



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS E BIOLÓGICAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

VICENTE TRINDADE MOREIRA JUNIOR

**CARACTERIZAÇÃO DAS CAUSAS RELACIONADAS AO SERVIÇO
DE SAÚDE NA SUSPENSÃO DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ARACAJU

2019

VICENTE TRINDADE MOREIRA JUNIOR

**CARACTERIZAÇÃO DAS CAUSAS RELACIONADAS AO SERVIÇO
DE SAÚDE NA SUSPENSÃO DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em medicina, do departamento de
medicina da Universidade Federal de Sergipe.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ângela Maria da Silva

ARACAJU

2019

VICENTE TRINDADE MOREIRA JUNIOR

**CARACTERIZAÇÃO DAS CAUSAS RELACIONADAS AO SERVIÇO DE SAÚDE NA
SUSPENSÃO DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro
de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovado em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Dedico esse trabalho aos meus familiares cujo
esforços somados contribuem com o meu
crescimento.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer inicialmente a Deus, pelo dom da vida e aos meus pais, Jusciane e Vicente, pelo esforço e dedicação na qual me criou. A minha irmã, Rebeca, que com paciência e sabedoria me instrui desde o início da minha vida. Aos meus tios, Marivaldo e Jusceleide, que contribuíram para minha formação, minha vó pelo seu zelo e preocupação e minha namorada pelo companheirismo.

Minha estima aos meus colegas e amigos de infância e aos da universidade pelo convívio harmonioso e construtivo.

Por último mas igualmente importante, a professora Ângela Maria e ao professor Raimundo Saturnino pelas orientações e serenidade durante o último ano na construção desse trabalho.

RESUMO

Junior, Vicente Trindade Moreira. **Caracterização das causas relacionadas ao serviço de saúde na suspensão de cirurgias em um Hospital Universitário**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, 2019.

À medida que a preocupação com a ampliação de serviços é imensa, sua subutilização pelo usuário do serviço revela uma contradição, tendo, em alguns serviços, alcançado 34,4% de absenteísmo. Dentre os serviços que sofrem com o cancelamento, se encontram as cirurgias eletivas, parâmetro utilizado como qualidade da gestão do centro cirúrgico. O presente estudo tem caráter descritivo, sendo desenvolvido no hospital universitário da UFS no município de Aracaju/SE, por meio da análise dos dados do Sistema de Informação e Gerenciamento de Cirurgias (SIGEC), do qual levantou-se as causas de suspensão de cirurgias na referida instituição, no período de Janeiro de 2018 a Maio de 2019. Posteriormente foram entrevistados 120 pacientes com um instrumento validado para caracterização quanto às informações socioeconômicas, procedimento solicitado, especialidade médica e os motivos do não comparecimento. No estudo, obteve-se 14,65% de cirurgias suspensas de um total de 9212 programadas. As especialidades médicas mais atingidas foram a cirurgia geral, vascular, pediátrica e o serviço de endoscopia. Dentre os entrevistados, a maior causa de suspensão foi ocasionado por problemas na instituição, 48,3% das oportunidades, sendo potencialmente evitável. A identificação desses ocorridos evidencia a necessidade de reorganização do planejamento das marcações no serviço.

Palavras-chave: Cirurgia eletiva. Absenteísmo. Suspensão. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Junior, Vicente Trindade Moreira. **Characterization of the causes related to the health service in the suspension of surgeries.** 2019. Course Completion Work (Bachelor of Medicine) - Federal University of Sergipe. Aracaju, 2019.

As the concern with the extension of services, the use of the service to the service reveals a contradiction. In some services, it reached 34.4% of absenteeism. Among the services that it offers as a cancellation, there are elective surgeries, a parameter used as a qualification of the surgical center. Or this is a cross-sectional investigation, carried out by the University Hospital of UFS, in Aracaju / SE, through the analysis of two data of the Information and Management System of Surgical Systems (SIGEC), where causes of suspension of surgeries are raised, In the period from January 2018 to May 2019, 120 patients were subsequently interviewed with a validated instrument for socioeconomic characterization, procedure requested, medical specialty and the reasons for the appearance. As the study, 14.65% of surgeries were suspended from a total of 9212 scheduled. The most affected medical specialties were general surgery, vascular, pediatric and endoscopy services. Among respondents, the major cause of suspension was caused by problems in the institution, 48.3% of the opportunities, being potentially preventable. The identification of these occurrences shows the need to reorganize the planning of appointments in the service.

Keywords: Elective Surgery. Absenteeism. Suspension. Unified Health System.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. Número de cirurgias suspensas e do absenteísmo durante o ano de 2018.

Tabela 2. Número de cirurgias suspensas e de absenteísmo, de janeiro a maio de 2019.

Tabela 3. Número de cirurgias suspensas por absenteísmo de acordo com a especialidade médica no ano de 2018.

Tabela 4. Número de cirurgias suspensas, de janeiro a maio de 2019, por absenteísmo de acordo com a especialidade médica.

Tabela 5. Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a especialidade médica.

Tabela 6. Motivos de suspensão de cirurgias.

Tabela 7. Distribuição dos motivos de suspensão de cirurgias dos pacientes entrevistados.

Tabela 8. Número de Cirurgias reagendadas e realizadas entre os pacientes entrevistados.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO ORIGINAL

Figura 1. Gráfico com a distribuição das especialidades médicas com maiores cancelamentos de Janeiro de 2018 a maio de 2019.

Figura 2. Gráficos de porcentagem dos pacientes entrevistados de acordo com sexo e região.

Figura 3. Gráficos de distribuição da porcentagem dos pacientes entrevistados de acordo com o nível de instrução.

Figura 4. Gráfico da distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a renda familiar.

Figura 5. Gráfico com a porcentagem de pacientes que foram contactados acerca do agendamento da cirurgia

Figura 6. Gráfico com a porcentagem do tempo de antecedência que os pacientes foram contactados acerca da data da cirurgia.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT	7
LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	9
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS CIRURGIAS.....	11
2.2 CIRURGIAS ELETIVAS	12
2.3 INDICADOR DE QUALIDADE DE CANCELAMENTO DE CIRURGIAS	12
2.4 CANCELAMENTO DE CIRURGIAS.....	12
2.5 CONSEQUÊNCIAS DO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS	14
2.6 ABSENTEÍSMO.....	15
3. NORMAS DE PUBLICAÇÃO	17
4. ARTIGO ORIGINAL.....	27
ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	49
ANEXO B - TCLE	52

1. INTRODUÇÃO

À medida que existe a preocupação com a ampliação de serviços para garantir o acesso, sua subutilização pela ausência do usuário ao serviço revela um paradoxo (TRAVASSOS, 2004). A subutilização dos serviços de cirurgia eletiva pelos usuários é significativa, tendo, em alguns serviços, alcançando 34,4% de absenteísmo (BENDER, 2010).

A análise sobre as faltas dos usuários é considerada estratégica para melhorar a gestão dos serviços públicos de saúde (TRAVASSOS, 2004). A subutilização pelos usuários, tendo em alguns serviços alcançado 34,4% (BENDER, 2010), traduz uma oportunidade perdida de oferecer assistência a outro indivíduo, além de desperdícios de recursos. Em relação a instituição, os indicadores de produtividade são afetados a médio prazo e contribui para que as filas de espera pelos procedimentos e consultas aumentem, dificultando que a gestão seja otimizada, gastos sejam reduzidos e os serviços ofertados sejam de máxima qualidade (BITTAR, 2016).

Em relação às cirurgias eletivas, dados retirados do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde, de janeiro a novembro de 2017, 1.827.811 foram realizadas em todo o país. Dado a necessidade de ampliação aos procedimentos cirúrgicos eletivos, em especial àqueles com demanda reprimida, o Ministério da Saúde em 25 de maio de 2017 publicou a Portaria nº 1.294, que definiu a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, surgiu o QW SISTEMAS, ferramenta responsável pela captação das informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, sendo possível realizar um detalhamento por estados das filas de espera de todo o país. Com isso, foi possível descobrir que havia 667.014 pacientes aguardando algum procedimento eletivo no País, sendo 7.057 no estado de Sergipe, com uma média na fila de espera de 184 dias.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS CIRURGIAS

O termo cirurgia advém do termo grego *kheirourgia*, do *kheiros*, mão e *ergon*, obra. Baseando-se no juramento de Hipócrates, em 150 A.C., a prática da cirurgia por cirurgiões respeitáveis e educados para retirada de cálculos foi repassada a artesões (TUBINO, 2009).

A autonomia retornou apenas no Século XVI, com Ambroise Paré (1510-1590), primeiro médico a dedicar-se integralmente a cirurgia e fundador da ortopedia, chegando à posição de cirurgião de quatro reis da França. Desse período em diante, com o avanço da

anatomia e da fisiologia, os europeus adquirem uma visão mais avançada de diversas áreas da medicina (TUBINO, 2009).

