



## PESQUISA

WHY SURGERIES ARE CANCELED? A STUDY ABOUT THE CAUSES, RATES AND CONSEQUENCIES IN A GENERAL HOSPITAL IN RIO DE JANEIRO

POR QUE AS CIRURGIAS SÃO SUSPENSAS? UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE AS TAXAS, AS CAUSAS E CONSEQÜÊNCIAS EM UM HOSPITAL GERAL DO RIO DE JANEIRO

POR QUE LAS CIRURGIAS SON SUSPENDIDAS? UMA INVESTIGACION SOBRE LÁS TASAS, LÁS CAUSAS Y CONSECUENCIAS EM UM HOSPITAL GERAL DE RIO DE JANEIRO

Fernanda Morena dos Santos Barbeiro<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the rate of suspension of surgeries in a general hospital in Rio de Janeiro, the frequency of canceled surgeries at clinics, the main reasons for suspension, and to propose measures to minimize surgical suspension. **Method:** A descriptive-exploratory quantitative approach from field research in this hospital from the analysis of maps containing surgical planning, the book report of surgery and the chips suspension. **Results:** The cancellation rate was 6.38%. Among the canceled surgeries, it may be noted that 86.84% of these were due to lack of clinical conditions, and other 5.27% were caused by lack of blood for transfusion during surgery. Among the clinics with the highest number of suspensions we found general surgery (28.95%), followed by urology. **Conclusion:** Preoperative visits nursing case more efficient, could minimize the amount of suspensions. **Descriptors:** Nursing, Hospital surgical center, Surgical nursing.

## RESUMO

**Objetivo:** identificar a taxa de suspensão de cirurgias em um hospital geral do Rio de Janeiro, a frequência de cirurgias suspensas nas clínicas, os principais motivos de suspensão, além de propor medidas que minimizem suspensão cirúrgica. **Método:** Pesquisa descritivo-exploratória com abordagem quantitativa a partir de pesquisa de campo em um centro cirúrgico de um hospital a partir da análise dos mapas cirúrgicos contendo a programação cirúrgica, o livro de relato de cirurgias e as fichas de suspensão. **Resultados:** A taxa de suspensão foi de 6,38%. Dentre as cirurgias suspensas, pode-se notar que 86,84% dessas foram devido à falta de condições clínicas do paciente, e outros 5,27% foram causados por falta de sangue para transfusão durante a cirurgia. Dentre as clínicas com maior número de suspensões encontramos a cirurgia geral (28,95%), seguida pela Urologia. **Conclusão:** as visitas pré-operatórias de enfermagem caso mais eficientes, poderiam minimizar o quantitativo de suspensões. **Descritores:** Enfermagem, Centro cirúrgico hospitalar, Enfermagem cirúrgica.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el tipo de suspensión de cirugías en un hospital general en Río de Janeiro, la frecuencia de suspensiones de cirugías en las clínicas, las principales razones para suspensión, y proponer medidas para minimizar las suspensiones de cirugías. **Método:** Enfoque cuantitativo descriptivo-exploratorio de investigación de campo en la cirugía en un hospital a partir del análisis de los mapas que contienen planificación quirúrgica, el informe del libro de la cirugía y la suspensión de las virutas. **Resultados:** La tasa de cancelación fue del 6,38%. Entre las cirugías canceladas, cabe señalar que el 86,84% de éstas se debieron a la falta de condiciones clínicas, y otros 5,27% fueron causadas por falta de sangre para la transfusión durante la cirugía. Entre las clínicas con mayor número de suspensiones encontramos cirugía general (28,95%), seguida de urología. **Conclusión:** Las consultas de enfermería preoperatoria caso más eficiente, podría minimizar la cantidad de suspensiones. **Descriptor:** Enfermería, Centro quirúrgico hospitalar, Enfermería quirúrgica.

<sup>1</sup> Enfermeira Residente da UNIRIO. Enfermeira Oncologista pela Universidade Gama Filho. E-mail: nurse\_fe@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

As finalidades cirúrgicas são várias: emergência, urgência, eletiva, paliativa, diagnóstica, corretiva e cosmética. Mas independentemente do tipo de cirurgia, seja ela eletiva ou mesmo de emergência, a intervenção cirúrgica gera mobilização por parte da equipe hospitalar da Unidade de Centro Cirúrgico, assim como gera estresse e inquietudes ao paciente que será submetido à cirurgia.

