

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



Revista de Pesquisa:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online
 ISSN 2175-5361



Ministério da Educação

PESQUISA

SURGICAL PROFILE AND DETERMINING FACTORS OF THE SUSPENSIONS OF THE AMBULATORIAL GENERAL SURGERIES: CONTRIBUTIONS TO THE NURSING ASSISTANCE

PERFIL CIRÚRGICO E FATORES DETERMINANTES DAS SUSPENSÕES DE CIRURGIAS GERAIS AMBULATORIAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

PERFIL QUIRÚGICO Y FACTORES DETERMINANTES DE LAS SUSPENSIONES DE LAS CIRUGÍAS GENERALES AMBULATORIALES GENERAL: CONTRIBUCIONES A LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Carlos Eduardo Peres Sampaio¹, Dayane de Araujo Ribeiro²

ABSTRACT

Objectives: Identify the ambulatory user's profile from the general surgery; to determine the the general surgical procedures realized; analyse the determinant factors to the surgery suspensions. **Method:** The research was held on the Ambulatory Surgery Unit from a Polyclinic located on the county of Rio de Janeiro. The data collection came from the surgical records from the patients undergone to general surgeries. **Results:** The number of female adult patients were of 136(39,4%) meanwhile the male adult patients were of 209(60,6%), identifying the prevalence of the male gender. Among the various surgical procedures, the most common were the herniorrhaphy, sebaceous cysts, tumors and lipomas. 427 surgeries were proposed, 345(81%) were realized, meanwhile 82(19%) were suspended. **Conclusion:** The reason of the suspensions with the highest frequency were the absence of the patient and hypertensive crisis, since the suspensions must be avoided for causing injury to the patient, health professionals and the hospital institution. **Descriptors:** General surgery; Ambulatory Surgery; Withholding Treatment

RESUMO

Objetivos: Identificar o perfil dos usuários do ambulatório de cirurgia geral; determinar os procedimentos cirúrgicos gerais realizados; analisar os fatores determinantes de suspensão de cirurgias gerais. **Método:** abordagem quantitativa do tipo exploratório-descritivo retrospectivo. A pesquisa foi realizada na Unidade Cirurgia Ambulatorial de uma Policlínica situada no Município do Rio de Janeiro. Coleta de dados utilizou-se os registros dos atendimentos cirúrgicos a pacientes submetidos à cirurgia geral. **Resultados:** O número de pacientes adultos do sexo feminino foi de 136(39,4%), enquanto os pacientes do sexo masculino foram de 209(60,6%). Dentre os variados procedimentos cirúrgicos, os mais realizados foram: as herniorrafias, cistos sebáceos, tumorações e lipomas. Foram propostas 427 cirurgias, 345(81%) foram realizadas, enquanto 82(19%) foram suspensas. **Conclusão:** os motivos da suspensão com maior frequência foram: a falta do paciente e crise hipertensiva, visto que devem ser evitadas as suspensões cirúrgicas, por acarretar prejuízo para o paciente, profissionais de saúde e instituição hospitalar. **Descritores:** Cirurgia geral, Cirurgia ambulatorial, Suspensão de tratamento.

RESUMEN

Objetivos: Identificar el perfil de los usuarios del ambulatorio de cirugía general; determinar los procedimientos quirúrgicos generales realizados; analizar los factores determinantes de La suspensión de las cirugías generales. **Método:** Abordaje cuantitativa del tipo exploratorio - descriptivo y retrospectivo. La pesquisa ocurrió en la Unidad de Cirugía Ambulatorial de una Policlínica localizada en el Municipio del Río de Janeiro. La colecta de los datos fueron utilizados los registros de los atendimientos quirúrgicos de los pacientes sometidos a cirugía general. **Resultados:** El número de pacientes adultos del sexo masculino fueron de 209(60,6%), identificando la prevalencia de personas del sexo masculino. Dentre los variados procedimientos quirúrgicos, los más realizados fueron las herniorrafias, quistes sebáceos, tumoraciones y lipomas. Fueron propuestas 427 cirugías, 345(81%) fueron realizadas, mientras 82(19%) fueron suspendidas. **Conclusión:** Los motivos de la suspensión con mayor frecuencia fueron la ausencia del paciente y crisis hipertensiva, ya que deben ser evitadas las suspensiones quirúrgicas por dar lugar a perjuicio para el paciente, los profesionales de la salud y la institución hospitalar. **Descritores:** Cirugía general, Cirugía ambulatorial, Privación de tratamiento.

