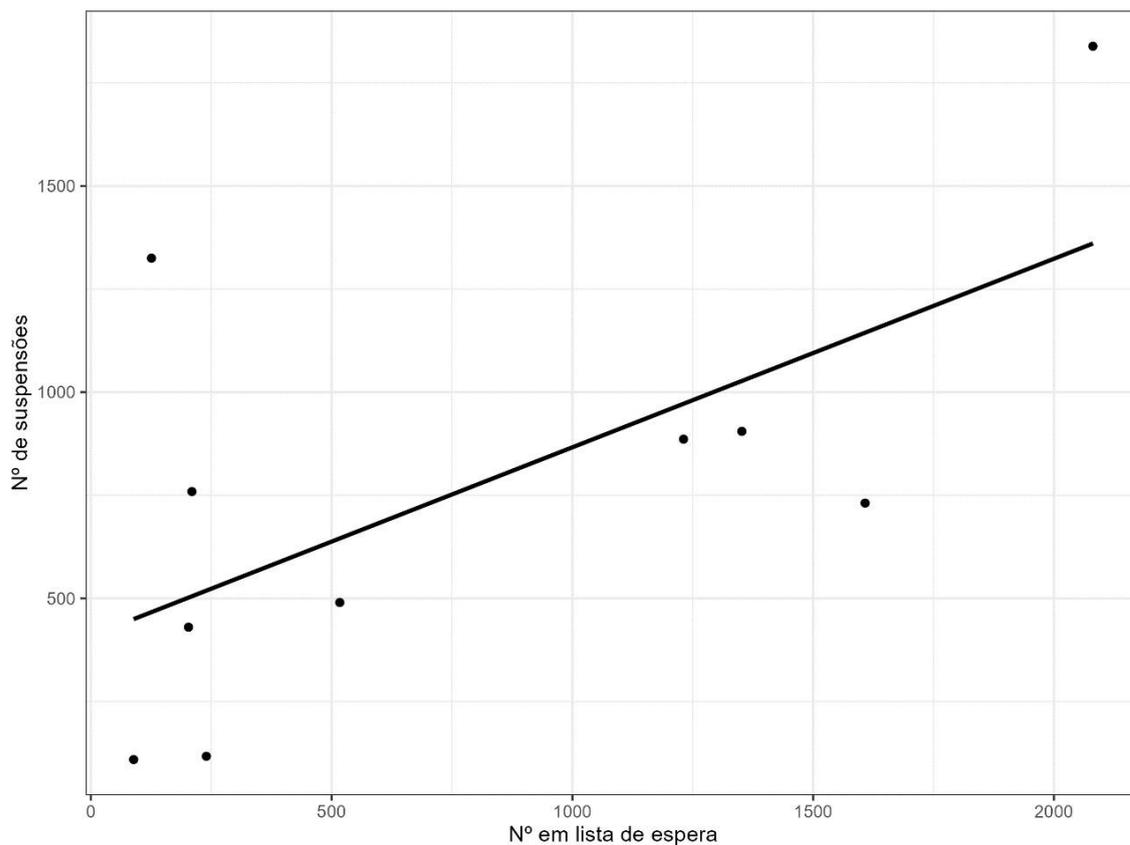
**Gráfico 4.** Gráfico de dispersão entre o número de agendamentos e o número de suspensões de procedimentos.



Fonte: Indicadores da UBCME, 2019 a 2022.

Foi observada uma alta correlação linear entre o número de procedimentos agendados e o número de suspensões de procedimentos, com  $\rho=0,9687$  (0,9230; 0,9874. IC 95%). O p-valor calculado foi  $<0,001$  indicando que há evidências estatísticas suficientes para afirmar que a correlação entre o número de agendamentos e suspensões é significativa. O gráfico apresenta e confirma a ideia de que quanto mais procedimentos agendados maior a probabilidade de suspensões.

**Gráfico 5.** Gráfico de dispersão entre o número de pacientes em lista de espera e o número de suspensões de procedimentos.



Fonte: Indicadores da UBCME, 2019 a 2022 e Site HC-UFPE, 2022.

Para o número de pacientes em lista de espera e o número de suspensões, com  $\rho=0,6305$  (0,0016;0,9020. IC 95%). Para o teste de significância da correlação, o p-valor=0,0506, apesar de trazer um valor que não dá evidências estatísticas suficientes para afirmar que há correlação entre o número de pacientes em lista de espera e o número de suspensões. O gráfico demonstra que não se pode afirmar que um dos motivos para listas de espera maiores tenham relação direta com altos níveis de suspensão, ainda deixando um dos questionamentos do estudo se existiria alguma relação entre eles em aberto.