Com o advento da Anestesia, inicialmente com o fracasso de Horace Wells no uso de óxido nitroso e principalmente com William Thomas Green Morton (1819-1868) e John Collins Warren (1778-1856) com éter (TURBINO, 2009), além das descobertas dos micro-organismos patogênicos e da introdução da antissepsia por Lister, a cirurgia foi reintegrada totalmente à medicina, sendo considerada uma especialidade médica (REZENDE, 2009).

2.2 CIRURGIAS ELETIVAS

Qualquer procedimento programado com antecedência é caracterizado como procedimento eletivo. Os procedimentos eletivos normalmente são marcados pelas centrais de regulação dos estados ou de municípios sob um comando único. Nesse caso, há mais tempo para o paciente e a equipe se prepararem para a intervenção, reduzindo ao máximo o risco de intercorrências.

Um agendamento cirúrgico adequado deve garantir que todas as informações relacionadas à cirurgia sejam verdadeiras e completas, tais como: Identificação do paciente, dados do procedimento e da equipe cirúrgica, porte da cirurgia, tipo de anestesia e idade do paciente (POSSARI, 2009). Mesmo com o agendamento prévio confirmado, dificuldades podem ocorrer já que um procedimento cirúrgico eletivo envolve recursos humanos e materiais, sendo que uma falha em um dos processos pode resultar num evento indesejado como o cancelamento. (AVILA,2012).

2.3 INDICADOR DE QUALIDADE DE CANCELAMENTO DE CIRURGIAS

Uma análise feita por Rocha (2018), constatou que, na maioria dos artigos, a suspensão de cirurgia é o indicador mais utilizado para aferir a qualidade do centro cirúrgico. Índices como otimização e de resistência foram usados em poucos estudos. O indicador de cirurgia suspensa expressa de forma mais fidedigna a eficiência do centro cirúrgico (SOBECC, 2013). Esse tipo de indicador busca avaliar os processos ligados a marcação, a assistência ao paciente e condicionantes relacionados a infraestrutura do hospital (POSSARI, 2009).

2.4 CANCELAMENTO DE CIRURGIAS

O cancelamento de cirurgias é estudado no mundo todo por ser um importante indicador da qualidade dos serviços prestados (BOTAZZINI, 2017). Em cirurgias agendadas previamente, caracterizadas como eletivas, é um indicador da qualidade da gestão do centro cirúrgico.

Um estudo realizado na China, no Hospital do Príncipe de Gales que possui 11 salas cirúrgicas, das quais duas são alocadas para cirurgia de emergência, dos 6234 procedimentos registrados, a prevalência global de cancelamentos de casos foi de 7,6%. Das cirurgias eletivas, houve 5758 cirurgias, tendo 476 casos suspensos (CHIU, 2012).

Na Índia, dados acerca do cancelamento da operação cirúrgica eletiva no dia da cirurgia em um hospital governamental de 500 leitos, durante dezembro de 2009 a novembro de 2010, 7272 pacientes foram agendados para procedimentos cirúrgicos eletivos durante o período do estudo, tendo 1286 cancelamentos, equivalente a uma taxa de 17,6% (KUMAR, 2012).

Estudo em hospital terciário público da Arábia Saudita, considerado um dos maiores centros médicos do país, possuindo 1346 leitos, durante o período do estudo, de janeiro de 2009 a dezembro de 2012, 54.419 cirurgias foram agendadas, das quais 6048 foram canceladas exibindo uma taxa de cancelamento de 11,11% (FAYED, 2016).

Em hospital público do estado de São Paulo e referência do SUS, com 318 leitos operacionais, 12 salas de cirurgias, 4 leitos pré-operatórios, 8 leitos na sala de recuperação pós-anestésica (PARR) e média de 600 procedimentos eletivos por mês, notou-se que, em 2013, dentre as 8.443 cirurgias eletivas programadas, 573 (6,79%) foram canceladas. Destas, 275 (3,26%) foram cancelados devido a alterações das condições clínicas do paciente e 264 (3,13%) foram cancelados por motivos não clínicos, como "a pedido do cirurgião / mudança de abordagem" seguido de "paciente não internado" (SANTOS, 2017).

No estado do Paraná, em um hospital universitário localizado no interior do estado, com 210 leitos ativados exclusivamente conveniados ao Sistema Único de Saúde, no período de abril a novembro de 2013 houveram 2.828 procedimentos cirúrgicos agendados. Destes, 522 foram cancelados, o que resultou em uma taxa geral de cancelamento cirúrgico de 18,45%. A principal causa foi o cancelamento pelo cirurgião responsável seguido de mudança na conduta médica (PINHEIRO, 2017).

No Distrito Federal, de Janeiro a Outubro de 2015, em um centro cirúrgico de um hospital público, tiveram 2.339 cirurgias suspensas de um total de 6.926, totalizando uma taxa de suspensão de cirurgias de 33,8%. Sendo que a maior parte, cerca de 30%, a justificativa da suspensão não foi registrada (GOMES, 2018).

Em hospital de grande porte de Minas Gerais, com capacidade média de 40 cirurgias diárias e, média mensal de 958 cirurgias, entre julho e dezembro de 2013, foram programados

5746 procedimentos cirúrgicos, sendo 298 cancelados, tendo taxa média de suspensão cirúrgica de 5,2% (MOREIRA, 2016).

No estado de Sergipe, um estudo realizado no hospital universitário da Universidade Federal de Sergipe, em Aracaju, encontrou-se uma taxa de suspensão de 19,5% de cirurgias eletivas, foram 1.600 cirurgias programadas no total, dessas, 1.287 foram realizadas e 313 suspensas, entre janeiro e setembro de 2013. Dentre as causas de suspensão de cirurgias, o maior percentual encontrado foi o de não comparecimento ou atraso do cliente com cerca de 22,4% (CARVALHO, 2016).

2.5 CONSEQUÊNCIAS DO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS

A preocupação da gestão na área de saúde, especificamente em serviços cirúrgicos, buscam otimizar as atividades, reduzir gastos, evitar desperdícios e desenvolver a excelência do trabalho para o maior conforto do paciente. A suspensão de um procedimento cirúrgico é frustrante para o paciente e para os serviços hospitalares que lutam diariamente com aumento da demanda e custos assistenciais, principalmente se vinculado à rede pública (PASCHOAL et al., 2006).

Na ótica do usuário, os cancelamentos de procedimentos cirúrgicos envolvem um preparo físico e psicológico do paciente e da sua família devido as alterações decorrentes do afastamento do trabalho e das expectativas em relação ao ato cirúrgico (PASCHOAL et al, 2006). Ao se programar para uma cirurgia, o paciente passa por períodos de estresse envolvendo preparo físico, psicológico e financeiro. Além disso, há muita insegurança, dúvidas e medo do desconhecido (CAVALCANTE et al., 2000; MACEDO et al., 2013).

Administrativamente, os cancelamentos frequentes de cirurgias interferem nos processos de trabalho e consumo de recursos humanos e materiais. A ocupação do leito, a reserva da sala operatória, o desperdício de material, o preparo de material e da sala cirúrgica e a perda da oportunidade de inclusão de outro são dispendiosos ao hospital (PASCHOAL ET AL, 2006).

Estudos sobre o absenteísmo constataam que o predomínio do não comparecimento dos usuários aos serviços de saúde está nos serviços mais especializados, sendo o cancelamento de cirurgias eletivas o mais preocupante e mais comum (BENDER et al., 2010). Tal fato torna-se ainda mais relevante por se tratar de um problema de saúde mundial (KADDOUM et al., 2016) agravado pelo aumento da demanda, devido ao aumento da expectativa de vida da população e introdução de novas técnicas cirúrgicas (CAESAR et al., 2014).

O debate sobre absenteísmo em consultas ambulatoriais e em cirurgias deve ser aprofundado, pois também apresenta custos sociais. Na literatura, a situação não é particular do Brasil e, em pouco tempo, o absenteísmo certamente aumentará as filas de espera por procedimento (BITTAR, 2016).

2.6 ABSENTEÍSMO

O termo “absenteísmo” significa o hábito de estar ausente da pátria ou do emprego, ou ainda, uma ausência premeditada. Em relação aos serviços de saúde, este termo era mais frequentemente utilizado para fazer referência à ausência dos profissionais em seu ambiente de trabalho. No entanto, atualmente, ocorreu uma ampliação na aplicabilidade deste termo, estendendo-se também ao fenômeno das faltas dos usuários aos serviços de saúde, sendo um problema real a ser enfrentado.

Os custos com esses procedimentos correspondem a 40% do total das despesas de um hospital, logo, a não eficiência na gerência desses recursos é um problema, principalmente em hospitais públicos onde os recursos são limitados (CARVALHO, 2016). Em alguns estudos foi possível, inclusive, identificar as especialidades que mais contribuem para índices elevados como ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia e oftalmologia, sendo estas responsáveis por mais da metade das suspensões (BENDER, 2010).