Sob o ponto de vista da instituição/hospital, o agendamento de uma cirurgia envolve um número considerável de pessoas; interfere também no planejamento das equipes fora dessa unidade, como a Unidade de Internação, na qual é necessária para a reserva de leito anteriormente à cirurgia e posteriormente a mesma; aciona a equipe médica e de enfermagem que diariamente atende e supre suas necessidades básicas no pré e pós-operatório; desloca a equipe do Laboratório de Análises Clínicas (LAC) e de

Anatomia Patológica, serviço de farmácia, esterilização, depósito de materiais, dentre outros.

O movimento cirúrgico é considerado uma variável que interfere nos indicadores de qualidade e produtividade das instituições hospitalares. Taxas como taxa de ocupação, tempo de permanência cirúrgica, intervalo entre cirurgias, recuperação anestésica e taxa de suspensão de cirurgias constituem parâmetros de produtividade hospitalar e são critérios importantes para o processo de Acreditação Hospitalar<sup>1</sup>.

Um procedimento cirúrgico não é um acontecimento rotineiro na vida de uma pessoa. Ele requer um preparo prévio do paciente e das pessoas que o rodeiam, muitas vezes obrigando-os a permanecerem longe de suas atividades

laborais, longe de seus familiares e dentro de nosocômios por longos períodos. Além desse deslocamento, essas pessoas muitas vezes necessitam também gerar recursos físicos, psicológicos e muitas vezes financeiros para enfrentar esse momento desgastante da vida.

O paciente com cirurgia eletiva programada perpassa seu período pré-operatório em constantes aflições, demonstrando muitas vezes sentimentos nunca antes experimentados como ansiedade ou medo do desconhecido, tensão, medo da anestesia e medo da possibilidade da morte. Ele estará em um ambiente desconhecido, longe de seu habitat natural e de seus conhecidos. Ele sabe que será submetido a um procedimento onde será violada sua integridade física e que será dependente de alguém até sua recuperação plena<sup>2</sup>.

A preocupação maior envolvendo o paciente cirúrgico decorre do não conhecimento das informações, englobando aspectos inerentes ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido<sup>3</sup>. Esse tipo de desconhecimento gera estresse ao paciente o que muitas vezes faz com que seu estado hemodinâmico seja alterado.

No período pré-operatório é necessário que o paciente se encontre com o melhor estado clínico possível. A meta do período pré-operatório é oferecer o maior número possível de fatores de saúde positivos para o paciente, sendo feitas manobras de se estabilizar condições clínicas que atrapalhariam em uma recuperação plena<sup>4</sup>. É necessário que o paciente realize exames pré-operatórios laboratoriais e de imagem e também passe por avaliação cardiológica e nutricional para que a cirurgia de fato seja realizada.

Quanto maior forem os fatores negativos, maiores serão os riscos de uma cirurgia com intercorrências e pós-operatório desfavorável ao

paciente, ou mesmo cancelamento cirúrgico. Esta é problemática constante nas Unidades de Centro Cirúrgico, já que a repercussão deste cancelamento gera prejuízo tanto para o paciente como para a instituição. A suspensão cirúrgica também acarreta ao paciente, sentimentos de revolta, desconfiança na equipe, insegurança e intenso estresse<sup>5</sup>.

Embora os prejuízos sejam intensos ao paciente que recebe a notícia do cancelamento de sua cirurgia, esta já compreendida e aceita por ele, o impacto causado pelo cancelamento das cirurgias eleva os custos operacionais e financeiros da instituição e reduz a eficiência do serviço oferecido, aumentando diretamente os custos diretos (recursos humanos, medicamentos e materiais) e custos de oportunidades<sup>5</sup>.

O cancelamento cirúrgico é falha decorrente do não atendimento aos requisitos do planejamento administrativo da unidade correspondendo a um dos quatro componentes do custo da qualidade, classificados como custos de falhas internas e externas, custos de prevenção e análise<sup>5</sup>.