¹ Enfermeiro. Doutor em Bioquímica/UFRJ. Professor Adjunto da UERJ. E-mail: carlosedusampa@ig.com.br. ² Bolsista PIBIC/UERJ, Acadêmica 7º Período da Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: dayanear@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A cirurgia ambulatorial é citada há muito anos e está interligada com a história médica e de enfermagem, sendo encontradas citações na bíblia, na antiga literatura Indiana e Hindu. As descobertas que influenciaram a medicina e a enfermagem incluem o desenvolvimento da anestesia, a teoria dos germes, o delineamento da anatomia e fisiologia. Sendo assim, a cirurgia ambulatorial está ligada à trajetória da história médica e da enfermagem¹.

A Cirurgia Ambulatorial é definida como procedimento cirúrgico realizado com anestesia geral, local, regional ou sedação, que requerem cuidados pós-operatórios pouco intensivos e de curta duração. Essa modalidade dispensa internação hospitalar por viabilizar a alta em poucas horas após a realização do procedimento².

As vantagens da implantação e realização da cirurgia ambulatorial estão relacionadas à menor alteração na rotina do paciente e da família, na redução do risco de infecção hospitalar, mais seguro, ao baixo custo e em assegurar que o paciente fique no hospital um curto período. Tais vantagens são revertidas em maior satisfação para o paciente, considerando o aspecto psicoemocional, a realização da cirurgia em ambulatório e colabora para reduzir a ansiedade pré-operatória não só do paciente como também de seus familiares, dada a possibilidade de retorno rápido ao ambiente familiar³.

A grande demanda por cirurgias passíveis de resolução a nível ambulatorial nos serviços públicos é uma realidade, viabilizada pelos avanços tecnológicos. Tal situação exige a formação de enfermeiros com competências específicas nas dimensões da organização de unidades de cirurgia ambulatorial e de assistência sistematizada de enfermagem.

A realização da cirurgia ambulatorial

depende de fatores direcionados aos pacientes e também à unidade hospitalar. Para realização da cirurgia ambulatorial é necessária a avaliação do risco cirúrgico, pois apenas os pacientes classificados como classe I e II do escore da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) estão habilitados a realizar cirurgia ambulatorial. Os pacientes classificados como ASA I não apresentam alterações orgânicas, fisiológicas, bioquímicas ou psiquiátricas enquanto os pacientes avaliados como ASA II apresentam doenças crônicas tratadas, os demais graus dependem de internação no período pós-operatória devendo ser operado a nível hospitalar. Desta forma, o conhecimento do perfil e do tipo cirúrgicos dos pacientes é importante para determinarmos a inclusão para a realização da cirurgia ambulatorial, e favorecer o direcionamento dos cuidados de enfermagem para os principais tipos anestésicos e complicações pós-operatórias imediatas^{3,4}.

Além disso, também observamos durante a assistência de enfermagem que os clientes e seus familiares ficam emocionalmente abalados ao saberem que suas cirurgias estavam suspensas. A problemática tem sido tema de muitas investigações nas últimas décadas. Estudos sobre cancelamento de cirurgias eletivas apontam altas taxas que variam de 17,6% a 33%. A incidência de suspensão cirúrgica deve ser um fator a ser identificado buscando minimizá-lo, pois a suspensão de cirurgias traz dificuldades psicológicas para lidar com o sentimento do paciente, situação esta que é agravada devido às particularidades de cada um. A suspensão de uma intervenção cirúrgica é uma ocorrência importante que nem sempre tem recebido a devida atenção por parte da equipe de saúde. Entretanto, para o paciente que já vivenciou toda uma rotina hospitalar, foi internado, preparado fisicamente e

emocionalmente, aguardou o momento de sua cirurgia. Todas estas etapas podem provocar o aumento do nível de ansiedade. O cancelamento da cirurgia acarreta prejuízos ao paciente, interferindo no resultado da assistência e na produtividade do serviço. Implica em custo operacional e financeiro para instituição, tendo repercussões negativas. Desta forma, estudar o índice de suspensões em cirurgia ambulatorial é fundamental para minimizar os fatores estressantes da suspensão cirúrgica⁵.