Em uma pesquisa da unidade de centro cirúrgico da Universidade Federal do Rio de Janeiro, durante o período de janeiro a abril de 2010, contabilizou-se 59 cirurgias programadas suspensas de um total de 595. Dessa, 38 cirurgias foram suspensas com o paciente internado, enquanto 21 foram suspensas devido ao absenteísmo do paciente que seria submetido ao procedimento cirúrgico (BARBEIRO, 2010).

Estudo realizado no centro cirúrgico do hospital do servidor público municipal de São Paulo (HSPM), que possui 271 leitos e 10 salas operatórias, apontou que, em 2013, 22.788 procedimentos foram programados, sendo 19.667 realizados e 3.121 cancelados, um índice de suspensão de 13,6%. As especialidades que mais tiveram cancelamentos foram a ortopedia/traumatologia (n=2.593) e proctologia (n=2.589). Os cinco principais motivos para os cancelamentos foram o não comparecimento do paciente no dia da cirurgia (33,8%), condições clínicas desfavoráveis (20,0%), avanço do horário (5,5%), falta de vaga na Unidade de terapia intensiva (4,9%) e falta de material/equipamento (4,6%) (SODRÉ, 2014).

Em outro estudo desenvolvido em um centro cirúrgico com 9 salas de operação, do hospital universitário da Universidade de São Paulo, no período de janeiro, fevereiro e março de 2006, foi visto que das 934 cirurgias programadas, 748 foram realizadas e 186 suspensas.

Dentre as suspensas, 101 foram devido à ausência do paciente ao dia programado. Dentre os pacientes que não compareceram, 60 foram entrevistados quanto ao motivo do absenteísmo e a maioria afirmou que desconhecia a data a marcada. Tal fato denota uma falha no procedimento de marcação de cirurgia do hospital (PASCHOAL, 2006).

Estudo realizado no período de janeiro de 2006 a julho de 2007, no hospital geral de Pedreira (HGP), pertencente à rede pública, localizado na Zona Sul do Município de São Paulo, verificou que das 6.149 cirurgias agendadas, 5.448 (88,6%) foram realizadas e 701 (11,4%) foram canceladas, sendo 62,3% das cirurgias canceladas pertencentes às especialidades de cirurgia geral e ortopedia. Os dois maiores motivos de suspensão de cirurgias, neste estudo, foram as condições clínicas desfavoráveis e a não internação do paciente (PITTELKOW, 2008).

Estudo realizado de janeiro de 2007 a julho de 2008 pelo departamento de cirurgia geral do hospital geral Dr. Waldemar Alcântara, localizado em Fortaleza, no estado do Ceará, observou que do total de 6132 cirurgias programadas, foram realizadas 5114 cirurgias e suspensas 1018, uma taxa de 16%. Como justificativas para a suspensão, problemas relacionados ao paciente foi a principal causa, cerca de 48%, com destaque para a condição clínica desfavorável, em metade das vezes, seguido do absenteísmo em cerca de 40%. (LANDIM, 2009).

Pesquisas afirmam que o absenteísmo em consultas e exames no SUS é preocupante. De acordo com estudo, no município de Vila Velha, em 2014 o absenteísmo foi de 13,45% e em 2015, 11,81%. Nos dois anos, 500.862 consultas foram marcadas e as faltas somaram 63.287 (TRISTAO, 2016).

No hospital de clínicas de Porto Alegre (HCPA) são oferecidas anualmente cerca de 650.000 consultas médicas via Sistema Único de Saúde, uma média de 54.000 consultas mensais. Em 10 anos, ocorreu um absenteísmo de 12%, sendo menor nos meses de janeiro e fevereiro, provavelmente pelo período de férias (KLUCK, 2014).

Em São Paulo, uma análise em três unidades ambulatoriais, notou taxa média de 23,03% de absenteísmo, em um total de 212.682 consultas marcadas, sendo que, no estudo, a homeopatia, psicologia e nutrição foram as especialidades que sofreram mais (BITTAR, 2016).

3. NORMAS DE PUBLICAÇÃO

REPORTS IN PUBLIC HEALTH

Escopo e política

Estas instruções devem ser seguidas cuidadosamente a fim de se evitar atrasos no processamento do seu manuscrito.

Os manuscritos devem ser submetidos para a publicação apenas nos AE&M, e não podem ter sido publicados ou estar em análise para publicação de forma substancial em nenhum outro periódico, profissional ou leigo.

Os manuscritos devem ser submetidos em inglês. Recomenda-se que eles sejam profissionalmente revistos por um serviço de editoração científica, e para este serviço, sugerimos as seguintes empresas: Voxmed Medical Communications, American Journal Experts ou PaperCheck. Os manuscritos que forem aprovados no processo de revisão por pares e forem recomendados para publicação, serão aceitos e publicados apenas depois do envio do certificado de revisão profissional da língua inglesa. Em circunstâncias extraordinárias, o Conselho Editorial pode abrir mão da apresentação deste certificado.

Todas as submissões são avaliadas em profundidade pelos editores científicos. Os artigos que não estiverem em conformidade com os critérios gerais para publicação serão devolvidos aos autores sem uma revisão detalhada, normalmente em três a cinco dias. Os manuscritos que estiverem em conformidade serão enviados aos revisores (geralmente dois).

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – link resumo).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – LINK 3);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – LINK 4);

1.6 – Questões Metodológicas (LINK 5): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção,

obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (LINK 1) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa (LINK 2);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem

publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Netherlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética e integridade em pesquisa

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.

4. ARTIGO ORIGINAL

CARACTERIZAÇÃO DAS CAUSAS RELACIONADAS AO SERVIÇO DE SAÚDE NA SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

CHARACTERIZATION OF THE CAUSES RELATED TO THE HEALTH SERVICE IN THE SUSPENSION OF SURGERIES

Vicente Trindade Moreira Junior¹, Raimundo Saturnino Pereira ², Angela Maria da Silva¹

¹Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil.

²Núcleo de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil.

Correspondência para:

Vicente Trindade Moreira Junior
Rua Miron de Oliveira Ribeiro, 245
49060-440 – Aracaju, SE, Brasil
Vicentewp821@gmail.com
(75) 9 9251 1035

Título corrente:

Palavras-chave:

Tipo de artigo: Artigo original.

RESUMO

Junior, Vicente Trindade Moreira. **Caracterização das causas relacionadas ao serviço de saúde na suspensão de cirurgias em um Hospital Universitário**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, 2019.

À medida que a preocupação com a ampliação de serviços é imensa, sua subutilização pelo usuário do serviço revela uma contradição, tendo, em alguns serviços, alcançado 34,4% de absenteísmo. Dentre os serviços que sofrem com o cancelamento, se encontram as cirurgias eletivas, parâmetro utilizado como qualidade da gestão do centro cirúrgico. O presente estudo tem caráter descritivo, sendo desenvolvido no hospital universitário da UFS no município de Aracaju/SE, por meio da análise dos dados do Sistema de Informação e Gerenciamento de Cirurgias (SIGEC), do qual levantou-se as causas de suspensão de cirurgias na referida instituição, no período de Janeiro de 2018 a Maio de 2019. Posteriormente foram entrevistados 120 pacientes com um instrumento validado para caracterização quanto às informações socioeconômicas, procedimento solicitado, especialidade médica e os motivos do não comparecimento. No estudo, obteve-se 14,65% de cirurgias suspensas de um total de 9212 programadas. As especialidades médicas mais atingidas foram a cirurgia geral, vascular, pediátrica e o serviço de endoscopia. Dentre os entrevistados, a maior causa de suspensão foi ocasionado por problemas na instituição, 48,3% das oportunidades, sendo potencialmente evitável. A identificação desses ocorridos evidencia a necessidade de reorganização do planejamento das marcações no serviço.

Palavras-chave: Cirurgia eletiva. Absenteísmo. Suspensão. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Junior, Vicente Trindade Moreira. **Characterization of the causes related to the health service in the suspension of surgeries.** 2019. Course Completion Work (Bachelor of Medicine) - Federal University of Sergipe. Aracaju, 2019.

As the concern with the extension of services, the use of the service to the service reveals a contradiction. In some services, it reached 34.4% of absenteeism. Among the services that it offers as a cancellation, there are elective surgeries, a parameter used as a qualification of the surgical center. Or this is a cross-sectional investigation, carried out by the University Hospital of UFS, in Aracaju / SE, through the analysis of two data of the Information and Management System of Surgical Systems (SIGEC), where causes of suspension of surgeries are raised, In the period from January 2018 to May 2019, 120 patients were subsequently interviewed with a validated instrument for socioeconomic characterization, procedure requested, medical specialty and the reasons for the appearance. As the study, 14.65% of surgeries were suspended from a total of 9212 scheduled. The most affected medical specialties were general surgery, vascular, pediatric and endoscopy services. Among respondents, the major cause of suspension was caused by problems in the institution, 48.3% of the opportunities, being potentially preventable. The identification of these occurrences shows the need to reorganize the planning of appointments in the service.