De fato o cancelamento de cirurgias programadas não é falha somente da equipe hospitalar ou mesmo do sistema hospitalar. Muitas vezes o cancelamento transcende a dimensão administrativa e recai na falta de condicionamento clínico do paciente.

Pesquisa<sup>2</sup> evidencia que 70,43% do cancelamento de cirurgias decorreram de problemas relacionados com o próprio paciente, como ausência de 54,30% deles para a cirurgia, e 16,13% decorrentes de falta de condições clínicas do paciente. De acordo com os próprios, os motivos que os levaram a não comparecerem na instituição para realizar a cirurgia foram desconhecimento da data agendada, desistência, falta de exames pré-operatórios e problemas

trabalísticos (impossibilidade de afastar-se do trabalho).

Alguns fatores essenciais podem interferir nesse quadro de cancelamento cirúrgico, cancelamento esse proveniente do absenteísmo do paciente ou mesmo por problemas clínicos e administrativos. Caso sejam implementados corretamente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, o acompanhamento clínico e a Visita pré-anestésica são alguns desses fatores.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) ratifica o uso correto das ferramentas metodológicas da enfermagem para avaliar o paciente como um todo, através do processo de enfermagem que consiste nas fases de avaliação, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e avaliação dos resultados. A SAEP é um processo que objetiva a promoção, manutenção e repercussão da saúde do cliente, sendo o alicerce das ações de enfermagem do Centro Cirúrgico, prevenindo complicações pós-operatórias<sup>6</sup>.

Todo o processo de SAEP inicia-se a partir da visita pré-operatória de enfermagem, sendo indispensável para o preparo físico e emocional do paciente<sup>7</sup>. Ela representa um valioso instrumento para a humanização da assistência de enfermagem perioperatória, a fim de proporcionar apoio emocional, orientações quanto ao ato cirúrgico e dar atenção para que o paciente possa se sentir acolhido<sup>8</sup>. Na consulta pré-operatória de enfermagem o enfermeiro e paciente desenvolvem uma interação efetiva, podendo então detectar qualquer anormalidade emocional e física que poderiam interferir no desenrolar do procedimento. Neste momento é importante também que o enfermeiro dê abertura ao paciente para que o mesmo retire suas dúvidas quanto ao procedimento, reduzindo o nível de ansiedade do

paciente colaborando com níveis de estresse mais baixos no momento do ato cirúrgico, minimizando assim alterações fisiológicas decorrentes de níveis de estresse alto.

A visita pré-operatória tem como objetivo maior ser colaboradora para redução de níveis de ansiedade e estresse do paciente, colaborar na recuperação da saúde e prestar assistência qualificada ao paciente que será submetido à cirurgia, além de fornecer informações sobre o pré, trans e pós-operatório. A visita pode ser realizada de forma individual, coletiva e com a presença de familiares e deve ter como instrumento básico o uso de linguagem clara e acessível para todos os níveis instrucionais<sup>2</sup>.

Os dados coletados através da visita pré-operatória de enfermagem oferecem subsídios para a identificação de problemas ou alterações relacionadas ao âmbito bio-psico-social e espiritual do paciente, podendo conter informações chaves para um bom desempenho anestésico e de recuperação pós-operatória<sup>6</sup>. Desta maneira torna-se instrumento indispensável, visto que possibilita ao enfermeiro detectar, solucionar e encaminhar os problemas enfrentados pelo paciente, além de outras vantagens, como o vínculo com este<sup>8</sup>.

As visitas de enfermagem pré-operatórias são tão importantes que são respaldadas pela Resolução COFEN n° 272, devendo ser implementada em todas as unidades de saúde do estado. Esta atividade privativa do enfermeiro eleva a qualidade da assistência de enfermagem ao beneficiar o paciente, através de um atendimento individualizado, e a enfermeira, ao demonstrar a importância do processo de enfermagem dentro das ações de cuidar multidisciplinar<sup>9</sup>.

No hospital onde a autora perpassou seu período como enfermeira residente, a visita pré-

operatória normalmente é realizada pelo próprio residente. Tal encontro é realizado na tarde que antecede o procedimento cirúrgico, dando-lhes todas as informações pertinentes ao procedimento e preparos para o mesmo. Ao realizar as visitas pode-se perceber que muitos pacientes usam aquele momento para sanarem suas dúvidas, contar suas histórias e mesmo receber afeto, já que muitos destes encontram-se sozinhos no período de pré-operatório imediato.