Cumprido ressaltar que a produção de conhecimento em cirurgia ambulatorial pela enfermagem brasileira ainda é pequena. Experiências inovadoras nessa área se apresentam como um terreno propício para o desenvolvimento de investigações que contribuam para subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem cirúrgica, além de formar massa crítica e referência de conhecimento específico. Os resultados do presente estudo subsidiarão as tomadas de decisão e o estabelecimento de protocolos específicos, com o propósito de, cada vez mais, melhorar a qualidade de assistência prestada.

Face ao exposto, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Identificar o perfil dos usuários do ambulatório de cirurgia geral;
- Determinar os procedimentos cirúrgicos gerais realizados;
- Analisar os fatores determinantes de suspensão de cirurgias gerais.

A cirurgia ambulatorial começou nesse século, com o primeiro serviço inaugurado em 1961, no Butter Worth Hospital, em Michigan. No ano seguinte houve a abertura de unidade semelhante na Universidade da Califórnia criado por Cohen e Dillon. Eles montaram um serviço com critérios e rotinas bem definidas, desde a admissão até a alta do paciente^{6,7}.

O maior estímulo para o seu desenvolvimento, entretanto, foi à instalação do Surgicenter Phoenix, em 1970, destinado a prestar assistência qualificada aos pacientes. As cirurgias eram consideradas por demais complexas para serem realizadas em consultórios médicos sem, no entanto, exigir uma hospitalização. Tal modalidade assistencial viria a ser o protótipo moderno da intervenção cirúrgica ambulatorial, fosse ela realizada em unidades hospitalares ou independentes⁷.

O Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) é semelhante ao Centro Cirúrgico tradicional. A diferença consiste no fato de a alta ocorrer no mesmo dia do procedimento, o que implica uma série de vantagens como: pouco tempo de privação do convívio familiar, redução do grau de ansiedade, menor risco de contrair infecção hospitalar, diminuição do tempo de recuperação, além da economia para o hospital, instituições de seguro e governamentais⁸.

O centro cirúrgico ambulatorial, do tipo hospitalar ou livre, deve ser completamente equipado para resolver qualquer intercorrência intra ou pós-operatória imediata. A presença do anestesiológico e de todo o arsenal técnico e medicamentoso deve ser igual ao do centro cirúrgico hospitalar, pois eventuais intercorrências deverão ser resolvidas imediatamente. Além disso, os profissionais destacados para trabalhar em unidades cirúrgicas ambulatoriais devem ser os de maior experiência⁹.

Do ponto de vista legal, a prática da cirurgia ambulatorial, quando realizada em serviço independente do hospital, está regulamentada pela resolução nº 1409/94 do Conselho Federal de Medicina.⁹ Esta resolução determina que devam ser submetidos a Cirurgia Ambulatorial os pacientes: a) com ausência de comprometimento sistêmico, seja por outras doenças ou pela Cirurgia, e paciente com distúrbio sistêmico

moderado, por doença geral compensada; b) que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos que não precisem de cuidados especiais no pós-operatório; c) que disponham de acompanhante lúcido e previamente identificado. Critérios como fatores fisiológicos, fatores sociais e psicológicos, avaliação clínica e laboratorial, também devem ser considerados.

As intervenções em unidades ambulatoriais abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia de diferentes naturezas, tais como: amigdalectomia, rinosseptoplastia, tenorrafia e miorrafia, correção de fístula arteriovenosa, postectomia, vasectomia, exérese de nódulo de mama, curetagem uterina, hemorroidectomia e fissurectomia, biópsias e remoção da vesícula biliar por minilaparotomia. Cirurgias gerais como herniorrafia, postectomia e orquidopexia também podem ser realizadas nestas unidades¹⁰.