Keywords: Elective Surgery. Absenteeism. Suspension. Unified Health System.

Introdução

A mudança do sistema de saúde brasileiro tornou-se um importante instrumento de redução das desigualdades sociais, pois em seus princípios doutrinários está o acesso universal e equânime para todos os usuários. (TRISTÃO, 2016). À medida que existe a preocupação com a ampliação de serviços para garantir o acesso, sua subutilização pela ausência do usuário ao serviço revela um paradoxo (TRAVASSOS, 2004). A subutilização dos serviços de cirurgia eletiva pelos usuários é significativa, tendo, em alguns serviços, alcançando 34,4% de absenteísmo (BENDER, 2010).

Em relação a instituição, os indicadores de produtividade também são afetados pelo absenteísmo de usuários, além de, a médio prazo, contribuir para que as filas de espera pelos procedimentos e consultas aumentem, dificultando que a gestão seja otimizada, que gastos sejam reduzidos e que os serviços ofertados sejam de máxima qualidade (BITTAR, 2016).

Dentre os impactos para a instituição, as cirurgias eletivas correspondem a 40% do total das despesas de um hospital, de modo que em um hospital público onde os recursos são escassos, tal evento não é desejado. O aumento da eficiência do centro cirúrgico é importante, já que grande parte da receita é vinda desses procedimentos. (PERROCA et al., 2007).

Além das repercussões negativas para a instituição, a suspensão de uma cirurgia tem importante significado para o paciente. A ruptura com a rotina, o medo do desconhecido, o ambiente estranho de um hospital e o afastamento do trabalho são situações que contribuem para o estresse (PASCHOAL, 2006).

Em âmbito nacional, publicações de 1990 a 2010, identificaram taxas de 5,1% a 33% de cancelamento de cirurgias, sendo que as duas principais causas são condições clínicas desfavoráveis e o não comparecimento (CARVALHO, et al. 2016).

Com base nisso, procurando entender melhor as questões que envolvem o cancelamento das cirurgias eletivas em âmbito local, o presente estudo objetiva identificar a taxa de suspensão de cirurgias eletivas, reconhecer e caracterizar os motivos relacionados a esse evento adverso e constatar as especialidades médicas mais afetadas. Nessa perspectiva, após melhor caracterização dos problemas que envolvem o cancelamento cirúrgico, visa-se também fomentar novas posturas simples e efetivas para garantir melhorias nos serviços de saúde e maior satisfação do usuários.

Material e métodos

Delineamento Trata-se de uma pesquisa observacional, de natureza quantitativa. Consta de um estudo descritivo.

Caracterização do local do estudo. O estudo foi desenvolvido no hospital universitário do município de Aracaju/SE, o qual conta com 123 leitos ativados, distribuídos em diversas especialidades, e de um Centro Cirúrgico com quatro salas de operação (SO), sendo uma para pequenos procedimentos, referência secundária e terciária dentro da regionalização e do Sistema Único de Saúde (SUS).

População do estudo. A população do presente estudo foram de todos os pacientes que tiveram suspensão de cirurgias durante o ano de 2018 e de janeiro a maio de 2019.

Coleta de dados e duração do estudo. Foi realizado um levantamento a partir da análise dos dados do Sistema de Informação e Gerenciamento de Cirurgias (SIGEC) do Hospital Universitário da UFS, onde se computa as causas de suspensão de cirurgias na instituição e aplicação de uma entrevista por telefone a 120 pacientes que faltaram às cirurgias programadas, de janeiro de 2018 a maio de 2019, com a finalidade de mapear as características demográficas, sociais e os motivos do não comparecimento às mesmas.

A amostra do grupo foi analisada por um instrumento adaptado do estudo de SANTOS (2008). O instrumento foi constituído de duas partes: na primeira parte registou-se os dados de localização, sua caracterização quanto ao vínculo com a instituição, local de origem, idade, sexo, grau de instrução, renda familiar, procedimento solicitado e especialidade médica. A segunda parte, composta de questões referentes aos motivos do não comparecimento, envolvendo variáveis socioculturais, geográficas, financeiras e outras relacionadas ao serviço (ANEXO 1).

Considerações Éticas

Após a aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, as fontes de coleta de dados foram fundamentadas na consulta aos dados existentes no centro cirúrgico, no prontuário médico e na entrevista realizada por telefone e presencialmente. Todos os participantes do questionário via telefônica serão instruídos acerca dos objetivos da pesquisa, da duração aproximada do mesmo, da possibilidade de o fazê-lo em

outro momento e do direito de não participar da pesquisa ou desistir em qualquer momento, sem constrangimentos.

Esta pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe – UFS com o número 93827718.0.0000.5546

Análise dos dados. *Para o estudo transversal as variáveis quantitativas serão representadas por meio de médias e desvios-padrão e as variáveis categóricas, por meio de frequências absolutas e relativas. Alguns dados serão analisados com ferramentas de estatística do Microsoft Excel 2016.*

Resultados

De acordo com os dados disponibilizados pelo sistema do hospital universitário de Sergipe, durante o ano de 2018, 6460 cirurgias foram marcadas no centro cirúrgico, com 84% de realização, totalizando 5444. Dessa forma, 1016 procedimentos foram suspensos, resultando em um percentual de 15,7%. Em 2019, durante os 5 primeiros meses iniciais do ano, 2752 cirurgias foram agendadas e 377 sofreram cancelamentos, com taxa de 13,6%. Em média, durante o período estudado, 14,65% das cirurgias foram suspensas. Durante esse período, o absenteísmo foi de 22,6%, totalizando 315 pacientes. Na **tabela 1 e 2**, distribuição de suspensão e absenteísmo de acordo com o mês do ano.

A **Figura 1** mostra que dos 315 pacientes que tiveram sua cirurgia suspensa por não comparecimento, as especialidades mais atingidas foram cirurgia geral com 13,3%, vascular com 11,4%, pediátrica e o serviço de endoscopia com 10,7% cada. Durante o ano de 2018, as mesmas especialidades figuraram no topo como mostra a **Tabela 3**, enquanto no ano de 2019 ocorreu um aumento dos cancelamentos da ginecologia e do serviço de endoscopia (**Tabela 4**).

A **Figura 2, 3 e 4** mostra que dentre as entrevistas realizadas por telefone com 120 pacientes, houve a predominância dos pacientes do sexo feminino, com 76% dos entrevistados. 43% eram moradores da capital, 55% oriundos do interior e 2% que vinham de outros estados. Em relação a renda, apenas 1% dos entrevistados possuíam uma renda familiar maior que 6 salários mínimos, com 54% com uma renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos e 40,8% com menos de 1 salários mínimo ao mês e 4,1% dos participantes que não souberam informar. A escolaridade predominante foi de ensino médio completo e fundamental incompleto com 33% e de 16% da população entrevistada respectivamente.

Dentre esse grupo, as especialidades que mais foram atingidas com o cancelamento foram a cirurgia vascular, geral, pediátrica com respectivamente 15%, 13,4% e 10%. As demais especialidades foram descritas na **Tabela 5**.

Em relação as causas das suspensões, a comunicação com os pacientes não ocorreu em 15 oportunidades, o que corresponde a 14%. Dentre os que foram avisados, 41% foram notificados com 1 semana ou mais de antecedência, 19% foram notificados entre 3 e 6 dias e 30% das vezes a notificação ocorreu em menos de 3 dias. (**Figura 5 e 6**)

Entre os entrevistados, em 48,3% das oportunidades, a cirurgia não se concretizou após ocorrer problemas na instituição, 25,8% não compareceram por problemas sociais e 25% não ocorreram pela condição clínica desfavorável do paciente. (**Tabela 6**) A idade média dos pacientes nos 3 grupos respectivamente era de 40.9, 34.1 e 42.5 anos. Na tabela 7, listado todas as motivações para a suspensão das cirurgias nos pacientes entrevistados.