### Objeto, Problema e Objetivos De Estudo

A partir das bibliografias consultadas podemos perceber que as razões dos cancelamentos cirúrgicos após dias de agendamento é assunto bem discutido pela comunidade acadêmica, mesmo que haja poucos trabalhos publicados sobre o assunto.

Certo de que o cancelamento cirúrgico atrapalha o desenvolvimento da instituição por diminuir os padrões de qualidade hospitalar, além de atrapalhar todo o preparo psicológico do paciente à espera da resolução de seu problema por meio do procedimento cirúrgico, e por ser freqüente no cenário de estudo devido à alguns tópicos, surgiu o objeto deste estudo: *Taxa de suspensão e motivos que interferem diretamente no cancelamento de cirurgias eletivas.*

Fundamentado no cenário do cancelamento cirúrgico emergiu o seguinte problema de estudo: *Quais os motivos mais freqüentes de cancelamento de cirurgias na instituição hospitalar de ensino escolhida e suas respectivas taxas de suspensão?*

Tendo como objetivos:

- ✓ Identificar a taxa de suspensão de cirurgias no hospital de ensino escolhido;
- ✓ Identificar a freqüência de cirurgias suspensas em cada um dos serviços cirúrgicos;

- ✓ Identificar os principais motivos de suspensão de cirurgias.

Tendo como base de que o Centro Cirúrgico da Instituição é uma unidade de grande importância para a unidade hospitalar e que parte de seus pacientes são de características cirúrgicas, pretende-se com este estudo fornecer subsídios para que a taxa de suspensão de cirurgias seja diminuída, melhorando a qualidade do atendimento hospitalar, além de reduzir a frustração e ansiedade do paciente por não ter sua necessidade cirúrgica atendida.

### METODOLOGIA

Pesquisa descritivo-exploratório com abordagem metodológica e análise de dados com base quantitativa, a partir de uma pesquisa de campo sediada em um hospital de Grande porte da Cidade do Rio de Janeiro, mais precisamente na Unidade de Centro Cirúrgico desta instituição.

Para o instrumento de coleta de dados foi utilizado os mapas cirúrgicos contendo a programação cirúrgica, o livro de relato de cirurgias e as fichas de suspensão de cirurgias preenchidas pelo cirurgião ou pelo anestesista no ato do cancelamento das mesmas. Esse documento instituído pela chefia do Centro Cirúrgico é preenchida em duas vias: uma permanece no prontuário do paciente e a outra é arquivada no Centro Cirúrgico.

A coleta de dados ocorreu no mês de Maio de 2010, na qual foram analisados os motivos de suspensões, suas respectivas taxas, e as clínicas que as suspenderam. Os dados foram coletados a

partir das cirurgias no período de Janeiro de 2010 até Abril de 2010.

Foram selecionados para fazerem parte da amostra de estudo somente aqueles procedimentos cirúrgicos agendados, ou seja, cirurgias eletivas, excluindo-se, então as cirurgias de emergência.

Como a pesquisa não envolve coleta de dados com seres humanos, a mesma não teve necessidade de que fosse expedido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, embora fosse obrigatório que a mesma fosse analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unidade Hospitalar em questão escolhida como cenário de pesquisa. Após aprovação deste, a pesquisa pôde dar prosseguimento e chegar aos seus objetivos.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

No período de 01 de Janeiro de 2010 até 30 de Abril de 2010 foram programadas um total de 595 cirurgias. Como o presente estudo recai sobre o número de cirurgias eletivas, contabilizamos que a taxa de suspensão de cirurgias nesta instituição foi de 6,38%. Deve-se deixar claro que taxa de suspensão é definida como o número de cirurgias suspensas no período em questão sobre o total de cirurgias programadas nesse período, multiplicando-se por 100<sup>10</sup>.

De acordo com os dados colhidos não foram realizadas 59 cirurgias programadas, sendo 38 dessas cirurgias suspensas após a internação e 21 canceladas devido ao não comparecimento do paciente que seria submetido ao procedimento cirúrgico.