Na seleção do paciente a ser submetido à cirurgia ambulatorial, devem-se considerar alguns fatores como idade, condição física e mental, risco anestésico, atitudes em relação à cirurgia ambulatorial e situação sócio-familiar. Os candidatos a procedimentos sob anestesia podem ser ordenados pela classificação americana de anesthesiologia (Associação americana de Anesthesiologia) sendo que, no caso de cirurgia ambulatorial, devem pertencer à classe I (possuírem processo patológico não sistêmico ou ausência de alterações fisiológicas bioquímicas ou psíquicas) ou classe II (distúrbio sistêmico de grau leve)⁶.

O ato cirúrgico vem carregado de uma carga emocional elevadíssima, a qual, se combinado com um possível cancelamento cirúrgico, pode reverter-se em um estresse adicional e desnecessário. Nesse elenco de acontecimentos e sentimentos, até mesmo os familiares são afetados, uma vez que todos se

preparam para um evento que acaba não acontecendo, frustrando-se, então, clientes e familiares. Desta forma, o Enfermeiro é de grande relevância, pois presta assistência integral ao paciente cirúrgica ao paciente, ou seja, prioriza não apenas os fatores físicos, mais os aspectos psicológicos. Ao iniciar o período pré-operatório com a marcação cirúrgica, o paciente vivencia temores e medos relacionados ao procedimento cirúrgico, logo, é imprescindível a presença do apoio psicológico, alcançado pelo enfermeiro, mediante as orientações e cuidados pré-operatórios^{9,11}.

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

Durante o preparo cirúrgico o cliente apresenta expectativas, dúvidas e temores a respeito do que irá acontecer. Para ele, o hospital é um ambiente estranho e desconhecido, onde se sente nas mãos de profissionais, aos quais confia e espera receber cuidados adequados. Todas as suas preocupações e expectativas estão voltadas para a realização da cirurgia e não para a sua suspensão¹².

O enfermeiro é indispensável no Centro Cirúrgico Ambulatorial, desde o início, no projeto de construção da unidade, visando garantir a distribuição estratégica de salas, unidades e equipamentos, de modo a resultar em um fluxograma lógico e seguro, até a administração e prestação de assistência direta e indireta ao paciente, em três momentos distintos: pré, trans e pós-operatório.

As ações de enfermagem no bloco de cirurgia em ambulatório são divididas em três

fases: a primeira, tem lugar no ato da marcação da intervenção cirúrgica, quando a identificação das necessidades e a orientação de enfermagem desempenham um papel fundamental; a segunda, compreende todo o tempo de permanência do paciente no bloco operatório; e a terceira, corresponde à orientação e ao controle pós-operatório, visando o autocuidado e o seguimento pós-operatório².

Refletir sobre o papel da enfermagem no espaço ambulatorial, nos remete a ações de grupo (grupos de convivência) e individual (consulta de enfermagem). Ações que envolvam a equipe de enfermagem (treinamento de serviço para implantação de normas e rotinas) e interdisciplinar, (Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE, em parcerias com outros profissionais), ações assistenciais (cuidado direto) e gerenciais (planejamento e implantação de serviços, além de elaboração de impressos e meios de avaliação - controle de satisfação do cliente).

O enfermeiro do serviço de cirurgia ambulatorial deve ser o responsável pela estrutura organizacional e dinâmica de funcionamento desta unidade. Acreditamos que compete a este profissional o gerenciamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente, sendo sua ação direcionada para o desenvolvimento de atividades administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa com vistas ao aprimoramento da prática.

METODOLOGIA

O estudo é do tipo documental e retrospectivo de abordagem quantitativa. A abordagem foi definida em função da natureza da pesquisa e dos objetivos propostos do estudo. A pesquisa foi realizada em Unidade de Cirurgia Ambulatorial de uma Policlínica situada no município do Rio de Janeiro, foram coletados os dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2009.