## 6. PROPOSTAS DE MELHORIAS

As recomendações apresentadas no estudo são realmente pertinentes e podem ser muito úteis para melhorar a eficiência da unidade hospitalar no que diz respeito à programação cirúrgica e à redução das suspensões cirúrgicas. Aqui as recomendações e algumas observações sobre cada uma delas:

### **1. Instituição de comitê permanente com foco em Programação Cirúrgica:**

Ter um comitê dedicado à programação cirúrgica pode ajudar a garantir uma melhor coordenação e comunicação entre os diferentes setores envolvidos, facilitando a identificação de problemas e a implementação de soluções de forma mais eficaz.

### **2. Implantação da cultura de responsabilização sobre programação cirúrgica:**

É crucial que os profissionais responsáveis pela programação cirúrgica tenham um entendimento claro de suas responsabilidades e estejam devidamente capacitados para gerenciar os pacientes agendados, garantindo que as cirurgias ocorram conforme planejado.

### **3. Implantação de Ambulatório de Pré-operatório:**

Estabelecer um ambulatório de pré-operatório pode ajudar a identificar precocemente quaisquer problemas de saúde que possam interferir na realização da cirurgia, permitindo que intervenções adequadas sejam feitas para minimizar as chances de suspensão.

### **4. Implementação de conteúdos de gestão de pacientes cirúrgicos e programação cirúrgica para as especialidades e os programas de Residência Médica Cirúrgica:**

É importante oferecer treinamento e orientação adequados aos profissionais envolvidos na gestão de pacientes cirúrgicos, garantindo que estejam atualizados com as melhores práticas e procedimentos para minimizar as suspensões cirúrgicas.

### **5. Oficina de Capacitação sobre suspensão cirúrgica e seu devido registro:**

Promover oficinas de capacitação pode ajudar a aumentar a conscientização sobre a importância do registro adequado das suspensões cirúrgicas e garantir que todos os profissionais envolvidos saibam como fazê-lo corretamente.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A suspensão cirúrgica é um evento importante que quando analisada em detalhes como no presente estudo traz informações relevantes para unidade hospitalar. Apesar de haver uma diversidade de motivos para uma suspensão cirúrgica deve-se sempre analisar os motivos com o foco em situações evitáveis e inevitáveis como vários estudos trazem. Esses e outros indicadores devem ser analisados em conjunto para aumento da eficiência da unidade estudada.

Como fatores limitantes do estudo podem-se relacionar falta de registros de motivos. Essa falta de registro traz uma reflexão sobre a importância dos atores envolvidos no processo e qual o grau de entendimento sobre a relevância desses registros eles dão para ele. O subgrupo “Recusa ou Desistência” também de fatores externos como mencionada falta de transporte para tratamento de saúde. Outra limitação do estudo é a mudança do registro de prontuário manual para eletrônico, além da alteração da nomenclatura dos registros dos motivos de cancelamento. O período do estudo também pode ser colocado como limitante pois o início do estudo coincide com o início da pandemia da COVID-19.

Implementar das propostas de melhorias apresentadas pode ajudar a melhorar a eficiência operacional e a qualidade do atendimento na unidade hospitalar, reduzindo as suspensões cirúrgicas e garantindo uma melhor experiência para os pacientes.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, P. F. C. S, *et al.* Cancelaciones de cirugías electivas en un hospital escuela: causas y estadísticas. **Enfermería Global**, V. 19, N. 3, P. 286–321, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.396911>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2023.

BANDEIRA, R. C. DA S.; JÚNIOR, A. A. DE S.; BANDEIRA, S. R. Avaliação da produtividade do centro cirúrgico de um hospital universitário sob a ótica do Lean Healthcare. **Teoria e Prática em Administração**, [S. l.], v. 11, n. especial, 2021. DOI: 10.22478/ufpb.2238-104X.2021v11nespecial.58181. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/tpa/article/view/58181>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2023.

BARBOSA, M. H. *et al.* Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino. **Enfermaria Global**. V. 11, N. 26, p. 174-83, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-100538>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2023.

BOTAZINI, N. O.; DE CARVALHO, R. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. **Revista SOBECC**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 230–244, 2017. DOI: 10.5327/Z1414-4425201700040008. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/267>. Acesso em: 08 de janeiro de 2024.

BRASIL. gov.br. HC será unidade de referência nível 3 para atendimento de casos de infecção por Covid-19. HC – UFPE – Hospital das Clínicas da UFPE, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/comunicacao/noticias/hc-sera-unidade-de-referencia-nivel-3-para-atendimento-de-casos-de-infeccao-por-covid-19>. Acesso em: 05 de junho de 2021.