Tabela 1: Quantitativo de cirurgias realizadas X suspensas x absenteísmo do paciente

Cirurgias Programadas	Cirurgias Eletivas Realizadas	Cirurgias Suspensas	Paciente Não Internou
595	536	38	21

O presente estudo encontrou taxas de suspensões menores do que comumente vêm sendo publicado<sup>2</sup>. Nossas taxas inferiores podem ter sido influenciadas por omissão de relato de cancelamentos ou mesmo sub-notificações, o que fica bem claro quando não se encontrou relatos cirúrgicos de pacientes com cirurgias programadas nem relatos de cancelamentos das mesmas.

Dentre as cirurgias suspensas (suspensões após internação) pode-se notar que 86,84% dessas (33 cirurgias) foram devido à falta de condições clínicas do paciente, principalmente a quadros de

Hipertensão Arterial. Outros 5,27% (2 cirurgias) foram causados por falta de sangue para hemotransfusão durante o procedimento e outros 7,89% (3 cirurgias) foram gerados por falta de material necessário para o desenvolvimento do ato cirúrgico, exames pré-operatórios vencidos e outras causas, como validade aspirada de um determinado material necessário para o procedimento. Vale ressaltar que nenhuma das cirurgias canceladas foi ocasionada por problema relacionado à organização da própria unidade ou aquele ocasionada por falha de recursos humanos.

Tabela 2: Causas mais freqüentes de cancelamento cirúrgico e seus percentuais

Causa de suspensão de cirurgias	Percentual	Número de cirurgias
Falta de condições clínicas (Hipertensão arterial)	86,84%	33
Falta de hemocomponentes	5,27%	2
Falta de material	2,63%	1
Exames incompletos ou vencidos	2,63%	1
Outras causas	2,63%	1

Ao analisar os motivos mais importantes para essa taxa de suspensão na instituição a autora pode notar que fatores como condição clínica do paciente, principalmente quando geradores de hipertensão arterial é notadamente a maior causa de suspensão de cirurgias.

Dentre as clínicas com maior número de cirurgias suspensas encontramos o setor de cirurgia geral com maior percentual dentre o total de suspensões (28,95%). Deve-se levar em consideração que no período analisado está clínica foi a que mais teve cirurgias agendadas, cerca de 33,45% do total de agendamentos, o que leva-se a concluir que poderíamos encontrar o maior número de suspensões. A clínica Vasculuar, a

Bucomaxilofacial, a Mastologia e a Cirurgia Bariátrica foram os setores que não obtiveram nenhum cancelamento de cirurgia.

Tabela 3: Percentual de Cancelamentos em relação aos agendamentos por clínica e por total de cancelamentos.

Clínica	Total de cirurgias suspensas	Total de cirurgias agendadas	% de cancelamento por clínica	% de cancelamento por total de cancelamentos
Oftalmologia	5	32	15,62	13,16
Urologia	5	60	8,33	13,16
Plástica	4	42	9,52	10,52
Mastologia	0	17	0	0
Neurologia	1	54	1,85	2,63
Proctologia	1	18	5,55	2,63
Otorrinolaringologia	1	27	3,70	2,63
Vascular	0	22	0	0
Ginecologia	4	52	7,69	10,52
Cabeça e Pescoço	3	23	13,04	7,90
Bucomaxilo	0	6	0	0
Geral	11	199	5,52	28,95
Pediatria	3	38	7,89	7,90
Bariátrica	0	5	0	0

O maior número de cancelamentos cirúrgicos ocorreu às Quartas Feiras (14 cancelamentos no total), seguindo das Quintas Feiras (13 cancelamentos). A tal fato podemos relacionar os dias de realização das cirurgias da Clínica Geral, que são normalmente agendadas nesses dias e que

foram responsáveis pelo maior número de cancelamentos da pesquisa. Vale ressaltar que às Quintas Feiras são agendadas cirurgias da clínica geral com foco oncológico, o que não significa afirmar que neste dia não sejam realizadas cirurgias sem este foco.