A população de estudo constituiu-se de 427 pacientes selecionados por meio de amostra de conveniência, todas as cirurgias foram computadas não ocorrendo perdas amostrais. Utilizamos como critérios de inclusão os pacientes submetidos às cirurgias gerais ambulatoriais de ambos os sexos na Policlínica no período de janeiro a dezembro de 2009. Excluíram-se do estudo as cirurgias oftálmicas, plásticas e proctológicas.

Os itens delimitados para determinação do perfil dos pacientes cirúrgicos foram faixa etária, sexo, tipo cirúrgico e motivos de suspensão de cirurgia, no qual favoreceram o delineamento da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico. Desta forma, o levantamento dos dados ocorreu através de uma planilha de Excel, direcionado aos aspectos como: nome do paciente, idade, sexo, procedimento cirúrgico, técnica anestésica, principais tipos cirúrgicos realizados e motivo de suspensão da cirurgia.

A fonte para a coleta dos dados foi constituída pelos registros institucionais relativos aos atendimentos cirúrgicos a pacientes submetidos à cirurgia geral, encontrados nos arquivos da clínica cirúrgica e da unidade de cirurgia ambulatorial (prontuário, impresso referentes às cirurgias).

Os dados foram coletados sofrendo posterior tratamento e análise. Ao término da coleta das informações, os dados foram analisados através do método de estatística descritiva¹³.

Os procedimentos ético-legais cumpriram os valores éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sendo analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (HUPE-UERJ, parecer 1264-CEP/HUPE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados obtidos estão relacionados à coleta de dados retrospectiva, obtidos de arquivos e dos

mapas cirúrgicos da Policlínica, no intuito de atingir os objetivos propostos: perfil cirúrgico dos clientes atendidos e o percentual de suspensões cirúrgicas.

Tabela 1- Sexo dos clientes que realizaram Cirurgia Ambulatorial Geral em 2009 - Rio de Janeiro.

Sexo	N	%
Masculino	209	60,6
Feminino	136	39,4
Total	345	100

Fonte: Unidade de Cirurgia Ambulatorial de uma Policlínica.

De acordo com a Tabela 1, observamos a predominância do sexo masculino entre os pacientes que realizaram cirurgias gerais no ano de 2009. O número de pacientes do sexo feminino foi de 136 (39,4%), enquanto os pacientes do sexo masculino foram de 209 (60,6%). Os procedimentos descritos no gráfico acima correspondem aos pacientes adultos que realizaram cirurgia geral em 2009, evidenciando uma prevalência de pacientes do sexo masculino.

Em um estudo feito conclui-se que a prevalência de cirurgias ambulatoriais realizadas no período de estudo foi de 18,84% com equilíbrio entre o sexo feminino (50,9%,) e masculino (49,1%). A maior proporção de pacientes pertencia ao grupo até 13 anos de idade (27,8%). A especialidade cirúrgica mais frequente foi à cirurgia geral (39,7%) e otorrinolaringologia (36,2%). Quanto ao tipo de cirurgia, o maior número de pacientes submeteu-se a amigdalectomia com adenoidectomia (21,6%). A anestesia geral foi à técnica anestésica mais utilizada na realização das cirurgias ambulatoriais (44,2%)¹⁴.

A prevalência do sexo masculino em nosso estudo também vem associada aos tipos cirúrgicos que foram principalmente cirurgias de herniorrafia, maior incidência do sexo masculino. Desta forma, poderemos estar direcionando nossa assistência de enfermagem no perioperatório,

para minimizar as complicações pós-operatórias e reduzir os índices de suspensões de cirurgia.

Tabela 2 - Número de Cirurgias Gerais Programadas e Suspensas no ano de 2009 - Rio de Janeiro.

Mês	Programadas	Cirurgias Suspensas	S/P (%)
Jan.	20	3	15
Fev.	21	13	61
Mar.	39	9	23
Abr.	27	6	22
Maió	45	7	15
Jun.	48	7	14
Jul.	30	5	17
Ago.	42	9	21
Set.	43	5	12
Out.	45	7	15
Nov.	39	6	15
Dez.	28	5	18
Total	427	82	19

Fonte: Unidade de Cirurgia Ambulatorial de uma Policlínica.