Entre os entrevistados que tiveram o seu procedimento suspenso, apenas 50 pacientes, ou seja, menos da metade conseguiram realizar a remarcação de seu procedimento cirúrgico e, menos ainda, 38 cirurgias foram realizadas até o momento na mesma instituição. (**Tabela 8**)

Discussão

O trabalho é importante e pioneiro no estado de Sergipe. Atualmente, a taxa encontrada de cancelamentos de cirurgias no hospital foi de 14,65% durante janeiro de 2018 a maio de 2019 em um total de 9212 cirurgias programadas para o período. Em trabalho anterior, publicado por Carvalho em 2016, apresentou números de cancelamento maiores com uma taxa de suspensão de 19,5%, demonstrando uma melhora do gerenciamento do centro cirúrgico com uma redução de 24% do número total apesar de um expressivo aumento dos serviços hospitalares. O trabalho anterior se baseou apenas nos registros em prontuário. Os serviços oferecidos pelo Hospital aumentaram em relação ao ano de 2013, quando o estudo de Carvalho foi realizado, onde a média de cirurgias mensais era inferior a atual, com cerca de 133 procedimentos marcados por mês. Atualmente, o hospital realiza mensalmente em média 540 cirurgias, tendo mais que triplicado a oferta durante esse período. A unidade hospitalar mantém a mesma quantidade de vagas na UTI, não acompanhando a demanda de complexidade de cirurgias realizadas, sendo um fator limitante e causa importante de suspensão. Anteriormente, os processos de marcação eram diferentes já que atualmente é necessário que a Autorização de Internação Hospitalar seja realizada na cidade de residência do paciente e não mais por

processos internos do hospital. Dificuldades institucionais não são exclusividade deste serviço e ocorreram também em outro hospital público de Minas Gerais com 70% das causas de suspensão de cirurgias relacionadas a administração ou logística (MOREIRA, 2016), situação mais grave do que o Hospital Universitário (HU) de Aracaju/SE.

Mesmo com a diminuição da taxa de suspensão, ainda se encontra um número mais elevado do que encontrado em outros serviços nacionais como no hospital público do estado de São Paulo e referência do SUS que, em 2013, dentre as 8.443 cirurgias eletivas programadas, 573 (6,79%) foram canceladas (SANTOS, 2017) e em hospital de grande porte de Minas que entre Julho e dezembro de 2013, foram programados 5746 procedimentos cirúrgicos, com uma taxa média de suspensão cirúrgica de 5,2% (MOREIRA, 2016). Internacionalmente, está acima de estudo realizado na China, Hospital do Príncipe de Gales, que teve uma prevalência global de cancelamentos de 7,6% dos 6234 procedimentos registrados (CHIU, 2012) e de Hospital Terciário público da Arábia Saudita com 11,1% de cancelamento de 54.419 cirurgias programadas (FAYED, 2016). Serviços que apresentaram números inferiores foram identificados no interior do estado do Paraná, em um hospital universitário, cujo período de abril a novembro de 2013 registrou-se 2.828 procedimentos cirúrgicos, com 18,45% de cancelamentos (PINHEIRO, 2017) e em hospital público do Distrito Federal, que de janeiro a outubro de 2015, teve 2.339 cirurgias suspensas de um total de 6.926, resultando em taxa de 33,8%, bem acima da média encontrada (GOMES, 2018) e na Índia em um hospital governamental de 500 leitos, durante Dezembro de 2009 a Novembro de 2010 com 17,6% de cancelamentos de 7272 procedimentos agendados (KUMAR, 2012). Número similar foi encontrado no Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara de Fortaleza, que teve de janeiro de 2017 a julho de 2018, 6132 cirurgias programadas, 5114 cirurgias realizadas e 1010 canceladas com uma taxa de 16%. (LANDIM, 2009).

Após a expansão e incorporação de novos serviços no HU em Aracaju, foi verificado que a cirurgia geral, vascular, pediátrica e a endoscopia foram as especialidades mais atingidas pelos cancelamentos. Tais números podem demonstrar uma maior quantidade de procedimentos mensais que são oferecidos por essas especialidades. Anteriormente, Carvalho encontrou uma predominância de suspensões na cirurgia pediátrica, oncológica e cirurgia geral, durante o ano de 2013. No Paraná, as áreas de cirurgia Geral, ortopedia e neurocirurgia correspondem a mais da metade da proporção de suspensões (PINHEIRO, 2017). Em São Paulo, a cirurgia pediátrica

corresponde a cerca de 20% dos cancelamentos (SANTOS, 2017) enquanto em Minas Gerais, a cirurgia cardiovascular foi a mais atingida, em torno de 25%. (MOREIRA, 2016).

Em relação ao absenteísmo do paciente, no levantamento foi identificado em torno de 22,6% do total dos cancelamentos e que se mostra menor que os encontrados em outros Hospitais de grande porte como o hospital geral Dr. Waldemar Alcântara de Fortaleza onde o cancelamento por absenteísmo ocorreu em 40% das oportunidades, (LANDIM, 2009), seguido do centro cirúrgico do hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM), que possui 271 leitos e 10 salas operatórias, e que em 2013 apontou que das 3121(13,6%) cirurgias canceladas de um total de 22.788 procedimentos programados, o principal motivo foi o não comparecimento do paciente em 33,7% das oportunidades (SODRÉ, 2014), e no hospital geral de Pedreira onde verificou-se que das 6.149 cirurgias agendadas, 5.448 (88,6%) foram realizadas e 701 (11,4%) foram canceladas e a segunda motivação principal foi a ausência do paciente em 17% das vezes(PITTELKOW, 2008).

A principal causa do absenteísmo no hospital universitário de Aracaju foi por problemas institucionais, em 48,3% das oportunidades, identificados falta de leito, ausência de unidade de terapia intensiva, imprevistos em cirurgia anterior identificadas durante as entrevistas e são problemas que devem ser priorizados pela gestão. Na literatura, estratégias como a confirmação no dia anterior a data do procedimento marcado reduziu em 30% o absenteísmo cirúrgico que era encontrado no hospital das clínicas da Faculdade de medicina de Botucatu no ano de 2010. Tal número poderia ser ainda maior se os registros telefônicos de todos os pacientes tivessem sido armazenados corretamente. (De Ávila, 2013). No estudo também identificamos problemas com os contatos telefônicos, onde diversos números eram registrados como do paciente e não existiam, estavam incorretos ou não estavam preenchidos o que pode ter dificultado a comunicação com o usuário durante o procedimento de marcação. A dificuldade com o contato telefônico também prejudicou o levantamento do motivo pelo qual o paciente não compareceu, limitando a amostra. No hospital universitário da Universidade de São Paulo, no período de janeiro, fevereiro e março de 2006, 186 cirurgias foram suspensas porque, em 101 oportunidades, os pacientes se ausentaram no dia do procedimento programado. A comunicação pode não ter ocorrido em alguns desses casos, pois dentre os pacientes que não compareceram, 60 desconheciam a data a marcada. (PASCHOAL, 2006).

A segunda causa mais importante de não realização da cirurgia foi a condição social do paciente, com 25,8%, seja por dificuldade financeiras para o deslocamento, não liberação pelo trabalho por estar cuidando de familiar doente. Tal realidade não pode ser mudada pelo hospital,

mas seus impactos podem ser minimizados com uma comunicação mais eficiente entre as partes, em que os pacientes faltosos sejam conscientizados da importância do aviso com a maior antecedência possível em caso de impossibilidade de comparecimento para que seja possível reagendar e reorganizar o mapa cirúrgico do dia em questão.

A terceira maior motivação de cancelamentos foi a condição clínica desfavorável no dia do procedimento, contribuindo com 25% das vezes. Essa motivação foi a principal causa no hospital geral Dr. Waldemar Alcântara e no Hospital Geral de Pedreira com 48% e 32,1% das oportunidades, respectivamente. Embora seja uma situação que em alguns casos fuja ao controle da equipe médica, por vezes uma visita realizada no dia anterior e uma consulta anestésica próxima a data do procedimento podem ser ações que venham a ser efetivas no número de cancelamentos. Outro problema estrutural é a existência de um longo tempo entre a marcação da cirurgia e a data do procedimento, que pode expor o paciente a flutuações no seu quadro clínico ou alguma comorbidade que anteriormente estava sob controle.

Com os resultados apresentados, observa-se que a suspensão de cirurgias é real e um importante problema a ser investigado no mundo, no Brasil e no estado de Sergipe. O estudo identificou que os problemas institucionais foram preponderantes para a taxa de cancelamento na instituição em estudo e se constitui em um verdadeiro desafio. Como possível alternativa, deve-se periodicamente realizar levantamentos tal qual o proposto nesse estudo, melhorar a comunicação com o paciente e adotar estratégias de comunicação mais efetivas como aplicativos de mensagem instantânea, e-mail e aplicar um maior rigor na coleta do número do telefone do usuário para evitar a perda de contato. A ampliação das vagas de unidade de terapia intensiva é importante, sobretudo para pacientes com um maior risco cirúrgico. O controle estatístico rigoroso e tentativas de se aumentar a eficiência do centro cirúrgico são fundamentais para a otimização de recursos, diminuição de filas e melhor assistência à população.

Tabela 1. Número de cirurgias suspensas e do absenteísmo durante o ano de 2018.

2018	Total	Suspensas	Absenteísmo
Janeiro	334	53	10
Fevereiro	319	74	18
Março	419	74	31
Abril	375	60	19
Maio	406	93	23
Junho	411	104	17
Julho	537	106	27
Agosto	706	105	37
Setembro	499	85	25
Outubro	543	114	23
Novembro	521	92	24
Dezembro	374	56	11
Total	5444	1016	265

Tabela 2. Número de cirurgias suspensas e de absenteísmo durante o ano de 2019.