Tabela 4: Programação de cirurgias por clínica, de acordo com os dias da semana

DIAS DA SEMANA	CLÍNICAS AGENDADAS	
Segunda Feira	Oftalmologia Urologia Neurologia	Plástica Mastologia
Terça Feira	Vascular Ginecologia	Bucomaxilofacial Cabeça e Pescoço
Quarta Feira	Neurologia Urologia	Geral Plástica
Quinta Feira	Oftalmologia Ginecologia	Proctologia Geral (oncologia)
Sexta Feira	Pediatria Geral (bariátrica) Otorrinolaringologia	Neurologia Geral

As suspensões de cirurgias podem ser causadas pelo nervosismo e inquietudes naturais do período pré-operatório e poderiam ser amenizadas caso a instituição instituisse uma sistematização para visita pré-operatória, para os enfermeiros. Neste hospital a visita de enfermagem pré-operatória somente é realizada quando a unidade comporta

enfermeiros residentes no mês, o que denota que quando não existe enfermeiro residente no setor a visita pré-operatória de enfermagem não é realizada.

Torna-se evidente a carência de profissionais desta categoria para a realização das visitas uma vez que os recursos humanos dessa categoria são escassos, sendo somente 2 enfermeiras no período

da manhã e 1 enfermeira no período da tarde para um centro cirúrgico com uma média de 10 cirurgias por dia. Vale relatar que nessa unidade o enfermeiro tem atribuição gerencial ficando alheio à assistência dos pacientes no pré-operatório.

No ponto de vista da autora a visita pré-operatória de enfermagem deveria ser prática diária da equipe, uma vez que na visita pode-se perceber inquietudes, dúvidas, apreensões e possíveis fatores clínicos que desfavoreçam a cirurgia na manhã do dia seguinte.

De acordo com a Resolução COFEN 159/1193<sup>11</sup> que dispõe sobre a consulta de enfermagem além da Resolução COFEN 272/2000<sup>12</sup> que aborda a SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem toda instituição de saúde deve utilizar esse método, que consiste em um sistema composto de passos integrados que guiam e regem as ações de enfermagem, sendo elas de média ou alta complexidade.

Para os pacientes em pré-operatório deve ser utilizada a Sistematização da assistência de enfermagem Perioperatória que implica na aplicação do processo de enfermagem com base na assistência integral continuada, participativa, individualizada e documentada, o que ajuda ao paciente e familiar na compreensão do tratamento anestésico - cirúrgico proposto, reduzindo ao máximo os riscos decorrentes da utilização de materiais necessários para estes procedimentos além de reduzir a ansiedade do paciente ao prove-lo informação sobre suas dúvidas e anseios<sup>13</sup>. Tal redução dos níveis de ansiedade é realizada no momento da consulta de enfermagem, na qual são avaliadas situações geradoras de problemas futuros e suspensão de dúvidas que possam ser geradas. Uma vez sem dúvidas e com o nível de ansiedade reduzido, o paciente é conduzido ao

centro cirúrgico menos nervoso e com níveis pressóricos mais estáveis, o que reduz a probabilidade de suspensão de cirurgias por conta de Hipertensão decorrente de estresse.

Para minimizar as possíveis causas de suspensões cirúrgicas uma medida eficaz seria uma consulta de enfermagem a nível ambulatorial após o agendamento cirúrgico. Tal prática iria minimizar ansiedades e esclarecer dúvidas antes mesmo da chegada do cliente na internação do hospital, além de conseguir captar alterações decorrentes de doenças crônicas, como hipertensão artéria e diabetes mellitus.

### CONCLUSÃO

Após os dados expostos pela pesquisa pode-se perceber que os motivos de cancelamento das cirurgias na Unidade de Centro Cirúrgico Geral da instituição analisada estão mais relacionados com a carência de ações direcionadas ao cliente provocando falta de condições clínicas no ato operatório; a falta de pessoal preparado para realização de ações que minimizem ansiedades e inquietudes dos pacientes em pré-operatório, do que propriamente dizendo carência de recursos para sua execução. Isso ficou evidente após taxas de cancelamentos de 6,38% e 86,84% de cancelamentos por hipertensão arterial no período pré-anestésico.