De acordo com a tabela 2, observamos o número de cirurgias ambulatoriais gerais 427 realizadas durante o ano de 2009. De acordo com os dados da coleta de dados dos arquivos e mapas cirúrgicos, observamos que as cirurgias ambulatoriais gerais, apresentaram em média de 29 cirurgias realizadas por mês. Totalizando 345 (81 %), realizadas e 82 (19%) foram suspensas.

O mês que apresentou o maior número de suspensões de cirurgias foi o de fevereiro 13 (61%), seguido dos meses de março 9 (23%). Esse evento a princípio não apresenta um fato que possa explicá-lo, entretanto no mês de fevereiro ocorre no período de férias e carnaval, logo temos um número reduzido de cirurgias favorecendo uma maior elevação nos índices de suspensões de cirurgias.

De acordo com resultados encontrados em um estudo realizado em hospital universitário referente à suspensão de cirurgia, foi identificado que se planejou a realização de 3.553 cirurgias, sendo que no mesmo período, foram suspensas 973 (27,4%) cirurgias eletivas planejadas⁵.

Em outro estudo realizado, pode ser visto que o índice de suspensões cirúrgicas foi de 33%, tendo como explicação a falta de recursos financeiros passada pela instituição em estudo e

também por conta de feriados natalinos, onde os pacientes optaram em passar em casa com seus familiares o que de certa forma fez reduzir o número de cirurgias¹⁵.

Um estudo realizado em um hospital geral observou-se que das 3627 cirurgias programadas, 863 (23,79%) foram canceladas. Entre elas, principalmente as cirurgias: ortopédicas, ginecológicas, gerais e oftalmológicas. Os motivos da suspensão estavam associados principalmente a deficiências do hospital e secundariamente a falhas na equipe de saúde¹⁶.

O cancelamento das cirurgias deve ser evitado ao máximo, porque atinge o paciente deixando-o mais aflito pelo atraso da intervenção cirúrgica e para minimizar essa situação é necessário um planejamento da equipe de enfermagem e maior responsabilidade da instituição de saúde.

A suspensão de cirurgia contribui para o desgaste físico e emocional dos clientes. Nesse sentido, o controle adequado das cirurgias gerais ambulatoriais agendadas proporciona menor exposição do paciente, diminuição do tempo de internação, diminuição dos riscos de infecção hospitalar e redução dos custos do tratamento. Desta forma, favorece o aumento da produtividade, o retorno financeiro e a qualidade da assistência de enfermagem. O paciente, ao se preparar para a cirurgia, traz consigo expectativas, dúvidas e temores a respeito do que irá acontecer. Para ele, o hospital é um ambiente estranho e desconhecido, onde se sente nas mãos de profissionais, aos quais confia e espera receber cuidados adequados. Todas as suas preocupações e expectativas estão voltadas para a realização da cirurgia e não para a sua suspensão. A suspensão de cirurgia acarreta prejuízos ao paciente, interferindo no resultado da assistência e na produtividade do serviço. Do ponto de vista administrativo, interfere na própria equipe de

saúde, no que se refere à operacionalização do trabalho, ao consumo de tempo e de recursos materiais^{17,18}.

O enfermeiro é o profissional essencial na organização e gerência do centro cirúrgico para a minimização das suspensões de cirurgias, através de normas e rotinas que possam estabelecer monitoramento e evitar estes índices elevados que muitas das vezes são gerados pela falta de liderança e planejamento do número de cirurgias⁵.

Tabela 3 - Principais motivos de Suspensões Cirúrgicas no ano de 2009 - Rio de Janeiro.

Motivos das Suspensões Cirúrgicas	N	%
Falta do Paciente	29	35
Crise Hipertensiva	15	18
Encaminhado para	5	6
Falta de Anestesista	3	3
Lesão	2	2
Impetigo	1	1
Outros	27	33
Total	82	100

Fonte: Unidade de Cirurgia Ambulatorial de uma Policlínica.

Em relação aos fatores determinantes para as suspensões dos procedimentos cirúrgicos relativos aos clientes, foram constatados os seguintes motivos: falta do paciente 35%, crise hipertensiva 18%, encaminhado para outra unidade cirúrgica 6%, falta de anestesista 3%, lesão 2%, Impetigo 1%. No parâmetro outros (33%) estão associados: tosse, falta do acompanhante, dificuldade de acesso do paciente devido a mau tempo.