BRASIL. gov.br. HC-UFPE suspende parte dos atendimentos e restringe visitas. HC – UFPE – Hospital das Clínicas da UFPE, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/comunicacao/noticias/hc-ufpe-suspende-parte-dos-atendimentos-e-restringe-visitas>. Acesso em: 05 de junho de 2021.

BRASIL. HC-UFPE. Institui a Comissão de Avaliação de Prioridades para Agendamento Cirúrgico. Portaria n° 158. Recife, 2020.

BRASIL. Controladoria Geral da União. Relatório de Avaliação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares exercício 2020, Brasília: CGU, 2021.

BRASIL. EBSEH. Institui a obrigatoriedade do envio das informações necessárias ao monitoramento de indicadores cirúrgicos da Rede Ebserh e dá outras providências. Portaria n° 16. Brasília, 2022.

BRASIL. EBSEH. **Monitoramento de Oferta Cirúrgica Eletiva**. ESERH, 2023. Disponível em: <https://app.powerbi.com/viewr=eyJrIjoiN2M3YjA0NDY2FjOS00NzljLWEzMDEtZGRiYjA0ZWZM3NzAxliwidCI6IjY0ZDM0ZGRkLWFmZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNWM4NDVINSJ9>. Acesso em: 11 de setembro de 2024.

BRASIL. Regimento Interno do Bloco Cirúrgico HC – UFPE. v. 1. Recife, 2022.

CAVALCANTE, J. B.; PAGLIUCA, L. M. F.; ALMEIDA, P. C. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2000 8(4), ago. 2000.

CONTERATTO, K. dos S; *et al.* Segurança do paciente no perioperatório: evidência dos fatores determinantes do cancelamento cirúrgico. **Journal Nursing and Health da UFPel**, v. 10, n. J. nurs. health. 2020;10(1), jan. 2020.

DIXON, E. *et al.* **Reducing Surgical Wait Times: The Role of Improved Management and Planning**. *Canadian Journal of Surgery*, v. 64, n. 2, p. E155–E162, 2021. Disponível em: <https://www.canjsurg.ca/content/64/2/E155>. Acesso em: 04 abr. 2025.

FERREIRA, J.; BOTO, P. Cancellations of Elective Surgeries on the Day of the Operation in a Portuguese Hospital: One Year Overview. *Acta Med Port [Internet]*. 2021 Feb. 1;34(2):103-10. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1343> 1. Acesso em 08 de Março de 2024.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de Pesquisa Social. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas; 2008.

GUIMARÃES, L. M. Análise de Eficiência de um Centro Cirúrgico Hospitalar com Abordagem do Lean Healthcare Brasília, 2018. Monografia (Graduação em Engenharia de Produção) – Universidade de Brasília.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M.; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 88-91, jan 2006.

MASTROIANNI, F. M. *et al.* **Surgical Waiting Lists Management: A Proposed Approach Based on Patient Prioritization**. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 18, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10484819/>. Acesso em: 04 abr. 2025.

Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS; 2018.

PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. de C.; FACUNDIN, S. D. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 5, p. 1018-1024, 2007. DOI: 10.1590/S0104-11692007000500021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2485>. Acesso em: 12 de Novembro de 2022.

PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. DE C.; FACUNDIN, S. D.. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. Rev. esc. enferm. USP, 2007 41(1), mar. 2007.

RANGEL, S. T. *et al.* Ocorrência e motivos da suspensão de cirurgias eletivas em um hospital de referência. **Revista de Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**. v. 4 n. 2, p. 119-123, 2019. Disponível em:

<http://www.dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20190019>. Acesso em: Acesso em: 05 de Junho de 2021.

SANTOS, G. A. A. C. DOS.; BOCCHI, S. C. M. Cancellation of electives surgeries in Brazilian public hospital: reasons and estimated reduction. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n.3, p.535-542, maio 2017.

SOUSA, L.R.; MAZZO, A.; ALMEIDA, A.C.F.; TONELLO, C.; LOURENÇONE, L.F.M. Avaliação de indicadores de qualidade na gestão do centro cirúrgico de um hospital terciário. **Medicina (Ribeirao Preto, Online)** ; 55(1)jan. 2022. Disponível em: Avaliação de indicadores de qualidade na gestão do centro cirúrgico de um hospital terciário | Medicina (Ribeirao Preto, Online);55(1)jan. 2022. | LILACS (bvsalud.org). Acesso em: 05 de Junho de 2021.