A preocupação dos administradores da área da saúde, principalmente dos serviços cirúrgicos, em otimizar as atividades, reduzir gastos, evitar desperdícios e desenvolver o trabalho com máxima qualidade vêm ao encontro das necessidades do paciente que deseja ser operado com a máxima segurança, conforto e com todas as suas ansiedade e inquietudes sanadas.

Mesmo sabendo que os enfermeiros residentes da unidade de centro cirúrgico desta



instituição prestam serviços para a unidade realizando visitas pré-operatórias de qualidade e que possam minimizar os cancelamentos cirúrgicos, sabe-se que não existe quantitativo de enfermeiros residentes suficiente para suprir todos os meses do ano neste setor e que os mesmos também exercem atividades extra-hospitalares que forcem os mesmos a se ausentarem da instituição em alguns dias da semana, deixando uma série de pacientes sem a devida realização da visita pré-operatória de enfermagem.

Outro fato importante a ser abordado é que nesta unidade os enfermeiros residentes nem sempre atuam no trans-operatório, não possuindo tempo hábil para notificar ao cirurgião e ao anestesista possíveis problemas averiguados durante a consulta pré-operatória, não havendo então continuidade da assistência em âmbito multiprofissional, não sendo, então validado os esforços da enfermagem em prestar uma assistência pré-operatória de qualidade. Os enfermeiros plantonistas e da rotina do setor estão em pequeno número, o que impossibilita-os de realizar tal visita.

Acredito que assim como as visitas de enfermagem pré-operatórias devessem ser realizadas com antecedência, à nível ambulatorial, as visitas pré-anestésicas necessitassem também ser realizadas com tempo suficiente para identificar algum fator desfavorável a realização do procedimento, em tempo para reavaliação do momento mais oportuno para a realização de cirurgias, esclarecimento de dúvidas e diagnósticos de comorbidades antes não identificadas.

A pesquisadora evidencia que se existisse uma assistência pré-operatória multiprofissional eficaz, sistematizada pela instituição, tanto por médicos anestesistas quanto pelos enfermeiros da unidade de centro cirúrgico, o cancelamento das

cirurgias devido à falta ou validade vencida de exames pré-operatórios não seria evidente como motivos de cancelamentos, pois estes profissionais também têm como foco de observação em suas visitas a regularidade dos exames para verificar a condição de apto para a cirurgia de cada um dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Gatto MAF, Jouclas VMG. Otimizando o uso da SO. Rev SOBECC, 1998; 3 (1): 23-8.
2. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. Rev Latino-am Enfermagem. 2006 jan-fev; 14 (1): 48-53.
3. Paula AAD, Carvalho ECC. Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisuais (vídeo) e oral. Rev Latino-am enfermagem Riberão Preto. 1997 jul; 5(3): 35-42.
4. Brunner & Suddart. Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica. Suzanne C. Smeltzer, Brena G. Bare e mais 50 colaboradores; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral, Márcia Tereza Luz Lisboa; tradução José Eduardo Ferreira de Figueredo], - 10 ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2005.
5. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicadores do desempenho organizacional. Rev Esc Enfermagem USP. 2007; 41(1): 113-9.
6. Possari JF. Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão. São Paulo: Iátria, 2004.
7. Galvão CM, Sawada NA, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações técnicas

- para sua implementação na enfermagem perioperatória. Rev Latino - am Enfermagem. 2002 set-out; 10(5): 690-5.
8. Grittem L, Méier MJ, Gaievick AP. Visita pré operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. Cogitare Enferm. 2006 set-dez; 11 (3): 245-51.
  9. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm. 2005 set-out; 58 (5): 568-72
  10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Organização e desenvolvimento de serviços de saúde. Normas e Padrões de construção e instalações de serviço de saúde. 2 ed. Brasília (DF): MS; 1978.
  11. Conselho Federal De Enfermagem. Resolução 159 de 19 de Abril de 1993. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7028&sectionID=34>. Acesso em 02/09/2008.
  12. \_\_\_\_\_. Resolução 272 de 27 de Agosto de 2002. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34>. Acesso em 02/09/2008.
  13. Sobecc - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e esterilização. Práticas Recomendadas - SOBECC. 4 ed. 2007.

Recebido em: 03/08/2010

Aprovado em: 27/11/2010