Os estudos que nortearam o trabalho, demonstraram que as principais causas de suspensões de cirurgias estão associadas às condições clínicas dos pacientes, falta de planejamento nos horários para realização das cirurgias, falta de material^{5,16,19}. Desta forma, o enfermeiro chefe do centro cirúrgico deve adotar estratégias capazes de reduzir estes índices. O procedimento cirúrgico deve ser supervisionado para melhorar a qualidade da assistência.

Desta forma, os resultados apresentados corroborando com os apresentados na literatura,

pois os principais fatores determinantes da suspensão cirúrgica estão associados às alterações das condições clínicas dos pacientes. Entretanto é importante pontuar que a falta do paciente foi o principal motivo apresentado, sendo fundamental a realização da consulta de enfermagem pré-operatória na cirurgia geral pelo enfermeiro, para esclarecer possíveis questionamentos e dúvidas minimizando assim os índices de suspensões.

Tabela 4 - Número de procedimentos cirúrgicos gerais realizados no ano de 2009 - Rio de Janeiro

Tipos de Cirurgias	N	%
Hérnias	232	59
Cistos Sebáceo	56	14
Tumorações	34	9
Lesões	11	3
Quelóides	3	0,8
Epitelioma	15	4
Exereses	1	0,2
Lipoma	24	6
Ressequições	4	1
Molusco pend.	8	2
Biopsia	1	0,2
Ceratose Seborréica	1	0,2
Granuloma	1	0,2
Cravo Plantar	1	0,2
Bromato Fibroma	1	0,2
Total	345	100

Fonte: Unidade de Cirurgia Ambulatorial de uma Policlínica.

Identificamos que entre os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais realizados, os mais frequentes foram as herniorrafias 232 (59%), cistos sebáceos 56 (14,24%), tumorações 34 (8,65%) e lipomas 24 (6,11%). As principais cirurgias de herniorrafia foram do tipo correção de hérnia inguinal, e em menor escala as hérnias umbilicais. As cirurgias ambulatoriais caracterizam-se por serem cirurgias de pequeno e médio porte, entre elas principalmente: herniorrafias, hemorroidectomias, confecções de fistulas arteriovenosas, exereses de cistos sebáceos, entre outras. Além disso, sua demanda tem apresentado elevação significativa, devido redução no tempo de espera para a realização dos procedimentos, redução de custos e aumento da disponibilidade de leitos hospitalares para a internação de

pacientes com afecções cirúrgicas mais complexas^{20, 21}.

A identificação dos tipos cirúrgicos mais realizados durante as cirurgias ambulatoriais, favorece o planejamento da assistência de enfermagem das cirurgias minimizando as complicações pós-operatórias e reduzindo os índices de suspensões de cirurgias.

A cirurgia ambulatorial proporciona custo-benefício, segurança e qualidade para os pacientes e para as unidades ambulatoriais. É uma experiência na prática cirúrgica com tendência de amplo crescimento porque não depende de novas tecnologias para sua implantação, mas apenas de atualizações da equipe de enfermagem e adaptações dos serviços de saúde para prover condições de bem estar aos pacientes²⁰.

CONCLUSÃO

Com a realização do presente trabalho, pudemos conhecer os principais procedimentos cirúrgicos realizados e assim, melhor planejar a assistência de enfermagem para a realização dos procedimentos cirúrgicos nos próximos anos com melhor qualidade, redução das suspensões cirúrgicas e complicações pós-operatórias. Em relação às suspensões cirúrgicas, que é outro problema que buscamos a sua redução, tentando evitar que ocorram, determinamos que os seus principais motivos foram: a falta do paciente, a falta dos exames e documentos necessários para a realização da cirurgia e o não cumprimentos das ordens médicas, como por exemplo o jejum. Acreditamos que a consulta de enfermagem aos clientes submetidos a cirurgia geral ambulatorial ajudaria minimizar estes problemas, haja visto em outros modelos cirúrgicos que já foi implantada e vem apresentando números menores de suspensões cirúrgicas e complicações no período pós-operatório. Além de prestar orientações também aos familiares durante a consulta de

enfermagem, e acompanhamento no período pós-operatório tardio. Assim, com os dados obtidos, buscamos realizar a implantação da consulta de enfermagem e treinamento dos profissionais da equipe de enfermagem, mediante a apresentação dos resultados junto à direção de enfermagem da unidade cirúrgica.