2019	Total	Suspensas	Absenteísmo
Janeiro	430	57	5
Fevereiro	526	76	20
Março	550	76	16
Abril	628	93	19
Maio	618	75	18
Total	2752	377	77

Tabela 3. Número de cirurgias suspensas por absenteísmo de acordo com a especialidade médica no ano de 2018.

Especialidades	Número de cancelamentos
Cirurgia vascular	31
Cirurgia geral	31
Cirurgia pediátrica	30
Anestesiologia	28
Endoscopia	27
Cirurgia plástica	17
Ginecologia	17
Dermatologia	14
Proctologia	8
Cirurgia de cabeça e pescoço	8
Cirurgia torácica	7
Ortopedia	6
Otorrinolaringologia	5
Mastologia	4
Cirurgia do aparelho digestivo	2
Hepatologia	2
Oncologia	1
Total Geral	238

Tabela 4. Número de cirurgias suspensas, de janeiro a maio de 2019, por absenteísmo de acordo com a especialidade médica.

Especialidades	Número de cancelamentos
Ginecologia	12
Cirurgia geral	11
Endoscopia	7
Cirurgia vascular	5
Anestesiologia	5
Dermatologia	5
Proctologia	5
Cirurgia pediátrica	4
Cirurgia plástica	4
Cirurgia de cabeça e pescoço	3
Otorrinolaringologia	3
Cirurgia do aparelho digestivo	3
Urologia	3
Ortopedia	2
Mastologia	2
Oncologia	2
Cirurgia torácica	1
Total Geral	77

Tabela 5. Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a especialidade médica.

Especialidades	Número de cancelamentos
Cirurgia vascular	18
Cirurgia geral	16
Cirurgia pediátrica	12
Cirurgia plástica	11
Proctologia	10
Ginecologia	9
Endoscopia	9
Anestesiologia	8
Ortopedia	7
Otorrinolaringologia	5
Mastologia	4
Cirurgia do aparelho digestivo	3
Cirurgia de cabeça e pescoço	3
Dermatologia	3
Urologia	1
Oncologia	1
Total Geral	120

Tabela 6. Motivos de suspensão de cirurgias por absenteísmo

	Motivo do Não comparecimento		
	Condição	Condição	
	Clínica do Paciente	Social do Paciente	Problemas da Instituição
Sexo, n (%)			
Feminino	22	28	41
Masculino	8	4	17
TOTAL	30	32	58

Tabela 7. Distribuição dos motivos de suspensão de cirurgias dos pacientes entrevistados.

Motivo de suspensão de cirurgias	Número
Compareceu, mas não foi admitido por problema no hospital	27
Estava muito doente para comparecer a cirurgia	21
Não foi informado acerca da data	15
Cancelamento prévio pelo hospital	9
Ausência de exames	6
Avisado muito próximo	6
Ausência de liberação do trabalho	6
Cuidando de alguém doente	4
Não necessitava mais do procedimento	4
Compareci, mas não fui admitido por problemas de saúde	3
Esquecimento acerca da data de cirurgia	3
Medo do procedimento	3
Não tinha com quem deixar as crianças	2
Ausência de transporte	1
Esquecimento do documento de identificação	1
Ausente do domicílio	1
Falecimento de parente próximo	1
Não seguimento de indicações pré operatórias	1
Realização prévia em caráter particular	1
Local de difícil acesso	1
Não conseguiu comprar meias novas	1
Prisão do paciente	1
Sem condição de pagar o transporte	1
Troca de médico	1
Total	120

Tabela 8. Número de Cirurgias reagendadas e realizadas entre os pacientes entrevistados.

Reagendada?, <i>n</i>				Total
Sim	10	10	30	50
Sim, em outra instituição	0	0	1	1
Não	17	16	19	52
Não se aplica	0	2	0	2
Realizada?, <i>n</i>				Total
Sim	6	8	24	38
Sim, em outra instituição	2	1	1	4
Não	19	16	25	60
Não se aplica	0	3	0	3

Figura 1. Gráfico com a distribuição das especialidades médicas com maiores cancelamentos por absenteísmo de janeiro de 2018 a maio de 2019.

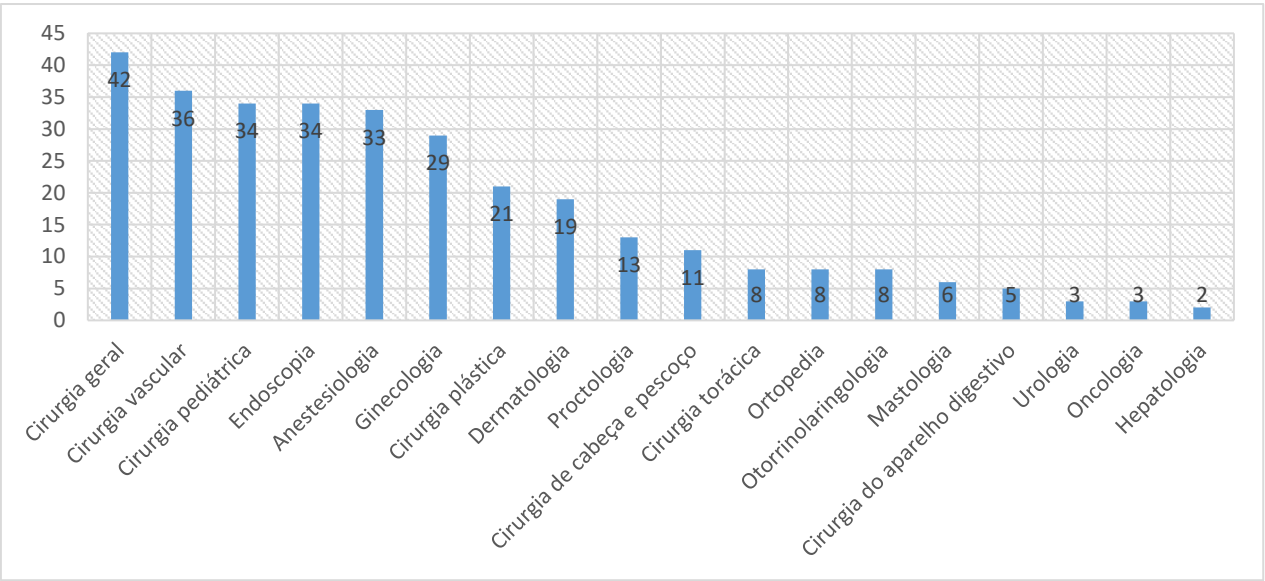


FIGURA 2. Gráficos de porcentagem dos pacientes entrevistados de acordo com sexo e região.

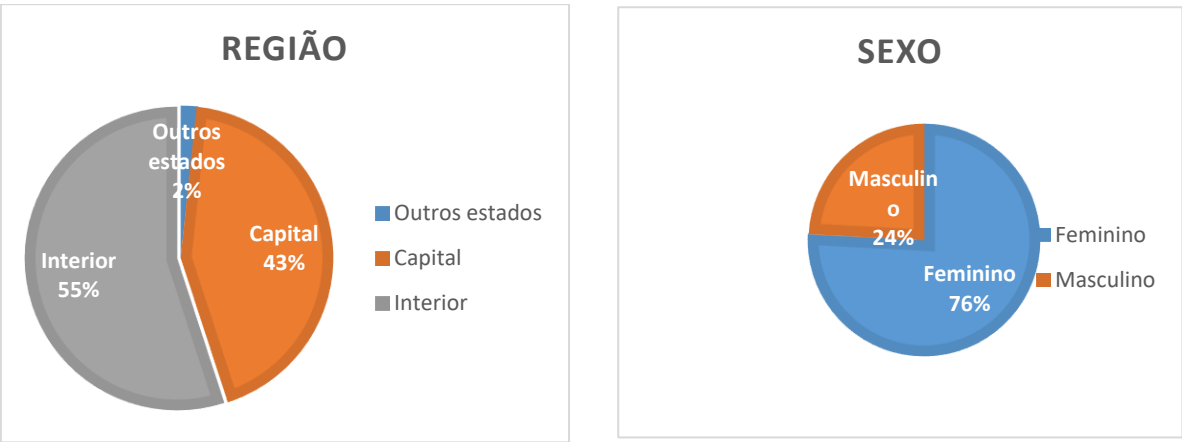


Figura 3. Gráficos de distribuição da porcentagem dos pacientes entrevistados de acordo com o nível de instrução.