Desta forma, o conhecimento dos índices e motivos que favorecem a suspensão de cirurgias poderá subsidiar tomadas de decisões e o estabelecimento de protocolos específicos, com o propósito de, cada vez mais, melhorar a qualidade de assistência prestada. Neste contexto os resultados da pesquisa contribuí muito, na redução de custos, facilitando a assistência de enfermagem e minimizando os desgastes dos clientes participantes do programa de cirurgia ambulatorial.

REFERÊNCIAS

1. Watson DS, Sangermano CA. Cirurgia ambulatorial. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10^a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1997.
2. Alvarez SR, Martinez IA, Carro JL. Porrero-Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirurgia de corta estancia. Planteamiento actualizado de dos programas complementarios, in Cirugía Mayor Ambulatoria. 2^a ed. Coimbra (Po): Masson, 2002.
3. Santos JS, Sankarankutty AK, Salgado Jr W, Kemp R, Leonel EP, Castro e Silva Jr OR. Cirurgia Ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 274-86.
4. Flório MCS, Galvão CM. Implantação de um serviço de cirurgia ambulatorial: O papel da enfermagem nesse cenário. Rev Latino-Am Enfermagem. 1998 6(5): 83-8.
5. Souza NVDO, Mauricio VC, Marques LG, Mello R. *pesq.: cuid. fundam. online* 2012. abr./jun. 4(2):2938-47
6. Figueiredo D. Cirurgia de Ambulatório. Rev da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 1998. 9(2): 104-13.
7. James E, et. al. Grande cirurgia ambulatorial. Clínicas cirúrgicas da América do Norte, v. 4, 1987.
8. Tancredi MV, Tancredi A Neto. Unidade ambulatorial, atendimento domiciliar e transporte de pacientes. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro N Filho. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
9. Abreu LB. Emergências - Pronto Atendimento de Acidentes de Mão. São Paulo (SP): IMESP; 1993.
10. Nosow V, Peniche ACG. Paciente cirúrgico ambulatorial: catatonia e ansiedade. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2): 161-7.
11. Silva MAA, et al. Enfermagem na unidade de centro cirúrgico. 2^a ed. São Paulo (SP): Pedagógica e Universitária; 1997.
12. Oliveira Filho AL. Anestesia para pacientes de curta permanência hospitalar. Rev Bras Anesthesiol. 1983; (33): 183 - 197.
13. Polit Denise F, Beck Cheryl T. Hungler, Bernadette P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, métodos, avaliação e pesquisa. 5^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
14. Techy AM, Sakae TM, Bianchini N. Perfil das cirurgias ambulatoriais realizadas em hospital no sul do estado de Santa Catarina. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008; 37(3): 52-57.
15. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital escola: um estudo exploratório. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000; 8(4): 59-65.
16. Aguirre-Córdoba JF, Chávez-Vázquez G, Huitrón-Aguilar GA, Cortés-Jiménez N. Why is surgery cancelled? Causes, implications, and

- bibliographic antecedents. *Gac Med Mex.* 2003; 139(6): 545-51.
17. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Rev Latino- Am Enfermagem.* 2006; 14(1): 48-53.
 18. Christóforo BE, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43: 14-22.
 19. Perroca MG, Jerrico MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41: 113-9.
 20. Pinto TV, Araújo IEM, Gallani MCBJ. Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005; 13(2).
 21. Santos JS, Sankarankutty AK, Salgado Jr W, Kemp R, Leonel EP, Castro e Silva Jr O. Cirurgia Ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2008; 41 (3): 274-86.

Recebido em: 11/12/2011

Aprovado em: 21/01/2012