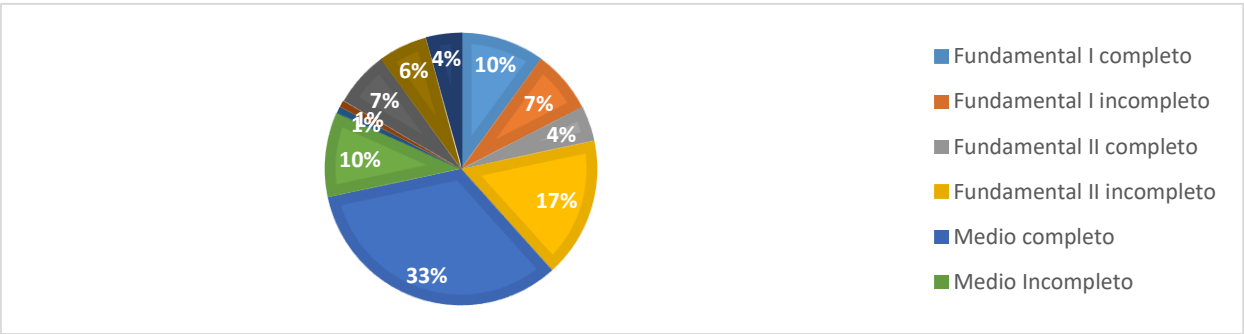


Figura 4. Gráfico da distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a renda familiar.

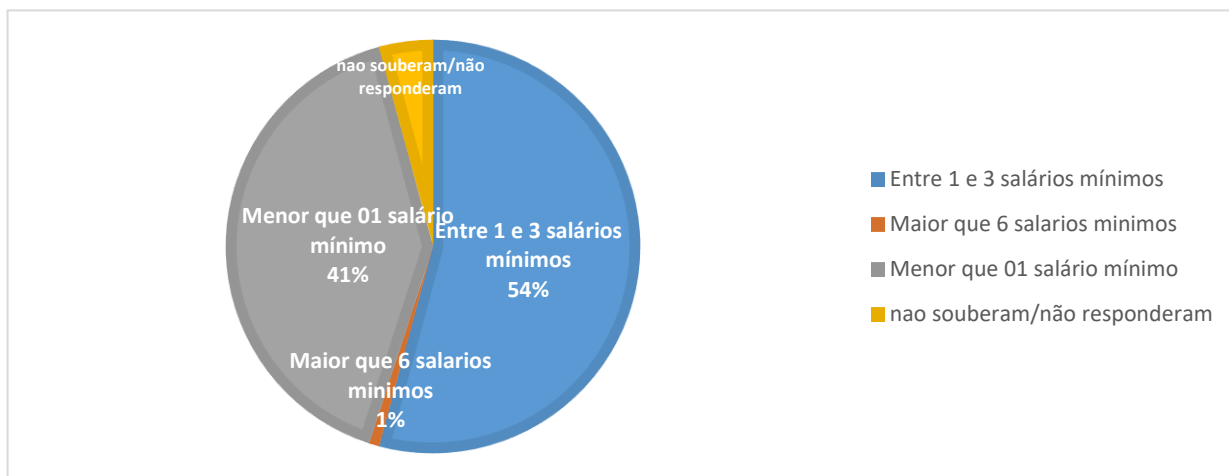


Figura 5. Gráfico com a porcentagem de pacientes que foram avisados acerca do agendamento da cirurgia.

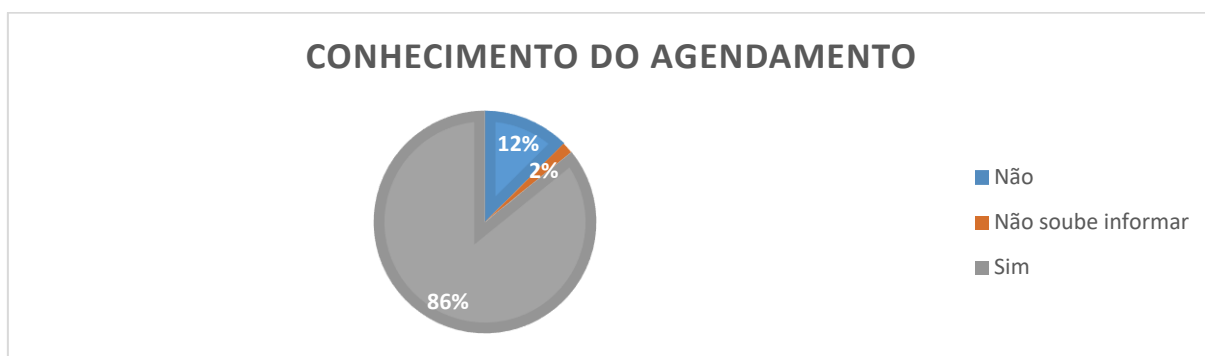
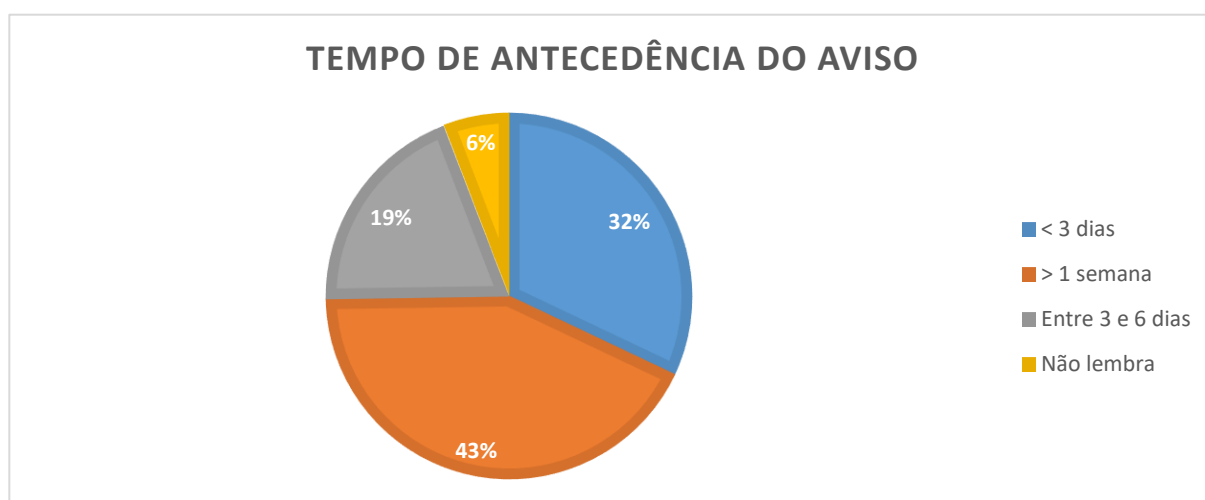


Figura 6. Gráfico com a porcentagem do tempo de antecedência que os pacientes foram avisados acerca da data da cirurgia.



Agradecimentos

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS) por permitir a realização desse presente estudo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses no presente estudo.

Suporte financeiro

O presente estudo foi financiado com recursos dos próprios autores.

REFERÊNCIAS

1. ÁVILA MAG, GONÇALVES IR, MARTINS I, MOYSES AM. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. Rev SOBECC. 2012;17(2):39-47.
2. BARBEIRO FMS. Por que as cirurgias são suspensas? Uma investigação sobre as taxas, as causas e consequências em um hospital geral do Rio de Janeiro. R pesq.:cuid fundam online. 2010;2(4):1353- 62.
3. BENDER AS, MOLINA LR, MELLO, ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. Rev Espaço para a Saúde. 2010; 11(2):56-65.
4. BITTAR, Olimpio J. Nogueira V. et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. Bepa-Boletim Epidemiológico Paulista, p. 19-32, 2016.
5. BRAZIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SUS-- princípios e conquistas. Ministério da Saúde, 2001.
6. BOTAZINI, Naraiamma Oliveira; DE CARVALHO, Rachel. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. Revista SOBECC, v. 22, n. 4, p. 230-244, 2017.
7. CARVALHO, Thialla Andrade et al. Suspensão de cirurgias em um hospital universitário. Revista SOBECC, v. 21, n. 4, p. 186-191, 2016.
8. CHIU, C. H.; LEE, Anna; CHUI, P. T. Cancellation of elective operations on the day of intended surgery in a Hong Kong hospital: point prevalence and reasons. Hong Kong Med J, v. 18, n. 1, p. 5-10, 2012.
9. DE AVILA, Marla Andréia Garcia; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 1, p. 193-197, 2013.
10. FAYED, A. et al. Elective surgery cancelation on day of surgery: An endless dilemma. Saudi journal of anaesthesia, v. 10, n. 1, p. 68, 2016.
11. FROES, Elaine Ferreira et al. Cancelamento de cirurgias como indicador de avaliação das dimensões da qualidade de um centro cirúrgico. 2018.
12. GOMES, Jacqueline Ramos de Andrade Antunes et al. Fatores determinantes para suspensões de cirurgias eletivas em um hospital do Distrito Federal. Revista SOBECC, v. 23, n. 4, p. 184-188, 2018.

13. KLUCK, Mariza Machado; VALENTE, Amanda Prestes; GIRARDI, Adriana Muradás. Taxa de absenteísmo em consultas médicas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Clinical and biomedical research. Porto Alegre, 2014.
14. KUMAR, Rajender; GANDHI, Ritika. Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology, v. 28, n. 1, p. 66, 2012.
15. LANDIM FM, PAIVA FDS, FIUZA MLT, OLIVEIRA EP, PEREIRA JG, SIQUEIRA IA. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. Rev. Col. Bras. Cir. 2009; 36(4): 283-287.
16. MACEDO, Jaziele Magella et al. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. Revista SOBECC, p. 26-34, 2013.
17. MOREIRA, Luzimar Rangel et al. Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas. Enfermagem Revista, v. 19, n. 2, p. 212-225, 2016.
18. OLESKOVICZ M, OLIVA FL, GRISI CCH, LIMA AC, CUSTÓDIO I. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2014; 30(5):1009-17
19. PASCHOAL MLH, GATTO MF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de Absenteísmo do paciente à cirurgia programada. Rev Latino-am Enfermagem 2006, janeiro-fevereiro; 14(1):48-53. www.eerp.usp.br/rlae.
20. PINHEIRO, Silvania Lopes et al. Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público. REME rev. min. enferm, v. 21, p. e1014-e1014, 2017.
21. PITTELKOW E, CARVALHO R. Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública do município de São Paulo. Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil. Einstein. 2008; 6(4):416-21.
22. POSSARI, João Francisco. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. In: Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 2009.
23. REZENDE, JM de. O ato médico através da história.

24. TUBINO, P.; ALVES, E. História da Cirurgia. 2015.
25. ROCHA, Natane Firmino; MOURA, Yara Maria Silva de; SANDES, Sílvia Márcia dos Santos. INDICADORES DE QUALIDADE EM CENTRO CIRÚRGICO. *Journal of Health Connections*, v. 2, n. 1, 2018
26. SAMPAIO CEP, RIBEIRO DA. Perfil cirúrgico e fatores determinantes das suspensões de cirurgias gerais ambulatoriais: contribuições para assistência de enfermagem. *r. Pesq.: cuid. Fundam. Online* 2012. Abr./jun. 4(2):2938-47.
27. SANTOS, JS. Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: Um estudo em um município Baiano. Dissertação do Mestrado Profissionalizante do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, 2008.
28. SANTOS, Gisele Aparecida Alves Corral dos; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Cancellation of elective surgeries in a Brazilian public hospital: reasons and estimated reduction. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 70, n. 3, p. 535-542, 2017.
29. SOBECC, SOBECC-Práticas Recomendadas. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 2013.
30. SODRÉ, Roberto Luiz; FAHL, El; DE ARAÚJO FÉLIX, Michely. Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo. *Rev. adm. saúde*, v. 16, n. 63, p. 67-70, 2014.
31. TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. S190-S198, 2004.
32. TRISTÃO FI, LIMA RCD, LIMA EFA, ANDRADE MAC. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 18(1): 54-61, jan-mar, 2016.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de Pesquisa

Instrumento de Avaliação sobre as Causas de Suspensão de Cirurgias no Hospital Universitário/UFS

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

PESQUISA: Causas de Suspensão de Cirurgias no Hospital Universitário de Sergipe: Um Olhar Sobre o Absenteísmo dos Pacientes.

OBJETIVO: Identificar as causas de suspensão de cirurgias no Hospital Universitário de Sergipe, investigando mais sistematicamente as causas do absenteísmo do paciente à cirurgia programada.

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____

Nível de Instrução (Ensino)

- () Sem instrução
- () Ensino Fundamental (1ª a 4ª série) incompleto
- () Ensino Fundamental (1ª a 4ª série) completo
- () Ensino Fundamental (5ª a 8ª série) incompleto
- () Ensino Fundamental (5ª a 8ª série) completo
- () Ensino Médio incompleto
- () Ensino Médio completo
- () Ensino Superior incompleto
- () Ensino Superior completo
- () Pós-graduação
- () Sem declaração

2 – RENDA FAMILIAR

- () Menor que 01 salário mínimo

- ☐ Entre 01 e 03 salários mínimos
- ☐ Entre 04 e um e 06 salários mínimos
- ☐ Maior que 06 salários mínimos

3 – SITUAÇÃO DO AGENDAMENTO

Cirurgia proposta: _____

Especialidade: _____

Você teve conhecimento do agendamento da Cirurgia ☐ SIM ☐ NÃO

Há aproximadamente quantos dias da realização da cirurgia você teve conhecimento do agendamento da mesma:

- ☐ Há menos de 03 dias
- ☐ Entre 03 e 06 dias
- ☐ há mais de uma semana

4 - QUAL O MOTIVO DO NÃO COMPARECIMENTO À CIRURGIA NO DIA MARCADO?

4.1 – Barreiras Sócio-culturais

- ☐ Não foi liberado pelo trabalho
- ☐ Estava cuidando de alguém doente
- ☐ Estava muito doente para comparecer à cirurgia
- ☐ Não dia com quem deixar as crianças
- ☐ Esqueci a data da cirurgia
- ☐ Não necessitava mais do procedimento

4.2 – Barreiras Geográficas

- ☐ Moro em local distante e/ou de difícil acesso
- ☐ Estava ausente do meu domicílio
- ☐ Ausência de transporte

4.3 – Barreiras Financeiras

- ☐ sem condições de pagar o transporte
- ☐ Já tinha realizado a cirurgia em caráter particular

4.4 – Barreiras relacionadas ao Serviço

- ☐ Fui avisado num prazo muito próximo do procedimento
- ☐ Compareci, mas não fui admitido por algum problema no hospital.

5 – OUTROS (Especificar):

6 – SUA CIURGIA FOI REAGENDADA? () SIM () NÃO

7 – SUA CIRURGIA JÁ FOI REALIZADA? () SIM () NÃO

ANEXO B - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA: Causas de Suspensão de Cirurgias no Hospital Universitário de Sergipe: Um Olhar Sobre o Absenteísmo dos Pacientes.

PESQUISADOR: Raimundo Saturnino Pereira

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: **Causas de Suspensão de Cirurgias no Hospital Universitário de Sergipe: Um Olhar Sobre o Absenteísmo dos Pacientes**, conduzida pelo pesquisador Raimundo Saturnino Pereira, aluno do mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. Este estudo tem por objetivos levantar as causas de suspensão de cirurgias programadas no hospital universitário de Aracaju/SE, bem como analisar os principais motivos para as faltas dos pacientes às cirurgias programadas.

O motivo que nos leva a desenvolver o presente estudo é de analisar melhor as causas de suspensão de cirurgias no Hospital Universitário e os motivos da falta dos pacientes às cirurgias programadas, para propor à instituição rotinas que visem a melhoria dos fluxos e processos e facilitem o acesso dos pacientes aos procedimentos propostos, visando diminuir a incidência das suspensões e a ausência dos pacientes.

Sua colaboração para esta pesquisa consistirá na participação numa entrevista com outros pacientes, no máximo dez, que tiveram suas cirurgias suspensas por ausência no dia da cirurgia programada. O local da entrevista será previamente informado, esta terá uma duração aproximada de duas horas. Em função da metodologia e para melhor análise posterior dos dados colhidos, esta entrevista será gravada, havendo, portanto, registro de áudio e de vídeo, o qual terá seu conteúdo protegido pelo sigilo médico.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para facilitar o acesso dos pacientes às cirurgias programadas na instituição, bem como entender melhor as causas de suspensão e das ausências dos pacientes aos procedimentos agendados, visando propor rotinas que busquem diminuir a taxa de suspensão de cirurgias na referida instituição.

Os riscos inerentes a sua participação na pesquisa são mínimos e estão relacionados a possíveis constrangimentos no momento da participação diante dos outros participantes e dos entrevistadores. Nesse sentido, visando diminuir esse risco, essa entrevista será conduzida por dois pesquisadores experientes nesse tipo de abordagem, para deixá-lo(a) confortável em relação às suas respostas.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo adicional, além daquele inerente ao seu deslocamento à instituição no dia da entrevista. Também não receberá qualquer vantagem financeira decorrente da sua participação.

Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá também retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido na instituição.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, e os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Portanto, o Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço pessoal e institucional do pesquisador responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável:

Raimundo Saturnino Pereira

Endereço Pessoal:

Rua Antônio Barbosa de Araújo, nº 101 – Casa 17 – Bairro Farolândia

Aracaju/SE – CEP: 49.031-090

Telefones: (79) 3024-4704 / 99193-5502

E-mail: rsaturnino66@gmail.com

Endereço Institucional:

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Campus da Saúde Prof. João Cardoso de Nascimento Jr.

Rua Cláudio Batista, S/N – Centro de Pesquisas Biomédicas - Bairro Sanatório

Aracaju/SE – CEP 49.060-100

Fone/Fax: (79) 2015-1783

E-mail: ppgcs.ufs@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Aracaju/SE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador _____